

Artigo original

Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital geral*

Patient safety culture assessment in a general hospital

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital general

Márcio Venício Alcântara de Moraes^I , Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino^{II} ,
Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho^I 

^IUniversidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, Ceará, Brasil

^{II}Universidade Federal do Piauí (UFPI). Terezina, Piauí, Brasil

* Extraído da tese "Implementação do *Safety Huddle* antes e depois da avaliação da cultura de segurança do paciente", Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde; Universidade Estadual do Ceará; 2023.

Resumo

Objetivo: avaliar cultura de segurança do paciente (CSP) na perspectiva da equipe multiprofissional atuante em um hospital geral. **Método:** estudo transversal com abordagem quantitativa, a partir da aplicação da versão eletrônica brasileira do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* da *Agency for Healthcare Research and Quality*. A coleta de dados ocorreu em agosto de 2022 por meio do E-questionário de CSP. **Resultados:** responderam ao questionário 236 profissionais da enfermagem, médicos e equipe multiprofissional. Das 12 dimensões da CSP avaliadas, destacaram-se sete com percentual entre 63,3% e 95%, consideradas fortes, uma com 50% de positividade, indicando uma dimensão em crescimento, e quatro com percentuais abaixo, com 50% de respostas positivas apontadas como áreas fracas. **Conclusão:** foi possível avaliar a CSP no ambiente hospitalar e perceber as dimensões fortes, fracas e aquelas em crescimento. Progredir nessa prática é desafiador para as equipes que buscam uma organização confiável.

Descritores: Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Hospitais; Enfermagem; Equipe de Assistência ao Paciente

Abstract

Objective: to assess patient safety culture (PSC) from the perspective of the multidisciplinary team working at a general hospital. **Method:** this a cross-sectional study with a quantitative approach, based on the application of the Brazilian electronic version of the *Hospital Survey on Patient Safety Culture* from the *Agency for Healthcare Research and Quality*. Data collection took place in August 2022 through *E-questionário de PSC*. **Results:** a total of 236 nursing professionals, doctors and multidisciplinary teams responded to the questionnaire. Of the 12 PSC dimensions assessed, seven stood out with percentages between 63.3% and

95%, considered strong, one with 50% positivity, indicating a growing dimension, and four with lower percentages, with 50% of positive answers identified as weak areas. **Conclusion:** it was possible to assess PSC in the hospital environment and perceive the strong, weak and growing dimensions. Progressing in this practice is challenging for teams looking for a reliable organization.

Descriptors: Patient Safety; Quality of Health Care; Hospitals; Nursing; Patient Care Team

Resumen

Objetivo: evaluar la cultura de seguridad del paciente (CSP) desde la perspectiva del equipo multidisciplinario que trabaja en un hospital general. **Método:** estudio transversal, con enfoque cuantitativo, utilizando la versión electrónica brasileña del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture del Agency for Healthcare Research and Quality. La recopilación de datos se realizó en agosto de 2022 mediante el cuestionario electrónico CSP. **Resultados:** respondieron al cuestionario 236 profesionales de enfermería, médicos y equipos multidisciplinarios. De las 12 dimensiones del CSP evaluadas, siete destacaron con un porcentaje entre 63,3% y 95%, considerada fuerte, una con 50% de positividad, indicando una dimensión en crecimiento, y cuatro con porcentajes más bajos, con un 50% de respuestas positivas identificadas como áreas débiles. **Conclusión:** fue posible evaluar la PSC en el ambiente hospitalario y percibir las dimensiones fuertes, débiles y crecientes. Avanzar en esta práctica es un desafío para los equipos que buscan una organización confiable.

Descriptores: Seguridad del Paciente; Calidad de la Atención de Salud; Hospitales; Enfermería; Grupo de Atención al Paciente

Introdução

A cultura de segurança do paciente (CSP) é compreendida como um produto de valores, ações, concepções, competências e modelos de comportamento de grupos e de indivíduos que determinam o compromisso da administração com uma organização saudável e segura.¹ É um elemento basilar para a articulação de estratégias que proporcionam a implementação de práticas seguras e redução de incidentes, como a melhoria da comunicação entre os membros da equipe,² demonstrando, ainda, o envolvimento, o modo e a habilidade da direção na gestão da segurança do paciente.³

Uma CSP fortalecida não é apenas imprescindível para reduzir os danos ao paciente, mas também é essencial para fornecer um ambiente de trabalho seguro para os profissionais de saúde. Isso inclui a criação de um ambiente de trabalho psicologicamente seguro, no qual os profissionais de saúde podem se expressar sobre a segurança do paciente e outras preocupações, sem medo de repercussões negativas.²

A CSP, por ser um efeito da prática e da identidade institucional quanto às atitudes e aos valores, pode se mostrar de maneira oposta ao preconizado para o ambiente seguro em diferentes naturezas administrativas. A CSP pode ser avaliada como processo para mensurar a qualidade da assistência prestada, o empenho da direção, as percepções de eventos adversos, o

trabalho em equipe, os fatores institucionais, os *feedbacks*, a comunicação efetiva e a conduta de não punição ao erro, que podem ser influenciadas de acordo com a cultura existente.⁴

A cultura de segurança de um hospital pode ser avaliada com instrumentos projetados para medir a qualidade da segurança do paciente, como gerenciamento e supervisão, sistemas de segurança, percepções de risco, trabalho em equipe, comunicação, *feedback*, sistemas de relatórios, carga de trabalho, recursos pessoais e psicológicos e outros fatores organizacionais.⁵

A cultura de segurança tem se caracterizado como multidimensional. Sua avaliação no âmbito hospitalar vem sendo empregada como uma ferramenta de gestão a ser utilizada por gestores da saúde em países ao redor do mundo,⁵ e tem sido considerada como um objeto crítico para a adesão às práticas seguras no cuidado de saúde, a fim de reduzir os riscos desnecessários em serviços de saúde.⁶

Recentemente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) vem incentivando a realização de avaliações da CSP com o intuito de impulsionar a adesão à regulamentação vigente.⁷ Dessa forma, vários hospitais brasileiros passaram pela avaliação da CSP para identificar as áreas de potencialidades e áreas de fragilidades, com o objetivo de direcionar as práticas voltadas para uma assistência segura e de qualidade.⁸⁻¹⁰ Essas pesquisas^{3-5,7-9} usaram o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) como instrumento de coleta de dados.

