



# Cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico em um hospital de emergência do Amazonas: perspectivas da equipe de saúde

## *Patient safety culture in the Operating Room of an emergency hospital in Amazonas: perspectives from the healthcare team*

FRANCISCO DEYVIDY SILVA OLIVEIRA<sup>TCBC-AM</sup><sup>1</sup> ; RANNA ABADIAS PESSOA<sup>2</sup> ; CLEBER LOPES CAMPÊLO<sup>3</sup> ; LEONARDO PESSOA CAVALCANTE<sup>1,2</sup> .

### R E S U M O

**Introdução:** O conceito do cuidado seguro permeia as instituições de saúde no mundo todo, no entanto, é preciso entender a cultura de segurança de uma instituição para melhorar a oferta de segurança aos pacientes e aos profissionais. **Metodologia:** Estudo transversal com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 119 profissionais de saúde que compunham a equipe multiprofissional do centro cirúrgico nos meses de agosto a setembro de 2021, onde ocorreu a coleta de dados. Foi utilizado o instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), para avaliar as doze dimensões que compõem a cultura de segurança do paciente. A análise dos dados foi feita através de estatística descritiva, para avaliar a confiabilidade das respostas ao instrumento HSOPSC, utilizou-se o teste Alpha de Cronbach. **Resultados:** Das doze dimensões avaliadas, não houve nenhuma dimensão considerada forte para segurança do paciente na unidade. As dimensões com potencial para segurança do paciente foram “Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente”; “Trabalho em equipe dentro das unidades” e “Aprendizado organizacional – melhoria contínua”, enquanto todas as outras dimensões foram avaliadas como fracas para segurança do paciente. 39,50% dos participantes consideram a segurança do paciente na unidade como regular, apesar disso 89,91% dos participantes relataram não ter realizado nenhuma notificação de evento nos últimos 12 meses. **Conclusão:** O estudo apontou a necessidade do fortalecimento de todas as dimensões da cultura de segurança do paciente pela equipe do hospital pesquisado, uma vez que nenhuma delas foi apontada como forte.

**Palavras-chave:** Cultura de Segurança. Segurança do Paciente. Cultura Organizacional. Qualidade da Assistência à Saúde.

### INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é definida como a redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde<sup>1</sup>. É um tema atual e com ampla difusão em todo o mundo, uma vez que está diretamente ligada à qualidade da assistência à saúde, assim como aponta características organizacionais e estruturais da instituição<sup>2</sup>.

Apesar de anos de esforços e de importantes avanços desde a publicação do relatório “To err is human” em 1999, marco para visibilidade da segurança do paciente no mundo, o progresso tem sido mais lento do que o esperado, onde o sistema de saúde segue operando com baixa confiabilidade, causando ainda muitos danos desnecessários aos pacientes, principalmente em países em desenvolvimento<sup>3</sup>.

O Brasil é apontado como um dos países com maiores frequências de eventos adversos evitáveis em todo o mundo<sup>4</sup>. Um estudo apontou que a incidência de eventos adversos em hospitais brasileiros foi de 7,6% e a proporção dos evitáveis era de 66,7%<sup>5</sup>. Preocupado com esse cenário, em 2013 o Ministério da Saúde, lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que destaca a criação de uma cultura de segurança do paciente (CSP) dentro das instituições de saúde como um dos primeiros pilares da segurança do paciente<sup>6</sup>.

A CSP é um produto de valores, atitudes, percepções e competências, grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento com o gerenciamento de segurança da instituição<sup>7</sup>.

O principal obstáculo para a concretização de um cuidado seguro é o fato das organizações de saúde

1 - Universidade Federal do Amazonas, Programa de Pós-graduação em Cirurgia - Manaus - AM – Brasil 2 - Universidade Federal do Amazonas, Faculdade de Medicina - Manaus - AM – Brasil 3 - Universidade do Estado do Amazonas - Manaus - AM – Brasil

apresentarem uma cultura de segurança fragilizada, reforçando atitudes negativas, dificultando a promoção de uma assistência de alta qualidade, um atendimento eficaz, eficiente e rentável, sendo assim, incapaz de oferecer um ambiente de trabalho seguro<sup>8</sup>.

