

# AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

## PATIENT SAFETY ASSESSMENT FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTH CARE PROFESSIONALS

## EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL DE SALUD

FERNANDA PERES\*

LARISSA PERES\*\*

VANDERLEI JOSÉ HAAS\*\*\*

PATRICIA MAGNABOSCO\*\*\*\*

VALÉRIA NASSER FIGUEIREDO\*\*\*\*\*

MARIA BEATRIZ GUIMARÃES RAPONI\*\*\*\*\*

### RESUMO

Objetivo: Avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de saúde das unidades assistenciais de áreas críticas em um hospital universitário. Material e Método: Estudo observacional, seccional, de abordagem quantitativa, realizado com 207 profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem de um hospital no estado de Minas Gerais, Brasil, no período de janeiro a novembro de 2020. Os participantes foram obtidos por meio de amostra não probabilística e responderam ao questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, instrumento já validado para a realidade brasileira. Empregaram-se análises estatística descritiva e de regressão linear múltipla; o nível de significância considerado foi  $\alpha=0,05$ . Resultados: A dimensão melhor avaliada foi “Aprendizado Organizacional - melhoria contínua” (64,4%). Nenhuma dimensão foi considerada área forte por não receber pontuação  $\geq 75\%$ . Oito dimensões foram consideradas áreas frágeis ( $\leq 50\%$ ), sendo a dimensão “Respostas não punitivas aos erros” a pior avaliada (20,3%). A nota de segurança do paciente conferida pelo profissional em sua área de trabalho no hospital ( $\beta= 0,502$ ;  $p < 0,001$ ) e o tempo de trabalho no hospital ( $\beta= 0,135$ ;  $p= 0,032$ ) foram estatisticamente significativos quando associadas ao escore

\*Enfermeira, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4141-0375> Email: [feleolaperes@gmail.com](mailto:feleolaperes@gmail.com) Autor correspondente

\*\*Enfermeira, Mestre em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3169-8133> Email: [larissaperes94@gmail.com](mailto:larissaperes94@gmail.com)

\*\*\*Docente, PhD em Física Aplicada à Medicina e Biologia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8743-0123> Email: [haas@vjhaas.com](mailto:haas@vjhaas.com)

\*\*\*\*Enfermeira, PhD em Ciências da Saúde, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5511-270X> Email: [patriciamagnabosco@hotmail.com](mailto:patriciamagnabosco@hotmail.com)

\*\*\*\*\*Enfermeira, PhD em Ciências da Saúde, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5793-112X> Email: [valeria.n.figueiredo@gmail.com](mailto:valeria.n.figueiredo@gmail.com)

\*\*\*\*\*Enfermeira, PhD em Ciências da Saúde, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4487-9232> Email: [maribgfo@gmail.com](mailto:maribgfo@gmail.com) Autor correspondente

geral. Conclusão: O estudo permitiu identificar fragilidades dentro da instituição, sendo a resposta não punitiva aos erros a mais preocupante. Os líderes devem propor intervenções que propiciem um ambiente livre de culpa, para que os profissionais relatem os eventos adversos. Considerar a segurança do paciente como uma prioridade da gestão pode proporcionar melhor qualidade aos serviços oferecidos pela organização.

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

## ABSTRACT

**Objective:** To assess patient safety culture from the perspective of health care professionals working in critical care units at a university hospital. **Material and Method:** Observational, sectional study, with a quantitative approach, conducted with 207 health professionals, doctors, nurses and nursing technicians from a hospital in the state of Minas Gerais, Brazil, from January to November 2020. The participants were obtained through a non-probabilistic sample and answered the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire, an instrument already validated for the Brazilian context. Descriptive statistical and multiple linear regression analyses were used; the significance level was  $\alpha=0.05$ . **Results:** The best assessed dimension was “Organizational learning - continuous improvement” (64.4%). No dimension was considered particularly strong as it did not receive a score  $\geq 75\%$ . Eight dimensions were considered weak areas ( $\leq 50\%$ ), with the dimension “Non-punitive response to error” being the worst assessed (20.3%). The patient safety score given by the professional in their hospital working area ( $\beta=0.502$ ,  $p<0.001$ ) and the length of time working in the hospital ( $\beta=0.135$ ,  $p=0.032$ ) were statistically significant when associated with the overall score. **Conclusions:** This study makes it possible to identify weaknesses within the institution, with the non-punitive response to errors being the most concerning. Leaders should propose interventions that provide a blame-free environment for professionals to report adverse events. Considering patient safety as a management priority can provide better quality to the services offered by the organization.

