

Análise da cultura de segurança do paciente entre profissionais de um hospital público de ensino

Analysis of patient safety culture among professionals at a public teaching hospital

Análisis de la cultura de seguridad del paciente entre profesionales de un hospital público universitario

Claudilene Fernandes da Silva^a 

André Luiz Silva Alvim^a 

Romanda da Costa Pereira Barboza Lemos^b 

Fábio da Costa Carbogim^a 

Thiago Rodrigues dos Santos^a 

Andreia Guerra Siman^c 

Herica Silva Dutra^a 

Luciane Ribeiro^a 

Como citar este artigo:

Silva CF, Alvim ALS, Lemos RCPB, Carbogim FC, Santos TR, Siman AG, et al. Análise da cultura de segurança do paciente entre profissionais de um hospital público de ensino. Rev Gaúcha Enferm. 2025;46(esp1):e20250105. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20250105.pt>

RESUMO

Objetivo: analisar a cultura de segurança do paciente entre trabalhadores de um hospital público de ensino.

Método: estudo transversal, realizado com 259 trabalhadores de um hospital de ensino em Minas Gerais, Brasil, por meio da versão eletrônica brasileira do E-questionário do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, entre outubro de 2022 e janeiro de 2023. Para análise dos dados, utilizou-se estatística descritiva. Ademais, a correlação entre os domínios foi verificada por meio do teste de correlação de Spearman. Para associação entre os domínios, utilizou-se análise de regressão linear múltipla.

Resultados: das 12 dimensões, sete foram consideradas frágeis, sendo a mais crítica "resposta não punitiva para erros", com 26,2% de respostas positivas. Verificou-se correlação positiva forte entre "feedback e comunicação sobre erros" e "aprendizagem organizacional e melhoria contínua" ($R=0,595$; $p<0,01$) e "frequência de notificação de eventos" ($R=0,501$; $p<0,01$).

Conclusão: a cultura de segurança do paciente foi considerada enfraquecida. Melhores percepções de aprendizagem organizacional e notificação de eventos adversos estavam presentes quando houve maior feedback e comunicação sobre erros vivenciados nos processos assistenciais. Uma maior frequência de eventos adversos foi associada a uma pior percepção da cultura de segurança.

Descritores: Segurança do paciente; Cultura organizacional; Qualidade da assistência à saúde; Hospitais de ensino.

ABSTRACT

Objective: to analyze the patient safety culture among workers at a public teaching hospital.

Method: cross-sectional study, carried out with 259 workers from a teaching hospital in Minas Gerais, Brazil, using the Brazilian electronic version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture E-questionnaire, between October 2022 and January 2023. For data analysis, descriptive statistics were used. Furthermore, the correlation between domains was verified using the Spearman correlation test. For association between domains, multiple linear regression analysis was used.

Results: Of the 12 dimensions, seven were considered fragile, the most critical being "non-punitive response to errors", with 26.2% positive responses. There was a strong positive correlation between "feedback and communication about errors" and "organizational learning and continuous improvement" ($R=0.595$; $p<0.01$) and "frequency of event notification" ($R=0.501$; $p<0.01$).

Conclusion: the patient safety culture was considered weakened. Better perceptions of organizational learning and notification of adverse events were present when there was greater feedback and communication about errors experienced in care processes. A higher frequency of adverse events was associated with a worse perception of safety culture.

Descriptors: Patient safety; Organizational culture; Quality of health care; Teaching hospitals.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la cultura de seguridad del paciente entre los trabajadores de un hospital público universitario.

Método: estudio transversal, realizado con 259 trabajadores de un hospital universitario de Minas Gerais, Brasil, utilizando la versión electrónica brasileña del cuestionario electrónico Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente, entre octubre de 2022 y enero de 2023. Para el análisis de los datos, se utilizó estadística descriptiva. Además, la correlación entre dominios se verificó mediante la prueba de correlación de Spearman. Para la asociación entre dominios se utilizó análisis de regresión lineal múltiple.

^a Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Stricto Sensu, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

^b Universidade Federal de Juiz de Fora, Hospital Universitário, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

^c Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

Resultados: De las 12 dimensiones, siete fueron consideradas frágiles, siendo la más crítica la “respuesta no punitiva a los errores”, con un 26,2% de respuestas positivas. Hubo una fuerte correlación positiva entre “retroalimentación y comunicación sobre errores” y “aprendizaje organizacional y mejora continua” ($R=0,595$; $p<0,01$) y “frecuencia de notificación de eventos” ($R=0,501$; $p<0,01$).

Conclusión: la cultura de seguridad del paciente se consideró debilitada. Mejores percepciones de aprendizaje organizacional y notificación de eventos adversos estuvieron presentes cuando hubo mayor retroalimentación y comunicación sobre los errores experimentados en los procesos de atención. Una mayor frecuencia de eventos adversos se asoció con una peor percepción de la cultura de seguridad.

Descriptores: Seguridad del paciente; Cultura organizacional; Calidad de la atención sanitaria; Hospitales universitarios.

■ INTRODUÇÃO

A segurança do paciente (SP) ganhou visibilidade mundial nas últimas décadas. Com a preocupação de valorizar a temática, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por ocasião da 55ª Assembleia Mundial da Saúde, adotou a Resolução nº 55.18, que recomendou direcionar esforços para o problema da SP, de forma a promover a cultura de segurança dentro das organizações de saúde, proporcionando o cuidado seguro⁽¹⁾. Porém, os incidentes e os eventos adversos continuam causando grande preocupação por sua elevada frequência e por serem responsáveis por diversos danos aos pacientes em todo o mundo⁽²⁾.

A cultura de segurança do paciente (CSP) é considerada um subconjunto da cultura de segurança, específico para o setor de saúde. Refere-se à combinação de valores, crenças, normas, habilidades individuais e de equipe e práticas que uma instituição de saúde adota para garantir a SP. Assim, conhecer a CSP possibilita a implantação de ações que repercutem diretamente nos padrões e comportamentos de indivíduos, configurando-se como um componente estrutural nos serviços de saúde⁽³⁾.