Os erros e eventos adversos ocorrem em todos os cenários de assistência, incluindo os centros cirúrgicos, que são considerados setores de alto risco. No centro cirúrgico são desenvolvidas atividades complexas, precisas, com múltiplas tecnologias, multidisciplinares, com forte dependência da atuação individual, mas com grande necessidade do trabalho em equipe, muitas vezes, marcado pelo estresse e pela pressão<sup>9</sup>.

Compreender a CSP possibilita uma visão direcionada para os reais problemas e necessidades da instituição, diminuindo a ocorrência de eventos adversos evitáveis, gastos desnecessários decorrentes de falhas na assistência e a insegurança dos pacientes, promovendo melhorias na qualidade da assistência prestada<sup>10</sup>.

Assim, avaliar a CSP contribui para o reconhecimento da situação organizacional, sinaliza as oportunidades de melhorias existentes na unidade, com o intuito de impulsionar a qualidade do cuidado na assistência e, conseqüentemente, a segurança do paciente, além de ser útil no monitoramento das intervenções implementadas, como método de avaliação<sup>11</sup>.

Diante deste cenário, o objetivo deste estudo foi avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional do centro cirúrgico de um hospital da rede estadual de saúde do Amazonas.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido no centro cirúrgico de um hospital referência em urgência e emergência da rede estadual de saúde, localizado na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil, no período de agosto a setembro de 2021.

A população de estudo foi composta por toda a equipe multiprofissional que trabalhava no centro cirúrgico, sendo composta por médicos assistentes/cirurgiões, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, técnicos de radiologia, técnicos

de farmácia e auxiliares administrativos. A amostragem foi não probabilística por conveniência.

Como critério de inclusão foi estabelecido que os sujeitos da pesquisa deveriam ter carga horária mínima de trabalho semanal de 20 horas. Foram excluídos os profissionais que durante a coleta de dados estavam de licença saúde, maternidade ou afastados por motivos diversos. Também foram excluídos aqueles participantes que responderam menos de uma seção inteira do instrumento, ou responderam menos da metade dos itens de todo o instrumento em diferentes seções e os que apresentaram a mesma resposta em todos os itens.

Durante a operacionalização da pesquisa, todos os profissionais foram abordados individualmente, quando estavam disponíveis e foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e ao preenchimento do instrumento. Com os profissionais que, por algum motivo, não apresentaram disponibilidade para responder na data da abordagem, os pesquisadores realizaram tentativas em três datas subsequentes.

Para responder aos objetivos da pesquisa, utilizou-se o questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture - HSOPSC, criado pela Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ em 2004<sup>12</sup>, já traduzido e validado para o português do Brasil<sup>13</sup>.

O HSPSC é composto por 53 itens construídos sobre o formato de Escala Likert, graduada em cinco pontos que refletem o grau de concordância, variando de 1 (discordo totalmente ou nunca) a 5 (concordo totalmente e sempre). O grau de segurança do paciente foi medido pelo instrumento em uma escala diferente dos demais itens, sendo avaliado por uma escala de 5 pontos, variando de 1 (muito ruim) a 5 (excelente), sendo o número de eventos de segurança notificados nos últimos 12 meses, medido por respostas variando de “nenhuma notificação” a “21 ou mais notificações<sup>13</sup>”. Do total geral de itens do instrumento, 42 avaliam a CSP, um item é aberto a comentários sobre a segurança do paciente e os demais itens referem-se a informações relativas à caracterização dos participantes.

A análise desse instrumento permite mensurar as 12 dimensões que compõem a CSP, sendo elas: D1: Trabalho em equipe dentro das unidades; D2: Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente; D3: Aprendizado organizacional – melhoria

contínua; D4: Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente; D5: Percepção geral da segurança do paciente; D6: Retorno da informação e comunicação sobre erro; D7: Abertura para comunicação; D8: Frequência de eventos comunicados; D9: Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares; D10: Adequação de profissionais; D11: Transferências internas e passagem de plantão; D12: Resposta não punitiva ao erro.

Os dados gerados pelo HSOPSC foram inseridos em uma planilha formato Microsoft® Excel® e depois analisados no software estatístico Programa R e RStudio<sup>14</sup>. Para a análise descritiva das variáveis, foram calculadas a proporção e frequência absoluta. O Alpha de Cronbach foi medido para avaliar a confiabilidade e a consistência dos dados produzidos pelo instrumento. Para esse teste valores acima de 0.70 são considerados aceitáveis e quanto mais próximo de 1, mais confiável é o teste<sup>15</sup>.