O HSOPSC foi desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) nos Estados Unidos da América (EUA),⁵ e validado para o Brasil na versão eletrônica.¹¹⁻¹² É confiável e pode ser aplicado a todas as equipes hospitalares e serviços de saúde, além de contribuir e evidenciar questões desafiadoras sobre a segurança do paciente em hospitais, bem como para realizar comparações nacionais e internacionais, podendo influenciar na assistência ao paciente direta ou indiretamente.³

Considerando que a discussão da CSP não é recente no Brasil, faz-se necessário conhecê-la na óptica da equipe multiprofissional para direcionar ações voltadas para uma assistência segura e de qualidade. Acredita-se que a CSP se caracteriza de forma necessária e primordial, sobretudo as estratégias que visem às relações interpessoais dos indivíduos e à prestação dos cuidados em toda sua complexidade e subjetividade.

Diante dos pressupostos elencados, considera-se que a avaliação da CSP é relevante para permitir e fomentar a reflexão quanto à percepção dos resultados positivos, assim como contribuir com indicadores de saúde favoráveis, permitindo fortalecer os pontos frágeis a partir de evidências científicas a respeito do tema, proporcionando também a tomada de decisão e

melhorando o processo de cuidado. O objetivo deste estudo é avaliar a CSP na perspectiva da equipe multiprofissional atuante em um hospital geral.

Método

Estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado em um hospital municipal no interior do Ceará a partir da aplicação da versão brasileira eletrônica do HSOPSC da AHRQ.⁵ Esse questionário foi adaptado transculturalmente para o Brasil em 2017 e atualizado em 2021 em formato de aplicativo no meio digital administrado pela ANVISA e o Grupo de Pesquisa CNPq QualiSaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).¹¹⁻¹²

É um sistema eletrônico para avaliação válida, rápida e confiável da CSP em hospitais brasileiros.¹¹ O E-questionário de Cultura de Segurança Hospitalar é de autopreenchimento e não necessita de entrevistador, contendo 42 perguntas sobre 12 dimensões da CSP. Nele, foram adicionadas perguntas sobre dados socioprofissionais dos respondentes e uma sessão a mais com perguntas-indicadores sobre boas práticas de segurança do paciente validadas no projeto “Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente - ISEP-Brasil”.¹¹ Segundo os autores dessa versão eletrônica, seguem-se as recomendações pelo *Safe Practices for Better Healthcare – 2010* (NQF).

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital geral da rede municipal de pequeno e médio porte que contém 113 leitos ativos, sendo referência para a região, com nível de média e alta complexidade. Ocorreu em todas as unidades de internação, tais como clínica médica, clínica cirúrgica, maternidade, unidade de psiquiatria, centro cirúrgico, Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCo), Unidade de Terapia Intensiva Adulto Tipo II, (UTI adulto tipo II), além do serviço ambulatorial, farmácia, transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar, Núcleo de Segurança do Paciente e direção geral.

Foram convidados 326 participantes. A amostra foi por conveniência com aqueles que atendessem aos critérios de inclusão da pesquisa, aceitando participar por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Colaboraram com a pesquisa os profissionais de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionista, assistente social, médicos, técnicos em enfermagem, técnico em radiologia, auxiliar administrativo, técnico de farmácia, condutores de ambulância e maqueiros. Os participantes eram de nível médio e superior, ligados à assistência direta ou indireta ou à gestão hospitalar, e possuíam vínculo contratual fixo e/ou temporário.

Os critérios de inclusão foram ter atuação mínima de seis meses no hospital e carga horária mínima de 20 horas semanais, considerados suficientes para que o trabalhador estivesse familiarizado com a instituição. Os critérios de exclusão foram os instrumentos com menos de 70% de preenchimento, pois os criadores do E-questionário de Cultura de Segurança Hospitalar contraíndicam avaliações com amostras menores que 10 profissionais; além disso, porcentagens de resposta menores que 70% podem ter viés relacionado à não resposta.¹¹⁻¹²

A coleta de dados ocorreu entre julho e agosto de 2022. O E-questionário de Cultura de Segurança Hospitalar foi enviado para os profissionais no formato eletrônico via e-mail. Inicialmente, solicitaram-se ao serviço de recursos humanos do hospital os nomes completos, os endereços eletrônicos de todos os profissionais da assistência e da gestão com vínculo ativo.

Realizaram-se ampla divulgação e visitas *in loco* às unidades visando à obtenção do máximo de respostas possíveis, no intuito de evitar viés de seleção relacionado à não resposta. Para estimular a participação dos profissionais que não responderam via e-mail, adotou-se a estratégia de coleta de dados presencial na instituição, mediante aparelhos eletrônicos (*tablets* e *smartphones* com sistema operacional Android 4.0 ou superior), dispendo questionário autoadministrado para profissionais.

As respostas ao questionário atenderam uma escala de Likert de 1 a 5, com as opções: discordo totalmente; discordo; nem concordo, nem discordo; concordo; concordo totalmente; nunca; quase nunca; às vezes; quase sempre; e sempre. As análises foram geradas automaticamente pelo próprio *software* específico para análises do banco de dados. Nas perguntas reversas formuladas de forma negativa, as respostas pela escala eram invertidas. Quanto às respostas das perguntas relacionadas aos indicadores ISEP-Brasil, atenderam à escala: nunca; quase nunca; às vezes; quase sempre; sempre; e não se aplica/em branco.

O sistema permitiu salvar as informações inseridas instantaneamente. Os autores do instrumento levam em consideração os parâmetros de valores para se considerar se a dimensão é forte (<75%), frágil (>49,9%) e precisa de melhorias (entre 50%). O agrupamento ainda possibilitou exportar os dados para análise mais detalhada em outros locais *softwares*, como Excel, *Statistical Package for the Social Sciences*(SPSS) e *Google® Drive*.

A análise foi realizada através do próprio banco de dados do E-questionário “versão do E-Questionário HSOPS 1.0 + Perguntas ISEP-Brasil” que, ao final da pesquisa, disponibiliza um relatório com as estatísticas descritivas.¹¹⁻¹⁴ Para a criação e organização dos dados, foi utilizado o *Microsoft Excel®*. No total, o questionário possui 62 perguntas, dividido em 7 seções.