Uma CSP fortalecida está diretamente associada à redução da ocorrência de eventos adversos, à melhoria na qualidade do atendimento e ao cuidado centrado no paciente⁽²⁾. Pesquisa realizada em hospitais brasileiros identificou que unidades com melhor percepção da CSP apresentaram menores taxas de incidentes e maior adesão às práticas seguras⁽⁴⁾. A literatura destaca que a implementação de estratégias voltadas ao fortalecimento da CSP contribuiu significativamente para a melhoria da comunicação entre a equipe multiprofissional e o desenvolvimento de práticas assistenciais mais seguras, com resultados positivos⁽³⁻⁵⁾. Estes são capazes de propiciar um ambiente laboral seguro de forma a construir equipes de saúde de alto desempenho, contribuindo para um clima favorável dentro das instituições, garantindo eficácia no cuidado da saúde⁽⁵⁻⁶⁾.

Analisar a CSP em cenário hospitalar que apresenta condições complexas tem sido indicado como o caminho para consolidar a segurança e o direito do paciente, configurando-se como estratégia para melhorar a qualidade assistencial norteando o remodelamento dos processos de trabalho, permitindo que práticas seguras qualifiquem o trabalho multiprofissional⁽⁷⁾.

Identificar as potencialidades e fragilidades da cultura e da rotina diária da equipe multiprofissional é crucial para detectar pontos a serem aperfeiçoados, além de possibilitar a adoção de ações que assegurem um cuidado qualificado e livre de danos, fortalecer cada vez mais a CSP nos serviços de saúde e favorecer a realização de um diagnóstico situacional preciso e a implantação de ações efetivas, que tendem a proporcionar melhorias expressivas dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde⁽⁸⁾.

Um estudo metodológico em seis hospitais no Rio Grande do Norte demonstrou que a versão eletrônica do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) adaptada ao português apresentou validação satisfatória. A confiabilidade total (Cronbach's alpha) atingiu 0,92. As 12 dimensões do instrumento mostraram valores medianos (cerca de 0,69), tornando-o amplamente utilizado para avaliar a CSP em serviços de saúde⁽⁹⁾.

Embora a CSP seja um tema vastamente estudado em âmbito nacional e internacional, a literatura evidencia que a cultura de segurança é fortemente influenciada por fatores locais, como estrutura de gestão, recursos disponíveis, clima organizacional e perfil sociodemográfico dos trabalhadores⁽¹⁰⁾. Assim, compreender como esses elementos se manifestam em uma determinada realidade ainda desconhecida é fundamental para subsidiar ações de melhoria direcionadas e alinhadas às necessidades regionais.

Dessarte, esta pesquisa se justifica pela necessidade de identificar fragilidades e potencialidades relacionadas à CSP na instituição cenário do estudo, a fim de direcionar ações em busca de fortalecer aspectos positivos e instituir ações de melhoria. O objetivo do estudo foi analisar a cultura de segurança do paciente na percepção dos trabalhadores de um hospital público de ensino.

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido em um hospital geral público de ensino, referência no Sistema Único de Saúde (SUS) na assistência de média e alta complexidade. O presente estudo foi estruturado seguindo as diretrizes do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹¹⁾.

Para este estudo, utilizou-se amostragem não probabilística por conveniência. O cálculo amostral foi realizado com

apoio do *software* G-power® 3.1.9.7, considerando como parâmetros a diferença de médias entre grupos com os seguintes pressupostos: tamanho do efeito médio (0,5), alfa 0,05 e poder (1-beta)0,95. Dessa forma, estimou-se um total mínimo de 176 participantes. Cabe mencionar que todos os trabalhadores do hospital que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a participar. Essa abordagem é recomendada quando o objetivo é obter uma visão global do fenômeno investigado, evitando vieses relacionados à seleção de subgrupos⁽¹²⁾. Além disso, a opção por considerar toda a população elegível está alinhada ao interesse institucional em obter um diagnóstico abrangente da CSP para subsidiar ações de melhoria contínua.

A fim de garantir uniformidade da amostra, foi adotado procedimento uniforme de convite aos potenciais participantes. Adotou-se o seguinte percurso para se chegar ao número de participantes: enviou-se uma carta convite por *e-mail* institucional aos 1.212 profissionais elegíveis, explicando o objetivo e a relevância da pesquisa, encaminhando *link* para acesso ao questionário estruturado. Destes, 495 questionários foram rejeitados e 458 não respondidos. Para aumentar a adesão, três novos convites foram enviados notificando aos não respondentes para incentivar a participação, conforme orientação do *software*⁽¹³⁾. Além disso, cartas com informações sobre a pesquisa foram distribuídas nos setores e um novo convite foi encaminhado pela Unidade de Comunicação Social, incentivando a divulgação via *WhatsApp*® pelas chefias dos setores.

No quadro de profissionais da instituição, constavam 1.342 profissionais efetivos, 300 terceirizados e 270 residentes, sendo 180 da medicina e 90 da residência multiprofissional. Os critérios de inclusão foram: vínculo institucional por pelo menos seis meses e atuação direta ou indireta na assistência ao paciente. Foram excluídos os profissionais terceirizados (receptionistas, profissionais da higiene e limpeza, da manutenção e do almoxarifado), devido à rotatividade de pessoas, e os residentes (pela permanência limitada) e os efetivos afastados no período da coleta (cerca de 130 profissionais). Embora os trabalhadores terceirizados e residentes desempenhem funções importantes no hospital, eles foram excluídos tendo em vista o fato de o vínculo ser temporário. Trabalhadores terceirizados podem apresentar maior rotatividade e vínculos contratuais com empresas externas, o que poderia influenciar na comparabilidade e na interpretação dos resultados.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2022 a janeiro de 2023, por meio da aplicação do E-questionário de cultura de segurança do paciente versão 1.0⁽¹³⁾. O instrumento baseou-se no *Hospital Survey on Patient Safety Culture*®, desenvolvido pela *Agency for Healthcare*

Research and Quality (AHRQ)⁽¹⁴⁾ e foi adaptado e validado para a versão eletrônica no Brasil no ano de 2017⁽⁹⁾, sendo atualizado em 2021 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Grupo de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). O uso do instrumento para avaliação da CSP é incentivado pela Anvisa e pelo Ministério da Saúde, sendo disponibilizado gratuitamente para uso livre em plataforma oficial das referidas instituições mediante ao cadastro institucional⁽¹³⁻¹⁵⁾. Justifica-se o uso desse instrumento por sua ampla divulgação e recomendação de sua utilização pelos órgãos oficiais a toda a equipe de saúde para mensurar a percepção individual dos profissionais sobre a CSP⁽¹³⁻¹⁵⁾ e por demonstrar boas propriedades psicométricas⁽⁹⁾.