A avaliação da cultura de segurança ocorreu por meio do percentual de respostas neutras, positivas e negativas obtidas em cada dimensão sobre cultura de segurança do paciente. Foram consideradas “áreas fortes da segurança do paciente” no hospital aquelas cujos itens escritos positivamente obtiveram 75% de respostas positivas (“concordo totalmente” ou “concordo”), ou aquelas cujos itens escritos negativamente, obtiveram 75% das respostas negativas (“discordo totalmente” ou “discordo”). Da mesma forma, foram consideradas “áreas frágeis da segurança do paciente” e que necessitam de

melhoria aquelas cujos itens obtiveram 50% ou menos de respostas positivas. Os resultados entre 50% e menos de 75% foram considerados áreas em potencial para a segurança do paciente<sup>12</sup>.

Esta pesquisa atendeu a todos os critérios de recomendação da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>16</sup>. Foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas com CAAE número: 48131821.2.0000.5020 e parecer substanciado no número: 4.903.352.

## RESULTADOS

Participaram deste estudo 119 profissionais da equipe multiprofissional. Identificamos que a maioria foi composta por profissionais do sexo feminino 73 (61,35%), com predominância na faixa etária de 31 a 35 anos (46,22%) e que tinham contato direto com os pacientes (96,64%). Com relação à categoria profissional, os técnicos de enfermagem foram os que mais preencheram os questionários, 53 (44,53%), seguido dos médicos assistentes/cirurgiões, 44 (36,97%).

Com relação ao tempo de atuação profissional, a maior parte dos profissionais tinha entre 1 a 5 anos de trabalho (56,30%), com carga horária de trabalho semanal de 20 a 39 horas por semana (63,02%). As características sociodemográficas são apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1** - Distribuição das características sociodemográficas dos participantes. Manaus – AM, Brasil, 2021.

Variáveis	Total	%
Sexo*		
Feminino	73	61,35
Masculino	43	38,65
Faixa etária*		
<25	09	7,56
25-30	10	8,40
31-35	55	46,22
36-40	14	11,78
41-45	13	10,92
46-50	14	11,76
>50	04	3,36
Tempo em que trabalha na sua especialidade ou profissão atual*		
1-5	67	56,30
6-10	19	16,00
11-15	11	9,24

Variáveis	Total	%
16-20	16	13,44
>20	06	5,02
Carga horária semanal		
20 a 39	75	63,02
40 a 59	24	20,18
60 ou mais	20	16,80
Cargo/função		
Médico Assistente/Cirurgião	44	36,97
Enfermeiro	15	12,60
Técnico de enfermagem	53	44,53
Auxiliar de Enfermagem	03	2,52
Técnico (Radiologia, farmácia)	02	1,68
Auxiliar administrativo	02	1,68
Contato direto com os pacientes*		
Sim	115	96,64
Não	04	3,36

Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. Manaus – AM, Brasil, 2021.

A Tabela 2 mostra os resultados obtidos no índice Alpha de Cronbach, que obteve variação de 0,43 a 0,88. A dimensão “Frequência de eventos comunicados” obteve o maior índice de confiabilidade e a dimensão

“Adequação de profissionais” o índice mais baixo. Entretanto, quando avaliada a confiabilidade global do instrumento obtivemos um resultado de 0,70, indicando que o HSOPSC nesta pesquisa obteve boa confiabilidade.

**Tabela 2** - Distribuição do Alfa de Cronbach das dimensões do HSOPSC no centro cirúrgico. Manaus – AM, Brasil, 2021.

Dimensões	Alpha
D1: Trabalho em equipe dentro das unidades;	0,6049
D2: Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente;	0,5029
D3: Aprendizado organizacional – melhoria contínua;	0,5180
D4: Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente;	0,6393
D5: Percepção geral da segurança do paciente;	0,5006
D6: Retorno da informação e comunicação sobre erro;	0,7693
D7: Abertura para comunicação;	0,5034
D8: Frequência de eventos comunicados;	0,8833
D9: Trabalho em equipe entre as unidades;	0,5975
D10: Adequação de profissionais	0,4395
D11: Transferências internas e passagem de plantão	0,4577
D12: Resposta não punitiva ao erro.	0,4539