Este estudo está em consonância com as recomendações éticas para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto recebeu Parecer favorável nº 5.416.338 do Comitê de Ética em Pesquisa em 18 de maio de 2022. Todos os participantes foram convidados de forma verbal e por escrito, e receberam as informações sobre o estudo e assinaram o TCLE. Ainda, a pesquisa atendeu às recomendações da Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, que dispõem da Lei Geral de Proteção de Dados nº 13.709/2018 nos seus artigos 5º, 7º, 11º e 13º no que tange à proteção dos dados pelo operador e ao acesso e utilização dos dados para fins acadêmicos.

Resultados

Foram enviados por e-mail 326 questionários, tendo como respondentes do estudo 236 profissionais do hospital avaliado. 21% (n=49) responderam por meio de e-mail e 79% (n=187) responderam pelo aplicativo, com taxa de retorno de 72,0%. Destaca-se a maior participação de profissionais do sexo feminino (61,8%; n=146).

Em relação ao tipo de unidade/especialidade, 20,5% (n=48) eram da unidade de clínica médica. Quanto à categoria de profissionais integrantes, 70,6% (n= 69) eram da enfermagem (técnicos de enfermagem e enfermeiros), números que refletem a maior proporção de presença desses profissionais nos hospitais. Quanto ao tempo de atuação no hospital, 181 responderam, sendo que 65,1% (n=138) estavam há menos de um ano. E quanto à atuação na unidade, 179 responderam e 57,7% (n=124) afirmaram que se encontravam a menos de um ano na unidade atual. Quanto ao tempo de atuação na especialidade/profissão atual, 34,2% (n=76) estão a menos de um ano no cargo e 23,4% (n=52) atuam na profissão de seis a dez anos. Quanto à jornada de trabalho, 75% (n=168) têm carga horária de 40 horas ou mais, e 91% (n=216) estavam diretamente na assistência aos pacientes (Tabela 1).

Quanto à percepção da segurança do paciente, para os respondentes no ambiente de trabalho, 62,9% (n=147) consideraram bom. Quanto à quantidade de eventos adversos notificados pelos respondentes, apresenta estatísticas para o número de eventos de segurança dos pacientes notificados. As estatísticas incluem a porcentagem em média de respostas a cada frequência de notificação. 70,7% (n=167) não notificaram nenhum evento, enquanto 12,7% (n=30) notificaram um ou dois casos e 9,3% (n=22) chegaram a notificar três a cinco casos.

É importante esclarecer que os autores do E-questionário de Cultura de Segurança Hospitalar na versão eletrônica deram a opção de “deixar em branco ou não responder” aos

participantes caso não quisessem responder, com isso, os dados totais de resposta nas Tabelas 1 a 4 podem divergir do total de respondentes em cada avaliação.

Tabela 1 - Características gerais da amostra com vistas à avaliação da cultura de segurança hospitalar pelo E-questionário de Cultura de Segurança Hospitalar. Sobral, Ceará, Brasil, 2022

Variáveis	Nº	%
Serviço/unidade N=236		
Medicina clínica	48	20,5
Cirurgia	39	16,1
Obstetrícia	36	15,2
Unidade de Terapia Intensiva (qualquer tipo)	28	11,6
Outros	26	11,6
Psiquiatria/saúde mental	24	9,4
Diversas unidades do hospital/nenhuma unidade específica	19	8,5
Radiologia	9	4,0
Farmácia	6	2,7
Pediatria	1	0,4
Porcentagem de participantes por profissão N=236		
Técnico de enfermagem	129	54,0
Enfermeiro	39	15,6
Outros	18	8,0
Médico do corpo clínico	16	7,1
Técnico (por ex., ECG, laboratório, radiologia, farmácia)	12	5,4
Fisioterapeuta, terapeuta ocupacional ou fonoaudiólogo	8	3,6
Auxiliar administrativo/secretário	4	1,8
Assistente social	4	1,8
Psicólogo	2	0,9
Nutricionista	2	0,9
Farmacêutico	2	0,9
Tempo que trabalho neste hospital (N=181)		
Menos que 1 ano	138	65,1
De 2 a 5 anos	24	11,3
De 6 a 10 anos	14	6,6
De 11 a 15 anos	1	0,5
De 16 a 20 anos	1	0,5
21 anos ou mais	3	1,4
Tempo que trabalho na área/unidade atual (N=179)		
Menos que 1 ano	124	57,7
De 2 a 5 anos	27	12,6
De 6 a 10 anos	21	9,8
De 11 a 15 anos	3	1,4
De 16 a 20 anos	1	0,5
21 anos ou mais	3	1,4
Tempo que trabalho na especialidade/profissão atual (N=192)		
Menos que 1 ano	76	34,2
De 2 a 5 anos	45	20,3
De 6 a 10 anos	52	23,4
De 11 a 15 anos	9	4,1
De 16 a 20 anos	2	0,9
21 anos ou mais	8	3,6

Quantidade de horas trabalhadas por semana (n=224)		
Até 20 horas	17	7,6
De 21 a 39 horas	39	17,4
40 ou mais horas	168	75,0
Interação ou contato direto com os pacientes (N=233)		
SIM, eu costumo ter contato ou interação direta com os pacientes	216	91,0
NÃO, eu NÃO costumo ter contato ou interação direta com os pacientes	20	9,0
Percepção da segurança do paciente no ambiente de trabalho N=236		
Bom	147	62,9
Excelente	68	28,1
Ruim	2	0,5
Regular	19	8,6
Quantidade de eventos adversos notificados N=236		
Nenhuma notificação	167	70,7
De 1 a 2 casos	30	12,7
De 3 a 5 casos	22	9,3
De 6 a 10 casos	11	4,7
De 11 a 20 casos	4	1,7
Mais de 21 casos	2	0,8

Fonte: E-questionário de Cultura de Segurança Hospitalar. qualisaude.telessaude.ufrn.br/indicadores/avaliacao/3061/2022.

