

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS  
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E PROCESSO COMUNICATIVO ENTRE  
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

KELLYN CAROLINE ALMEIDA BATISTA

MANAUS - AMAZONAS

2024

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E PROCESSO COMUNICATIVO ENTRE  
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

KELLYN CAROLINE ALMEIDA BATISTA

Trabalho de Conclusão de Curso, na forma de Artigo Científico apresentado ao curso de Bacharel em Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas, como requisito obrigatório para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientador: Prof. Dr. Cléber Lopes Campelo

MANAUS - AMAZONAS

2024

### Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
**Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.**

|       |  |
|-------|--|
| B333c | <p>Batista, Kellyn Caroline Almeida</p> <p>Cultura de segurança do paciente e processo comunicativo entre profissionais de enfermagem no centro cirúrgico / Kellyn Caroline Almeida Batista . Manaus : [s.n], 2024.</p> <p>28 f.: il., color.; 21,0 cm.</p> <p>TCC - Graduação em Enfermagem - Bacharelado- Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2024.</p> <p>Inclui Bibliografia.</p> <p>Orientador: Campelo, Cleber Lopes.</p> <p>1. Comunicação. 2. Cultura Organizacional. 3. Segurança do Paciente. 4. Centros Cirúrgicos. 5. Equipe de Enfermagem. I. Campelo, Cleber Lopes (Orient.) II. Universidade do Estado do Amazonas. III. Título</p> <p>CDU(1997)616-083</p> |
|-------|--|



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS  
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**UEA**  
UNIVERSIDADE  
DO ESTADO DO  
AMAZONAS

### ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

A Banca Examinadora de Defesa de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II) do (a) aluno (a): **Kellyn Caroline Almeida Batista**, intitulado: **CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E PROCESSO COMUNICATIVO ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO**

Constituída pelos professores:

(Orientador): Prof. Dr. Cléber Lopes Campelo,

(Examinador): Prof. Dr. Daulison Soares Ferreira

(Examinador): Prof. Dra. Giselle Tomazetti

reunida na sala \_\_\_\_\_ da ESA/UEA, no dia 12/12/2024, às 10:00 horas,

para avaliar a Defesa em pauta, de acordo com as normas estabelecidas pelo regulamento de TCC desta Universidade, considerou que o referido trabalho:

Foi aprovado sem alterações<sup>1</sup>

Foi aprovado com alterações<sup>2</sup>

Deve ser reapresentado<sup>3</sup>

Foi reprovado<sup>4</sup>

Manaus, 12 de dezembro de 2024.

1. Cléber L. Campelo  
2. Giselle  
3. Daulison

<sup>1</sup> **Aprovado sem alterações** (Média da AP1 e AP2  $\geq$  8,0): trabalho não precisa sofrer nenhuma alteração.

<sup>2</sup> **Aprovado com alterações** (Média da AP1 e AP2  $\geq$  8,0): trabalho precisa incluir as correções indicadas pela Banca Examinadora.

<sup>3</sup> **Reapresentado** (Média da AP1 e AP2  $\geq$  4,0 e  $<$  8,0): trabalho não alcançou nota suficiente para aprovação direta e deverá ser reformulado conforme sugestões da Banca Examinadora, sendo submetido a uma nova avaliação, conforme data marcada pelo coordenador da disciplina de TCC II acordada com a banca, e esta nova avaliação corresponderá à Prova Final (PF) da disciplina TCC II.

<sup>4</sup> **Reprovado** (Média da AP1 e AP2  $<$  4,0): trabalho não alcançou nota suficiente para aprovação.

## AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo apoio incondicional, carinho e compreensão nos momentos de dedicação intensa aos estudos e à pesquisa. Em especial, agradeço aos meus pais, Maria da Saúde e Mozart Garcia, pelo incentivo e pelos valores que me ensinaram, fundamentais para alcançar este momento.

A meu professor e orientador, Cléber Lopes Campelo, pela paciência, orientações valiosas e inspiração durante a construção deste trabalho. Suas contribuições foram essenciais para meu crescimento acadêmico e pessoal.

À minha orientadora de PAIC, Francisca Félix, responsável pelos meus primeiros passos na pesquisa acadêmica. Essa conquista também tem um pouco das suas mãos.

Aos meus amigos, que foram mais do que companheiros ao longo desta caminhada. Agradeço por cada palavra de apoio, pelas conversas motivadoras e pelas risadas compartilhadas nos momentos difíceis. Vocês foram meu porto seguro em dias de incertezas e cansaço, trazendo leveza e força para seguir em frente. A amizade e o carinho de vocês fizeram toda a diferença nesta jornada, tornando-a mais especial e significativa.

À minha namorada, Patrine Cabral, pelo amor, companheirismo e apoio inestimável durante esta trajetória. Você esteve ao meu lado nos momentos mais desafiadores, sempre acreditando em mim, trazendo palavras de conforto e inspiração. Sua presença tornou tudo mais leve e especial, e sou imensamente grata por termos vivido juntas essa etapa tão importante.

E, por fim, a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho. Meu sincero agradecimento!

*“Você pode acreditar que é apenas o começo?”*

Hello Future – NCT Dream

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabela 1</b> - Percentual geral de respostas positivas nas dimensões da comunicação. Manaus, AM, Brasil, 2021.....                    | 14 |
| <b>Tabela 2</b> - Percentual de respostas às dimensões da cultura de segurança relacionadas à comunicação. Manaus, AM, Brasil, 2021..... | 15 |

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1</b> - Frequência de eventos de segurança notificados nos últimos 12 meses. Manaus, AM, Brasil, 2021..... | 17 |
|--|----|

## SUMÁRIO

|                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| <b>Introdução.....</b>           | <b>12</b> |
| <b>Método.....</b>               | <b>13</b> |
| <b>Resultados.....</b>           | <b>16</b> |
| <b>Discussão.....</b>            | <b>19</b> |
| <b>Considerações finais.....</b> | <b>25</b> |
| <b>Referências.....</b>          | <b>25</b> |