A Tabela 3 apresenta o percentual de respostas negativas, neutras e positivas de cada uma das 12 dimensões da CSP; é possível identificar que não foi encontrada nenhuma dimensão que pudesse ser apontada como uma área forte para a CSP. As dimensões com maior potencial para a segurança do paciente foram “Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente”; Aprendizado

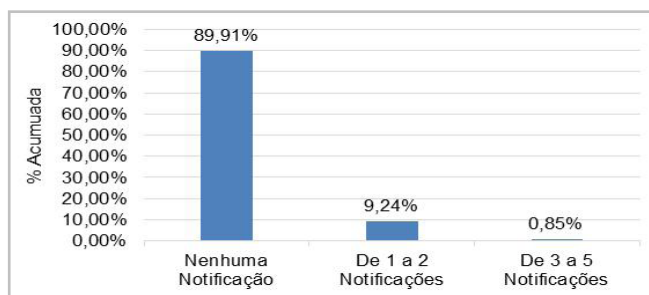
organizacional – melhoria contínua e “Trabalho em equipe dentro das unidades”.

As demais dimensões foram classificadas como frágeis para a segurança do paciente. As dimensões com menor percentual e que se configuram como áreas que necessitam avançar na segurança do paciente foram: “Respostas não punitivas ao erro” e “Transferências internas e passagem de plantão”.

**Tabela 3** - Distribuição do percentual de respostas negativas, neutras e positivas das doze dimensões da versão traduzida do HSOPSC do centro cirúrgico avaliado no estudo.

Dimensões (*)	(%) Negativa	(%) Neutra	(%) Positiva
D1	23,53	22,27	54,20
D2	18,27	23,73	58,00
D3	24,37	20,73	54,90
D4	34,45	29,70	35,85
D5	40,76	21,00	38,24
D6	35,30	26,05	38,65
D7	31,93	22,70	45,37
D8	43,70	19,05	37,25
D9	35,50	33,82	30,68
D10	44,75	20,37	34,88
D11	42,65	27,95	29,40
D12	64,70	18,50	16,80

A Figura 1, apresenta o número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa. Observa-se que a maioria dos profissionais (89,91%) não realizaram nenhuma notificação de evento adverso, (9,24%) notificaram 1 a 2 eventos e 1 profissional (0,85%) declarou ter notificado de 3 a 5 notificações.

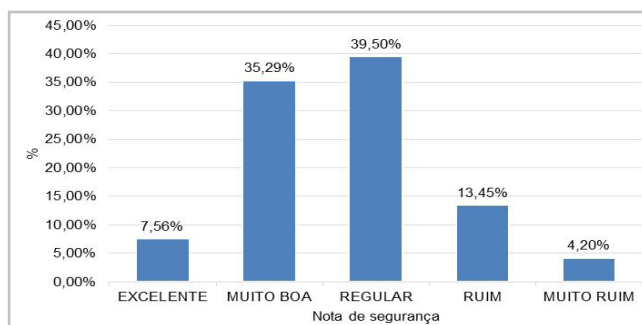


**Figura 1.** Distribuição das respostas ao item: "Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu? no centro cirúrgico. Manaus – AM, Brasil, 2021. Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. Manaus – AM, Brasil, 2021

Na Figura 2 é apresentado o grau de segurança do paciente. Observa-se que 39,50% avaliaram a segurança do paciente como regular e apenas 7,56% como excelente.

## DISCUSSÃO

Através da aplicação do questionário HSOPSC foi possível avaliar a cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico de um hospital estadual de referência em emergências na região norte do Brasil.



**Figura 2.** Distribuição das respostas ao item "Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital" no centro cirúrgico. Manaus – AM, Brasil, 2021. Fonte: Elaboração do pesquisador a partir do questionário HSOPSC. Manaus – AM, Brasil, 2021.

Apesar do instrumento HSOPSC apresentar uma boa confiabilidade geral, não foi possível obter os mesmos resultados em relação à confiabilidade das dimensões separadamente. Esse resultado pode estar relacionado as características da população e a variabilidade das respostas.

Não foi possível identificar neste estudo nenhuma área forte. A maioria foi avaliada como área frágil, apontando que a CSP não está estabelecida na unidade pesquisada.

Nesse estudo, as dimensões "Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente" e "Aprendizado organizacional – melhoria contínua" foram classificadas de acordo com os critérios estabelecidos pela AHRQ como potencial para CSP. Estas dimensões estão diretamente relacionadas à gestão para a melhoria da segurança do paciente.