Apresentam-se os indicadores de CSP calculados a partir da resposta aos questionários. Incluem-se a porcentagem média das respostas positivas para cada uma das 12 dimensões e seus itens. Eles estão listados em suas respectivas dimensões da cultura de segurança (ou indicadores compostos), na ordem em que aparecem no questionário, bem como a média da porcentagem de respostas positivas no total de participantes.

O E-questionário de Cultura de Segurança Hospitalar apresenta as medidas compostas em ordem, desde a maior porcentagem de resposta positiva média até a menos. Nessas, destacam-se aquelas dimensões que apresentam melhores médias dos itens. Das 12 dimensões da CSP avaliadas, ressaltaram-se sete com percentual que vai de 63,3% a 95%, consideradas fortes, uma dimensão com 50% de positividade indicando uma dimensão em crescimento e quatro com percentuais abaixo, com 50% de respostas positivas consideradas como áreas fracas (Tabela 1).

Tabela 2 – Porcentagem de resposta positiva segundo cada item que compõe o questionário. Sobral, Ceará, Brasil, 2022

Dimensões e itens	respostas positivas (%)
1. Frequência de eventos notificados	79,5
1. Notificam-se os erros que foram corrigidos antes de afetar o paciente?	80,9
2. Os erros que não representam risco de dano ao paciente são notificados com que frequência?	77,5
3. Os erros que poderiam causar dano ao paciente, mas não causaram, são notificados com que frequência?	80,2

2. Percepção de segurança	37,8
4. Aqui não acontecem mais erros graves porque temos sorte	64,9
5. A segurança do paciente nunca é comprometida em decorrência de maior quantidade de trabalho	8,5
6. Nesta unidade, temos problemas de segurança do paciente	21,4
7. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	56,6
3. Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	89,7
8. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	82,6
9. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente	83,5
10. Sempre que a demanda aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	94,9
11. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	97,9
4. Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	81,0
12. Estamos adotando medidas para melhorar a segurança do paciente	96,2
13. Quando se identifica um erro na atenção ao paciente, adotamos medidas para preveni-lo	85,2
14. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos sua efetividade	61,8
5. Trabalho em equipe na unidade/serviço	66,3
15. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras	60,4
16. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	66,8
17. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	75,0
18. Quando alguém nesta unidade está sobrecarregado, recebe ajuda de seus colegas	63,1
6. Abertura para comunicação	42,3
19. Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente	52,3
20. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores	42,5
21. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	31,9
7. Feedback e comunicação sobre erros	76,7
22. Somos informados sobre mudanças implementadas em decorrência de notificação de eventos	63,4
23. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	74,2
24. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros a fim de evitar que eles se repitam	
8. Resposta não punitiva aos erros	18,4
25. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	17,0
26. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	25,8
27. Os profissionais temem que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	12,6
9. Dimensionamento de pessoal	76,5
28. Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho	58,4
29. Às vezes, não se proporciona o melhor cuidado para o paciente porque a carga de trabalho é excessiva	74,8
30. A quantidade de profissional temporário/terceirizado é excessiva, prejudicando o	79,8

cuidado do paciente	
31. Nós trabalhamos sob pressão tentando fazer muito e rápido	93,2
10. Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	95,4
32. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	96,1
33. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade	97,0
34. A direção do hospital só demonstra interesse na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	93,1
11. Trabalho em equipe entre unidades	47,3
35. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	41,1
36. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	47,4
37. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	46,5
38. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto, para prestar o melhor cuidado aos pacientes	54,3
12. Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	50,0
39. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido para outros setores do hospital	36,0
40. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	50,2
41. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	55,9
42. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	61,0

Fonte: E-questionário de Cultura de Segurança Hospitalar. qualisaude.telessaude.ufrn.br/indicadores/avaliacao/3061/2022.

Quanto aos indicadores sobre boas práticas de segurança do paciente validadas no projeto ISEP-Brasil (Tabela 4), observa-se que os melhores índices de respostas positivas sobre as boas práticas de segurança foram 74,1% (n=232) para “Durante a alta, os pacientes recebem orientações verbais e escritas quanto à continuidade dos cuidados no domicílio e acompanhamento ambulatorial?”, 72,5% (n=233) para “As informações que afetam o diagnóstico do paciente são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente?” e 64,7% (n=232) para “Antes de realizar uma nova prescrição, revisa-se a lista de medicamentos que o paciente está tomando?” e “Todas as mudanças na medicação são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente”.

Porém, na Tabela 3, identifica-se que nem todos os profissionais responderam às perguntas, o que indica que possivelmente podem não ter observado com mais clareza as questões, pois acabaram respondendo às perguntas (48, 49 e 50) que não se enquadram com a sua atuação “responder se for médico” e “responder se a unidade oferecer tratamento quimioterápico” e “atender pacientes terminais”; esses últimos não são perfil do hospital avaliado.

Tabela 3 – Indicadores de boas práticas (Projeto ISEP-Brasil). Demais questões do E-questionário de Cultura de Segurança Hospitalar. Sobral, Ceará, Brasil, 2022

Questões	Número de respostas ¹	Porcentagem de respostas positivas ²	Sem respostas ³
43. Ao receber prescrições verbais sobre o tratamento, ou qualquer outro cuidado e procedimento a ser realizado com o paciente, o profissional que escuta repete a ordem?	231	41,6	5
44. Ao receber prescrições verbais sobre o tratamento, cuidado ou procedimento a ser realizado com o paciente, os profissionais que recebem anotam a ordem no documento clínico correspondente?	232	49,6	4
45. Antes de realizar uma nova prescrição, revisa-se a lista de medicamentos que o paciente está tomando?	232	49,6	4
46. Todas as mudanças na medicação são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente	232	64,7	4
47. As informações que afetam o diagnóstico do paciente são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente?	233	72,5	3
48. Antes de assinar o consentimento informado, solicita-se ao paciente ou ao seu representante que repita o que ele entendeu sobre os possíveis riscos de se submeter ou recusar o exame, cirurgia ou tratamento envolvido? (Responder se for profissional médico)	228	16,2	8
49. Em pacientes provavelmente terminais, indagam-se com antecedência as suas preferências sobre as condutas de manutenção da vida? (Responder somente se a sua unidade atende pacientes provavelmente terminais)	228	8,3	8
50. Os profissionais recebem prescrições verbais relacionadas à quimioterapia? (Responder somente se a sua unidade oferece tratamento quimioterápico)	223	2,2	13
51. Durante a alta, os pacientes recebem orientações verbais e escritas quanto à continuidade dos cuidados no domicílio e acompanhamento ambulatorial?	232	74,1	4

Fonte: E-questionário de Cultura de Segurança Hospitalar. qualisaude.telessaude.ufrn.br/indicadores/avaliacao/3061/2022.