Assim como em outras pesquisas que avaliam a CSP, esse instrumento mensura as dimensões a partir da percepção individual dos profissionais sobre suas crenças, costumes e cultura de segurança⁽¹⁶⁾. Na adaptação para a versão eletrônica, o alfa de Cronbach total foi de 0,92, sendo considerado excelente⁽⁹⁾.

Trata-se de um questionário eletrônico de autopreenchimento, contendo 42 itens sobre CSP, titulados por letras do alfabeto, variando de "A" a "E". Contém 12 dimensões da CSP, a saber: frequência de eventos notificados; percepção de segurança; expectativas e ações da direção/supervisão de unidade/serviço que favorecem a segurança; aprendizagem organizacional/melhoria contínua; trabalho em equipe em unidade/serviço; abertura para comunicações; *feedback* e comunicação sobre erros; resposta não punitiva para erros; dimensionamento de pessoal; apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente; trabalho em equipe entre unidades; problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços⁽¹³⁻¹⁵⁾.

O questionário sobre CSP contém 33 itens em escala Likert de concordância (1 a 5) e a opção "não se aplica/resposta em branco". Nove itens usam escala de frequência ("nunca" a "sempre"). Na última seção, os participantes avaliam a SP na unidade/hospital em uma escala de "péssimo" a "excelente". A opção "não se aplica/resposta em branco" está disponível para questões irrelevantes ao respondente ou que ele prefira não responder^(13,16-17).

Os autores do instrumento levam em consideração os parâmetros de valores conforme normas da AHRQ⁽¹⁴⁾. O E-questionário inclui itens formulados de modo positivo e negativo sobre a SP, exigindo atenção na agregação das respostas para calcular a porcentagem de respostas positivas⁽¹⁵⁾. A porcentagem de respostas positivas inclui "concordo/concordo plenamente" ou "sempre/quase sempre" para itens positivos e "discordo/discordo totalmente" ou "nunca/quase

nunca” para itens negativos. Respostas neutras correspondem a “nem discordo, nem concordo” ou “às vezes”^(13–15).

Os dados foram analisados por meio estatística descritiva, com cálculo automático das médias de respostas positivas pelo sistema, conforme padronizado no próprio sistema. Após a coleta, foi gerado um relatório. Dimensões foram classificadas conforme o questionário original: fortalecidas (>75% = verde), fragilizadas (<50% = vermelho) e neutras (50% -74% = amarelo)^(14,16–17). A aplicação do E-questionário de cultura de segurança do paciente para coleta e consolidação dos dados permitiu minimizar vieses por meio da padronização da coleta de dados e análise imparcial dos resultados, já que o sistema contém uma programação para eliminar do banco de dados e dos cálculos da análise os questionários que tiverem: apenas as questões socioprofissionais respondidas, menos de 50% de respostas de cultura de segurança válidas, o mesmo item respondido em todas as questões⁽¹²⁾.

O banco de dados foi exportado do servidor da plataforma E-questionário de cultura de segurança do paciente versão 1.0, em formato de planilha eletrônica, a qual foi importada para o *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS®) versão 30. Foram calculadas as médias dos domínios por meio da soma dos valores das respostas de cada item, conforme opções do tipo Likert, e divididos pelo número de itens do domínio. A correlação entre os domínios do HSOPSC foi verificada por meio do teste de correlação de Spearman, sendo que valores entre 0,01 a 0,49 indicam correlação fraca, entre 0,50 a 0,69 moderada e maior ou igual a 0,70 forte⁽¹⁸⁾. A associação entre a percepção de segurança

(variável dependente) e demais domínios do HSOPSC foi verificada por meio de regressão linear múltipla (método *enter*). Foi adotado $p < 0,05$.

O estudo atendeu à Resolução nº 466/2012. Os colaboradores concederam sua anuência por meio do aceite eletrônico do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, confirmando a voluntariedade de participação na pesquisa e assegurando seu anonimato⁽¹⁹⁾. O questionário foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) no E-Questionário⁽¹²⁾. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob o Parecer nº 5.598.144, CAAE nº 59637722.0.0000.5133.

■ RESULTADOS

Dos 1.212 profissionais elegíveis, 259 (21,36%) responderam ao questionário, sendo que (4,24%) dos respondentes foram os colaboradores administrativos e os outros 17,12% foram da equipe multiprofissional, os demais não responderam ou se recusaram a participar. As respostas ocorreram via *e-mail* ou *link*.

A CSP no hospital obteve percentual médio de respostas positivas de 50,0% para as 12 dimensões avaliadas, sendo classificada como fraca. Na Tabela 1, é apresentada a caracterização dos participantes do estudo em relação à categoria profissional, unidade de atuação, tempo de trabalho na instituição, tempo de atuação na unidade atual, quantidade de horas semanais trabalhadas e interação e contato direto com os pacientes.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2024 (n=259).

Variáveis	n	%
Categoria profissional		
Enfermeiro	53	20,46
Técnico de enfermagem	50	19,30
Médico do corpo clínico	34	13,13
Técnico (ECG, laboratório, radiologia, farmácia)	18	6,95
Farmacêutico	15	5,80
Outros (não especificados)	11	4,25

Tabela 1 – Cont.

Variáveis	n	%
Fisioterapeuta/ Terapeuta ocupacional ou Fonoaudiólogo	09	3,47
Auxiliar administrativo/ Secretário	07	2,70
Psicólogo	06	2,32
Assistente Social	06	2,32
Administração/ Direção	04	1,55
Nutricionista	03	1,16
Odontologia	02	0,77
Auxiliar de enfermagem	01	0,39
Não responderam	40	15,44
Unidade de atuação		
Outros (hospital dia, CME, endoscopia, ambulatórios, transplante de medula óssea, hemodiálise, métodos gráficos).	66	25,48
Cirurgia	32	12,35
Radiologia	30	11,58
Clínica médica	22	8,50
Farmácia	13	5,01
Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica	13	5,01
Pediatria	09	3,50
Laboratório	09	3,50
Psiquiatria/Saúde mental	07	2,70
Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	07	2,70
Reabilitação	05	1,93
Obstetrícia	03	1,15

Tabela 1 – Cont.