## **Cultura de segurança do paciente e processo comunicativo entre profissionais de enfermagem no centro cirúrgico**

Kellyn Caroline Almeida Batista<sup>1</sup>

Cléber Lopes Campelo<sup>2</sup>

### **Resumo**

**Objetivo:** analisar a cultura de segurança do paciente e sua relação com a comunicação na equipe de enfermagem do centro cirúrgico de um hospital de grande porte no Norte do Brasil. **Método:** estudo transversal, descritivo e exploratório, realizado no centro cirúrgico de um hospital de grande porte no Norte do Brasil, com 71 profissionais de enfermagem. Os dados foram coletados por meio do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), validado no Brasil. Foram avaliadas quatro dimensões da comunicação e uma questão aberta sobre notificações de eventos adversos no último ano. **Resultados:** nenhuma dimensão da comunicação obteve percentual de respostas positivas suficiente para ser considerada um ponto forte na cultura de segurança. Observou-se fragilidade na comunicação entre os membros da equipe e baixa notificação de eventos adversos. **Conclusão:** a comunicação no centro cirúrgico apresenta fragilidades que, se não corrigidas, podem comprometer a segurança do paciente. Reforçar a comunicação é essencial para aprimorar a cultura de segurança no ambiente cirúrgico.

**Descritores:** Comunicação; Cultura Organizacional; Segurança do paciente; Centros Cirúrgicos; Equipe de Enfermagem

### **Abstract**

**Objective:** To analyze the patient safety culture and its relationship with communication within the nursing team in the surgical center of a large hospital in Northern Brazil. **Method:** A cross-sectional, descriptive, and exploratory study conducted in the surgical center of a large hospital in Northern Brazil, involving 71 nursing professionals. Data were collected using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), validated in Brazil. Four communication dimensions and an open-ended question about adverse event reporting in the past year were evaluated. **Results:** None of the communication dimensions achieved a sufficient percentage of positive responses to be considered a strength in the patient safety culture. Weak communication among team members and low reporting of adverse events were observed. **Conclusion:** Communication in the surgical center presents weaknesses that, if not addressed, may compromise patient safety. Strengthening communication is essential to improving the safety culture in the surgical environment.

**Descriptors:** Communication; Organizational Culture; Patient Safety; Surgical Centers; Nursing Team

## **Introdução**

A Segurança do Paciente tem sido um dos temas de maior discussão na área da saúde em vários países do mundo, voltando à atenção das instituições de saúde e de seus profissionais em promover a melhora na qualidade da assistência e a redução dos riscos e danos associados aos cuidados de saúde<sup>1</sup>.

No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 529/2013<sup>2</sup>, lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de fornecer diretrizes para que todas as instituições de saúde do país possam implantar e promover medidas de segurança. A enfermagem, reconhecida como a maior força de trabalho no setor, desempenha papel essencial nessa temática. Entretanto, para que essas medidas sejam efetivamente aplicadas, é necessário que as organizações de saúde adotem um modelo de cultura de segurança<sup>3</sup>.

A cultura de segurança é entendida como um conjunto de valores, atitudes, percepções e competências que influenciam o padrão de comportamento e comprometimento, individual e coletivo, em relação ao gerenciamento da segurança em uma instituição<sup>4</sup>. Para sua incorporação é preciso um alto nível de compromisso da gerência e dos profissionais, assim como forte espírito de cooperação entre os departamentos de um hospital, fatores determinantes para garantir uma assistência segura<sup>5</sup>.

Nesse contexto, o centro cirúrgico (CC) destaca-se como um dos ambientes que envolvem a interação de múltiplos profissionais, e múltiplas equipes, favorecendo o aparecimento de Eventos Adversos (EA). A origem dos EA, está associada a causas multifatoriais, atribuídas principalmente à complexidade dos procedimentos, trabalho realizado sob pressão e, especialmente, à comunicação ineficaz entre a equipe multiprofissional<sup>1</sup>. Segundo o Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente, mais de 70% dos erros decorrentes da assistência em saúde estão relacionados com a falta de comunicação eficaz<sup>6</sup>.

Esse cenário vem se repetindo nas últimas décadas, apesar da Organização Mundial da Saúde (OMS), ter lançado em 2007 o segundo desafio global para a segurança do paciente

denominado: “*Cirurgias Seguras Salvam Vidas*”<sup>7</sup>, que enfatizou, entre outros aspectos, a importância de promover a comunicação entre os membros da equipe cirúrgica, a fim de evitar falhas operatórias e garantir um cuidado seguro.

Entre os principais fatores que comprometem a comunicação efetiva e a assistência de qualidade, destacam-se as falhas na transferência de informações entre os profissionais das equipes multidisciplinares, além das longas jornadas de trabalho, registros de saúde ilegíveis e incompletos. Esses problemas, quando associados a uma cultura de segurança enfraquecida, dificultam o fluxo de comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos, dificultando a identificação e correção das fragilidades de uma instituição<sup>5,8</sup>.

A comunicação eficaz entre os profissionais é essencial para o atendimento seguro. Para isso deve ser assertiva, com linguagem clara, objetiva e não punitiva, visando manter aberto o canal de comunicação entre locutor e receptor<sup>9</sup>. Além disso, é fundamental que haja contato visual, escuta reflexiva, clarificação, confirmação da mensagem e integração da equipe. Essas práticas são indispensáveis em serviços complexos que envolvem múltiplos membros e múltiplas equipes como o CC<sup>10</sup>.

Dada a importância da cultura de segurança e da comunicação eficaz no ambiente cirúrgico, este estudo teve como objetivo analisar a cultura de segurança do paciente e sua interface com a comunicação na perspectiva da equipe de enfermagem que atua no centro cirúrgico de um hospital de grande porte localizado no Norte do Brasil.

## **Método**

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, descritivo e exploratório, recorte da dissertação de mestrado intitulada *Cultura de Segurança do Paciente no Centro Cirúrgico de um Hospital de Emergência do Amazonas: perspectivas da equipe de saúde*, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Cirurgia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). O estudo foi realizado no centro cirúrgico de um hospital público de grande porte, localizado no Norte do Brasil.