¹ Total de respostas inseridas pelos participantes

² Relação entre quantidade de respostas positivas pelo total de respostas inseridas

³ Números de respondentes que não responderam

Compreende-se por respostas positivas aquelas em que os profissionais concordaram com comportamentos ou boas atitudes para a segurança e aquelas em que os profissionais discordaram de comportamentos ou atitudes ruins para a segurança. Das 12 dimensões da CSP avaliadas, destacaram-se “Frequência de eventos notificados” (79,5%), “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança” (89,7%), “Aprendizagem organizacional/melhoria continuada” (81,0%), “Trabalho em equipe na unidade/serviço” (66,3%),

“Feedback e comunicação sobre erros” (76,7%), “Dimensionamento de pessoal” (76,5%) e “Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente” (95,4%). Dessa forma, sete dimensões obtiveram um percentual de 63,3% a 95%, consideradas fortes, uma com 50% de positividade, indicando uma dimensão em crescimento e quatro com percentuais abaixo, 50% de respostas positivas consideradas como áreas fracas (Tabela 4).

Tabela 4 - Resultados da cultura de segurança do paciente segundo cada uma das 12 dimensões. Sobral, Ceará, Brasil, 2022

Dimensões	% de respostas positivas
1. Frequência de eventos notificados	79,5
2. Percepção de segurança	37,8
3. Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	89,7
4. Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	81,0
5. Trabalho em equipe na unidade/serviço	66,3
6. Abertura para comunicação	42,2
7. Feedback e comunicação sobre erros	76,7
8. Resposta não punitiva aos erros	18,8
9. Dimensionamento de pessoal	76,5
10. Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	95,4
11. Trabalho em equipe entre unidades	47,3
12. Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	51

Fonte: E-questionário de Cultura de Segurança Hospitalar. qualisaude.telessaude.ufrn.br/indicadores/avaliacao/3061/2022.

Em relação aos destaques das fragilidades e fortalezas das dimensões da cultura de segurança, três dimensões foram consideradas frágeis: “Resposta não punitivas para erros” (18,5%); “Percepção de segurança” (37,8%); e “Abertura para comunicação” (42,3%). As três dimensões consideradas fortes foram: “Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente” (95,1%); “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança” (89,7%); e “Aprendizagem organizacional/melhoria continuada” (81,1%).

Discussão

Este estudo alcançou um total de 236 questionários respondidos dos 326 enviados para os participantes, obtendo um retorno de 72%. Outras pesquisas que realizaram a avaliação da CSP em ambientes hospitalares e utilizaram o HSOPSC na versão brasileira tiveram um retorno semelhante.⁸⁻⁹ A versão traduzida e validada do HSOPSC possibilita uma excelente confiabilidade tanto na coleta quanto na análise dos dados, contribuindo na avaliação da cultura de segurança

em hospitais brasileiros com distintos modelos de gestão.¹²

Entre os participantes da pesquisa, houve predomínio do sexo feminino e de profissionais de enfermagem, em sua maioria técnicos. A equipe de enfermagem constitui o maior número de profissionais no ambiente hospitalar.⁶ Além disso, essa categoria é considerada uma profissão culturalmente representada pelo sexo feminino.⁸ Outras análises apontam o mesmo perfil de participantes que tiveram o objetivo de avaliar a cultura de segurança e apresentaram a enfermagem como a maior força de trabalho.^{8,12,14}

Quanto ao tempo de atuação dos respondentes, oscilou entre um ano e dois anos. Estudos similares apresentam resultados que variaram de um a cinco anos. O longo tempo de atuação na instituição possibilita maior qualidade às medidas de segurança do paciente.¹⁵⁻¹⁶ Quanto ao trabalho no setor/unidade, também variou entre um e cinco anos. Pesquisa equivalente observou uma mesma variação, destacando que o período de atuação na unidade não pode ser considerado com o tempo na instituição do profissional para uma adaptação.⁸ Quanto à carga horária semanal, houve variação entre 30 e 44 horas. A jornada de trabalho longa pode influenciar no cuidado inseguro e ser desgastante para o profissional.^{12,17-18}

Em análise dos resultados, na percepção geral das dimensões da CSP do ponto de vista dos respondentes no ambiente de trabalho, foi considerado como boa por maior parte deles. Essa concepção da equipe de saúde aponta para uma cultura de segurança com potencial de crescimento. Outras pesquisas apresentaram dados parecidos e consideraram a percepção de segurança do paciente como frágil e em crescimento.¹⁹⁻²⁰

Em relação à quantidade de eventos adversos notificados, a maioria dos profissionais (70,7%) relatou não ter notificado nenhum evento, e outros profissionais chegaram a notificar entre uma ou duas vezes. Outros autores apresentam dados com o mesmo perfil,⁸ enquanto outros atrelam a baixa adesão de notificação à cultura punitiva.²¹⁻²² Esses dados contradizem os percentuais presentes na Tabela 4 na dimensão "Frequência de eventos notificados", uma vez que indicam essa como uma dimensão forte com 80% de positividade. Isso pressupõe que as percepções dos profissionais podem ser mais positivas quanto aos eventos adversos do que a própria prática de os notificar. Outros estudos^{19,23} relatam que fatos como esses podem estar atrelados ao receio que o profissional tem de comunicar sobre os erros, por entender que seus erros podem ser usados contra eles.

