

# Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospitais brasileiros através do HSOPSC: *scoping review*

*Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review*

*Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en los hospitales brasileños a través del HSOPSC: revisión de alcance*

**Marcela Moreira Nascimento Prieto<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-8497-5080

**Renata Elizabete Pagotti da Fonseca<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0001-9186-7352

**Silvia Helena Zem-Mascarenhas<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-7753-6725

<sup>I</sup>Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil.

<sup>II</sup>Universidade Federal de São Carlos, Hospital Universitário, São Carlos, São Paulo, Brasil.

## Como citar este artigo:

Prieto MMN, Fonseca REP, 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>

## Autor Correspondente:

Marcela Moreira Nascimento Prieto  
E-mail: celamn@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho  
EDITOR ASSOCIADO: Alexandre Balsanelli

**Submissão:** 06-01-2021

**Aprovação:** 16-03-2021

## RESUMO

**Objetivos:** descrever, a partir da literatura, as características da cultura de segurança do paciente nos hospitais brasileiros que aplicaram o *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. **Métodos:** trata-se de uma *scoping review*. Foi realizada busca nas bases de dados LILACS, PubMed, SciELO, CINAHL, *Web of Science*, Scopus e no Banco de Dissertações e Teses da CAPES, em setembro e outubro de 2020. **Resultados:** foram identificados 36 estudos. Nove estudos identificaram áreas fortalecidas como: “trabalho em equipe dentro das unidades”, “expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança”, “aprendizado organizacional”, “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente” e “frequência da notificação de eventos”. Como área crítica, a dimensão “resposta não punitiva ao erro” foi evidenciada em 30 dos 36 estudos. **Conclusões:** a identificação de áreas de força e áreas críticas da cultura de segurança é relevante para incitar a melhoria de problemas de segurança do paciente em uma instituição. **Descritores:** Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Qualidade da Assistência à Saúde; Hospitais; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

**Objectives:** to describe, from literature, the characteristics of patient safety culture in Brazilian hospitals that applied the Hospital Survey on Patient Safety Culture. **Methods:** this is a scoping review. A search was performed in the databases LILACS, PubMed, SciELO, CINAHL, Web of Science, Scopus and in the CAPES Dissertations and Theses Database in September and October 2020. **Results:** thirty-six studies were identified. Nine studies identified strengthened areas such as: “teamwork within the units”, “expectations of supervisor/boss and actions promoting safety”, “organizational learning”, “support of hospital management for patient safety” and “frequency of report of events”. As a critical area, the dimension “non-punitive response to error” was evidenced in 30 of 36 studies. **Conclusions:** the identification of areas of strength and critical areas of safety culture is relevant to encourage improvement of patient safety problems in an institution. **Descriptors:** Patient Safety; Organizational Culture; Quality of Health Care; Hospitals; Quality Indicators Health Care.

## RESUMEN

**Objetivos:** describir, a partir de la literatura, las características de la cultura de seguridad del paciente en los hospitales brasileños que aplicaron el Hospital Survey on Patient Safety Culture. **Métodos:** esta es una revisión de alcance. Se realizaron búsquedas en las bases de datos LILACS, PubMed, SciELO, CINAHL, Web of Science, Scopus y el Banco de Disertaciones y Tesis CAPES en septiembre y octubre de 2020. **Resultados:** se identificaron 36 estudios. Nueve estudios identificaron áreas fortalecidas como: “trabajo en equipo dentro de las unidades”, “expectativas del supervisor/jefe y acciones que promuevan la seguridad”, “aprendizaje organizacional”, “apoyo a la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente” y “frecuencia de notificación de eventos”. Como área crítica, la dimensión “respuesta no punitiva al error” se evidenció en 30 de los 36 estudios. **Conclusiones:** la identificación de áreas de fortaleza y áreas críticas de la cultura de seguridad es relevante para incentivar la mejora de los problemas de seguridad del paciente en una institución. **Descritores:** Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Calidad de la Atención de Salud; Hospitales; Indicadores de Calidad de la Atención de Salud.

## INTRODUÇÃO

A cultura de segurança do paciente é um dos indicadores que permite compreender como uma organização lida rotineiramente com as diversas questões e abordagens relacionadas à segurança do paciente. Conhecer até que ponto os profissionais de saúde percebem a segurança do paciente é um passo importante para compreender a visão geral da organização de saúde sobre esse tema<sup>(1)</sup>.

A cultura de segurança tem um conceito multidimensional e se destaca ao refletir o comprometimento dos profissionais de uma organização com a contínua promoção de um ambiente terapêutico seguro. Esse comprometimento influencia comportamentos e resultados de segurança, não só para os pacientes, mas também para os profissionais e para as próprias organizações<sup>(2)</sup>.

De forma geral, ao avaliar a cultura de segurança, é possível obter uma visão clara dos aspectos da segurança do paciente que precisam de adequações e requerem mais atenção. Tal avaliação ajuda na identificação e mensuração das condições organizacionais que levam a eventos adversos, além de incitar o desenvolvimento e a avaliação das intervenções de melhoria da segurança do paciente nas organizações de saúde<sup>(1,3)</sup>.

As ferramentas de avaliação da cultura de segurança fornecem um caminho para entender uma cultura, confrontá-la, para, então transformá-la, uma vez que a avaliação da cultura de segurança fornece à organização um entendimento básico das percepções e atitudes relacionadas à segurança a partir da visão dos colaboradores de uma instituição<sup>(3)</sup>.

Atualmente, há disponíveis dois instrumentos validados para avaliar a cultura de segurança do paciente no contexto brasileiro: o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) e o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). Ambos os instrumentos são confiáveis, porém o HSOPSC foi escolhido neste estudo por abordar questões que o SAQ não aborda, como a frequência de eventos relatados e a percepção geral da segurança do paciente<sup>(4)</sup>.

O HSOPSC é um método quantitativo de análise da cultura de segurança hospitalar. Foi originalmente desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) em 2004, traduzido e validado no Brasil em 2012. Tal questionário é mundialmente aplicado em instituições hospitalares para mensurar a cultura de segurança do paciente e suas implicações<sup>(5-6)</sup>. O HSOPSC permite identificar áreas cuja cultura necessita melhoria; avaliar a efetividade de ações implementadas para a melhoria de segurança ao longo do tempo; realizar *benchmarking* interno e externo auxiliando a organização a identificar como sua cultura de segurança difere da cultura de outras organizações e priorizar esforços de fortalecimento da cultura ao identificar suas fragilidades<sup>(3)</sup>.

