



Indicador organizacional da cultura de segurança em um hospital universitário

Organizational indicator of safety culture in a university hospital

Indicador organizacional de la cultura de seguridad en un hospital universitario

Cintia Silva Fassarella^I; Lolita Dopico da Silva^{II}; Flavia Giron Camerini^{III}; Maria do Céu Barbieri-Figueiredo^{IV}

RESUMO

Objetivo: avaliar a cultura de segurança organizacional de um hospital universitário português a partir da percepção dos enfermeiros. **Método:** estudo transversal, tipo survey, com 567 enfermeiros de um hospital universitário do Porto, Portugal, realizado de abril a dezembro de 2014. Utilizou-se o instrumento do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Para análise, realizou-se a recodificação da Escala de Likert e aplicou-se a estatística descritiva. **Resultados:** as dimensões que apresentaram percentual elevado de respostas positivas foram: *Trabalho em equipe dentro das unidades* (78,69%) e *Expectativa e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores* (65,94%). Evidenciou-se que 248 (44,4%) profissionais não notificaram nenhum evento e apenas 13 (2,3%) notificaram mais de seis eventos no último ano. **Conclusão:** a avaliação permitiu identificar uma dimensão forte e algumas fragilidades da organização. Os resultados são relevantes e servem de embasamento para os gestores e líderes de enfermagem, permitindo avançar na cultura de segurança.

Descritores: Cultura organizacional; segurança do paciente; hospitais; qualidade da assistência de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the organizational safety culture of a Portuguese university hospital on the basis of nurses' perceptions. **Method:** this cross-sectional, survey-type study of 567 nurses at a university hospital in Porto, Portugal, was conducted from April to December 2014, using the Survey on Patient Safety Culture instrument. For the analysis, the Likert Scale was recoded, and descriptive statistics were used. **Results:** the dimensions that returned high percentage positive responses were: *Teamwork within units* (78.69%) and *Supervisor Expectations and Actions Promoting Patient Safety* (65.94%). It was found that 248 (44.4%) of personnel did not report any event, and only 13 (2.3%) had reported more than six events in the prior year. **Conclusion:** the assessment identified one strong dimension in the organization, and some weaknesses. The results are significant and offer a foundation for nursing managers and leaders to improve safety culture.

Descriptors: Organizational culture; patient safety; hospitals; quality of nursing care.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la cultura de seguridad de la organización de un hospital universitario portugués desde el punto de vista de las enfermeras. **Método:** estudio transversal, tipo encuesta, junto a 567 enfermeros de un hospital universitario en Oporto, Portugal, que tuvo lugar entre abril y diciembre de 2014. Utiliza el instrumento de *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Para el análisis, se realizó recodificación de la Escala de Likert y se utilizó la estadística descriptiva. **Resultados:** Las dimensiones que presentaron un alto porcentaje de respuestas positivas fueron: *Trabajo en equipo dentro de las unidades* (78,69%) y *Expectativa y acciones de promoción de seguridad del paciente de los supervisores* (65,94%). Se evidenció que 248 (44,4%) de los profesionales no notificaron ningún evento y sólo 13 (2,3%) notificaron más de seis eventos el último año. **Conclusión:** la evaluación permitió identificar una dimensión fuerte y algunas fragilidades de la organización. Los resultados son relevantes y sirven de base para los gestores y líderes de enfermería, permitiendo avanzar en la cultura de seguridad.

Descriptorios: Cultura organizacional; seguridad del paciente; hospitales; calidad de la atención de enfermería.

INTRODUÇÃO

A cultura de segurança é compreendida pela comunicação aberta, trabalho em equipe, pelo reconhecimento da dependência mútua, pelo aprendizado organizacional a partir das notificações de eventos e pela primazia da segurança como uma prioridade em todos os níveis da organização¹.