Quanto ao percentual de resposta positiva ou negativa em cada item que compõe as 12 dimensões, caracteriza-se uma reação assertiva em relação à CSP e permitiu avaliar as áreas fortes

e fracas, em que se observam escores fortes superiores a 75% e frágeis escores inferiores a 50% da cultura de segurança, pois a cultura é considerada uma característica de um grupo ou hospital, não individual. Para os autores de revisão sistemática, alguns itens específicos do questionário podem, de alguma forma, interferir na taxa de respostas positivas para cada uma das dimensões, por se tratar de perguntas pessoais e depender do ponto de vista do profissional.²⁴

Em relação aos percentuais para cada dimensão, observa-se que as dimensões “Frequência de eventos notificados”, “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança”, “Aprendizagem organizacional/melhoria continuada”, “*Feedback* e comunicação sobre erros”, “Dimensionamento de pessoal” e “Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente” apresentaram percentuais médios mais positivos para a cultura de segurança, todas com percentual igual ou maior que 76%.

Estudo que também avaliou a cultura de segurança em uma unidade hospitalar obteve resultados semelhantes aos deste quanto às dimensões “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança”, “Aprendizagem organizacional/melhoria continuada” e “Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente”, no qual os respondentes compreendem e reconhecem que ações da direção, aprendizagem contínua, ações voltadas à segurança do paciente por parte das lideranças são caminhos que contribuem para uma maior segurança aos pacientes.²³

Ademais, em relação ao apoio da gerência que apresentou maior escore positivo, os respondentes denotam que há preocupação com a segurança do paciente, manifesta tanto nas expectativas e ações quanto no comportamento de apoio da gerência para um clima de trabalho que promova a segurança. Materiais semelhantes analisados obtiveram escores positivos para essa dimensão, considerando os líderes como atores importantes e indispensáveis para tornar uma organização confiável com uma CSP justa.^{23,25} Em contrapartida, outros trabalhos científicos similares recomendam o comprometimento da alta direção no suporte ao desenvolvimento da CSP, pois são essenciais quando unidos ao uso de ferramentas de comunicação, tecnologia e o incentivo às práticas educacionais, que são essenciais para a redução de erros.²⁶⁻²⁷

Quanto à dimensão “*Feedback* e comunicação sobre erros”, demonstrou-se que há uma inquietação dos respondentes quanto ao *feedback* de eventos que são notificados, em especial com a comunicação sobre os erros que acontecem dentro da unidade que atuam. Para o autor,²⁵ que estudou a percepção dos profissionais de saúde sobre a CSP em uma unidade hospitalar, permitiu observar que as equipes podem ser participativas quando observam o desempenho dos

demais, pois permitem oferecer assistência e *feedback* quando necessário, corrigindo os erros e caminhando para o aprendizado.

A dimensão “Dimensionamento de pessoal” avalia se os profissionais são preparados para lidar com a sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento ao paciente.¹⁵ Esta pesquisa apresentou um escore positivo para essa dimensão. Porém, em outros que foram analisados, os quais também avaliaram a cultura de segurança em ambientes hospitalares, não obtiveram resultados positivos para essa dimensão. Para eles, o dimensionamento adequado é essencial para a assistência e esses resultados devem ser examinados cuidadosamente pelos gestores, visto que um cenário negativo expõe ao risco a segurança do paciente.^{8,24-25}

A presente pesquisa também apresentou dados de fragilidades e/ou negativo e como área de melhorias para as dimensões “Percepção de segurança”, “Abertura para comunicação”, “Resposta não punitiva aos erros”, “Trabalho em equipe entre unidades”, “Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços.”

Na dimensão “Percepção de segurança”, apresentaram-se características de fragilidades na avaliação dos sistemas e procedimentos existentes na instituição de saúde para prevenir erros e a ausência de problemas de segurança do paciente no hospital. Outros autores reconheceram essa dimensão como frágil e sinalizam a necessidade de introduzir estratégias, mecanismos de controle, monitorar as ações com foco na qualidade assistencial, bem como a responsabilidade de todos os envolvidos e alcançar melhor percepção da segurança do paciente.²⁸ Uma cultura “justa” colabora e incentiva as equipes de saúde que, por sua vez, fortalecem a ótica da percepção de segurança.²⁵

Na dimensão “Resposta não punitiva aos erros”, apresentou-se o menor escore, talvez pelo fato de as equipes sentirem que os seus erros cometidos possam ser usados contra eles.^{8,25} Reconhecendo o ambiente hospitalar como um contexto complexo, a comunicação de um erro pode ser decisória para um desfecho satisfatório, no qual não deve haver uma cultura de não punições diante de erros, mas sim trabalhar medidas para prevenção de sua ocorrência e falhas, a fim de melhorar a gestão da cultura de segurança.^{8,16,22}

A dimensão “Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços” aborda questões no âmbito da organização hospitalar,¹² e conforme os respondentes, deixa evidente quanto à influência da troca de turnos/plantões na segurança dos pacientes se apresenta negativa. Outros estudos também reconhecem como negativa e consideram preocupantes por

ser um item que trabalha a comunicação.²⁸⁻³⁰ A mudança de turno é um momento delicado da prática das equipes, já que se trata do momento em que as informações mais relevantes do cuidado do paciente são repassadas e que permite sua continuidade.²⁸ É nesse instante que é possível observar a condição de preparar estratégias que possam prevenir possíveis falhas que podem impactar de forma negativa na segurança do paciente.

Quanto à dimensão “Trabalho em equipe entre unidades”, que tem o objetivo de avaliar se as unidades hospitalares cooperam e coordenam entre si para prestar um atendimento de alta qualidade aos pacientes, apresentou-se também com áreas de melhorias. Ressalta-se que algumas unidades do hospital avaliadas foram recentemente abertas, motivo pelo qual essa dimensão é frágil, com percentual abaixo de 75%, dado que as relações entre as equipes de algumas unidades ainda se encontram em fase de consolidação. Estudo que também avaliou a cultura de segurança hospitalar obteve resultados semelhantes, e vincula essa fragilidade a pessoas, conceitos, padrões de relacionamento e tempo, e que em alguns ambientes persiste uma cultura organizacional que permite mudanças e inovações e em outros não.³⁰

A dimensão “Abertura para comunicação” tem como objetivo de avaliar se a equipe hospitalar fala livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se sente à vontade para questionar a equipe com maior autoridade, e também se mostrou com resultado negativo ou frágil, em que os profissionais colocam a dificuldade que têm de se comunicar e questionar certas decisões da gerência ou da alta direção. Alguns autores consideram como barreiras o “silêncio organizacional” e a resistência dos profissionais de saúde em demonstrar suas percepções, concepções, suas ideias ou entendimento acerca do que de fato ocorre em seu ambiente de trabalho.³⁰