Através de questionamentos a respeito dos pontos primordiais relacionados à segurança do paciente, o HSOPSC avalia as múltiplas dimensões da cultura presentes na instituição de saúde. Tais dimensões incluem os valores, as crenças e as normas da organização de saúde, bem como os processos de comunicação, liderança e gestão da organização que se relacionam direta e indiretamente com a segurança do paciente e com a assistência prestada<sup>(5)</sup>.

## OBJETIVOS

Descrever, a partir da literatura, as características da cultura de segurança do paciente nos hospitais brasileiros que aplicaram o *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

Este estudo não foi submetido à apreciação ética, por se tratar de uma revisão que utiliza dados de domínio público; esses dados tiveram seus aspectos éticos assegurados em seus estudos originais<sup>(7)</sup>.

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo utilizando o referencial proposto pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI), por meio de uma *scoping review*, cujo método permite mapear os principais conceitos e identificar lacunas do conhecimento do tema estudado. Para isso, esta revisão seguiu os passos recomendados pelo JBI: identificação da pergunta de pesquisa, identificação de estudos relevantes, seleção dos estudos, análise dos dados e relato dos resultados<sup>(8)</sup>.

A pergunta de pesquisa foi construída considerando a estratégia PCC, que é uma mnemônica para: *Population* (P), *Concept* (C) e *Context* (C)<sup>(8)</sup>. Neste estudo o PCC foi definido como: P – hospitais brasileiros, C – cultura de segurança do paciente e C – HSOPSC. Com base nessa estratégia, esta revisão foi guiada pela seguinte questão: como tem sido avaliada a cultura de segurança do paciente em hospitais brasileiros utilizando o HSOPSC?

### Fonte de dados e estratégia de busca

A busca dos estudos foi realizada de acordo com os critérios do JBI<sup>(8)</sup>. Dois revisores selecionaram e avaliaram, independentemente, cada estudo e, quando necessário, um terceiro revisor foi consultado. A busca ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2020 nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Web of Science*, Scopus. O acesso a essas bases de dados foi realizado por meio da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) através do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Também foi realizada busca no Banco de Dissertações e Teses da CAPES do Ministério da Educação do Brasil através de seu site próprio.

Para cada base de dados, foi estabelecida uma estratégia de busca utilizando descritores e/ou seus sinônimos, considerando os termos do *Medical Subject Headings* (MeSH) e dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), para todos os itens definidos na estratégia.

Os descritores utilizados para a busca foram: “segurança do paciente”, “cultura organizacional”, “qualidade da assistência à saúde”, “*patient safety*”, “*organizational culture*”, “*quality of health care*”, “*Brazil*”, associados aos operadores booleanos AND e OR.

Os critérios de seleção foram artigos disponíveis na íntegra nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem o tema

avaliação da cultura de segurança do paciente, através do HSOPSC em instituições de saúde brasileiras. Não foram incluídos os artigos em idiomas diferentes dos estabelecidos, publicações de opiniões, consensos, retrações, editoriais, *websites* e propagandas veiculadas em mídias. Também foram excluídos os estudos que não tinham sua divulgação autorizada e que não estavam disponíveis na íntegra.

Não foi definido marco temporal. Apesar de a metodologia proposta pelo JBI não se limitar a exploração de apenas estudos quantitativos e considerar artigos de diferentes critérios metodológicos como potenciais fontes de dados, foram excluídos os estudos de revisão ou de validação e adaptação transcultural do instrumento HSOPSC.

A seleção preliminar dos artigos foi realizada através da leitura e análise dos títulos e resumos. Artigos duplicados e que não contemplaram o tema e/ou os critérios de inclusão foram descartados. Posteriormente, foi realizada a leitura na íntegra dos artigos, bem como a extração dos dados para construção dos resultados, considerando a estratégia proposta pelo JBI.

Tal estratégia orienta a extração dos seguintes dados, de forma a descrever sucintamente as principais informações: autor, ano de publicação, país de condução publicação do estudo, objetivo, população e tamanho da amostra, tipo e duração da intervenção, resultados e principais descobertas relacionadas à questão de pesquisa<sup>(8)</sup>.

Também foi utilizado um instrumento construído pela própria autora para análise diferenciada das informações que o instrumento HSOPSC pode fornecer, como taxa de resposta do instrumento de pesquisa, unidade avaliada, profissionais participantes, nota de segurança do paciente, áreas de força, áreas neutras e áreas críticas.

Foi utilizado um diagrama de fluxo, para representar o processo de inclusão e exclusão dos estudos, evidenciado na Figura 1, de acordo com a metodologia PRISMA<sup>(9)</sup>.

## RESULTADOS

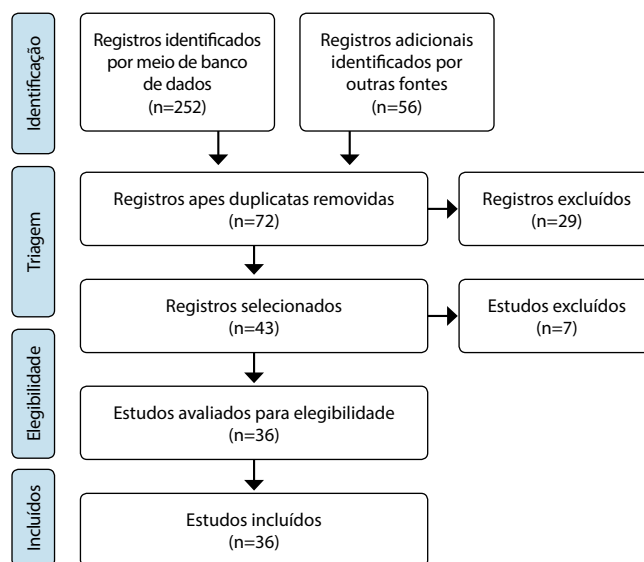
Foram selecionados 36 estudos. Dos estudos selecionados, 11 eram dissertações e 25 eram artigos. Apenas três estudos foram publicados originalmente em inglês.