**Key words:** Organizational Culture; Health Personnel; Quality of Health Care; Patient Safety.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales de la salud que laboran en las unidades de cuidados críticos de un hospital universitario. **Material y Método:** Estudio observacional, seccional, con abordaje cuantitativo, realizado con 207 profesionales de la salud, médicos, enfermeros y técnicos de enfermería de un hospital en el estado de Minas Gerais, Brasil, de enero a noviembre de 2020. Los participantes fueron obtenidos a través de una muestra no probabilística y respondieron al cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, un instrumento ya validado para la realidad brasileña. Se utilizaron análisis estadísticos descriptivos y de regresión lineal múltiple; el nivel de significancia considerado fue de  $\alpha=0,05$ . **Resultados:** La dimensión mejor evaluada fue “Aprendizaje organizacional - mejora continua” (64,4%). Ninguna dimensión se consideró un área fuerte por no recibir una puntuación  $\geq 75\%$ . Se consideraron áreas frágiles ocho dimensiones ( $\leq 50\%$ ), siendo la dimensión “Respuesta no punitiva al error” la peor evaluada (20,3%). El puntaje de seguridad del paciente otorgado por el profesional en su área laboral del hospital ( $\beta=0,502$ ,  $p < 0,001$ ) y el tiempo de trabajo laboral en el hospital ( $\beta= 0,135$ ,  $p = 0,032$ ) fueron estadísticamente significativos cuando se asociaron con la puntuación general. **Conclusión:** El estudio permitió identificar debilidades dentro de la institución, siendo la respuesta no punitiva a los errores la más preocupante. Los líderes deben proponer intervenciones que proporcionen un entorno libre de culpa para que los profesionales informen los eventos adversos. Considerar la seguridad del paciente como una prioridad de gestión puede aportar una mejor calidad a los servicios que ofrece la organización.

**Palabras clave:** Cultura organizacional; Personal de salud; Calidad de la atención médica; Seguridad del paciente.

## INTRODUÇÃO

A avaliação da segurança do paciente fornece informações importantes que auxiliam os gestores de sistemas de saúde na elaboração de estratégias que visam melhorar a qualidade dos serviços de saúde<sup>(1)</sup>. Nesse contexto, a segurança do paciente é compreendida como um conjunto de valores, comportamentos e ações que uma organização cultiva entre seus membros, determinando o estilo e o compromisso da instituição com a qualidade da assistência oferecida<sup>(2)</sup>. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), segurança do paciente consiste em assumir erros evitáveis dentro de uma organização, a níveis mínimos e aceitáveis para o compromisso com a assistência à saúde<sup>(3)</sup>.

A identificação de eventos adversos (EA) dentro do contexto hospitalar demonstra o compromisso que a instituição tem com a qualidade da assistência em saúde oferecida. O primeiro passo é entender que erros humanos são esperados e a organização deve trabalhar em conjunto para notificar os EA e implementar ações seguras no cuidado visando a prevenção ou redução desses eventos<sup>(4)</sup>. Nesse cenário, a instituição precisa fortalecer a cultura organizacional voltada ao compromisso com a segurança do paciente<sup>(2)</sup>.

Evidências internacionais mostraram que entre 2,9% e 21,9% dos pacientes hospitalizados foram afetados por algum EA durante a internação, o qual metade de todos os eventos notificados foram considerados evitáveis<sup>(5)</sup>. Um estudo realizado no Brasil entre 2014 e 2016 constatou que 63.933 EA relacionados ao cuidado prestado ao paciente foram notificados no Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa), informações essas que são vinculadas à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sendo que do total de eventos notificados, 417 casos resultaram em óbitos<sup>(6)</sup>.

A *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) tem como missão colaborar com a qualidade e a segurança do cuidado à saúde, desenvolvendo estratégias que ajudam a avaliar a segurança do paciente e reduzir os EA<sup>(7)</sup>, dentre eles destaca-se o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), instrumento que mensura a cultura de segurança na percepção de diferentes profissionais de saúde<sup>(1)</sup>.

O HSOPSC já foi utilizado em diversos países<sup>(8)</sup>,<sup>9, 10</sup> e vem sendo traduzido em diferentes línguas e

contextos<sup>(11, 12, 13)</sup> para melhor avaliação da cultura de segurança do paciente. A atual preocupação em relação à cultura de segurança do paciente é decorrente do elevado número de eventos adversos e deficiências no sistema de saúde, reconhecendo a necessidade de identificar os problemas dentro das instituições<sup>(14)</sup>.

Tendo em vista a relevância mundial da temática segurança do paciente e o fato de que as ações dos profissionais influenciam diretamente na qualidade da assistência prestada, na redução de eventos adversos, bem como de custos operacionais para as instituições de saúde, torna-se indispensável a realização de estudos que avaliam a percepção dos profissionais de saúde quanto à segurança do paciente dentro do contexto hospitalar. Destaca-se que a avaliação da segurança do paciente é o passo inicial para identificar as fragilidades e fortalezas dentro de instituições hospitalares.

Diante disso, a hipótese do presente estudo foi de que profissionais que assistem pacientes em unidades críticas possuem percepção positiva quanto à segurança do paciente. Compreende-se que quanto melhor a percepção dos profissionais de saúde quanto à cultura de segurança, maior a possibilidade de promover um cuidado de excelência e de reduzir riscos.

Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de saúde.