A dimensão "Trabalho em equipe dentro das unidades" foi outra que apresentou cultura em potencial. Sabe-se que o nível de colaboração entre esses membros da equipe tem um impacto positivo na qualidade da prestação dos serviços em saúde e que a falta de harmonia entre os profissionais de uma unidade é uma das principais barreiras para se alcançar um cuidado seguro<sup>17</sup>.

Das doze dimensões avaliadas, nove delas foram classificadas como frágeis. A dimensão com percentual de maior fragilidade na unidade foi "Respostas não punitivas aos erros". Os profissionais acreditam que existe na unidade a cultura da culpa e da punição e que ao relatarmos o erro, isso os prejudicaria de alguma forma.

A fragilidade dessa dimensão faz coerência com o elevado número de profissionais que não realizaram nenhuma notificação de evento nos últimos doze meses. Esforços são necessários para modificar este cenário, já

que como apontado anteriormente os profissionais deste centro cirúrgico veem o erro como uma possibilidade de aprendizado.

A dimensão “Transferências internas e passagem de plantão”, traz o entendimento que os profissionais da unidade percebem que as informações sobre os pacientes não são passadas de forma efetiva.

Estabelecer estratégias de fortalecimento da comunicação, com informações específicas do paciente, é fundamental para o sucesso desse processo. A ferramenta de qualidade recomendada para as unidades nesse processo de melhoria da comunicação na passagem de plantão é o Situation Background Assessment Recommendation (SBAR), adotada internacionalmente nos serviços de saúde, possibilitando o desenvolvimento do pensamento crítico e consolidando habilidades de comunicação<sup>19</sup>.

Ao compararmos a dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares” a dimensão “Trabalho em equipe dentro da unidade”, percebemos que os profissionais que trabalham no mesmo setor, desenvolvem um trabalho cooperativo, diferente de quando trabalham com profissionais de outros setores.

Profissionais que exercem suas atividades de forma individual e não inter-relacionada, geram um ambiente de competição que está atrelado a cultura organizacional fraca, que geralmente é centralizada e rígida, não fornecendo uma atmosfera de trabalho interdisciplinar<sup>24</sup>.

A dimensão “Adequação de profissionais” também foi avaliada como fraca. Os profissionais do centro cirúrgico do local do estudo acreditam que as cargas de trabalho são excessivas e que as horas de trabalho e o quantitativo de profissionais na unidade é insuficiente para a realização de um cuidado de qualidade voltado para a segurança do paciente.

A sobrecarga de trabalho é apontada como uma das principais causas da ocorrência de eventos adversos. Uma relação entre o dimensionamento do pessoal e a mortalidade intra-hospitalar foi realizada e apontou uma redução de até 7% no índice de mortalidade de pacientes em ambientes que contam com dimensionamento correto<sup>25</sup>.

Outra dimensão apontada como frágil foi “Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”. O resultado aponta que os funcionários do centro cirúrgico do hospital, apesar de terem um bom relacionamento com seus supervisores, não percebem esforços em fortalecer a

segurança do paciente, inferindo pouco comprometimento da gestão superior.

Ter a alta gestão comprometida com a segurança do paciente, incluindo desde condições estruturais adequadas, materiais e equipamentos adequados e pessoal suficiente, favorece a CSP e faz com que o planejamento dos processos seja mais eficaz<sup>26</sup>.

A dimensão “Frequência de eventos comunicados” apresentou o menor índice de respostas positivas, entende-se aqui que os profissionais da unidade não costumam realizar a notificação de eventos adversos, impossibilitando a criação de estratégias para um cuidado centrado no paciente.

Os profissionais necessitam tomar conhecimento das ocorrências de erros e receber retorno sobre as modificações que forem implementadas, pois o fortalecimento da comunicação e a criação de laços de confiança entre os profissionais são importantes propriedades da CSP<sup>22</sup>. Ao avaliar a dimensão “Retorno da informação e comunicação sobre erro” percebemos novamente a comunicação efetiva como um fator limitante para a CSP.

A avaliação da dimensão “Abertura para comunicação” demonstra que há resistência ao diálogo sobre os erros por parte dos profissionais, provavelmente pelo foco centrado no autor do erro. Identificar fragilidades no que se refere a comunicação de erros pode fornecer subsídios importantes para o desenvolvimento de melhoria.