Os estudos incluídos foram categorizados de acordo com o título, ano, população/amostra, intervenções, desfechos e estão elencados no Quadro 1.

Todos os estudos tiveram abordagem quantitativa, devido à própria característica do HSOPSC. Em relação ao ano de publicação, um estudo foi publicado no ano de 2013, um em 2014, quatro em 2015, seis em 2016, seis em 2017, cinco em 2018, oito em 2019 e cinco em 2020.

De acordo com as bases de dados, 12 estudos foram encontrados na LILACS, 11 no SciELO, três na CINAHL, um na *Web of Science* e nove no Banco de dissertações e teses da CAPES. Os artigos encontrados na PubMed e na Scopus eram todos repetidos, sendo, dessa forma, não incluídos na pesquisa.

Os estudos encontrados foram publicados em 12 periódicos distintos. Onze estudos não foram publicados em periódicos e se tratam de 10 dissertações e uma tese. Desses 11 estudos, dois foram encontrados na base de dados LILACS e os demais (nove estudos) foram encontradas no Banco de Dissertações e Teses da CAPES.



**Figura 1** - Fluxograma do processo de seleção e inclusão dos estudos. Adaptado do modelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) diagram flow*<sup>(9)</sup>

Quinze estudos avaliaram a cultura de segurança em todos os setores do hospital. As demais áreas avaliadas foram: unidades cirúrgicas (avaliada em seis estudos), maternidade e centros obstétricos (avaliados em quatro estudos), UTIs (avaliadas em três estudos), UTIs Neonatais (avaliadas em três estudos), unidades de urgência e emergência (avaliadas em dois estudos), unidades de internação (avaliadas em um estudo) e unidades pediátricas (avaliadas em um estudo). Um estudo avaliou a cultura de segurança em três setores: unidades de internação, UTI e unidades cirúrgicas.

Em relação aos participantes envolvidos nos estudos, 18 estudos envolveram toda a equipe de saúde do hospital (equipe médica, de enfermagem e equipe multiprofissional que presta assistência direta e indireta ao paciente). Dez estudos envolveram a equipe de enfermagem. Os demais estudos envolveram somente enfermeiros (quatro estudos), médicos e enfermeiros (um estudo), equipe médica e equipe de enfermagem (um estudo). Apenas dois estudos envolveram profissionais de todas as áreas assistenciais e não assistenciais do hospital, como áreas administrativas e de apoio.

Dos estudos avaliados, 27 não apresentaram dimensões da cultura de segurança do paciente consideradas como fortalecidas. Dos estudos que apresentaram áreas fortalecidas, as dimensões que apresentaram maior percentual de respostas positivas, ou seja, acima de 75%, foram: "trabalho em equipe dentro das unidades", "expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança", "aprendizado organizacional", "apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente" e "frequência da notificação de eventos".

As dimensões que mais foram consideradas neutras foram "expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança", "aprendizado organizacional", "trabalho em equipe dentro das unidades" e "abertura da comunicação". Essas dimensões foram identificadas na maioria dos estudos com percentual de respostas positivas entre 50 e 75%.

**Quadro 1** – Identificação dos estudos conforme metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*

Autor/ Ano/ País	Título	População/ Amostra	Intervenções	Desfechos
Notaro KAM, et al. (2019) <sup>(10)</sup> Brasil	Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos	514 profissionais de saúde	Estudo tipo <i>survey</i> , transversal. Foi utilizado o HSOPSC.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. A dimensão resposta não punitiva ao erro foi classificada como área crítica.
Kawamoto AM, et al. (2016) <sup>(11)</sup> Brasil	Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário	76 profissionais de saúde	Pesquisa descritivo-exploratória, quantitativa. Foi utilizado o HSOPSC.	A maioria dos participantes demonstrou percepção de cultura de segurança favorável à liderança imediata e desfavorável à alta gestão hospitalar.
Schuh LX, et al. (2020) <sup>(12)</sup> Brasil	Cultura de segurança do paciente em unidades de urgência/emergência	112 profissionais de enfermagem	Estudo quantitativo transversal. Foi utilizado o HSOPSC.	As dimensões “expectativas sobre o seu supervisor” e “ações promotoras de segurança e trabalho em equipe dentro das unidades” foram consideradas como áreas de força.
Souza VS, et al. (2015) <sup>(13)</sup> Brasil	<i>Errors and adverse events: the interface with health professionals' safety culture</i>	71 profissionais de saúde	Estudo descritivo, quantitativo. Foi utilizado o HSOPSC.	A maioria dos participantes demonstrou percepção de cultura de segurança desfavorável à comunicação sobre as falhas e apontou para uma cultura punitiva.
Silva ACAB, Rosa DOS (2016) <sup>(14)</sup> Brasil	Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar	128 profissionais de enfermagem	Estudo do tipo <i>survey</i> . Foi utilizado o HSOPSC.	As dimensões com respostas mais negativas foram resposta não punitiva e apoio da gestão e comunicação sobre o erro. Não houve dimensões fortalecidas.
Cruz EDA, et al (2018) <sup>(15)</sup> Brasil	Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino	645 profissionais de saúde	Estudo tipo <i>survey</i> . Foi utilizado o questionário HSOPSC.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. Maior índice de respostas positivas foi obtido na dimensão respostas não punitivas ao erro.
Serrano ACFF, et al. (2019) <sup>(16)</sup> Brasil	Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico	209 profissionais de saúde	Estudo quantitativo, transversal. Foi utilizado o HSOPSC.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. As dimensões com menores percentuais de respostas positivas foram “respostas não punitivas”, “profissionais e percepção geral da segurança”.
Lopez ECMS, et al. (2020) <sup>(17)</sup> Brasil	Cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino	381 profissionais médicos e de enfermagem	Estudo tipo <i>survey</i> , transversal. Foi utilizado o HSOPSC.	A dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades” foi identificada como fortalecida no hospital privado; nos demais, nenhuma dimensão mostrou cultura forte.
Macedo TR, et al. (2016) <sup>(18)</sup> Brasil	Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas	75 profissionais da equipe de enfermagem	Estudo descritivo, quantitativo, do tipo <i>survey</i> transversal. Foi utilizado o HSOPSC.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. As áreas identificadas como críticas foram: resposta não punitiva e apoio da administração do hospital para a segurança do paciente.
Tomazoni A et al. (2014) <sup>(19)</sup> Brasil	Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica	141 profissionais médicos e de enfermagem	Estudo quantitativo, tipo <i>survey</i> . Foi utilizado o HSOPSC.	Houve diferença significava em relação ao menor tempo de trabalho no hospital e tempo de trabalho na unidade com maior número de respostas positivas.
Pinheiro MP (2015) <sup>(20)</sup> Brasil	Segurança do paciente: diagnóstico e intervenções da educação permanente em um hospital universitário	203 profissionais de enfermagem	Estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa. Foi utilizado o HSOPSC.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. As dimensões mais críticas foram resposta não punitiva, apoio da gestão hospitalar e passagens de plantão.
Fassarella CS et al. (2018) <sup>(21)</sup> Brasil Portugal	Avaliação da cultura de segurança do paciente: estudo comparativo em hospitais universitários	195 enfermeiros	Estudo <i>survey</i> , transversal, comparativo, quantitativo. Foi utilizado o HSOPSC.	Das 12 dimensões de cultura de segurança mensuradas no hospital brasileiro, oito dimensões foram consideradas frágeis e passíveis de melhoria.
Moretão DIC (2019) <sup>(22)</sup> Brasil	A cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de um hospital de ensino da rede pública de saúde	246 profissionais da equipe de saúde	Estudo misto, delineamento descritivo-exploratório. Foi utilizado o HSOPSC.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. A área considerada mais frágil foi respostas não punitivas aos erros.