Quanto aos indicadores de boas práticas do ISPE/Brasil, foi possível observar maior porcentagem de respostas positivas, ou seja, 64,7% a 74,1% dos respondentes colocaram que “sempre”: “Antes de realizar uma nova prescrição, revisa-se a lista de medicamentos que o paciente está tomando?”; “Todas as mudanças na medicação são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente?”; “As informações que afetam o diagnóstico do paciente são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente?”; e “Durante a alta, os pacientes recebem orientações verbais e escritas quanto à continuidade dos cuidados no domicílio e acompanhamento ambulatorial?”. Para os autores, esses quatro indicadores de boas práticas contribuem para facilitar a transferência de informação e comunicação clara, além de estarem relacionados às boas

práticas sobre aspectos organizacionais relacionados à segurança do paciente, bem como à promoção da cultura de segurança.¹³⁻¹⁴

Destaca-se que nem todos os participantes desejaram responder alguns dos indicadores, pois preferiram deixar em branco, e em outros casos, os indicadores especificaram o tipo de profissional que deveria responder (Responder se for profissional médico) ou se o hospital atenderia uma clientela com comorbidades específicas (Responder somente se a sua unidade atende pacientes provavelmente terminais e Responder somente se a sua unidade oferece tratamento quimioterápico), evidenciando o viés de porcentagem de respostas positivas.

De modo geral, as respostas positivas não obtiveram os valores desejáveis para serem consideradas como “boas práticas”. Os resultados mostram que tiveram uma frequência de “sempre” menor que 72%, mostrando uma validade de face não desejável, ficando o sinal de alerta para pesquisas futuras. Os autores consideram que os indicadores de processo são relevantes quando há uma frequência relativa de conformidade de 95% de confiança, ou seja, quando todos os participantes consideram “sempre” como aspecto positivo.¹³⁻¹⁴

Como limitação do estudo, pode-se considerar a baixa adesão da equipe médica que, mesmo após as inúmeras tentativas de envio do instrumento e de procurá-los *in loco*, expressavam a falta de tempo, não aceitou participar ou não rejeitou a solicitação por meio do e-mail, sendo considerada como recusa. Ainda como restrição, foi o acesso aos participantes no período noturno e finais de semana, dificuldade de maior adesão da população devido à extensão do questionário, bem como algumas questões de difícil compreensão.

Acredita-se que esta pesquisa contribuirá tanto para a área da enfermagem quanto para a equipe multiprofissional, ao possibilitar uma análise geral da percepção da cultura de segurança hospitalar, estimulando outras instituições a terem uma visão diferenciada das questões de segurança do paciente na procura de metodologias efetivas para a melhoria da qualidade da assistência e do cuidado seguro e só então passar a ser uma organização de confiabilidade.

Conclusão

A partir deste estudo, foi possível avaliar a CSP no ambiente hospitalar pela equipe multiprofissional e perceber os pontos positivos e negativos. Das 12 dimensões avaliadas, destacaram-se sete dimensões com percentual de respostas positivas consideradas fortes e uma das dimensões obteve perceptual neutra, indicando uma dimensão em crescimento.

Quanto às outras quatro dimensões, foram consideradas como áreas fracas que requerem mais atenção e sensibilidade das equipes, por meio de reuniões rápidas para trabalhar ações *in loco*, criando sistemas de notificação de eventos adversos sem uma cultura de punição ao erro. O presente estudo ainda revelou que a direção deve refletir, junto às equipes, a configuração de uma ferramenta essencial para promover o cuidado seguro que possa reforçar o trabalho em equipe e contribua para o *feedback* e comunicação sobre erros.

Com isso, conclui que progredir nessa prática é desafiador para a instituição, pois, a partir da atual pesquisa, acredita-se que a implementação de ferramentas que possam trabalhar a comunicação com as equipes no dia a dia, com o objetivo de conhecer as fraquezas e fortalezas, possa melhorar a CSP, a fim de estruturar e levar a uma organização confiável, realizando uma nova avaliação da CSP.

Referências

1. International Nuclear Safety Advisory Group. The Chernobyl accident: updating of INSAG-1 [Internet]. Vienna: International Atomic Energy Agency; 1992 [cited 2023 Aug 02]. Available from: https://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/Pub913e_web.pdf
2. Organização Mundial de Saúde (OMS). Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. Genebra (CH): OMS; 2021.
3. FiLiZ E, YeşilLdal M. Turkish adaptation and validation of revised Hospital Survey on Patient Safety Culture (TR – HSOPSC 2.0). BMC Nurs. 2022 Nov 25;21(1):325. doi: 10.1186/s12912-022-01112-9
4. Granel-Giménez N, Palmieri PA, Watson-Badia CE, Gómez-Ibáñez R, Leyva-Moral JM, Bernabeu-Tamayo MD. Patient safety culture in European hospitals: a comparative mixed methods study. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(2):939. doi: 10.3390/ijerph19020939
5. Westat R, Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, et al. Hospital survey on patient safety culture: user's guide [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2018 Jul [cited 2023 Feb 08]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/usersguide/hospitalusersguide.pdf>
6. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Avaliação nacional da cultura de segurança do paciente em hospitais 2021 [Internet]. Brasília (DF): Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2022 [acesso em 2023 fev 08]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/relatorio-avaliacao-da-cultura-de-seguranca-2021.pdf>
7. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde [Internet]. Brasília (DF): Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2021 [acesso em 2023 fev 08]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/plano-integrado>
8. Serrano ACF, Santos DF, Matos SS, Goveia VR, Mendoza IYQ, Lessa AC. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico [Internet]. REME Rev Min Enferm. 2019 [acesso em 2023 fev 08];23:e-1183. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/biblio-1008332>
9. Massaroli A, Rodrigues MEC, Kooke K, Pitilin EB, Haag FB, Araújo JS. Avaliação da cultura de segurança do