Variáveis	n	%
Emergência	01	0,38
Anestesiologia	01	0,38
Não responderam	41	15,83
Tempo de trabalho na instituição		
De 1 a 5 anos	107	41,31
De 6 a 10 anos	84	32,44
21 anos ou mais	11	4,25
De 16 a 20 anos	10	3,86
De 11 a 15 anos	02	0,77
Menos que 1 ano	02	0,77
Não responderam	43	16,60
Tempo de atuação na unidade atual		
De 1 a 5 anos	119	45,94
De 6 a 10 anos	68	26,25
De 16 a 20 anos	10	3,86
21 anos ou mais	08	3,10
Menos que 1 ano	06	2,32
De 11 a 15 anos	05	1,93
Não responderam	43	16,60
Quantidade de horas semanais trabalhadas		
De 21 a 39 horas	151	58,30
40 ou mais horas	53	20,46
Até 20 horas	11	4,24
Não responderam	44	17,00

Tabela 1 – Cont.

Variáveis	n	%
Interação ou contato direto com os pacientes		
Sim	183	70,66
Não	35	13,51
Não responderam	41	15,83

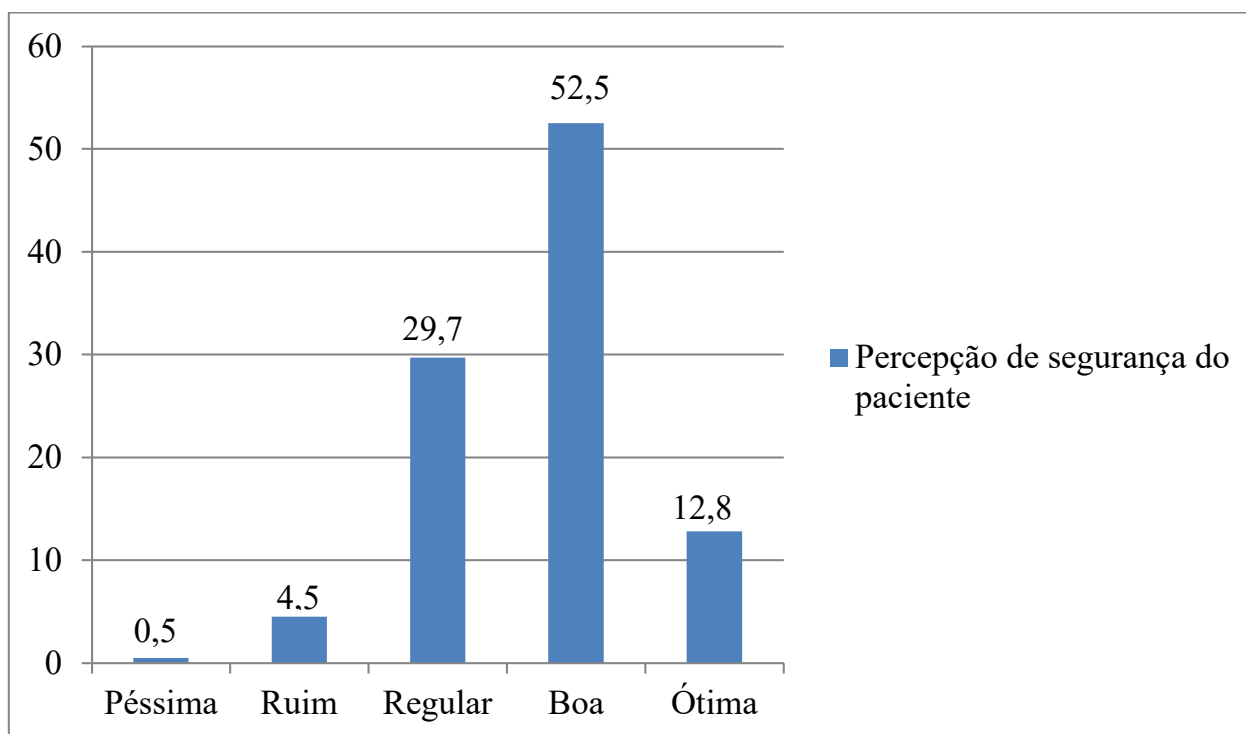
Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Em relação à notificação de eventos adversos realizada pelos profissionais nos últimos 12 meses, 198 (76,4%) participantes relataram que não registraram nenhuma notificação, 36 (13,9%) participantes notificaram de um a dois casos, 17 (6,6%) participantes notificaram de três a cinco casos, cinco

(1,9%) participantes notificaram de seis a dez casos e três (1,2%) participantes notificaram mais de 11 casos.

Já referente à percepção de SP, 65,3% dos participantes consideraram a SP no ambiente de trabalho como boa/ótima e 34,7% dos participantes a classificaram de péssima a regular (Figura 1).

Figura 1 – Percepção da segurança do paciente no ambiente de trabalho. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2024 (n=259).



Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Entre as 12 dimensões avaliadas, a dimensão “respostas não punitivas para o erro” foi a que obteve o menor percentual de respostas positivas. Essa dimensão e as dimensões “problemas em mudanças de turno”, “trabalho em equipe entre as unidades”, “apoio da gerência do hospital para segurança do paciente”, “frequência de notificação de eventos adversos”, “percepção de segurança” e “feedback e comunicação sobre erros” foram percebidas pelos participantes como fragilizadas,

obtendo percentual de respostas positivas <50%. A dimensão “aprendizagem organizacional e melhoria contínua” foi a única que teve percentual de respostas positivas maior que 75%, indicando uma área fortalecida da CSP na instituição alvo do estudo. Dentre os 42 itens avaliados, apenas cinco foram considerados fortalecidos em relação à CSP dentro da instituição, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Descrição do percentual de respostas positivas obtidas nas 12 dimensões avaliadas e respostas positivas, neutras e negativas dos 42 itens do E-questionário de cultura de segurança do paciente versão 1.0. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2024 (n=259).

Variáveis	*Positiva (%)	**Neutra (%)	***Negativa (%)
Frequência de eventos notificados	****42,6		
*** Os erros identificados e corrigidos antes de afetar o paciente são notificados com que frequência?	47,3	27,3	25,5
*** Os erros que não representam risco de dano ao paciente são notificados com que frequência?	37,2	22,5	40,4
*** Os erros que poderiam causar dano ao paciente, mas não causaram, são notificados com que frequência?	43,4	20,6	36,1
Percepção de segurança	****43,1		
* Aqui não acontecem mais erros graves porque temos sorte.	78,4	10,6	11,0
*** A segurança do paciente nunca é comprometida em decorrência de maior quantidade de trabalho.	14,6	15,3	70,2
*** Nesta unidade, temos problemas de segurança do paciente.	34,2	22,1	43,8
*** Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	45,4	26,3	28,3
Expectativas e ações da direção/supervisão de unidade/serviço que favorecem a segurança	****68,7		
** O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	56,6	21,3	22,1
** O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente	69,4	18,5	12,1

Tabela 2 – Cont.