Continua



Continuação do Quadro 1

Autor/ Ano/ País	Título	População/ Amostra	Intervenções	Desfechos
Fassarella CS, et al. (2019) <sup>(23)</sup> Brasil	Cultura de segurança dos enfermeiros entre os serviços de um hospital universitário	195 enfermeiros	Estudo transversal e quantitativo. Foi aplicado o HSOPSC.	Identificou-se diferença significativa entre os serviços para cinco dimensões de cultura de segurança.
Sanchis DZ, et al. (2020) <sup>(24)</sup> Brasil	Cultura de segurança do paciente: percepção de profissionais de enfermagem em instituições de alta complexidade	467 profissionais de enfermagem	Estudo descritivo e quantitativo. Foi utilizado o HSOPSC.	A cultura de segurança foi considerada fragilizada, destacando-se abertura para as comunicações e respostas não punitivas aos erros.
Tomazoni A, et al. (2015) <sup>(25)</sup> Brasil	Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal	141 profissionais (equipe de enfermagem e médica)	Estudo quantitativo, tipo <i>survey</i> . Foi utilizado o HSOPSC.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. Como área crítica, identificou-se resposta não punitiva e apoio da gestão hospitalar.
Galvão TS, et al. (2018) <sup>(26)</sup> Brasil	Cultura de segurança do paciente em um hospital universitário	381 profissionais de saúde	Estudo transversal com coleta de dados por meio do HSOPSC.	Nenhuma dimensão foi considerada como fortalecida. Nove dimensões tiveram positividade baixa, com destaque “respostas não punitivas”.
Pedroni VS, et al (2020) <sup>(27)</sup> Brasil	Cultura de segurança do paciente na área materno-infantil de hospital universitário	41 profissionais (enfermeiros e médicos)	Estudo transversal utilizando o HSOPSC.	A ação de supervisores/chefes foi considerada uma fortaleza; já no que diz respeito à comunicação, considerou-se uma fragilidade.
Andrade LEL et al (2018) <sup>(28)</sup> Brasil	Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão	215 profissionais de saúde	Estudo observacional transversal. Foi utilizado o HSOPSC.	O tipo de gestão hospitalar, unidade de serviço, cargo e quantidade de notificação de eventos adversos estiveram associados à nota geral da segurança do paciente.
Santiago THR, Turrini RNT (2015) <sup>(29)</sup> Brasil	Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva	88 profissionais de saúde e administrativos	Estudo transversal. Foram utilizados o HSOPSC e o outro questionário.	Foi considerada área crítica a dimensão resposta não punitiva ao erro. Os pontos fortes foram expectativas do supervisor e aprendizado organizacional para a melhoria contínua.
Batista J, et al. (2019) <sup>(30)</sup> Brasil	Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde	158 profissionais de saúde	Estudo tipo <i>survey</i> . Foi utilizado o HSOPSC.	Nenhuma dimensão foi considerada como fortalecida. Houve diferença, com percepção menos negativa da enfermagem em relação à medicina nas dimensões “retorno da informação e comunicação sobre o erro” e “frequência de relatos de eventos”.
Carmo, JMA et al. (2020) <sup>(31)</sup> Brasil	Cultura de segurança do paciente em unidades hospitalares de ginecologia e obstetrícia: estudo transversal	301 profissionais de saúde	Estudo descritivo, transversal, quantitativo. Foi utilizado o HSOPSC.	Das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, nenhuma foi considerada fortalecida.
Abreu IM, et al. (2019) <sup>(32)</sup> Brasil	Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem	92 profissionais de enfermagem	Estudo transversal e analítico. Foi utilizado o HSOPSC.	A dimensão da cultura de segurança com resultado mais positivo foi “aprendizado organizacional”, e com resultados menos positivos, foram “abertura para comunicação e <i>feedback</i> ” e “comunicação sobre erros”.
Okuyama JHH, et al (2019) <sup>(33)</sup> Brasil	<i>Health professionals' perception of patient safety culture in a university hospital in São Paulo: A cross-sectional study applying the Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>	314 profissionais de saúde	Estudo transversal. Foi utilizado o HSOPSC.	Nove das 12 dimensões apresentaram porcentagens de respostas positivas abaixo de 50%. Os piores resultados foram relacionados à “resposta não punitiva aos erros”.
Mello, JF; Barbosa, SFF (2013) <sup>(34)</sup> Brasil	Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem	97 profissionais de enfermagem	Estudo quantitativo, tipo <i>survey</i> , transversal e comparativo. Foi utilizado o HSOPSC.	Houve maior número de recomendações para as dimensões “aprendizado organizacional” e “melhoria contínua e percepção geral de segurança do paciente”.
Tavares APM et al. (2018) <sup>(35)</sup> Brasil	Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem	221 profissionais de enfermagem	Estudo transversal, tipo <i>survey</i> . Foi utilizado o HSOPSC.	Trabalho em equipe dentro das unidades foi área de força e a resposta não punitiva aos erros constituiu área de melhoria.
Tobias GC et al. (2016) <sup>(36)</sup> Brasil	<i>Safety culture in a teaching hospital: strengths and weaknesses perceived in nurses</i>	117 enfermeiros	Estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa. Foi utilizado o HSOPSC.	As fraquezas foram: sacrifício da qualidade e da segurança no trabalho; quadro de pessoal insuficiente; problemas com passagem de plantão; medo de punição ao relatar um incidente. As fortalezas foram: trabalho em equipe; trabalho ativo dos enfermeiros; a consideração de suas sugestões pelos gestores.