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de estudo observacional, seccional, de abordagem quantitativa, realizado em um hospital público de ensino, referência de atendimento em média e alta complexidade, com 520 leitos, localizado em Minas Gerais, Brasil.

A amostra foi do tipo não probabilística, cujo cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação apriorístico  $R^2 = 0,10$  em um modelo de regressão linear múltipla com cinco preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de  $\alpha = 0,01$  e erro do tipo II de  $\beta = 0,1$ ; resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 90%. Utilizando-se o aplicativo *Power Analysis and Sample Size* (PASS), versão 13, ao introduzir os valores anteriormente descritos, obteve-se um tamanho de amostra mínimo de 206

profissionais de saúde.

Conforme orientação dos autores do instrumento original e da adaptação transcultural<sup>(1, 15)</sup>, foram incluídos os profissionais com jornada semanal de no mínimo 20 h e vínculo empregatício há mais de um mês com a instituição. Foram excluídos os profissionais que estavam em férias, licenças ou afastamento do serviço durante o período de coleta de dados.

Para coleta de dados, foi realizada uma abordagem inicial com os profissionais de saúde, em que os pesquisadores informaram a respeito do estudo. Aqueles que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo. Ressalta-se que a coleta de dados aconteceu em períodos previamente agendados com os participantes, de maneira que não interferiu nas atividades do serviço. Após a assinatura do termo de compromisso livre e esclarecido, os participantes responderam o instrumento impresso, individualmente, na presença dos pesquisadores e em ambiente reservado e livre da influência de terceiros. Todos os profissionais abordados aceitaram prontamente participar do estudo, não havendo recusas ou necessidade de substituições.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro e novembro de 2020 com profissionais médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem, atuantes nas unidades de áreas críticas. Justifica-se a seleção desses profissionais por assistirem diretamente as necessidades dos pacientes; e, dessas áreas por considerar a característica inerente a elas, assistir pacientes de maior grau de complexidade assistencial e maior susceptibilidade ao desenvolvimento de infecções relacionadas à saúde e de possíveis eventos adversos. Consideraram-se áreas críticas as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, Pediátrica e Neonatal, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Unidades de Queimados e Hemodinâmica.

Em 2013, o instrumento HSOPSC foi submetido à adaptação transcultural e validado para realidade brasileira<sup>(15)</sup>. Ressalta-se que a permissão para uso do instrumento HSOPSC foi solicitado à autora principal da adaptação transcultural, o qual autorizou o uso do instrumento via e-mail.

O instrumento é composto por 12 dimensões, a saber: 1) “trabalho em equipe dentro das unidades”, 2) “expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores / gerentes”, 3) “aprendizado orga-

nizacional – melhoria contínua”, 4) “apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”, 5) “percepção geral da segurança do paciente”, 6) “retorno das informações e comunicação sobre o erro”, 7) “abertura da comunicação”, 8) “frequência de eventos notificados”, 9) “trabalho em equipe entre as unidades”, 10) “adequação de profissionais”, 11) “passagem de plantão ou turno / transferências internas” e 12) “respostas não punitivas aos erros”<sup>(15)</sup>.

Cada dimensão apresenta de três a quatro itens, que são frases afirmativas escritas de forma positiva ou negativa. Dos 42 itens totais, 24 são formulados positivamente e 18 negativamente, os quais são considerados como itens reversos no processo de análise dos dados. A resposta dos 42 itens se dá por meio de escala *Likert*, com uma pontuação de 1 a 5, sendo 1= discordo totalmente ou nunca, 2= discordo ou raramente, 3= não concordo nem discordo ou as vezes, 4= concordo ou quase sempre e 5= concordo totalmente ou sempre<sup>(15)</sup>.

Além disso, o instrumento é composto por outros itens, a saber: um item que o profissional avalia a segurança do paciente com as opções de respostas de A a E, sendo respectivamente: excelente, muito boa, regular, ruim e muito ruim; um item sobre a quantidade de eventos notificados nos últimos 12 meses, com opções de resposta de A a F (a= Nenhuma notificação; b= 1 a 2 notificações; c= 3 a 5 notificações; d= 6 a 10 notificações; e= 11 a 20 notificações; f= 21 notificações ou mais); nove itens que caracterizam o profissional; e, por fim, um item facultativo em que o profissional pode deixar comentários sobre a segurança do paciente, erro ou relato de eventos do hospital em questão<sup>(1)</sup>.

Os dados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 23.0. As variáveis categóricas foram analisadas empregando-se distribuições de frequência absolutas e percentuais, enquanto as quantitativas por medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de variabilidade (amplitudes e desvio padrão). Para verificar a relação entre variáveis sociodemográficas e o escore de cada dimensão foi utilizado análise bivariada seguida de regressão linear múltipla. As análises inferenciais consideraram um nível de significância de 5% ( $\alpha=0,05$ ).