Variáveis	*Positiva (%)	**Neutra (%)	***Negativa (%)
** Sempre que a demanda aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	74,6	16,1	9,3
** O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	74,3	16,7	9,0
Aprendizagem organizacional / melhoria contínua.	****75,6		
* Estamos adotando medidas para melhorar a segurança do paciente.	83,5	10,4	6,0
* Quando se identifica um erro na atenção ao paciente, adotamos medidas para preveni-lo.	81,7	11,2	7,2
** Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos sua efetividade	61,1	22,2	16,7
Trabalho em equipe na unidade/serviço.	****68,2		
** Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.	65,3	16,2	18,5
** Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	69,0	15,9	15,1
* Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	77,1	13,6	9,3
** Quando alguém nesta unidade está sobrecarregado, recebe ajuda de seus colegas.	61,2	23,6	15,3
Abertura para comunicações	****54,6		
** Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente	73,5	19,0	7,5
*** Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores.	38,2	38,6	23,2
** Os profissionais têm receio de perguntar quando algo parece não estar certo.	52,2	35,2	12,6
Feedback e comunicação sobre erros	****43,7		
*** Somos informados sobre mudanças implementadas em decorrência de notificação de eventos	40,6	30,5	28,9

Tabela 2 – Cont.

Variáveis	*Positiva (%)	**Neutra (%)	***Negativa (%)
*** Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	33,3	35,3	31,4
** Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros a fim de evitar que eles se repitam.	57,3	27,1	15,7
Resposta não punitiva para erros		****26,2	
*** Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.	19,7	26,2	54,18
*** Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	34,1	23,2	42,7
*** Os profissionais temem que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.	24,8	22,4	52,8
Dimensionamento de pessoal		****62,6	
** Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho.	52,6	9,3	38,2
** Às vezes, não se proporciona o melhor cuidado para o paciente porque a carga de trabalho é excessiva.	59,8	11,2	28,9
* A quantidade de profissionais temporários/terceirizados é excessiva, prejudicando o cuidado do paciente	85,7	10,8	-----
** Nós trabalhamos sob pressão, tentando fazer muito e rápido	55,2	21,2	23,6
Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente		****40,7	
*** A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	50,0	33,1	16,9
*** As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade.	33,5	37,7	28,8
*** A direção do hospital só demonstra interesse na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.	38,4	33,2	28,4
Trabalho em equipe entre unidades		****37,9	
*** As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.	24,4	31,0	44,6

Tabela 2 – Cont.

Variáveis	*Positiva (%)	**Neutra (%)	***Negativa (%)
*** Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.	36,6	32,2	30,3
*** Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.	47,5	28,2	24,4
*** As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.	43,6	32,1	24,4
Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços		****36,1	
*** O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido para outros setores do hospital.	35,6	27,9	36,5
*** É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.	36,4	22,6	41,1
*** Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.	26,6	28,9	44,5
*** Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.	46,7	35,7	17,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Nota: * Forte; ** Requer melhoria; *** Fraco; **** Porcentagem de respostas positivas.

Valores menores que 4% não foram mostrados na tabela acima conforme recomendação dos desenvolvedores do E- questionário⁽¹⁵⁾

O domínio “*feedback* e comunicação sobre erros” apresentou correlação moderada positiva com os domínios “aprendizagem organizacional e melhoria contínua” e “frequência de notificação de eventos”. Isso sugere que, entre os participantes do estudo, melhores percepções de aprendizagem organizacional, ou seja, atividade permanente de aquisição, partilha e integração de conhecimentos, habilidades e atitudes para promover as mudanças necessárias em busca de melhoria contínua no desempenho, bem como uma maior notificação de eventos adversos para análise e aprendizado, estavam presentes quando houve maior *feedback* e comunicação sobre erros vivenciados nos processos assistenciais. A correlação entre os domínios do HSOPSC é apresentada na Tabela 3.

Para identificar os fatores associados à percepção de segurança, realizou-se a análise de regressão linear múltipla.

Todos os domínios do HSOPSC foram incluídos no modelo. A análise resultou em um modelo estatisticamente significativo ($F[2,118]=0,304$; $p=0,024$; $R^2=0,172$). Verificou-se que apenas o domínio “frequência de notificação de eventos adversos” apresentou associação negativa estatisticamente significativa com a percepção de segurança, ou seja, quanto maior a frequência de notificação de eventos adversos, menor a percepção de segurança ($\beta=-0,323$; $p=0,007$). A notificação de cada evento adverso implicou uma redução de 0,323 na percepção da cultura de segurança. Destaca-se que um elevado número de notificações de eventos adversos pode fragilizar a percepção de segurança dos trabalhadores quando a cultura de segurança não foi consolidada na instituição. (Tabela 4).

Tabela 3 – Correlação entre os domínios do HSOPSC. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2024 (n=259).

Domínio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2	-0,230**										
3	-0,029	0,095									
4	0,437**	-0,168*	0,060								
5	0,338**	-0,142*	0,093	0,481**							
6	0,215**	-0,029	0,127	0,198**	0,259**						
7	0,595**	-0,161*	0,025	0,501**	0,444**	0,447**					
8	-0,197**	0,107	0,102	-0,140*	-0,209**	-0,209**	-0,251**				
9	-0,296**	0,237**	0,174*	-0,312**	-0,059	-0,178**	-0,228**	0,347**			
10	0,291**	-0,034	0,120	0,417**	0,363**	0,275**	0,449**	-0,158*	-0,290**		
11	0,153*	-0,019	-0,036	0,115	0,163*	0,031	0,158*	-0,044	-0,004	0,177**	
12	-0,384**	0,292**	0,201**	-0,388**	-0,445**	-0,089	-0,427**	0,335**	0,345**	-0,308**	-0,135

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.
Legenda: 1- Frequência de notificação de eventos; 2- Percepções de segurança; 3- Expectativas e ações da direção/ supervisão da unidade/ serviço que favorecem a segurança; 4- Aprendizagem organizacional e melhoria contínua; 5- Trabalho em equipe na unidade/serviço; 6- Abertura para comunicações; 7- Feedback e comunicação sobre erros; 8- Resposta não punitivas para erros; 9-Dimensionamento de pessoal; 10- Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente; 11- Trabalho em equipe entre unidades; 12-Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços. *p<0.05. **p<0.01.

Tabela 4 – Fatores associados à percepção de segurança dos domínios do HSOPSC. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2024 (n= 259).