Continua

Continuação do Quadro 1

Autor/ Ano/ País	Título	População/ Amostra	Intervenções	Desfechos
Corona ARPD (2017) <sup>(37)</sup> Brasil	Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospital público de ensino de Mato Grosso do Sul	397 profissionais de saúde	Estudo descritivo-exploratório quantitativo, do tipo <i>survey</i> transversal. Foi utilizado o HSOPSC.	Nenhuma dimensão da cultura de segurança foi considerada área de força. Resposta não e apoio da gestão hospitalar tiveram os menores índices de respostas positivas.
Neto AVL (2017) <sup>(38)</sup> Brasil	Percepção da cultura de segurança do paciente pelos enfermeiros de unidades de terapia intensiva	45 enfermeiros	Estudo descritivo e exploratório com abordagem mista. Foi utilizado o HSOPSC.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. No que se refere às fraquezas e oportunidades de melhorias, enfatizaram-se a dimensão respostas não punitivas aos erros e a dimensão pessoal.
Silva MF (2017) <sup>(39)</sup> Brasil	Cultura de segurança da equipe de enfermagem no serviço de urgência e emergência	104 profissionais da equipe de enfermagem	Estudo descritivo de abordagem mista. Foi utilizado o HSOPSC.	As dimensões “respostas não punitivas aos erros”, “frequência da notificação de eventos” e “adequação de profissionais” foram as consideradas críticas.
Rocha RC (2017) <sup>(40)</sup> 2020	Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: perspectiva da equipe de enfermagem	200 profissionais de enfermagem	Estudo quantitativo, descritivo. Foi utilizado o HSOPSC.	O hospital municipal não apresentou nenhuma área fortalecida e a mais deficitária foi abertura para comunicação. O hospital estadual e o federal apresentaram áreas de força, e ambos apresentaram como área crítica a dimensão resposta não punitiva.
Rodrigues WVD (2016) <sup>(41)</sup> Brasil	Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente entre profissionais de saúde de um hospital público	1273 profissionais de todas as áreas	Estudo transversal, descritivo. Foi utilizado o HSOPSC.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. Das 12 dimensões avaliadas, 9 foram caracterizadas como áreas frágeis.
Cassago RM (2017) <sup>(42)</sup> Brasil	Avaliação da percepção da cultura de segurança do paciente com o questionário HSOPSC em um hospital público de São Paulo	488 profissionais de todas as áreas	Estudo transversal, descritivo. Foi utilizado o HSOPSC.	Seis dimensões foram consideradas críticas. O resultado global da cultura indica que os profissionais têm uma percepção de que a cultura de segurança institucional é globalmente frágil.
Félix RS (2017) <sup>(43)</sup> Brasil	Cultura de segurança do paciente em uma maternidade na perspectiva de usuárias e equipe multiprofissional	62 profissionais da equipe de saúde	Estudo transversal. Foi utilizado o HSOPSC.	Não foram identificadas áreas de força positiva. As dimensões críticas foram apoio da gestão e respostas não punitivas aos erros.
Andrade LEL (2016) <sup>(44)</sup> Brasil	Evolução da cultura de segurança em hospitais antes e após a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente	665 profissionais de saúde, sendo 215 na primeira avaliação e 450 na segunda	Delineamento quase-experimental com abordagem descritivo-analítica. Foi utilizado o HSOPSC.	Os hospitais melhoraram em 11 das 12 dimensões avaliadas. O hospital que apresentou maior melhoria foi o estadual seguido do federal e privado.
Nicácio MC (2019) <sup>(45)</sup> Brasil	Cultura de segurança da mulher no parto hospitalar: um estudo misto das percepções dos profissionais de enfermagem e médicos	26 profissionais médicos e de enfermagem	Estudo misto, com desenho sequencial explanatório. Foi utilizado o HSOPSC.	Nenhuma dimensão foi considerada fortalecida. A dimensão pessoal foi um dos pontos críticos de comprometimento da segurança.

Trinta estudos apontaram como área crítica “resposta não punitiva ao erro”. Outras dimensões como “percepção geral da segurança”, “adequação de profissionais”, “apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”, “mudanças de turno e transições entre unidades e serviços”, “trabalho em equipe entre as unidades”, “feedback e comunicação sobre os erros”, “frequência de notificação de eventos” também foram identificadas como áreas críticas.

## DISCUSSÃO

Os estudos de avaliação da cultura de segurança do paciente utilizando o HSOPSC começaram a ser publicados no Brasil, em 2013, logo após sua tradução e adaptação transcultural no ano de 2012. Isso demonstra que, nas instituições hospitalares, a segurança do paciente é uma preocupação constante e cada vez mais são realizados estudos que possam expressar a cultura de segurança do paciente na instituição, de forma a melhorar e

adequar as estratégias institucionais para a melhoria da segurança do paciente<sup>(46)</sup>.

O HSOPSC avalia 12 dimensões da cultura de segurança do paciente. A medida para avaliar a cultura de segurança é o percentual de respostas positivas obtidas nas dimensões da cultura. O percentual de respostas positivas maior ou igual a 75% na dimensão indica uma cultura de segurança fortalecida. O percentual de respostas positivas menor ou igual a 50% na dimensão indica uma cultura fragilizada. São consideradas neutras as dimensões que apresentam percentual de respostas positivas entre 50 e 75%.

Diferentes percepções e comportamentos relacionados à cultura de segurança são encontrados em instituições diferentes ou até mesmo na própria instituição. Estudos comparando diferentes serviços apresentam diferenças de percentual de respostas positivas em várias dimensões, o que demonstra que a percepção da cultura de segurança do paciente é variável de acordo com cada serviço/setor/hospital<sup>(23,28,31)</sup>. Nos ambientes de saúde, comportamentos e atitudes moldam a cultura de cada organização<sup>(6,47)</sup>.