Na análise dos resultados aos itens e dimensões, obtidos segundo escala *Likert*, as respostas foram agrupadas em três categorias, a saber: respostas

negativas (1 e 2), neutras (3) e positivas (4 e 5). Calculou-se a frequência relativa para cada uma das respostas obtidas em cada dimensão e em cada item, a partir da seguinte fórmula (Figura 1).

Os resultados dos cálculos serviram para diagnosticar as dimensões e itens em áreas fortes ou frágeis. Entende-se como áreas fortes as potencialidades da instituição cujo percentual é  $\geq 75\%$  das respostas positivas (4 e 5: concordo/ concordo totalmente ou sempre/ quase sempre) aos itens formulados positivamente e  $\geq 75\%$  das respostas negativas (1 e 2: discordo/ discordo totalmente ou quase nunca/ nunca) aos itens formulados negativamente [15,1]. Por sua vez, entende-se como áreas frágeis as fraquezas ou falhas dentro da instituição que precisam ser potencializadas para a melhora na segurança do paciente, sendo o percentual  $\leq 50\%$  de respostas

negativas (1 e 2: discordo/ discordo totalmente ou quase nunca/ nunca) aos itens formulados positivamente e  $\leq 50\%$  de respostas positivas (4 e 5: concordo/ concordo totalmente ou sempre/ quase sempre) aos itens formulados negativamente<sup>(1, 15)</sup>. Ressalta-se, como exposto anteriormente, que para os itens reversos ou formulados negativamente, a interpretação passou a ser em relação às respostas “discordo/ discordo totalmente” ou “quase nunca/ nunca”<sup>(15)</sup>.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/ UFU) conforme o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 22488919.5.0000.5152 e número do parecer 3.623.117. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

$$\begin{matrix} \% \text{Respostas (positivas,} \\ \text{neutras ou negativas)} \\ \text{da dimensão ou item} \end{matrix} = \frac{\text{Número de respostas (positivas, neutras ou negativas) da dimensão ou item}}{\text{Número total de respostas válidas da dimensão ou item}} \times 100$$

**Figura 1.** Cálculo da frequência relativa das respostas em dimensão e itens.

## RESULTADOS

Dos 207 participantes da pesquisa, 108 (52,2%) eram técnicos em enfermagem, 70 (33,8%) eram enfermeiros e 29 (14%) eram médicos, com predomínio de mulheres (n= 165; 79,7%), casadas (n= 103; 49,8%), a média de idade de 40,79 anos ( $\pm 9,232$ ), mínimo de 22 e máximo de 66 anos. O tempo médio de trabalho na especialidade/profissão atual foi de 14,22 anos ( $\pm 8,624$  anos), mínimo de 3 meses e máximo de 40 anos. Houve predomínio de profissionais que trabalhavam na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (n= 81; 39,1%), com carga horária semanal entre 40 e 59 h (n= 123; 59,4%) (Tabela 1).

A maior parte dos entrevistados (n= 131; 63,3%) não relataram eventos no último ano. Entretanto, destaca-se o fato de que apenas três (1,4%) entrevistados relataram 21 ou mais eventos. Quanto à nota da segurança do paciente, 107 (51,7%) profissionais avaliaram como “Muito boa” e 74 (35,7%) como “Regular” (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta o percentual médio das respostas positivas relativo as 12 dimensões do instrumento e seus respectivos itens. Nenhuma

dimensão foi considerada como área forte por não receber pontuação  $\geq 75\%$ . A dimensão melhor pontuada foi “Aprendizado organizacional - melhoria contínua” (64,4%) e se refere à aprendizagem e melhorias implementadas a partir dos erros. Oito dimensões foram consideradas áreas frágeis por receberem pontuação  $\leq 50\%$ , a saber: “Respostas não punitivas aos erros” (20,3%); “Trabalho em equipe entre as unidades” (26,7%); “Apoio da gestão para a segurança do paciente” (29,3%); “Adequação de profissionais” (34,4%); “Passagem de plantão ou de turno/ transferências” (35,0%); “Percepção geral da segurança do paciente” (41,1%); “Frequência de relato de eventos” (45,4%) e “Retorno da informação e comunicação sobre erro” (45,9%).

Quanto aos 42 itens que compõem as dimensões, a pontuação mais alta de respostas positivas foi de 81,2%, o qual corresponde ao item “A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente”. Por sua vez, a menor pontuação de respostas positivas corresponde ao item “A16R. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais” (14,5%) (Tabela 3).

A análise de regressão linear múltipla demonstrou que as variáveis “Nota de segurança do paciente na sua área/ unidade de trabalho no hospital” e “Tempo de trabalho no hospital” foram estatisticamente significativas ( $\beta=0,502$ ,  $p<0,001$  e  $\beta=0,135$ ,  $p=0,032$ , respectivamente) quando

associadas ao escore geral do instrumento, ou seja, quanto mais positiva a avaliação da nota de segurança do paciente e maior o tempo de trabalho na instituição, melhor a avaliação das dimensões de segurança do paciente (Tabela 4).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e profissionais dos participantes, Uberlândia, MG, Brasil, 2020 (n= 207).