A população da pesquisa envolveu 71 profissionais da equipe de enfermagem (Auxiliares de Enfermagem, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros) do centro cirúrgico, escolhidos por amostragem de conveniência. Para se adequarem aos critérios de inclusão, os profissionais deveriam ter carga horária mínima de 20 horas, ter contato direto com o paciente, ou ainda que não tivessem contato direto, mas que desempenham funções que de alguma forma influenciavam o cuidado do paciente no centro cirúrgico (supervisores, chefes e coordenadores).

Foram excluídos os que estavam de licença saúde, maternidade ou afastados por motivos diversos. Também foram excluídos aqueles participantes que não preencheram corretamente o instrumento, incluindo os que responderam a menos de uma seção completa, menos da metade dos itens ou deram a mesma resposta em todos os itens.

Os dados foram coletados entre os meses de agosto e setembro de 2021, com profissionais da equipe de enfermagem que foram abordados individualmente e convidados a participar da pesquisa. Durante a abordagem, os pesquisadores explicaram os objetivos, riscos, benefícios e procedimentos da pesquisa e permitiram a retirada do consentimento a qualquer momento. Para os profissionais que não estavam disponíveis durante a abordagem inicial, foi ofertada a mesma oportunidade em três datas subsequentes.

O instrumento de coleta de dados utilizado neste estudo corresponde ao questionário “*Hospital Survey on Patient Safety Culture*” - HSOPSC, desenvolvido em 2004, pela *Agency for Healthcare Research and Quality* - AHRQ<sup>11</sup> com o objetivo de avaliar a Cultura de Segurança do Paciente (CSP). O HSOPSC foi traduzido para o português do Brasil e validado por Reis (2013)<sup>11</sup>.

O HSOPSC contém 42 itens relacionados à cultura de segurança do paciente, agrupados em 12 dimensões que juntas permitem avaliar a CSP. Estes itens são apresentados em formato de Escala Likert, graduada em 5 pontos que refletem o grau de concordância dos participantes, variando de 1 (discordo totalmente ou nunca) a 5 (concordo totalmente e sempre).

Desse modo, das doze dimensões que compõem a CSP, apenas as dimensões “abertura para comunicação”; “retorno das informações e comunicação sobre erros”; “trabalho em equipe entre as

unidades hospitalares”, e “transferências internas e passagem de plantão” foram selecionadas para esse estudo, pois fazem interface com o objeto de estudo.

Além das 42 questões sobre CSP, o instrumento HSOPSC contém perguntas abertas sobre temáticas da segurança do paciente. Por entendermos que a frequência de eventos notificados nos últimos 12 meses é um indicador que reflete diretamente a efetividade da comunicação sobre os erros, também selecionamos essa pergunta como parte deste estudo. A frequência de eventos de segurança notificados nos últimos 12 meses foi medida por respostas de “nenhuma notificação” a “21 ou mais notificações”<sup>11</sup>.

Os dados coletados foram inseridos e organizados em uma planilha no formato Microsoft® Excel® e, em seguida, foram submetidos a análises no software estatístico Programa R e RStudio. Para realizar uma análise descritiva das variáveis, foram calculadas a proporção e a frequência absoluta dos dados.

A avaliação da CSP e sua relação com a comunicação foi realizada a partir do percentual de respostas negativas, neutras e positivas em cada uma das quatro dimensões selecionadas. Conforme a classificação feita por Sorra *et.al* (2010) e pela AHRQ<sup>12</sup>, as áreas fortes da segurança do paciente foram definidas como aquelas em que os itens formulados positivamente alcançaram 75% ou mais de respostas positivas (concordo totalmente ou concordo) ou em que os itens formulados negativamente registraram 75% ou mais de respostas negativas (discordo totalmente ou discordo).

Por outro lado, as áreas frágeis da segurança do paciente foram caracterizadas por itens com 50% ou menos de respostas positivas. Já os resultados entre 50% e menos de 75% foram classificados como áreas em potencial para melhoria na segurança do paciente<sup>13</sup>.

Este estudo seguiu os princípios ético-legais de pesquisa realizada com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), sob o CAAE nº 48131821.2.0000.5020.

## Resultados

Participaram deste estudo 71 profissionais da equipe de enfermagem atuantes no centro cirúrgico, destes 69 (97%) tinham contato direto com o paciente. Identificou-se que a maioria foi composta por profissionais do sexo feminino (75%), com média de idade de 35 anos ( $\pm 7,34\%$ ). Com relação à categoria profissional, a maioria que respondeu ao questionário era de técnicos de enfermagem (75%), seguido dos enfermeiros (25%).

Em relação ao grau de instrução, 20 (28%) profissionais possui o segundo grau completo, 15 (21%) possui o ensino superior incompleto, 12 (17%) possui o ensino superior completo e 24 (34%) pós-graduação (nível especialização) completa. Com relação ao tempo de atuação profissional, a maior parte dos participantes exerce a profissão há mais de 5 ou 10 anos (77%), com carga horária de trabalho semanal de 20 a 39 horas por semana (61%).

A tabela 1 evidencia o percentual de respostas positivas em cada dimensão da comunicação avaliada. Observa-se que a dimensão com menor percentual de respostas positivas foi a “retorno da informação e comunicação sobre erros” (17%). Já a dimensão “transferências internas e passagem de plantão” obteve o maior percentual de respostas positivas (45%). Nenhuma das dimensões pode ser classificada como área forte da CSP.

**Tabela 1** - Percentual geral de respostas positivas nas dimensões da comunicação. Manaus, AM, Brasil, 2021

| Dimensões   | Percentual de respostas positivas |
|---|-----------------------------------|
| Abertura para comunicação                         | 34%                               |
| Retorno da informação e comunicação sobre erros   | 17%                               |
| Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares | 35%                               |
| Transferências internas e passagem de plantão     | 45%                               |

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Na tabela 2 estão apresentados os percentuais de respostas negativas, neutras e positivas em cada uma das dimensões da comunicação avaliadas neste estudo.