Variáveis	Beta	t	IC 95%		p-valor
			Limite inferior	Limite Superior	
Constante	–	4.747	1.511	3.676	<0.001
Frequência de notificação de eventos	-0.323	-2.765	-0.207	-0.034	0.007
Expectativas e ações da direção/ supervisão da unidade/ serviço que favorecem a segurança	-0.071	-0.778	-0.258	0.112	0.438
Aprendizagem organizacional e melhoria contínua	-0.001	-0.010	-0.143	0.141	0.992
Trabalho em equipe na unidade/serviço	-0.036	-0.303	-0.140	0.103	0.762
Abertura para comunicações	-0.028	-0.259	-0.172	0.132	0.796
Feedback e comunicação sobre erros	0.052	0.360	-0.098	0.141	0.719
Resposta não punitivas para erros	0.104	1.028	-0.045	0.142	0.306
Dimensionamento de pessoal	0.017	0.151	-0.164	0.191	0.880
Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	0.135	1.195	-0.068	0.275	0.235
Trabalho em equipe entre unidades	0.005	0.055	-0.162	0.171	0.957
Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	0.140	1.216	-0.045	0.189	0.227

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

■ DISCUSSÃO

A média geral de respostas positivas para as questões de CSP na percepção dos profissionais da equipe multiprofissional do hospital indicou uma cultura fragilizada e apontou a necessidade de melhorias em quase todas as áreas pesquisadas. O resultado encontrado é semelhante ao de outra pesquisa brasileira, que obteve percentual médio de respostas de 49,2%, destacando a importância de repensar as estratégias relacionadas à prática do cuidar. Esse percentual médio de respostas positivas indica que, no geral, os profissionais classificaram a CSP como fraca dentro da instituição, portanto se faz necessária a implantação de estratégias que promovam conscientização e sensibilização dos profissionais sobre a importância do fortalecimento da CSP na referida instituição(17).

Pesquisas realizadas na China e nos Estados Unidos da América (EUA) revelaram que a taxa média de respostas positivas obteve percentuais mais altos, indicando uma CSP forte(14,20). Entretanto, estudo conduzido em hospitais da Arábia Saudita para avaliar a relação da CSP e os erros relatados evidenciou uma CSP com necessidade de melhoria, demonstrando que, mesmo em países com boa situação econômica, ainda existe necessidade de fortalecimento da CSP(21). Apesar do desafio de melhorar a CSP dentro do hospital, uma CSP fortalecida é imprescindível para que os serviços de saúde desenvolvam um ambiente seguro e confiável tanto para os pacientes quanto para os profissionais, propiciando um clima favorável que impacte de forma positiva a qualidade do cuidado.

Entre as diversas categorias profissionais respondentes, observou-se que o maior percentual de participantes foi de enfermeiros. Esse resultado foi semelhante a um estudo internacional, realizado no Vietnã, em que enfermeiros foram os profissionais que tiveram maior representatividade na avaliação(22). Outro estudo demonstrou que o protagonismo dos enfermeiros no gerenciamento das ações nos serviços de saúde tem crescido cada vez mais, revelando sua importância nas ações de planejamento e organização das atividades, sendo vistos como atores de mudanças culturais nesses ambientes, por possuírem uma percepção ampliada das questões relacionadas às demandas institucionais(23). Importante destacar a importância do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem que atua diretamente na promoção da saúde.

A literatura(24) evidencia que o profissional enfermeiro é visto como detentor do perfil de liderança, buscando resoluções efetivas aos desafios e inovações no trabalho. É um profissional dotado de uma vasta habilidade, construída durante sua formação, sendo considerado protagonista na construção e funcionamento do SUS, destacando-se entre os profissionais da equipe multidisciplinar que atuam na área da saúde. As instituições de saúde devem assegurar meios que fortaleçam e desenvolvam o engajamento de todos os membros da equipe. Isso inclui a comunicação, o trabalho

em equipe, a liderança e a transferência de responsabilidades. Além disso, devem fomentar estratégias mais resolutivas e efetivas que garantam a assistência de qualidade.

Neste estudo, observou-se que a maioria dos respondentes foi da unidade de clínica cirúrgica, havendo similaridade com os achados no relatório do banco de dados americano, que realizou a comparação da CSP entre 320 hospitais dos EUA(17). Outro estudo revelou que houve maior representatividade dos setores de internação e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI)(25), dados esses divergentes do presente estudo, em que houve uma baixa adesão dos profissionais intensivistas, ocasionando uma lacuna de representação da CSP nesse setor.

Estudo conduzido em quatro UTIs de um hospital público do Maranhão revelou que nenhuma das dimensões da CSP avaliadas foi considerada fortalecida. Ressalta-se que a participação dos profissionais na avaliação da CSP é essencial para detectar as fragilidades e potencialidades do serviço, uma vez que esse diagnóstico propicia a implementação de ações efetivas que garantam a SP e o aperfeiçoamento da qualidade do cuidado nesse ambiente(26). Assim, é primordial que a gestão programe abordagens consistentes visando orientar ações assertivas para o fortalecimento da CSP na instituição, bem como programas de sensibilização da equipe para participar de futuras avaliações da CSP.

Em relação à análise dos fatores associados à percepção de segurança do paciente, verificou-se que quanto menor a percepção de segurança, maior é a frequência de notificação de eventos adversos. Considerando os demais resultados apresentados é possível sugerir que uma maior notificação pode refletir a existência real de falhas nos processos de trabalho, confirmando a percepção negativa de segurança. É importante destacar que a notificação, por si só, não deve ser vista apenas como um indicador de falhas, mas também como uma ferramenta de aprendizagem organizacional(27).

Das dimensões da CSP analisadas, observou-se que apenas a dimensão "aprendizagem organizacional e melhoria contínua" se destacou, sinalizando uma área fortalecida da CSP, em que os profissionais perceberam o apoio da instituição em relação às questões de SP. O resultado corrobora os achados de uma pesquisa paquistanesa, que obteve 85% de respostas positivas para essa dimensão(25). Essa boa percepção dos profissionais em relação à melhoria contínua demonstra que a instituição tem desenvolvido ações que favorecem o desenvolvimento de práticas efetivas direcionadas ao fortalecimento da CSP.

Embora a CSP seja pautada em valores, comportamentos e competências individuais e de equipe, o apoio da liderança e da gestão se torna cada vez mais importante para a promoção de um ambiente favorável para implementação de estratégias que disseminem e impulsionem boas práticas de segurança, colaborando para manutenção de uma cultura justa e sem medo de punições nos serviços de saúde(26).