Variável		n	%
Gênero	Feminino	165	79,7
	Masculino	42	20,3
Cargo/ função no Hospital	Médico	29	14,0
	Enfermeiro	70	33,8
	Técnico em enfermagem	108	52,2
Contato com o paciente	Sim	203	98,1
	Não	4	1,9
Grau de instrução	Segundo grau (Ensino Médio) Completo	45	21,7
	Ensino Superior Incompleto	10	4,8
	Ensino Superior Completo	32	15,5
	Pós-graduação (Especialização)	91	44,0
	Pós-graduação (Mestrado ou Doutorado)	29	14,0
Faculdade/ Instituição de ensino de formação	Pública	111	53,6
	Privada	96	46,4
Tempo de trabalho no Hospital	Menos de 1 ano	8	3,9
	1 a 5 anos	54	26,1
	6 a 10 anos	38	18,4
	11 a 15 anos	34	16,4
	16 a 20 anos	39	18,8
	21 anos ou mais	34	16,4
Tempo de trabalho na especialidade atual	Menos de 1 ano	14	6,8
	1 a 5 anos	66	31,9
	6 a 10 anos	50	24,2
	11 a 15 anos	25	12,1
	16 a 20 anos	28	13,5
	21 anos ou mais	24	11,6
Principal área/unidade no hospital	Unidade de Queimados	13	6,3
	UTI Adulto	81	39,1
	UTI Pediátrica	21	10,1
	UTI Neonatal	45	21,7
	Centro Cirúrgico	28	13,5
	Centro Obstétrico	9	4,3
	Hemodinâmica	10	4,8
Carga horária semanal de trabalho no hospital	20 a 39 h por semana	52	25,1
	40 a 59 h por semana	123	59,4
	60 a 79 h por semana	26	12,6
	80 a 99 h por semana	4	1,9
	100 h por semana ou mais	2	1,0

**Tabela 2.** Frequência de eventos relatados e nota da segurança do paciente. Uberlândia, MG, Brasil, 2020 (n= 207).

Eventos e Notas		n	%
Eventos notificados nos últimos 12 meses	Nenhum	131	63,3
	1 a 2	34	16,4
	3 a 5	25	12,1
	6 a 10	13	6,3
	11 a 20	1	0,5
	21 ou mais	3	1,4
Nota da segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital	Excelente	15	7,2
	Muito Boa	107	51,7
	Regular	74	35,7
	Ruim	11	5,3
	Muito Ruim	0	0

**Tabela 3.** Respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do HSOPSC e seus respectivos itens componentes, Uberlândia, MG, Brasil, 2020 (n=207).

Dimensões	Itens componentes	Respostas positivas (%)	Promedio dimensão (%)
Trabalho em equipe dentro das unidades	A1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.	65,2	62,6
	A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	66,2	
	A4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	68,1	
	A11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	50,7	
Expectativa sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	B1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	42	63,3
	B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente.	65,7	
	B3R. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.	67,6	
	B4R. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	77,8	
Aprendizado Organizacional - melhoria contínua	A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	81,2	64,4
	A9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui.	53,1	
	A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	58,9	
Apoio da gestão para a segurança do paciente	F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	30,9	29,3
	F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal.	32,9	
	F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.	24,2	

Continuação da Tabela 3

Dimensões	Itens componentes	Respostas positivas (%)	Promedio dimensão (%)
Percepção geral da segurança do paciente	A10R. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui.	56,5	41,1
	A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	25,6	
	A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	34,8	
	A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	47,3	
Retroalimentação da informação e comunicação sobre erro	C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos.	32,4	45,9
	C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	48,3	
	C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.	57	
Abertura da comunicação	C2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.	71,5	54,1
	C4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.	45,4	
	C6R. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.	45,4	
Frequência de relato de eventos	D1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?	39,6	45,4
	D2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	41,1	
	D3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	55,6	
Trabalho em equipe entre as unidades	F2R. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.	15,5	26,7
	F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.	23,7	
	F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.	39,1	
	F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.	28,5	
Adequação de profissionais	A2. Temos pessoal suficientes para dar conta da carga de trabalho.	18,4	34,4
	A5R. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.	22,7	
	A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.	66,2	
	A14R. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido.	30,4	



Continuação da Tabela 3

Dimensões	Itens componentes	Respostas positivas (%)	Promedio dimensão (%)
Passagem de plantão ou de turno/ transferências	F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.	27,1	35,0
	F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.	31,9	
	F7R. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.	25,1	
	F11R. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.	56	
Respostas não punitivas aos erros	A8R. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.	16,9	20,3
	A12R. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	29,5	
	A16R. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.	14,5	

Itens formulados negativamente estão sinalizados com a letra R em frente à sua respectiva indicação alfanumérica.