**Tabela 2** - Percentual de respostas às dimensões da cultura de segurança relacionadas à comunicação. Manaus, AM, Brasil, 2021

| Dimensões e itens  | Percentual de respostas (%) |        |          |
|--|-----------------------------|--------|----------|
|  | Negativa                    | Neutra | Positiva |
| <b>Abertura para comunicação</b>   |                             |        |          |
| Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.         | 15                          | 8      | 76       |
| Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.                     | 37                          | 20     | 44       |
| Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.                                      | 31                          | 35     | 34       |
| <b>Retorno da informação e comunicação sobre erros</b>   |                             |        |          |
| Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos                           | 25                          | 35     | 39       |
| Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.   | 21                          | 23     | 56       |
| Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente                            | 17                          | 24     | 59       |
| <b>Transferências internas e passagem de plantão</b>   |                             |        |          |
| O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra                    | 45                          | 28     | 27       |
| É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno. | 38                          | 27     | 35       |
| Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.                            | 34                          | 41     | 25       |
| Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.                            | 37                          | 17     | 46       |
| <b>Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares</b>   |                             |        |          |
| As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.  | 35                          | 39     | 25       |
| Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.                            | 31                          | 35     | 34       |
| Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.                            | 27                          | 37     | 37       |
| As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.                     | 20                          | 35     | 45       |

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Na dimensão “abertura para comunicação”, observa-se que o item “os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente” apresentou o maior percentual de respostas positivas (76%). Já o item “os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo” apresentou o menor percentual de respostas positivas (34%).

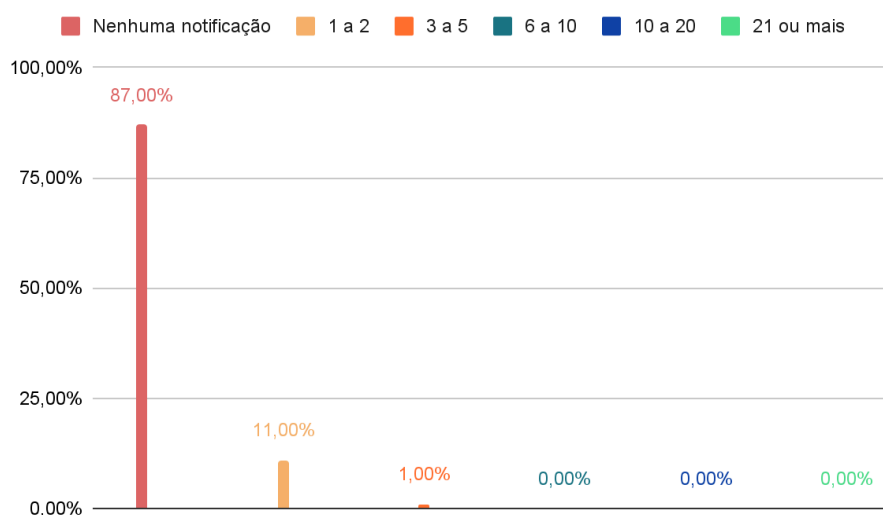
Em relação à dimensão “retorno da informação e comunicação sobre erros”, nota-se que os itens com o maior percentual de respostas positivas correspondem ao “nesta unidade, discutimos

meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente” (59%), e ao item “nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade”(56%).

Ao observarmos a dimensão “trabalho em equipe entre as unidades hospitalares”, nota-se que o item que apresentou maior percentual de respostas positivas foi o “as unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes” (45%); Já o item “as unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si” apresentou o menor percentual de respostas positivas (25%).

Na dimensão “transferências internas e passagem de plantão”, observa-se que o item com maior percentual de respostas positivas foi o “neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes” (46%). Já o item “o processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra” destacou-se com o menor percentual de respostas positivas (27%).

A figura 1 apresenta o quantitativo de notificações de eventos de segurança realizados pelos profissionais de enfermagem nos últimos 12 meses. Nota-se que 87% dos funcionários não realizaram nenhuma notificação.



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

**Figura 1** - Frequência de eventos de segurança notificados nos últimos 12 meses. Manaus, AM, Brasil, 2021

## Discussão

Através da aplicação do questionário HSOPSC foi possível avaliar as dimensões da cultura de segurança relacionadas com a comunicação no centro cirúrgico de um hospital estadual de grande porte, localizado no Norte do Brasil.

Conforme os critérios estabelecidos por Sorra *et.al* e pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)<sup>12</sup>, nenhuma das dimensões da comunicação avaliadas neste estudo alcançou porcentagem de respostas positivas para ser considerada uma dimensão forte da segurança do paciente. Os resultados obtidos são semelhantes aos de estudos realizados em centros cirúrgicos no Brasil e em outros países da América do Sul, que também avaliaram a CSP em interface com a comunicação<sup>14-16</sup>.

A dimensão “Abertura para Comunicação” avalia se os profissionais têm liberdade para comunicar erros que podem impactar o cuidado do paciente ou questionar ações de outros profissionais com maior autoridade<sup>11</sup>. Os resultados deste estudo indicam que, embora os profissionais se sentem confortáveis para comunicar erros que podem afetar o cuidado ao paciente, porém ainda enfrentam dificuldades em questionar ações ou decisões de superiores e em perguntar sobre algo que consideram inadequado.

Esse resultado pode ter relação com a hierarquia rígida que ainda persiste em alguns âmbitos da saúde, onde a comunicação ascendente é limitada<sup>17</sup>. Em organizações onde a voz dos profissionais de níveis hierárquicos mais baixos não é amplamente valorizada, existe um maior risco de erros, pois potenciais problemas podem passar despercebidos ou ser ignorados<sup>10,18</sup>. Este achado corrobora estudos realizados em unidades de alta complexidade que também evidenciaram esta dimensão como área fraca da segurança do paciente<sup>5,19</sup>.

A fragilidade da cultura em relação à abertura de comunicação também foi observada de forma semelhante em um estudo realizado em três centros cirúrgicos do Piauí, em uma pesquisa que envolveu 203 profissionais da equipe de enfermagem<sup>15</sup>. Da mesma forma, um estudo realizado no Leste da Ásia, também evidenciou a fragilidade dessa dimensão<sup>20</sup>.