Estudo que realizou comparações entre categorias profissionais verificou diferença do número de respostas positivas do HSOPSC, nota de segurança e número de eventos comunicados, conforme as características profissionais. Houve diferença significava do menor tempo de trabalho no hospital e tempo de trabalho na unidade com maior número de respostas positivas; maior tempo de trabalho na profissão representou melhores notas e menos eventos comunicados<sup>(19)</sup>. Em outro estudo, foi observada uma melhor cultura de segurança entre funcionários mais experientes, enfermeiros e funcionários com menor escolaridade<sup>(33)</sup>. Foi observado, em um estudo, que o tipo de gestão, unidade do serviço, o cargo e a quantidade de notificações de incidentes influenciam diretamente a cultura de segurança do paciente<sup>(28)</sup>.

A maioria dos estudos, ao avaliar a cultura de segurança dos hospitais, buscou identificar áreas de força e áreas críticas das dimensões da cultura de segurança. Entretanto, alguns estudos utilizaram o HSOPSC para outros fins distintos ou não evidenciaram as áreas de força ou as áreas críticas da cultura de segurança. Isso acontece devido ao fato de o instrumento permitir análises de várias maneiras, o que varia com o objetivo de cada estudo. Alguns estudos focaram somente nas áreas de força<sup>(12)</sup> e outros analisaram somente algumas dimensões específicas<sup>(11,30)</sup>.

É possível, com o HSOPSC, fazer comparações entre categorias profissionais diferentes, setores do mesmo hospital e entre diferentes instituições hospitalares. Também é possível analisar cada dimensão separadamente, o que foi o foco de alguns artigos selecionados. Muitas vezes, a análise somente de uma ou parte das dimensões impossibilita a análise da cultura de segurança de modo geral, uma vez que, avaliando somente uma dimensão, não é possível diagnosticar a cultura de segurança com o objetivo de identificar áreas de melhoria e as áreas fortalecidas<sup>(4)</sup>.

As dimensões classificadas como fortalecidas podem ser utilizadas como apoio para o processo de melhoria da segurança do paciente, visto que elas exercem uma força positiva na percepção de segurança dos profissionais como um todo<sup>(28,48)</sup>.

As áreas classificadas como neutras e frágeis apresentam potencial para se fortalecerem, uma vez que há dimensões com percentuais positivos em alguns dos itens que as compõem. Para isso, é necessário que os líderes hospitalares reconheçam essas dimensões visando construir uma cultura organizacional voltada para a segurança do paciente<sup>(37)</sup>.

Hospitais que possuem gestão privada apresentaram melhores percentuais de respostas positivas em algumas dimensões, apresentando inclusive áreas consideradas fortalecidas. Apesar de também apresentarem dimensões que apresentam fragilidades, percebe-se que hospitais com gestão privada e/ou acreditados estão em um patamar acima diante da percepção da segurança do paciente em relação a hospitais públicos e não acreditados<sup>(17,28)</sup>. Em um estudo que realizou comparações entre hospitais municipais, estaduais e federais, o hospital federal apresentou áreas fortalecidas da cultura de segurança do paciente, enquanto os outros hospitais não apresentaram áreas consideradas fortalecidas<sup>(40)</sup>.

O envolvimento e a atuação dos líderes e gestores são fundamentais para incentivar a equipe a olhar de forma diferenciada ao cuidado, tornando-o seguro. Ao perceber que a gestão se preocupa em melhorar a segurança do paciente, é possível incentivar a equipe a aprender com os erros ocorridos e comunicados<sup>(16,22)</sup>.

Vivenciam-se, nos erros, oportunidades de melhoria do cuidado prestado ao paciente. Nesse interim, os movimentos de educação continuada que, habitualmente, fazem parte da dinâmica organizacional principalmente da enfermagem, fortalecem o aprendizado a partir das necessidades e circunstâncias vivenciadas pela organização e pela equipe<sup>(29)</sup>.

Por outro lado, a falta de apoio dos líderes e gestores pode ser uma ameaça à segurança do paciente, uma vez que esse comportamento pode desestimular a equipe de saúde no tocante a um maior envolvimento e responsabilidade na qualificação do cuidado<sup>(27,32)</sup>.

A dimensão "trabalho em equipe nas unidades" foi bem avaliada na maioria dos estudos. Essa dimensão é caracterizada pelo apoio e respeito entre os funcionários e o trabalho em equipe no mesmo setor/unidade. Estudos demonstram que a força do trabalho em equipe está justamente em aliar o conhecimento e as habilidades de diversas pessoas em prol de um objetivo comum, no caso, o cuidado ao paciente<sup>(22)</sup>. Dessa forma, concluir as tarefas trabalhando juntos, inclusive em situações de sobrecarga de trabalho, consistiu em algo positivo dentro das unidades<sup>(10,16)</sup>.

A mesma situação não foi evidenciada na dimensão "trabalho em equipe entre as unidades", que foi considerada fragilizada em muitos estudos. Tal situação pode ser decorrente do senso de proteção e equipe que o colaborador tenha com seu setor atual. Como o trabalho em equipe requer a interação entre os profissionais, a comunicação, a empatia e o apoio, é fundamental que todos os profissionais compreendam a integralidade do cuidado e que o objetivo final do cuidado seja o mesmo em todos os setores da instituição<sup>(24)</sup>.

A dimensão "cultura não punitiva ao erro" foi, sem dúvida, a que chamou mais atenção como área crítica na maioria dos estudos. A cultura punitiva atribui ao profissional a responsabilidade sobre o erro, culpando-o por este. Nessa situação o profissional se sente coibido, o que impede a identificação de problemas nos processos de trabalho. Dessa forma, sem identificar os erros e analisar os motivos de sua ocorrência, o processo de melhoria dos processos fica prejudicado e a ocorrência dos erros pode se tornar frequente. Uma cultura punitiva desencoraja os relatos de incidentes através das notificações e atravança o aprendizado organizacional. Os erros necessitam de uma abordagem sistêmica, com vistas a melhorar os processos através do aprendizado a partir dos incidentes. Assumindo essa postura não punitiva ao erro, a instituição enfatiza a segurança do paciente como uma prioridade institucional<sup>(1-2,24)</sup>.