**Tabela 4.** Regressão linear múltipla dos fatores associados ao escore geral das dimensões do instrumento HSOPSC. Uberlândia, MG, Brasil, 2020 (n=207).

Variáveis	Escore Geral	
	$\beta$	<i>p</i>
Nota da segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital	0,502	<0,001
Eventos notificados nos últimos 12 meses	0,086	0,179
Tempo de trabalho no hospital	0,135	0,032
Contato direto com o paciente	0,083	0,175
Grau de Instrução	0,106	0,118

$\beta$ : coeficiente de regressão / *p*: probabilidade.

## DISCUSSÃO

A média de idade dos participantes do estudo foi semelhante a outros achados no Brasil<sup>(16, 17)</sup>. Além disso, dados da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) apontam para o predomínio de profissionais de saúde com idade entre 36 e 50 anos<sup>(18)</sup>.

Concernente ao tempo de trabalho na especialidade/profissão atual, os resultados deste estudo se assemelham ao encontrado em estudos internacionais, os quais evidenciam a paridade dos profissionais que atuam de 1 a 5 anos ou 6 a 10

anos em na sua especialidade atual<sup>(9, 19)</sup>. Profissionais atuantes em uma única especialidade desenvolvem maior vínculo com a equipe, favorecendo o desenvolvimento de competências e habilidades voltadas à segurança do paciente<sup>(20)</sup>.

Em relação à carga horária semanal, o presente estudo identificou que os profissionais de saúde trabalham de 40 a 59 horas semanais, corroborando com a maioria das pesquisas<sup>(21-23)</sup>. Jornadas de trabalho extensas e a subnotificação de eventos encontrada nesta pesquisa e em outros achados<sup>(24-26)</sup> podem ser explicadas por diversos fatores que impedem o profissional de relatá-los, dentre eles,

destacam-se o medo de uma provável punição, a falta de tempo devido à sobrecarga de trabalho, esquecimento, desconhecimento da importância de notificar eventos e como realizá-los, além da hierarquização no processo de notificação, fatores os quais todos influenciam na segurança do paciente<sup>(27)</sup>. Recomendações podem tornar a notificação de eventos mais assertivas dentro das instituições, a saber: superar a cultura da punição, o incentivo a notificação, a capacitação e a participação de todos os profissionais para implementar ações que reduzem os eventos<sup>(27)</sup>.

Diversos estudos também não encontraram áreas fortes, pois as dimensões não atingiram pontuação  $\geq 75\%$ <sup>(16, 17, 28, 29)</sup>, representando uma fragilidade nas instituições<sup>(4)</sup>. Quatro dimensões foram consideradas áreas neutras por receberem pontuação  $< 75\%$  e  $> 50\%$ <sup>(1)</sup>, sendo a dimensão “Aprendizado organizacional – melhoria contínua” a melhor pontuada. As dimensões neutras não correspondem a uma potencialidade, tampouco representam uma fraqueza da instituição no que diz respeito a cultura de segurança do paciente<sup>(4)</sup>.

Este estudo identificou oito áreas fracas, sendo a dimensão “Resposta não punitivas aos erros” a pior avaliada, o que corrobora com outros achados<sup>(14, 30)</sup>. Essa dimensão é resultado da insegurança dos profissionais em serem penalizados por erros praticados dentro da instituição<sup>(4)</sup>. Em relação aos itens das dimensões, este estudo identificou baixa avaliação no item A16R, que aborda sobre a preocupação dos funcionários de que os erros possam ser registrados em suas fichas funcionais<sup>(1)</sup>. O medo de perder o emprego e de ser repreendido pelos supervisores e outros funcionários, resultado de uma cultura punitiva da organização, tem contribuído para a baixa notificação dos erros<sup>(27)</sup> e um estudo atual demonstrou que um ambiente livre de culpa favorece a uma melhor cultura de segurança do paciente<sup>(31)</sup>.

O item A6 obteve melhor avaliação, o qual os participantes da pesquisa concordaram que a instituição está ativamente elaborando intervenções para melhorar a segurança do paciente. Um estudo brasileiro identificou que a cultura punitiva vem sendo superada<sup>(27)</sup> e ações como educação continuada, implantação de protocolos institucionais, propagação de conhecimento a respeito da importância da segurança e dar feedback a partir dos erros reportados, tem refletido

positivamente em uma cultura de segurança do paciente<sup>(32)</sup>.

Embora nenhuma dimensão tenha sido considerada como potencialidade, a maioria dos entrevistados considerou a nota de segurança do paciente como “muito boa”, seguida de “regular”. Na regressão linear múltipla mostrou que quanto maior a nota de segurança, melhor avaliação as dimensões recebiam. Isso sugere que os profissionais avaliam de forma positiva ou neutra a nota de segurança do paciente, mas quando questionados nos itens do instrumento, a pontuação diminuiu, representada pela avaliação frágil em oito dimensões.