A comunicação é um componente essencial para o funcionamento de qualquer equipe, especialmente em ambientes complexos e estressantes como o CC, onde a propensão à ocorrência de eventos adversos é maior<sup>14</sup>. Entende-se então que falhas comunicativas contribuem significativamente para a ocorrência de erros, comprometendo a qualidade da assistência prestada<sup>21</sup>. Dessa forma, melhorar essa interação entre as equipes do centro cirúrgico e as demais unidades hospitalares pode ter um impacto direto na redução de falhas, na melhoria da segurança, e no fortalecimento da cultura de segurança<sup>19</sup>.

Entre as estratégias para a melhoria da comunicação como atributo da segurança do paciente, pode-se adotar algumas ações como a 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. Esses esforços ajudam a fortalecer a interação entre os profissionais, melhorando a colaboração e a eficácia do trabalho em equipe<sup>5,9</sup>.

Nesse contexto, a promoção de uma cultura organizacional que incentive a comunicação aberta e o questionamento construtivo se destaca como um fator essencial para o fortalecimento da cultura de segurança<sup>15</sup>. Estudos sugerem que a adoção de uma comunicação eficiente e transparente, tanto entre os membros da equipe quanto com a liderança, contribui para um ambiente de trabalho mais seguro e para a redução de erros, tornando-se um elemento chave para melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente<sup>3,10,18</sup>.

A dimensão "Retorno da informação e comunicação sobre erros" analisa a percepção dos profissionais do hospital em relação à prática de relatar erros, implantar mudanças necessárias e discutir estratégias para prevenir novas falhas<sup>11</sup>. Os resultados deste estudo mostram que a maioria dos profissionais se sente confortável para discutir erros, propor melhorias e afirma ser informada sobre os erros ocorridos na unidade. Contudo, indicaram não receber informações sobre as mudanças implementadas com base nos relatórios de eventos.

Esse resultado sugere uma lacuna entre a ocorrência de eventos adversos e o *feedback* corretivo direcionado à equipe, o que é crucial para a prevenção de falhas recorrentes e aprimorar a segurança do paciente. Quando o *feedback* sobre os eventos adversos não é compartilhado, a reflexão sobre esses eventos é prejudicada, impedindo que as lições sejam aplicadas para prevenir erros futuros. A falta do retorno das informações impede o aprendizado organizacional, essencial para a evolução da cultura de segurança de uma instituição<sup>22,23</sup>.

De acordo com Kim *et.al* (2018)<sup>24</sup>, o aprendizado com o erro é um componente fundamental de uma cultura de segurança robusta, pois ao criar um ambiente onde os erros são vistos como oportunidade para o aprendizado, os profissionais de saúde tendem a analisar os eventos adversos e *near misses* de maneira construtiva, promovendo uma melhoria contínua. Essa perspectiva também contribui para a comunicação aberta e redução da ocorrência de falhas<sup>25</sup>.

No entanto, este estudo evidenciou uma discrepância significativa: embora a da equipe se sinta confortável em discutir os erros e reconheça a importância do *feedback*, a notificação dos eventos adversos nos últimos 12 meses foi insuficiente. Isso reflete uma falha na aplicação prática da comunicação sobre erros, que prejudica o processo de aprendizado contínuo e o fortalecimento da CSP<sup>24</sup>. A baixa taxa de notificações pode estar associada a fatores como o medo de represálias, a falta de uma cultura organizacional que incentive a comunicação aberta sobre erros, a desvalorização do erro, esquecimento, desconhecimento sobre como notificar e principalmente a ausência de um sistema eficaz de *feedback*<sup>26</sup>.

A notificação de eventos adversos é essencial para a identificação de padrões de falhas e redução de danos ao paciente<sup>27</sup>. Criar um ambiente seguro, no qual os profissionais se sintam motivados a reportar incidentes é fundamental para o aprimoramento da segurança do paciente<sup>27</sup>. Além disso, o retorno da informação é uma estratégia fundamental para a aprendizagem organizacional, pois possibilita aos profissionais refletir sobre suas práticas e evitar repetições de falhas. A ausência desse retorno pode comprometer a segurança do paciente, uma vez que a equipe

pode não ter conhecimento de ajustes e melhorias, limitando a eficácia de protocolos de segurança<sup>28</sup>.

A dimensão “trabalho em equipe entre as unidades hospitalares” avalia se as unidades do hospital colaboram entre si para oferecer um cuidado de alta qualidade aos pacientes<sup>11</sup>. No entanto, considerando os resultados deste estudo, os participantes não relataram uma percepção positiva sobre o trabalho conjunto entre as unidades, indicando que o centro cirúrgico e as outras unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.

Visto que o trabalho em equipe e cooperação entre diferentes unidades hospitalares é fundamental para garantir a continuidade e a qualidade do cuidado ao paciente, desafios na comunicação entre setores sugerem que as práticas de colaboração podem estar sendo limitadas pela falta de protocolos de comunicação padrão e pela escassez de momentos para interação e planejamento conjunto<sup>29</sup>. Nota-se a relação desta dimensão com as citadas anteriormente pois a abertura na comunicação e um “*feedback*” adequado de informações estão relacionadas com desfechos positivos no relacionamento entre as equipes<sup>29,30</sup>.

Um bom relacionamento entre os membros da equipe de enfermagem é fundamental para uma assistência segura e de qualidade ao paciente, pois facilita a comunicação, promove um ambiente de colaboração mútua e favorece a interação multiprofissional, aspectos cruciais em ambientes de alta complexidade que envolve diversos profissionais<sup>4,14</sup>. Em um estudo realizado em no centro cirúrgico de um hospital do Reino Unido, observou-se que 41% dos desfechos negativos em pacientes submetidos à cirurgia gastrointestinal estavam relacionados à comunicação ineficaz entre a equipe, especialmente a comunicação verbal e escrita<sup>29</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a falta de coordenação entre unidades de saúde pode resultar em perda de informações críticas, aumentando o risco de eventos adversos<sup>7</sup>. A implementação de programas de treinamento em comunicação interdepartamental e o uso de ferramentas como checklists e reuniões interprofissionais podem ajudar a superar essas barreiras, facilitando a colaboração eficaz entre as equipes<sup>31</sup>.