Ao comparar este resultado com os resultados obtidos na dimensão “Resposta não punitiva ao erro”, entende-se que, com a presença de fragilidades nestas dimensões, a medida de segurança do paciente pode ser deficiente e os eventos expostos podem estar sendo minimizados.

A pesquisa apontou ainda que a maioria dos participantes não realizou nenhuma notificação nos últimos 12 meses. Fato que pode estar associado a subnotificações, gerando um prejuízo a todo o sistema e não necessariamente apontando a realidade da frequência de eventos da instituição. A CSP preconiza que os eventos sejam notificados, a fim de permitir a análise das causas e possibilitar que medidas de educação preventivas sejam tomadas<sup>23</sup>.

Ao avaliar a dimensão “Percepção geral da segurança do paciente” percebemos que os profissionais do

local do estudo acreditam que as ferramentas e processos da unidade e as ações que estão sendo utilizadas para a segurança do paciente não estão sendo adequadas ou não estão sendo suficientes para prevenir a ocorrência dos erros.

Mesmo a instituição não apresentando áreas fortes para a segurança do paciente e ainda, reforçando áreas que estão críticas, grande parte dos profissionais que participaram da pesquisa classificaram a segurança do paciente na unidade como regular, demonstrando uma baixa percepção quanto ao real cenário da instituição em que trabalham.

Como fator limitante do estudo, apontamos o tempo dispensado para a resposta do questionário, devido à extensão do instrumento, considerando que os sujeitos da pesquisa foram abordados em seu ambiente de trabalho, que é um local cheio de imprevistos. O pouco conhecimento acerca dos conceitos básicos sobre segurança do paciente também pode ter sido um limitante.

Como ponto forte desta pesquisa, destaca-se o fato dela ter sido realizada com toda a equipe multiprofissional do centro cirúrgico do hospital estudado e não apenas com uma categoria profissional como observado

em outros estudos, contribuindo para fundamentar a tomada de decisão gerencial, priorizando a melhoria da segurança do paciente na unidade.

## CONCLUSÃO

Esta pesquisa possibilitou a avaliação da cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico de um hospital estadual do Amazonas, onde não foi possível identificar nenhuma área forte para a segurança do paciente.

Apesar do alto índice de dimensões classificadas como áreas frágeis, os profissionais percebem a segurança do paciente como regular. Foi possível também identificar um alto número de profissionais dentro do centro cirúrgico que não realiza notificações de eventos adversos.

Os resultados apontam que é necessário um pensamento sistematizado em prol da cultura de segurança no centro cirúrgico desta instituição, considerando a condição humana passível de erros e, para isso, faz-se necessário investimento para a mudança dessa cultura, onde os gestores devem apoiar práticas seguras que ajudem o desenvolvimento de uma cultura positiva.

## ABSTRACT

**Introduction:** *The concept of safe care permeates health institutions around the world, however, it is necessary to understand the safety culture of an institution to improve the provision of safety to patients and professionals.* **Methodology:** *Cross-sectional study with a quantitative approach. The sample was made up of 119 health professionals who made up the multidisciplinary team at the surgical center from August to September 2021, where data collection took place. The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) instrument was used to evaluate the twelve dimensions that make up patient safety culture. Data analysis was carried out using descriptive statistics, to evaluate the reliability of the responses to the HSOPSC instrument, the Cronbachs Alpha test was used.* **Results:** *Of the twelve dimensions evaluated, there was no dimension considered strong for patient safety in the unit. The dimensions with potential for patient safety were "Expectations and actions of the supervisor/manager to promote patient safety"; "Teamwork within units" and "Organizational learning - continuous improvement", while all other dimensions were evaluated as weak for patient safety. 39.50% of participants consider patient safety in the unit to be regular, despite this, 89.91% of participants reported not having made any event notifications in the last 12 months.* **Conclusion:** *The study highlighted the need to strengthen all dimensions of the patient safety culture by the team at the hospital studied, as none of them were identified as strong.*

**Keywords:** *Patient Safety. Organizational Culture. Quality of Health Care.*

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report; 2009. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn054>.
2. Bezerril MS, Chiavone FBT, Paiva RM, Ferreira LL, Dantas MNP, Santos VEP. Perceptions of nursing technicians about the safety culture in an urgency and emergency unit. NTQR. 2022;13:e668. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e668>.
3. Prates CG, Caregnato RCA, Magalhães AMM, Dal Pai