O presente estudo identificou que quanto maior o tempo de trabalho do profissional na instituição, melhor esse trabalhador avalia as dimensões do instrumento. Um estudo desenvolvido no Líbano mostrou que profissionais que trabalham na instituição de 11 a 15 anos ou há mais de 21 anos tendem a apresentar uma percepção melhor de segurança do paciente<sup>(33)</sup>. Profissionais mais integrados aos processos de trabalho, traduzido em maior tempo de atuação, conseguem mitigar riscos relacionados à segurança do paciente<sup>(20)</sup>.

Ressalva-se que a avaliação da segurança do paciente é o primeiro passo da gerência para identificar áreas de melhorias dentro da instituição, a fim de promover a mudança na cultura de segurança do paciente cultivada dentro da organização e entre seus membros<sup>(34)</sup>.

O estudo apresenta como limitação o local de coleta de dados, em que foram selecionadas unidades de áreas críticas de um hospital público, portanto os resultados não podem ser aplicados a outros setores do hospital ou a outra instituição. Outra limitação foi a participação apenas de profissionais médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem, restringindo a percepção da segurança do paciente aos demais profissionais da equipe multidisciplinar.

## CONCLUSÃO

Este estudo permitiu avaliar a cultura de segurança dos pacientes e suas fragilidades na perspectiva dos profissionais, médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem, de um hospital público de ensino.

Os resultados evidenciaram uma avaliação positiva pelos profissionais no que tange a nota de segurança do paciente, em contrapartida este estudo

evidenciou uma avaliação negativa quanto aos erros cometidos pelos profissionais.

Tendo em vista que a avaliação da cultura de segurança do paciente consiste na fase inicial para que mudanças dentro do hospital sejam efetivas, sugere-se que a gestão ofereça recursos para a realização de educação permanente com os profissionais a respeito da temática, elabore protocolos e diretrizes de condutas, incentive a notificação de eventos e a criação de um ambiente livre da cultura punitiva.

Acredita-se que este estudo auxilie a gestão nas tomadas de decisão para melhoria da cultura de segurança frente as fragilidades detectadas nos setores avaliados. Espera-se que os resultados desta pesquisa sejam imprescindíveis na elaboração de intervenções que tragam alternativas para a resolução das causas que impactam negativamente na segurança do paciente. Cabe acrescentar a importância que mais pesquisas sejam feitas para acompanhar o progresso da cultura de segurança do paciente na instituição.

Sendo assim, espera-se que esta temática seja sempre uma prioridade para a gestão, já que a cultura de segurança impacta diretamente na qualidade dos serviços hospitalares ofertados, na redução de EA e de custos operacionais desnecessários.

**Financiamento:** Este estudo foi financiado em parte pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, por meio de Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

**Conflito de interesses:** Os autores declaram que não têm interesses financeiros concorrentes conhecidos ou relacionamentos pessoais que possam ter influenciado o trabalho relatado neste artigo.

## REFERÊNCIAS

1. Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]. 2016 [citado 2019 jun 30]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>.
2. Health and Safety Commission. Third Report: Organizing for Safety. ACSNI Study Group on Human Factors. London: HMSO, 1993.
3. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra [Internet]. 2009 [citado 2021 abr 7]. Disponível em: [https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf).
4. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Escola Nacional de Saúde Pública [Internet]. 2013 [citado 2019 jun 15]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>.
5. Schwendimann R, Blatter C, Dhaini S, Simon M, Ausserhofer D. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events - a scoping review. BMC Health Serv Res [Internet]. 2018 [citado 2021 abr 3]; 18(1): 521. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3335-z>.
6. Maia CS, Freitas DRC, Gallo LG, Araújo WN. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2018 [citado 2019 jun 15]; 27(2): e2017320. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200004>.
7. Agency for Healthcare Research and Quality: About AHRQ. Rockville, MD [Internet]. 2019 [citado 2019 jun 30]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov>
8. Alharbi W, Cleland J, Morrison Z. Assessment of Patient Safety Culture in an Adult Oncology Department in Saudi Arabia. Oman Med J [Internet]. 2018 [citado 2021 fev 2]; 33 (3): 200-208. Disponível em: <https://doi.org/10.5001/omj.2.018.38>.
9. Zhong X, Song Y, Dennis C, Slovinsky DJ, Wei LY, Chen J, et al. Patient safety culture in Peking University Cancer Hospital in China: baseline assessment and comparative analysis for quality improvement. BMC Health Serv Res [Internet]. 2019 [citado 2021 abr 3]; 19(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-4837-z>.
10. Muñoz FP, Marín VP. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. Rev Calid Asist [Internet]. 2013 [citado 2021 jan 28]; 28(6): 329-336. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.03.009>.
11. Stoyanova R, Dimova R, Tarnovska M, Boeva T. Linguistic Validation and Cultural Adaptation of Bulgarian Version of Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Maced J Med Sci [Internet]. 2018 [citado 2021 abr 3]; 6(5): 925-930. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3889/>