A dimensão “transferências internas e passagem de plantão” avalia se informações importantes foram transferidas entre as unidades do hospital e durante as mudanças de plantão ou de turno<sup>11</sup>. Os resultados deste estudo, evidenciaram que uma parte significativa dos participantes considera as trocas de plantão como um problema para o paciente, enquanto outros relataram a perda de informações durante essas transições.

As transferências internas e passagens de plantão são momentos críticos para a segurança do paciente, pois envolvem a troca de informações sobre o cuidado contínuo realizado, e é nesse momento que a responsabilidade pela assistência é transferida a outro profissional, e as informações sobre o paciente são compartilhadas com o intuito de identificar seus problemas e necessidades, em um processo que visa garantir o planejamento adequado das ações de enfermagem e a eficácia do tratamento prescrito<sup>32</sup>. Estudos apontam que a passagem de plantão é uma das principais fontes de erro devido a problemas de comunicação e à falta de um processo padronizado para a transferência de informações<sup>33-35</sup>.

Em uma revisão sistemática feita por Brito *et.al* (2019)<sup>36</sup>, foram detectados vários fatores que interferem na passagem de plantão, dentre eles estão: omissão de informações importantes, falta de precisão ou consistência dos dados, interrupções e ruídos frequentes, além do número inadequado de profissionais, que resulta em sobrecarga, fadiga e distrações no ambiente de trabalho, contribuindo para falhas no processo comunicativo.

Diante disto, observa-se a importância de trabalhar a comunicação efetiva em ambientes complexos como o CC, em vistas de fortalecer a passagem de informações seguras entre a equipe multiprofissional e sobre o paciente. Com esse propósito, Echer *et.al* (2021)<sup>37</sup>, em um estudo sobre o desenvolvimento de um instrumento para passagem de plantão no CC, destacou que, a utilização de protocolos de comunicação padronizados, pode reduzir a ocorrência de eventos adversos durante as passagens de plantão, garantindo a qualidade e continuidade dos cuidados prestados.

Entre os protocolos que podem ser utilizados para a passagem de plantão, cita-se o uso do *checklist* de cirurgia segura, que deve conter informações claras e precisas sobre o paciente e os

procedimentos realizados durante o processo cirúrgico<sup>38</sup>. Além dele existem também outros protocolos de comunicação estruturados, conhecidos como *briefing* (antes) e *debriefing* (depois) que facilitam a comunicação nos atos de cirurgias seguras; outra abordagem é o modelo padronizado SBAR (Situação; Background – história prévia; Avaliação; Recomendação), que organiza informações sobre o paciente de forma clara e objetiva, contribuindo para a troca segura de informações entre os profissionais envolvidos no cuidado<sup>39</sup>.

O uso desses protocolos padronizados favorecem o diálogo e a interação entre a equipe de enfermagem e os demais setores do hospital, garante a execução de tarefas e redução de riscos e dos custos em saúde<sup>40</sup>. Um estudo que avaliou a percepção da equipe de enfermagem acerca da utilização do *checklist* de cirurgia segura, evidenciou que sua implementação reduziu as taxas de morbidade e mortalidade relacionadas às cirurgias, de 1,5% para 0,8%, além de diminuir as complicações pós-operatórias de 11% para 7%<sup>41</sup>.

Consonante a isso, estudos que avaliaram a implementação do protocolo SBAR em unidades hospitalares, evidenciaram melhora significativa na comunicação entre as equipes e as demais unidades hospitalares. A utilização do protocolo SBAR promoveu uma estrutura organizada e eficaz para a troca de informações críticas, resultando em uma redução considerável de erros de comunicação durante as transições de cuidado, como as passagens de plantão e transferências internas<sup>39,42</sup>

Os protocolos supracitados não só reduzem os riscos de complicações e erros, mas também promovem a colaboração e a coordenação entre as equipes, garantindo que as informações sobre o paciente sejam compartilhadas de forma clara e precisa<sup>34</sup>. Dessa forma, a adoção dessas ferramentas de comunicação estruturada melhora a segurança do paciente e fortalece uma cultura orientada pela transparência, pelo aprendizado e pela prevenção de eventos adversos<sup>33</sup>.

### **Considerações finais**

Este estudo revelou fragilidades significativas na cultura de segurança relacionada à comunicação no centro cirúrgico de um hospital estadual de grande porte, localizado no Norte do

Brasil. Nenhuma das dimensões avaliadas foi considerada um ponto forte para a segurança. Identificaram-se fragilidades relacionadas ao retorno das informações sobre os eventos relatados e à troca de informações entre unidades hospitalares, elementos essenciais para o aprendizado organizacional e a prevenção de falhas recorrentes.

A comunicação ineficaz foi apontada como o principal problema durante as passagens de plantão, contribuindo para a perda de informações e prejudicando a continuidade do cuidado. Recomenda-se a implementação de estratégias para promover a cultura de segurança do paciente, como a valorização da comunicação aberta, o incentivo à colaboração entre as equipes e o estímulo ao aprendizado contínuo.

Ações como treinamentos específicos, feedbacks consistentes e a utilização de ferramentas padronizadas são indispensáveis para fortalecer a cultura de segurança do paciente, melhorar a qualidade assistencial e reduzir os riscos associados ao ambiente cirúrgico.

## Referências

1. Assis IT de CF, Carvalho CA de, Barros CM, Correia DR, Siman AG, Amaro M de OF. Segurança do paciente em um centro cirúrgico: ótica da equipe de enfermagem. *Rev Recien - Rev Científica Enferm* [Internet]. 27 de fevereiro de 2024;14(42):148–57. Disponível em: [10.24276/rrecien2024.14.42.148157](https://doi.org/10.24276/rrecien2024.14.42.148157)
2. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). [Internet]. [citado 3 de dezembro de 2024]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
3. Brás CP da C, Ferreira MMC, Figueiredo M do CAB de, Duarte JC. Cultura de segurança do doente na prática clínica dos enfermeiros. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 27 de março de 2023 [citado 10 de novembro de 2024];31:e3837. Disponível em: [10.1590/1518-8345.6231.3838](https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3838)
4. World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety [Internet]. WHO; 2009 [citado 20 de novembro de 2024]. Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70882/WHO\\_IER\\_PSP\\_2010.2\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf?sequence=1)
5. Ferreira MRPR. A eficácia da comunicação interna para promoção da qualidade organizacional. *Rev Científica Multidiscip Núcleo Conhecimento* [Internet]. 2021;08(05):22–39. Disponível em: [10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/promocao-da-qualidade](https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/promocao-da-qualidade)
6. Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente. Comunicação ineficaz está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na atenção à saúde [Internet]. IBSP. 2017 [citado 3 de

dezembro de 2024]. Disponível em:

<https://ibsp.net.br/comunicacao-ineficaz-esta-entre-as-causas-raizes-de-mais-de-70-dos-erros-na-atencao-a-saude/>

7. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) [Internet]. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009 [citado 20 de novembro de 2024]. 211 p. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_cirurgias\\_seguras\\_salvam\\_vidas.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf)
8. Marques JM, Alves LHP, Oliveira NS de, Marta CB, Silva RCL da. Cultura de segurança e o processo de comunicação entre membros da equipe de enfermagem. *Rev Enferm Atual Derme* [Internet]. 11 de abril de 2019;87(25). Disponível em: 10.31011/reaid-2019-v.87-n.25-art.219
9. Moreira FTL dos S, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 29 de abril de 2019;40:e20180308. Disponível em: 10.1590/1983-1447.2019.20180308
10. Castro JDVR, Amaro MDOF, Mendonça ÉT, Siman AG, Zanelli FP, Carvalho CAD. A comunicação efetiva no alcance de práticas seguras: concepções e práticas. *Rev Enferm E Atenção À Saúde* [Internet]. 2023;12(1). Disponível em: 10.18554/reas.v12i1.5153
11. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [Internet] [Tese (Doutorado)]. [Rio de Janeiro]: Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP; 2013 [citado 28 de novembro de 2024]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>
12. Sorra J, Nieva V. Hospital Survey on Patient Safety Culture [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004 set. Report No.: 04-0041. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/hospicult.pdf>
13. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Nelson D, Khanna K, Rockville M. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2010 User Comparative Database Report. *Agency Healthc Res Qual* [Internet]. 2010 [citado 2 de dezembro de 2024]; Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/issue/hospital-survey-patient-safety-culture-2010-user-comparative-database-report>
14. Fagundes TE, Acosta A da S, Gouvea PB, Massaroli R, Rangel R de CT, Andrade PD. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico na perspectiva da equipe de enfermagem / Patient safety culture in surgical center from perspective of the nursing team. *J Nurs Health* [Internet]. 13 de julho de 2021 [citado 31 de outubro de 2024];11(2). Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/19510>
15. Rocha RC, Abreu IM de, Carvalho REFL de, Rocha SS da, Madeira MZ de A, Avelino FVSD. Cultura de segurança do paciente em centros cirúrgicos: perspectivas da enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 9 de junho de 2021 [citado 20 de novembro de 2024];55:e03774. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/3ncDTqSkVSnyGjGHLqkF58P/>
16. Pedroso AC, Fernandes FP, Tuma P, Vernal S, Pellizzari M, Seisdodos MG, et al. Patient safety culture in South America: a cross-sectional study. *BMJ Open Qual* [Internet]. 6 de outubro de 2023 [citado 7 de dezembro de 2024];12(4). Disponível em: <https://bmjopenquality.bmj.com/content/12/4/e002362>

17. Paixão TCR da, Balsanelli AP, Bohomol E, Neves VR. Competências gerenciais relacionadas à segurança do paciente: uma revisão integrativa. *Rev SOBECC [Internet]*. 19 de dezembro de 2017;22(4):245–53. Disponível em: [10.5327/Z1414-4425201700040009](https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201700040009)
18. Batista J, Cruz ED de A, Alpendre FT, Paixão DP da SS da, Gaspari AP, Mauricio AB. Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 10 de janeiro de 2019 [citado 31 de outubro de 2024];40:e20180192. Disponível em: [10.1590/1983-1447.2019.20180192](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180192)
19. Sousa JBA de, Brandão M de JM, Cardoso ALB, Archer ARR, Belfort IKP. Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: desafio na segurança do paciente. *Braz J Health Rev [Internet]*. 15 de junho de 2020;3(3):6467–79. Disponível em: [10.34119/bjhrv3n3-195](https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-195)
20. Lee SE, Quinn BL. Safety Culture and Patient Safety Outcomes in East Asia: A Literature Review. *West J Nurs Res [Internet]*. 1º de março de 2020 [citado 2 de dezembro de 2024];42(3):220–30. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0193945919848755>
21. Settani SS, Silva GB dos S, Julião IHT, Silva MCF da, Silva JCB da, Oliveira DAL, et al. Comunicação de enfermagem e as repercussões na segurança do paciente RESUMO. *Rev Enferm UFPE Line [Internet]*. 13 de junho de 2019 [citado 31 de outubro de 2024];13. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/239573>
22. Oliveira FDS, Pessoa RA, Campêlo CL, Cavalcante LP. Cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico em um hospital de emergência do Amazonas: perspectivas da equipe de saúde. *Rev Colégio Bras Cir [Internet]*. 2024 [citado 31 de outubro de 2024];51:e20243743. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912024000100216&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912024000100216&tlng=pt)
23. Soares EA, Carvalho TLC, Santos JLP dos, Silva SM da, Matos J da C. Cultura de Segurança do Paciente e a Prática de Notificação de Eventos Adversos. *Rev Eletrônica Acervo Saúde [Internet]*. 14 de novembro de 2019 [citado 10 de novembro de 2024];(36):e1657. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1657>
24. Kim SA, Kim EM, Lee JR, Oh EG. Effect of Nurses' Perception of Patient Safety Culture on Reporting of Patient Safety Events. *J Korean Acad Nurs Adm [Internet]*. 30 de setembro de 2018 [citado 7 de dezembro de 2024];24(4):319–27. Disponível em: <https://synapse.koreamed.org/articles/1102132>
25. Finn M, Walsh A, Rafter N, Mellon L, Chong HY, Naji A, et al. Effect of interventions to improve safety culture on healthcare workers in hospital settings: a systematic review of the international literature. *BMJ Open Qual [Internet]*. 7 de maio de 2024 [citado 7 de dezembro de 2024];13(2). Disponível em: <https://bmjopenquality.bmj.com/content/13/2/e002506>
26. Lima Júnior AJD, Zanetti ACB, Dias BM, Bernardes A, Gastaldi FM, Gabriel CS. Ocorrência e evitabilidade de eventos adversos em hospitais: estudo retrospectivo. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2023;76(3):e20220025. Disponível em: [10.1590/0034-7167-2022-0025pt](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0025pt)
27. Costa IN, Custódio AD, Moreira S de O, Andrade OV, Vilar KT de A, Franco RT de L, et al. Eventos adversos e promoção da segurança do paciente. *Rev Eletrônica Acervo Saúde [Internet]*. 1º de maio de 2024;24(5):e16227. Disponível em: [10.25248/reas.e16227.2024](https://doi.org/10.25248/reas.e16227.2024)
28. Vale VC de S, Grunewald STF, Façanha TR dos S, Chaoubah A. Avaliação da cultura de segurança do paciente em cinco hospitais brasileiros: comparação por categoria profissional.