- D, Urbanetto JS, Moura GMSS. Cultura de segurança do paciente na percepção dos profissionais de saúde: pesquisa de métodos mistos. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42:e20200418. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200418>.
4. Andrade LEL, Lopes JM, Souza MCM Filho, Vieira RF Júnior, Farias LPC, Santos CCMD, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc Saude Colet.* 2018;23(1):161-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>.
  5. Silva GM, Lima MVM, Araripe MC, Vasconcelos SP, Opitz SP, Laporta GZ. Evaluation of the Patient Safety Culture in the western Amazon. *J Hum Growth Dev.* 2018;28(3):307-15. DOI: <https://doi.org/10.7322/jhgd.152192>.
  6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529 de 1º de abril de 2013: Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
  7. Notaro KAM, Manzo BF, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. *Rev Latino-Am Enferm.* 2019;27:e3167. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>.
  8. Melo JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. *Rev Eletron Enferm.* 2017;19:a07-a07. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v19.38760>.
  9. Fernandes ARRA, Fassarella CS, Camerini FG, Henrique DM, Nepomuceno RM, Silva RFA. Cultura de segurança no centro de cirúrgico: uma revisão integrativa. *Rev Eletron Enfer.* 2021;23:65437. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v23.65437>.
  10. Sousa JC. Cultura de segurança do paciente em um hospital regional goiano. [Dissertação]. Goiás: Universidade Federal de Goiás (UFG); 2019. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/10284>.
  11. Fernandes ARRA. O clima de segurança no centro cirúrgico de hospital universitário em tempos de pandemia da COVID-19 [Dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem; 2022. Disponível em: <http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/18819>
  12. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Nelson D, Khanna K. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2010. AHRQ Publication No. 10-0026. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/issue/hospital-survey-patient-safety-culture-2010-user-comparative-database-report>
  13. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional em Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP); 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>
  14. RStudio Team. RStudio: Integrated Development for R. RStudio; 2019. Disponível em: <http://www.rstudio.com/>.
  15. Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Patient safety culture in a teaching hospital: differences in perception existing in the different scenarios of this institution. *Texto Contexto – Enferm.* 2015;24(2):432-41. DOI: 10.1590/0104-07072015000192014.
  16. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 466/2012 versão 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
  17. Abreu IM, Rocha RC, Avelino FVSD, Guimarães DBO, Nogueira LT, Madeira MZA. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. *Rev Gaúcha Enfer.* 2019;40(SPE):e20180198. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180198.
  18. Macedo SA. Impacto do núcleo de segurança do paciente na cultura de segurança em um hospital especializado. [Dissertação]. Goiás: Universidade Federal de Goiás; 2018. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/9063>
  19. Lee J. Situation, Background, Assessment, and Recommendation Stepwise Education Program: A quasi-experimental study. *Nurse Educ Today.* 2021;100:104847. DOI: 10.1016/j.nedt.2021.104847.
  20. Tavares APM, Moura ECC, Avelino FVSD, Lopes VCA, Nogueira LT. Patient safety culture



- from the perspective of the nursing team. *Rev Rene*. 2018;19:3152. DOI: 10.15253/2175-6783.2018193152.
21. Reis GAX, Oliveira JLC, Ferreira AMD, Vituri DW, Marcon SS, Matsuda LM. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. *Rev Gaucha Enferm* 2019;40(spe):e20180366. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180366.
22. Zanelli FP, Matias PCM, Carvalho CA, Barros CM, Faria LR, Siman AG, et al. Cultura de Segurança do paciente: visão da equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Eletrôn Acervo Saúde*. 2023;23(1DOI: 10.25248/reas.e11399.2023.
23. 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–e03774. DOI: 10.1590/S1980-220X2020034003774.
24. Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Gestão hospitalar e cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2016;40(1):109-23. DOI: 10.22278/2318-2660.2016.v40.NS1.

Recebido em: 26/02/2024

Aceito para publicação em: 26/05/2024

Conflito de interesses: não.

Fonte de financiamento: nenhuma.

**Endereço para correspondência:**

Francisco Deyvidy Silva Oliveira

E-mail: enferdeyvidyoliveira@gmail.com