Um dos impactos da cultura punitiva ao erro é a baixa notificação de eventos enfatizada em vários estudos como área fragilizada. A ideia errônea de que somente o enfermeiro pode notificar um incidente e a sobrecarga de trabalho da equipe também reduz a notificação de eventos. A subnotificação pode impedir a identificação de falhas e a consequente melhoria dos processos. Faz-se necessário ressaltar o caráter anônimo da notificação, e é indicado que o instrumento de notificação fique disponível em um local de fácil acesso, para que o profissional realize a notificação<sup>(24,49)</sup>.

A dimensão "adequação de profissionais" também foi elencada como fragilizada em vários estudos. A carga excessiva de trabalho, a insuficiência de recursos humanos, uma jornada desgastante,

além do trabalho sob muita pressão e responsabilidade, pode indicar a insatisfação com as condições de trabalho incidindo na fragilidade dessa dimensão<sup>(24,28)</sup>.

Muitos profissionais da área de saúde atuam em condições consideradas inadequadas devido ao ambiente de trabalho e às atividades exercidas. Esse ambiente, permeado pelo desgaste físico e psíquico, pela falta de reconhecimento profissional e desmotivação, pela falta de materiais, pela remuneração inadequada, pela necessidade de dupla jornada de trabalho, pelo dimensionamento incorreto dos profissionais e pelo trabalho noturno, reflete na insatisfação dos profissionais, principalmente dos que compõem a equipe de enfermagem<sup>(24,50)</sup>.

Todos esses fatores impactam a segurança do paciente, o que faz com que a melhoria das condições de trabalho do profissional seja fundamental para o fortalecimento da cultura de segurança<sup>(24)</sup>.

A dimensão “mudanças de turno/passagem de plantão e transições entre unidades e serviços” também foi considerada fragilizada em vários estudos. A passagem de plantão é um momento crucial da prática das equipes, pois é nesse instante que são repassadas as informações mais relevantes relativas ao cuidado do paciente e que garantem sua continuidade<sup>(15)</sup>. Nesse momento, é possível visualizar a condição do paciente e todas as suas particularidades, podendo inclusive preparar estratégias que possam prevenir possíveis falhas<sup>(27)</sup>. Problemas relacionados à passagem de plantão podem interferir diretamente no cuidado ao paciente e no bom andamento da assistência, impactando negativamente na segurança do paciente<sup>(14-15)</sup>. A comunicação efetiva durante a passagem de plantão possibilita manter a continuidade do cuidado. Para garantir a segurança do paciente neste processo, algumas estratégias de comunicação podem ser utilizadas como *checklists* e outros instrumentos padronizados de acordo com a necessidade dos setores<sup>(24)</sup>.

Além de avaliar as dimensões, um estudo coletou recomendações sugeridas pela equipe para melhorar cada uma das doze dimensões avaliada pelo HSOPSC. Segundo os autores, tais recomendações representam fragilidades passíveis de melhorias de alguns aspectos da cultura de segurança. Dentre as recomendações, destacam-se a necessidade de capacitações, melhoria

dos processos de trabalho, incluindo o desenvolvimento e a implantação de protocolos, disponibilização de equipamentos e materiais em quantidade suficiente e boa qualidade, assim como melhor dimensionamento de profissionais para que possam suprir as demandas do setor<sup>(34)</sup>.

### Limitações do estudo

A presente *scoping review* não considerou analisar a literatura que avaliou a cultura de segurança de hospitais fora do contexto brasileiro.

### Contribuições para a área da enfermagem

Acredita-se que esta revisão, ao permitir uma análise geral da situação da cultura de segurança em hospitais brasileiros, estimule as instituições a olharem de forma diferenciada às questões de segurança do paciente na busca de estratégias efetivas para melhoria da qualidade da assistência.

### CONCLUSÕES

O reconhecimento da cultura de segurança do paciente, na tentativa de conhecer os entraves relacionados à segurança do paciente a partir da percepção dos prestadores de cuidados, é crucial para a instituição compreender e refletir sobre como pode melhorar a cultura de segurança da instituição.

A partir do conhecimento adquirido na avaliação da cultura de segurança do paciente, pode-se pensar em estratégias para melhorar o processo assistencial, priorizando áreas críticas e reforçando as melhores condições encontradas na avaliação.

### MATERIAL SUPLEMENTAR

Esse manuscrito é um dos resultados de dissertação publicada no repositório da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), disponível através do link <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/13907>.

---

## REFERÊNCIAS

1. Khoshakhlagh AH, Khatooni E, Akbarzadeh I, Yazdanirad S, Sheidaei A. Analysis of affecting factors on patient safety culture in public and private hospitals in Iran. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):1009. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4863-x>
2. Reis CT. Cultura em segurança do paciente. In: Sousa P, Mendes W, (Orgs.). *Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014:75-99. <https://doi.org/10.7476/9788575416426>
3. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care [Internet]*. 2003[cited 2020 Nov 25];12(Suppl 2):17-23. Available from: [https://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl\\_2/ii17](https://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17)
4. Etchegaray JM, Thomas EJ. Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. *BMJ Qual Saf*. 2012;21:490-8. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000449>
5. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [Tese] [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013[cited 2020 Nov 25]. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>
6. Okuyama JHH, Galvao TF, Silva MT. Healthcare professional's perception of patient safety measured by the hospital survey on patient safety culture: a systematic review and meta-analysis. *Scien World J*. 2018;2018:9156301. <https://doi.org/10.1155/2018/9156301>
7. Melo JMA, Oliveira PP, Souza RS, Fonseca DF, Gontijo TF, Rodrigues AB. Prevenção e conduta frente ao Extravasamento de agentes antineoplásicos: *scoping review*. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(4):e20190008. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0008>