HU Rev [Internet]. 22 de julho de 2024;50:1–9. Disponível em: 10.34019/1982-8047.2024.v50.43204

29. Bohomol E, Melo EFD. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: percepção da equipe de enfermagem. Rev SOBECC [Internet]. 23 de setembro de 2019;24(3):132–8. Disponível em: 10.5327/Z1414-4425201900030004
30. Santos JAM, Santos AAP dos, Bernardo THL, Gaedke MÁ, Comassetto I, Iochims F dos S, et al. Avaliação do trabalho em equipe na Unidade de Terapia Intensiva Materna com relação a Cultura de Segurança do Paciente. Res Soc Dev [Internet]. 3 de janeiro de 2022;11(1):e14711124846–e14711124846. Disponível em: 10.33448/rsd-v11i1.24846
31. Silva ÉRA da, Silva MDH da, Galves JDSCA, Ferro LMT, Silva WM da, Ferrari IC, et al. A utilização de instrumentos para a padronização da passagem de plantão no contexto hospitalar. Rev Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 1º de novembro de 2022 [citado 7 de dezembro de 2024];15(11):e11017. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/11017>
32. Pinheiro CMH, Pitombeira MGV, Pereira A de S, Pereira MD, Cavalcante L de FD, Gois RHPC, et al. A padronização da passagem de plantão do enfermeiro e sua implicação na segurança do paciente: revisão integrativa. Rev Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 8 de agosto de 2022;15(8):e10805. Disponível em: 10.25248/reas.e10805.2022
33. Oliveira MCD, Rocha RGM. Reflexão acerca da passagem de plantão: implicações na continuidade da assistência de enfermagem. Em: Teoria e Prática de Enfermagem: da atenção básica à alta complexidade [Internet]. 1º ed Editora Científica Digital; 2021. p. 91–102. Disponível em: 10.37885/210303461
34. Schorr V, Sebold LF, Santos JLG dos, Nascimento KC do, Matos TA. Passagem de plantão em um serviço hospitalar de emergência: perspectivas de uma equipe multiprofissional. Interface - Comun Saúde Educ [Internet]. 17 de janeiro de 2020;24:e190119. Disponível em: 10.1590/interface.190119
35. Corpolato RC, Mantovani M de F, Willig MH, Andrade LAS de, Mattei ÂT, Arthur JP. Standardization of the duty shift in a General Adult Intensive Care Unit. Rev Bras Enferm [Internet]. fevereiro de 2019;72:88–95. Disponível em: 10.1590/0034-7167-2017-0745
36. Brito AKL de, Marinho JC de S, Santos SBL, Castro DAG. Passagem de plantão da enfermagem: um instrumento para promoção da continuidade, qualidade da assistência e segurança do paciente. Amaz Sci Health [Internet]. 16 de dezembro de 2019;7(4):16–30. Disponível em: 10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v7n4p16-30
37. Echer IC, Boni FG, Juchem BC, Mantovani VM, Pasin SS, Caballero LG, et al. Passagem de plantão da enfermagem: desenvolvimento e validação de instrumentos para qualificar a continuidade do cuidado. Cogitare Enferm [Internet]. 15 de março de 2021 [citado 7 de dezembro de 2024];26. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/74062>
38. Neta AF, Tonini NS, Luz MS da, Martins L cia K, Oliveira RP de, Santos PR dos. Segurança do paciente e cirurgia segura: taxa de adesão ao checklist de cirurgia segura em um hospital escola. Nurs Ed Bras [Internet]. 1º de dezembro de 2019;22(259):3379–82. Disponível em: 10.36489/nursing.2019v22i259p3379-3382
39. Felipe TRL, Spiri WC, Juliani CMCM, Mutro MEG. Instrumento de passagem de plantão da equipe de enfermagem - SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation):

validação e aplicação. Rev Bras Enferm [Internet]. 2022 [citado 7 de dezembro de 2024];75(6):e20210608. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672022000700177&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672022000700177&tlng=pt)

40. Silva FAS da, Junior EP da S, Bezerraudwig EF dos S, Soares NTI, Santos MBM dos. Benefícios do protocolo cirurgia segura para o paciente e equipe multiprofissional. Rev Terra Cult Cad Ensino E Pesqui [Internet]. 23 de setembro de 2021 [citado 7 de dezembro de 2024];37(especial):394–412. Disponível em:  
<http://publicacoes.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/2447>
41. Moraes CLK, Neto JG, Santos LGO dos. A percepção da equipe de enfermagem acerca da utilização do checklist de cirurgia segura no centro cirúrgico em uma maternidade do Sul do Brasil. Glob Acad Nurs J. 31 de dezembro de 2020;1(3):e36.
42. Souza MHO de. Comunicação da equipe de enfermagem na troca de turnos: observação das práticas segundo o método ISBAR e as implicações para a segurança do paciente [Internet] [(Monografia)]. [Uberlândia]: Universidade Federal de Uberlândia; 2020 [citado 20 de novembro de 2024]. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/30469>