Os resultados obtidos demonstraram que, no cenário do estudo, as áreas fragilizadas tiveram predomínio, sendo que

três se destacaram por obterem os resultados mais baixos no percentual de respostas positivas em relação à CSP, que foram: “resposta não punitiva ao erro”, “problemas em mudanças de turno” e “trabalho em equipe entre as unidades”, indicando um problema em potencial para SP.

Os achados do presente estudo corroboram com os resultados de uma pesquisa conduzida em hospitais latino-americanos, em que o menor escore foi para a dimensão “resposta não punitiva ao erro”, que teve percentual de respostas positivas de apenas 27,9%, semelhante ao estudo em questão, em que essa dimensão obteve o menor percentual de respostas(28). O resultado pode sugerir a necessidade de a instituição envolver a equipe multiprofissional em discussões acerca da temática, viabilizando a elaboração de um plano estratégico, contendo metas factíveis para o fortalecimento da CSP nesse ambiente.

Os resultados obtidos demonstraram que, no cenário do estudo, o domínio “feedback e comunicação sobre erros” apresentou correlação positiva moderada tanto com o domínio “aprendizagem organizacional e melhoria contínua” quanto com “frequência de notificação de eventos”. Esse achado sugere que quanto há um processo efetivo de comunicação e retorno sobre erros, os profissionais se engajam mais em práticas de aprendizagem contínua, se sentindo mais motivados para notificar eventos adversos. Um feedback construtivo é essencial para consolidar a CSP pois transforma a notificação em uma ferramenta de aprendizagem. Além disso, uma comunicação aberta fortalece e aumenta a confiança entre os profissionais e estimula melhorias nos processos de trabalho(29).

Destaca-se que uma equipe multiprofissional capacitada e coesa é fundamental no desenvolvimento e na implementação de práticas bem-sucedidas que garantam o cuidado seguro, a utilização de protocolos, sendo capaz de alcançar melhoras expressivas nas práticas assistenciais. As instituições de saúde devem assegurar meios que fortaleçam e desenvolvam o engajamento de todos os membros da equipe. Isso inclui a comunicação, o trabalho em equipe, a liderança e a transferência de responsabilidades. Além disso, devem fomentar estratégias mais resolutivas e efetivas que garantam a assistência de qualidade(30).

O estudo apresenta limitações relacionadas à baixa adesão dos profissionais na participação da pesquisa, considerando o percentual de respondentes ao questionário. Além disso, muitos profissionais que responderam ao questionário atuam em setores ambulatoriais, com menor tempo de permanência do paciente e em que os protocolos de segurança são mais facilmente acessados. Ausência de uma padronização de protocolos de segurança do paciente entre os setores também foi limitação deste estudo, por considerar que alguns setores ainda não contam com todos os protocolos. A baixa adesão à avaliação da cultura de segurança na instituição pode revelar uma desvalorização da segurança do paciente por parte dos trabalhadores. Outra questão relevante refere-se às características do questionário, que,

por ser extenso, fortalece a baixa adesão. Soma-se a isso a limitação no que se refere ao acesso aos dados obtidos, pois eles não são disponibilizados em formato que permita análise por categoria profissional ou setor, restringindo a interpretação apenas ao âmbito institucional, o que impede avaliações mais detalhadas.

Destaca-se também que os resultados mensurados a partir da aplicação do questionário não devem ser avaliados de forma isolada, devendo relacioná-los ao contexto da cultura organizacional. Por se tratar da avaliação de uma instituição, compreende-se a impossibilidade de generalização dos resultados, considerando não existirem estudos prévios sobre a temática. Por outro lado, o cenário descrito está alinhado àquele apresentado em outras realidades, evidenciando os desafios relacionados à cultura de segurança em serviços de saúde.

■ CONCLUSÃO

O estudo possibilitou analisar a CSP no ambiente hospitalar sob a ótica dos trabalhadores de um hospital público de ensino, que era, de forma geral, enfraquecida. Foi possível detectar as áreas fortalecidas e enfraquecidas da CSP no ambiente hospitalar. Constatou-se que melhores percepções de aprendizagem organizacional e notificação de eventos adversos estavam presentes quando houve maior *feedback* e comunicação sobre erros experienciados nos processos assistenciais. Uma maior frequência de eventos adversos foi associada a uma pior percepção da cultura de segurança.

Sugere-se a adoção de melhores práticas para uma cultura de segurança sustentável, em que os gestores de saúde e as lideranças integrem essas práticas identificadas em estratégias operacionais, partilhando responsabilidades e confiança com vistas a alcançar mudança comportamental, garantindo a promoção da CSP. Faz-se necessário que a equipe tenha momentos para compartilhar informações, de forma a contribuir para a construção interdisciplinar e atualização permanente de temáticas voltadas para SP, de forma a estabelecer diretrizes que assegurem a capacitação da equipe multiprofissional e criação de protocolos que auxiliem no monitoramento da segurança do paciente, garantindo a excelência do cuidado.

Espera-se que os resultados obtidos no estudo sejam efetivamente utilizados para comparações pelos núcleos de segurança do paciente do país, oportunizando a transformação da cultura, com mudanças positivas no atual cenário.

■ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global Patient Safety action Plan 2021-2030: Towards Zero Patient Harm in Health Care [Internet]. Geneva: WHO; 2023[cited 2024 Apr 26]. 70 p. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf?sfvrsn=9b1552d2_4