- paciente em um hospital do Sul do Brasil. *Cienc Enferm* [Internet]. 2021 fev 01 [acesso em 2023 nov 13];27. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532021000100207&script=sci_arttext
10. Prieto MMN, Fonseca REP, Zem-Mascarenhas SH. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. 2021;74(6). doi: 10.1590/0034-7167-2020-1315
11. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). E-Questionário de cultura de segurança hospitalar. QUALISAÚDE: sobre o sistema [Internet]. Brasília (DF): ANVISA; 2020 [acesso em 2023 fev 09]. Disponível em: <https://csp.qualisaude.telessaude.ufrn.br/portal/sobre/>
12. Andrade LEL, Melo LOM, Silva IG, Souza RM, Lima ALB, Freitas MR, et al, et al. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 jan 23];26(3):455-68. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/WWrcjrQH3r5LwvRKV3VbPSy/?lang=pt>
13. Gama ZAS, Saturno-Hernández PJ, Ribeiro DNC, Freitas MR, Medeiros PJ, Batista AM, et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: projeto ISEP-Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(9):e00026215. doi: 10.1590/0102-311X00026215
14. Gama Z, Saturno-Hernández P, Batista A, Barreto A, Lira B, Medeiros C, et al. Mensuração de boas práticas de segurança do paciente [Internet]. Natal (RN): Ed. UFRN; 2018 [acesso em 2023 jan 23]. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/25874>
15. Melo E, Balsanelli AP, Neves VR, Bohomol E. Patient safety culture according to nursing professionals of an accredited hospital. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2020;41:e20190288. doi: 10.1590/1983-1447.2020.20190288
16. Aouicha W, Tlili MA, Sahli J, Mtiraoui A, Ajmi T, Latiri HS, et al. Patient safety culture as perceived by operating room professionals: a mixed-methods study. *BMC Health Serv Res*. 2022 Jun 20;22(1). doi: 10.1186/s12913-022-08175-z
17. Oliveira EM, Andolhe R, Padilha KG. Cultura de segurança do paciente e incidentes registrados durante as passagens de plantão de enfermagem em unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2022 jul;34(3):386-92. doi: 10.5935/0103-507X.20220446-pt
18. Viana KE, Matsuda LM, Ferreira AMD, Reis GAX, Souza VS, Marcon SS. Patient safety culture from the perspective of nursing professionals. *Texto Contexto Enferm*. 2021 Jan 01;30. doi: 10.1590/1980-265x-tce-2020-0219
19. Tavares LT, Silva GSS, Macêdo LLS, Guimarães MAP, Albergaria TFS, Pinto EP. Evaluation of patient safety culture in the pediatric intensive therapy unit in a public hospital. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2021 maio 31;13:974-81. doi: 10.9789/2175-5361.rpcf.v13.9739
20. Rocha RC, Abreu IM, Carvalho REFL, Rocha SS, Madeira MZA, Avelino FVSD. Cultura de segurança do paciente em centros cirúrgicos: perspectivas da enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03774. doi: 10.1590/S1980-220X2020034003774
21. Ribeiro AC, Nogueira PC, Tronchin DMR, Rossato V, Serpa LF. Patient safety culture: perception of nurses in a cardiopneumology reference center. *Texto Contexto Enferm*. 2019 Jan 01;28. doi: 10.1590/1980-265x-tce-2018-0118
22. Madalozzo MM, Lucas JIP, Kanan LA, Marcon SRA, Souza AS, Michelin FT, et al. Cultura de segurança do paciente em um hospital acreditado de alta complexidade. *Res Soc Dev*. 2021 Jun 11;10(6):e55510616113. doi: 10.33448/rsd-v10i6.16113
23. Camacho-Rodríguez DE, Carrasquilla-Baza DA, Dominguez-Cancino KA, Palmieri PA. Patient safety culture in Latin American hospitals: a systematic review with meta-analysis. 2022;19(21):14380. doi: 10.3390/ijerph192114380
24. Arboit EL, Bellini G, Schütz CR, Moraes MCS, Barcellos RA. Patient safety culture in the multiprofessional perspective. *Res Soc Dev*. 2020 mar 31;9(5):e125953088. doi: 10.33448/rsd-v9i5.3088

25. Façanha TRS. Percepções de profissionais de saúde em uma instituição hospitalar: um enfoque bioético sobre cultura de segurança do paciente [Internet]. Brasília (DF): UNB; 2019 [acesso em 2023 jan 08]. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/35219>
26. Raimondi DC, Bernal SCZ, Matsuda LM. Patient safety culture from the perspective of workers and primary health care teams. 2019; 53:42-2. doi: 10.11606/s1518-8787.2019053000788
27. Carmo JMA, Mendoza IYQ, Goveia VR, Souza KV, Manzo BF, Guimarães GL. Culture of patient safety in hospital units of gynecology and obstetrics: a cross-sectional study. Rev Bras Enferm. 2020;73(5): e20190576. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0576
28. Pedroni VS, Gouveia HG, Vieira LB, Wegner W, Oliveira AC, Santos MC, et al. Patient safety culture in the maternal-child area of a university hospital. Rev Gaúcha Enferm. 2020 Jan 1;41(spe):e20190171. doi: 10.1590/1983-1447.2020.20190171
29. Magalhães EV, Paiva FO, Alves MES, Almeida MC. Cultura de seguridad del paciente entre los profesionales de enfermería en un hospital filantrópico de Minas Gerais. Rev Cuid. 2021 set 10;12(3). doi: 10.15649/cuidarte.1990
30. Sanchis DZ, Haddad MCFL, Giroto E, Silva AMR. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. Rev Bras Enferm. 2020;73(5):e20190174. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0174

Contribuições de autoria

1 – Márcio Venício Alcântara de Moraes

Autor Correspondente

Enfermeiro, Mestrando - marcirock23@gmail.com

Concepção, desenvolvimento da pesquisa e redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

2 – Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino

Enfermeira, Pós-Doutoranda - fvdavelino@ufpi.edu.br

Revisão e aprovação da versão final.

3 – Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho

Enfermeira. Doutora - rhanna.lima@uece.br

Concepção, desenvolvimento da pesquisa e redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

Editora Científica: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Editora Associada: Etiane de Oliveira Freitas

Como citar este artigo

Moraes MVA, Avelino FVSD, Carvalho REFL. Patient safety culture assessment in a general hospital. Rev. Enferm. UFSM. 2023 [Access at: Year Month Day]; vol.13, e60:1-20. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769284101>