- oamjms.2018.222.
12. Occelli P, Quenon JL, Kret M, Domecq S, Delaperche F, Claverie O, et al. Validation of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2013 [citado 2021 mar 1]; 25(4): 459-468. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt047>.
  13. Hedsköld M, Pukk-Härenstam K, Berg E, Lindh M, Soop M, Øvretveit J, et al. Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture, HSOPSC, applied on a large Swedish health care sample. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013 [citado 2021 jan 23]; 13: 332. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-332>.
  14. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2018 [citado 2021 jan 28]; 30(9): 660-677. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>.
  15. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AGG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado 2019 jun 30]; 32(11): e00115614. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115614>.
  16. Cruz EDA, Rocha DJM, Mauricio AB, Ulbrich FS, Batista J, Maziero EC. Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2018 [citado 2021 jan 26]; 23(1): e50717. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.50717>.
  17. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. *Texto contexto-enferm* [Internet]. 2018 [citado 2021 abr 27]; 27(3): e2670016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>.
  18. Fiocruz C. Relatório final da Pesquisa de Enfermagem no Brasil. Rio de Janeiro [Internet]. 2017 [citado 2021 jan 23]; 1: 1-748. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>
  19. Alquwez N, Cruz JP, Almoghairi AM, Al-Otaibi RS, Almutairi KO, Alicante JG, et al. Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in Three Hospitals in Saudi Arabia. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2018 [citado 2021 jan 2]; 50(4): 422-431. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12394>.
  20. Massaroli A, De Carli RME, Kooke K, De Brito PÉ, Brum HF, Santos AJ, et al. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital del sur de Brasil. *Cienc enferm* [Internet]. 2021 [citado 2022 may 9]; 27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29393/ce27-10acam60010>.
  21. Ghahramanian A, Rezaei T, Abdollahzadeh F, Sheikhalipour Z, Dianat I. Quality of healthcare services and its relationship with patient safety culture and nurse-physician professional communication. *Health Promot Perspect* [Internet]. 2017 [citado 2021 jan 23]; 7(3): 168-174. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15171/hpp.2017.30>.
  22. Tereanu C, Sampietro G, Sarnataro F, Siscanu D, Palaria R, Savin V, et al. Survey on Patient Safety Culture in the Republic of Moldova: a baseline study in three healthcare settings. *Med Pharm Rep* [Internet]. 2018 [citado 2021 abr 3]; 91(1): 65-4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15386/cjmed-869>.
  23. Akologo A, Abuosi AA, Anaba EA. A cross-sectional survey on patient safety culture among healthcare providers in the Upper East region of Ghana. *PLoS ONE* [Internet]. 2019 [citado 2019 out 1]; 14(8): e0221208. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221208>.
  24. Ramos RR, Calidgid CC. Patient safety culture among nurses at a tertiary government hospital in the Philippines. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2018 [citado 2021 abr 3]; 44: 67-75. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2018.09.007>.
  25. Tereanu C, Ghelase MS, Sampietro G, Furtunescu FL, Dragoescu A, Molnar A, et al. Measuring Patient Safety Culture in Romania Using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *Curr Health Sci J* [Internet]. 2017 [citado 2021 abr 3]; 43(1): 31-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12865/CHSJ.43.01.05>.
  26. Mallouli M, Tlili MA, Aouicha W, Ben RM, Zedini C, Salwa A, et al. Assessing patient safety culture in Tunisian operating rooms: A multicenter study. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2017 [citado 2021 mar 1]; 29(2): 176-182. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzw157>.
  27. Alves MFT, Carvalho DS, Albuquerque GSC. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2019 [citado 2021 abr 26]; 24(8): 2895-2908. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>.
  28. Ribeiro AC, Nogueira PC, Tronchin DMR, Rossato V, Serpa LF. Patient safety culture: perception of nurses in a cardiopneumology reference center. *Texto contexto-enferm* [Internet]. 2019 [citado 2021 abr 27]; 28: e20180118. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0118>.

29. El-Sherbiny NA, Ibrahim EH, Abdel-Wahed WY. Assessment of patient safety culture among paramedical personnel at general and district hospitals, Fayoum Governorate, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc* [Internet]. 2020 [citado 2021 jan 28]; 95(1): 4. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s42506-019-0031-8>.
30. Raeissi P, Reisi N, Nasiripour AA. Assessment of Patient Safety Culture in Iranian Academic Hospitals: Strengths and Weaknesses. *J Patient Saf* [Internet]. 2018 [citado 2021 abr 3]; 14(4): 213-226. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PTS.000000000000199>.
31. Battard, J. Nonpunitive response to errors fosters a just culture. *Nursing Management* [Internet]. 2017 [citado 2021 abr 26]; 48(1): 53-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000511184.95547.b3>.
32. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2017 [citado 2021 abr 27]; 51: e03243. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>.
33. El-Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2010 [citado 2021 jan 26]; 22(5): 386-95. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzq047>.
34. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *BMJ* [Internet]. 2003 [citado 2021 mar 1]; 12: 17-23. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.suppl\\_2.ii17](http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17).