8. Joanna Briggs Institute. Reviewer's manual: 2015 edition/supplement [Internet]. The University of Adelaide, Austrália: JBI; 2015[cited 2020 Nov 25]. Available from: <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
9. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
10. Notaro KAM, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK, Manzo BF. Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3167. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>
11. Kawamoto AM, Oliveira JLC, Tonini NS, Nicola AL. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. *Rev Pesqui: Cuid Fundam*. 2016;8(2):4387-98. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4387-4398>
12. Schuh LX, Krug SBF, Possuelo L. Cultura de segurança do paciente em unidades de urgência/emergência. *Rev Pesqui: Cuid Fundam* [Internet]. 2020[cited 2020 Nov 25];12:616-21. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1097372>
13. Souza VS, Kawamoto AM, Oliveira JLC, Tonini NS, Fernandes LM, Nicola AL. Errors and adverse events: the interface with health professionals' safety culture. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(2):498-505. <https://doi.org/10.5380/ce.v20i3.40687>
14. Silva ACAS, Santa Rosa DO. Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. *Cogitare Enferm*. 2016;21(N.esp): 01-10. <https://doi.org/10.5380/ce.v21i5.45583>
15. Cruz EDA, Rocha DJM, Maurício AB, Ulbrich FS, Batista J, Maziero EC. Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. *Cogitare Enfermagem*. 2018;23(1) <https://doi.org/10.5380/ce.v23i1.50717>
16. Serrano ACFF, Santos DF, Matos SS, Goveia VR, Mendoza IYQ, Lessa AC. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico REME Rev Min Enferm [Internet]. 2019[cited 2020 Nov 25];23:e-1183. Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/e1183.pdf>
17. Lopez ECMS, Cruz EDA, Alpendre FT, Batista, J. Cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2020[cited 2020 Nov 25];24:e-1298. Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/e1298.pdf>
18. Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza S, Anders JC, Davis K. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):756-62. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342016000600007>
19. Tomazoni A, Rocha PK, Souza S, Anders JC, Malfussi HFC. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(5):755-63. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3624.2477>
20. Pinheiro MP. Segurança do paciente: diagnóstico e intervenções da educação permanente em um hospital universitário[Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2015.
21. Fassarella CS, Camerini FG, Henrique DM, Almeida LF, Figueiredo MCB. Avaliação da cultura de segurança do paciente: estudo comparativo em hospitais universitários. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03379. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017033803379>
22. Moretão DIC. A cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de um hospital de ensino da rede pública de saúde[Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2019.
23. Fassarella CS, Silva LD, Camerini FG, Figueiredo MCAB. Cultura de segurança dos enfermeiros entre os serviços de um hospital universitário. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):767-73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0376>
24. Sanchis DZ, Haddad MCFL, Giroto E, Silva AMR. Cultura de segurança do paciente: percepção de profissionais de enfermagem em instituições de alta complexidade. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20190174. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>
25. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(1):161-9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>
26. Galvão TF, Lopes MCC, Oliva CCC, Araújo MEA, Silva MT. Cultura de segurança do paciente em um hospital universitário. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3014. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>
27. Pedroni VS, Gouveia HG, Vieira LB, Wegner W, Oliveira ACS, Santos MC, et al. Cultura de segurança do paciente na área materno-infantil de hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41(spe):e20190171. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190171>
28. Andrade LEL, Lopes JM, Souza FMCM, Vieira JRF, Farias LPC, Santos CCM, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(1):161-72. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>
29. Santiago THR, Turrini RNT. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(Spe):123-30. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>
30. Batista J, Cruz EDA, Alpendre FT, Paixão DPSS, Gaspari AP, Maurício AB. Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe):e20180192. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180192>
31. Carmo JMA, Mendoza IYQ, Goveia VR, Souza KV, Manzo BF, Guimarães GL. Cultura de segurança do paciente em unidades hospitalares de ginecologia e obstetrícia: estudo transversal. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20190576. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0576>
32. 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 Enferm*. 2019;40(Spe):e20180198. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>
33. Okuyama JHH, Galvão TF, Crozatti MTL, Silva MT. Health professionals' perception of patient safety culture in a university hospital in São Paulo: a cross-sectional study applying the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *Sao Paulo Med J*. 2019;137(3):216-22. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0430140319>

34. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2013;22(4):1124-33. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>
35. Tavares APM, Moura ECC, Avelino FVSD, Lopes VCA, Nogueira LT. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem. *Rev Rene.* 2018;19:e3152. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193152>
36. Tobias GC, Bezerra ANQ, Paranaguá TTB, Silva AEBC. Cultura de segurança em hospital de ensino: fortalezas e fraquezas percebidas por enfermeiros. *Rev Enferm UFPE.* 2016;10(3):1063-70. <https://doi.org/10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201616>
37. Corona ARPD. Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospital público de ensino de Mato Grosso do Sul [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.
38. Lima Neto AV. Percepção da cultura de segurança do paciente pelos enfermeiros de unidades de terapia intensiva [Dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017.
39. Silva MF. Cultura de segurança da equipe de enfermagem no serviço de urgência e emergência [Dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017.
40. Rocha RC. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: perspectiva da equipe de enfermagem [Dissertação]. Teresina: Universidade Federal do Piauí; 2017.
41. Rodrigues WVD. Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente entre profissionais de saúde de um hospital público [Dissertação]. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês; 2016.
42. Cassago RM. Avaliação da percepção da cultura de segurança do paciente com o questionário HSOPSC em um hospital público de São Paulo [Dissertação]. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês; 2017.
43. Félix RS. Cultura de segurança do paciente em uma maternidade na perspectiva de usuárias e equipe multiprofissional [Dissertação]. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano; 2017.
44. Andrade LEL. Evolução da cultura de segurança em hospitais antes e após a implantação do programa nacional de segurança do paciente [Dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016.
45. Nicácio MC. Cultura de segurança da mulher no parto hospitalar: um estudo misto das percepções dos profissionais de enfermagem e médicos [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2019.
46. Toso GL, Golle L, Magnago TSBS, Herr GEG, Loro MM, Aozane F, et al. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(4):e58662. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.58662>
47. Kaufman G, McCaughan D. The effect of organizational culture on patient safety. *Nurs Stand.* 2013;27(43):50-6. <https://doi.org/10.7748/ns2013.06.27.43.50.e7280>
48. Wagner C, Smits M, Sorra J, Huang CC. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *Int J Qual Health Care.* 2013;25(3):213-21. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt024>
49. Furini ACA, Nunes AA, Dallora MELV. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(n-esp):e20180317. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>
50. Amaral JF, Ribeiro JP, Paixão DX. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. *Rev Espaço Saúde.* 2015;16(1):66-74 <https://doi.org/10.22421/1517-7130.2015v16n1p66>