2. Bates DW, Levine DM, Salmasian H, Syrowatka A, Shahian DM, Lipsitz S, et al. The safety of inpatient health care. *N Engl J Med*. 2023;388(2):142-53. <https://doi.org/10.1056/NEJMs2206117>
3. Westat R, Sorra J, Gray L, et al. Hospital survey on patient safety culture: user's guide [Internet]. Rockville(MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2018[cited 2023 Feb 08]. 45 p. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf>
4. Nazário SS, Cruz EDA, Batista J, Silva DP, Pedro RL, Laynes RL. Characterization of adverse hospital events: active search versus spontaneous reporting. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2022;27:e82040. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.82040>
5. Prieto MMN, Fonseca REPD, Zem-Mascarenhas SH. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(6):e20201315. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1315>
6. Kolankiewicz ACB, Schmidt CR, Carvalho REFL, Spies J, Dal Pai S, Lorenzini E. Patient safety culture from the perspective of all the workers of a general hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:e20190177. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190177>
7. Azyabi A, Karwowski W, Davahli MR. Assessing Patient Safety Culture in Hospital Settings. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(5):2466. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052466>
8. Silva BPAR, Souza LP, Mendonza IYQ, Goveia VR, Guimarães GL, Correa AR, et al. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva na perspectiva da equipe multiprofissional: estudo multicêntrico. *Enferm Actual Costa Rica*. 2024;46. <https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i46.52225>
9. Andrade LEL, Melo LOM, Silva IG, Souza RM, Freitas MR, Batista AM, et al. Adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in an electronic Brazilian version. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(3). <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300004>
10. Famolaro T, Yount N, Burns W, et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2016 user comparative database report [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016[cited 2023 Feb 08]. Available from: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016_hospitalsops_report_pt1.pdf
11. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(4):344-9. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
12. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 10. ed. Porto Alegre: Artmed; 2021
13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Manual do usuário do e-questionário de cultura de segurança hospitalar: cinco passos para avaliar e melhorar a cultura de segurança do paciente [Internet]. Brasília: Anvisa; 2024 [cited 2024 Oct 5]. Available from: <https://csp.qualisaude.telessaude.ufrn.br/>
14. Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety Culture [Internet]. Rockville: AHRQ; 2021 [cited 2022 Jul 5]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
15. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). E-Questionário de cultura de segurança hospitalar [Internet]. Brasília: Anvisa; 2020 [cited 2022 Oct 5]. Available from: <https://csp.qualisaude.telessaude.ufrn.br/portal/sobre/>
16. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Relatório sobre a cultura de segurança do paciente em hospitais brasileiros: ano 2023. Brasília: Anvisa; 2024 [cited 2024 Oct 5]. 50 p. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/cultura-de-seguranca-do-paciente-2/RelatorioCSP2023.pdf>
17. Sanchis DZ, Haddad MDCFL, Giroto E, Silva AMR. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20190174. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>
18. Ali ABD Al- Hameed, K. Spearman's correlation coefficient in statistical analysis. *Int J Nonlin Anal Applic*. 2022;13(1):3249-55. <https://doi.org/10.22075/ijnaa.2022.6079>
19. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Conselho Nacional de Saúde. 2012[cited 2022 Apr 23]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
20. Liu Y, Xu J, Yang X, Yue L, Li G, Mah AP. Patient safety culture in private hospitals in China: a cross-sectional study using the revised Hospital Survey on. *Front Public Health*. 2024;12:1323716. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1323716>
21. Binkheder S, Alaska YA, Albahamah A, Al-Sultan RK, Alqahtani NM, Amr AA, et al. The relationships between patient safety culture and sentinel events among hospitals in Saudi Arabia: a national descriptive study. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):270. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09205-0>
22. Huong Tran L, Thanh Pham Q, Nguyen DH, Tran TNH, Bui TTH. Assessment of patient safety culture in public general hospital in capital city of Vietnam. *Health Serv Insights*. 2021;14:11786329211036313. <https://doi.org/10.1177/11786329211036313>
23. Martins KN, Bueno AA, Mazoni SR, Machado VB, Evangelista RA, Bolina AF. Management process in surgicenters from the perspective of nurses. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE00753. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A000753>
24. Carvalho ILM, Aperiense PGGDS, Frugoli AG, Peres MADA, Gómez-Cantarino S, Santos FBO. Análise freidsoniana das trajetórias profissionais de especialistas em enfermagem de saúde pública mineiros, 1988–1992. *Rev Esc Enferm USP*. 2024;58:e20240191. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0191pt>
25. Ahmed FA, Asif F, Munir T, Halim MS, Feroze Ali Z, Belgaumi A, et al. Measuring the patient safety culture at a tertiary care hospital in Pakistan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMJ Open Qual*. 2023;12(1):e002029. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-002029>
26. Campelo CL, Nunes FDO, Silva LDC, Guimarães LF, Sousa SMA, Paiva SS. Patient safety culture among nursing professionals in the intensive care environment. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03754. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016403754>
27. Lemos GS, Mota IVR, Reis AMM, Perini E, Rosa MB, Pádua CAM. Cultura de segurança do paciente e notificação de eventos adversos de uma equipe multiprofissional de saúde. *Res, Soc Develop*. 2021;10(8):e27410817291. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17291>
28. Camacho-Rodríguez DE, Carrasquilla-Baza DA, Dominguez-Cancino KA, Palmieri PA. Patient safety culture in latin american hospitals: a systematic review with meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(21):14380. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114380>
29. Reis CT, Laguardia J, Andreoli PBA, Nogueira Júnior C, Martins M. Cross-cultural adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0 – Brazilian version. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):32. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08890-7>
30. Teixeira F, Isabel CSA, José ARD, José AOS, Elismeire DT. Concepções da interprofissionalidade na equipe multiprofissional em saúde no serviço terciário: uma revisão integrativa. *Rev Interdisc Saúde Educ*. 2024;5(2):33-55. <https://doi.org/10.56344/2675-4827.v5n2a2024.3>

■ Disponibilidade de dados e material

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente.

■ Contribuição de autoria

Conceitualização: Claudilene Fernandes da Silva, Herica Silva Dutra e Luciane Ribeiro

Curadoria de dados: Claudilene Fernandes da Silva e Luciane Ribeiro

Análise formal: Claudilene Fernandes da Silva, Herica Silva Dutra e Luciane Ribeiro

Metodologia: Claudilene Fernandes da Silva, Hérica Silva Dutra e Luciane Ribeiro

Administração de projeto: Claudilene Fernandes da Silva e Luciane Ribeiro

Supervisão: Herica Silva Dutra e Luciane Ribeiro

Redação do manuscrito original: Claudilene Fernandes da Silva, Romanda da Costa Pereira Barboza Lemos, Herica Silva Dutra, Andreia Guerra Siman, André Luiz Silva Alvim, Fábio da Costa Carbogim, Thiago Rodrigues dos Santos, Luciane Ribeiro

Redação - revisão e edição: Claudilene Fernandes da Silva, Romanda, Hérica, Andreia Guerra Siman, André Luiz Silva Alvim, Fábio da Costa Carbogim, Thiago Rodrigues dos Santos, Luciane Ribeiro

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ Autor correspondente:

Claudilene Fernandes da Silva

E-mail: claudilenefernandes@yahoo.com.br

Editor associado:

Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira

Recebido: 26.04.2025

Aprovado: 24.09.2025