Em Portugal, a temática se tornou mais evidente, a partir da recomendação da Direção da Geral da Saúde (DGS). Essa recomendação propõe a disseminação sistemática da cultura de segurança e a avaliação bial em toda organização hospitalar do país, no qual a cultura de segurança foi considerada um dos princípios da gestão de risco direcionada para a qualidade assistencial e segurança do paciente².

^IEnfermeira. Doutora. Professora na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da UNIGRANRIO. Brasil. E-mail: cintiafassarella@gmail.com

^{II}Enfermeira. Doutora. Professora na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: lolita.dopico@gmail.com

^{III}Enfermeira. Doutora. Professora na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: fcamerini@gmail.com

^{IV}Enfermeira. Doutora. Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto e NursID CINTESIS-ESEP. Portugal. E-mail: ceu@esenf.pt

Nesse sentido, entende-se que a cultura de segurança é transversal a todas as disciplinas e que pode interferir diretamente, quer no desempenho da organização, quer na prestação de cuidados à saúde ao paciente.

Por este motivo o interesse deste estudo é contribuir para área da segurança do paciente, particularmente, envolvendo enfermeiros de um hospital universitário de Portugal. Sabe-se que, de forma geral, os enfermeiros têm uma enorme influência sobre a cultura de segurança organizacional, pois quantitativamente é o maior grupo profissional da saúde que permanece longo tempo ao lado do paciente. Além de possuir competências e habilidades específicas na identificação, planejamento, implementação e avaliação dos cuidados em saúde³.

Desse modo, avaliar a cultura de segurança organizacional do paciente é de extrema relevância e permite uma visão ampliada dos indicadores organizacionais. Recomenda-se, sobretudo, que seja realizada antes da implementação de estratégias, podendo auxiliar os gestores da organização e aos líderes de enfermagem na identificação das áreas de fortalezas e de fragilidades.

Esse estudo foi parte de uma investigação de doutorado em cotutela que incluiu o *benchmarking* envolvendo dois hospitais universitários um brasileiro e um português.

Considerando a relevância e atualidade da temática, tem-se como o objetivo avaliar a cultura de segurança organizacional de um hospital universitário português, a partir da percepção dos enfermeiros.

REVISÃO DE LITERATURA

O termo cultura de segurança foi introduzido após o acidente nuclear em Chernobyl, em 1986, onde uma cultura de segurança fraca foi considerada como principal causa do desastre. Vale destacar que a aviação é conhecida pelo uso de estratégias consistentes e metodologias robustas destinadas a mitigar sistematicamente o risco, evitando assim incidentes⁴.

Na saúde, foi a partir das publicações sobre segurança do paciente no Estudo da Prática Médica de Harvard e do relatório *To Err is Human* do *Institute of Medicine*⁵. Ambos os estudos provocaram mobilização dos profissionais da saúde, gestores e, sobretudo da sociedade, por revelar os riscos decorrentes da prestação dos cuidados de saúde. As organizações, para serem mais seguras, devem requerer um esforço coletivo da organização e promover a disseminação de uma cultura de segurança positiva⁶.

Os dois estudos contribuíram para o avanço nas investigações, na regulamentação de políticas públicas e nas análises aprofundadas de incidentes, pautadas nos fatores organizacionais e não individuais. Sabe-se que uma das causas do número crescente de incidentes tem sido a complexidade dos sistemas de saúde, além dos fatores individuais, profissionais, tecnológicos, organizacionais e terapêuticos de elevado risco e potencialmente perigosos, os quais tornam a segurança do paciente uma questão relevante⁷.

No entanto, pressupõe-se que na saúde o erro zero seja improvável, por entender que ele é inerente à natureza do trabalho humano, embora seja evitável e com aspectos multifatoriais⁸.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) assumiu a liderança da problemática da segurança do paciente, e, em 2009, publicou o relatório *Global Priorities for Patient Safety Research*, estabelecendo áreas deficitárias de investigação, destacando a implementação da cultura da segurança do paciente nos serviços de saúde¹.

A *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) recomenda que as organizações de saúde podem usar a avaliação de cultura de segurança com o objetivo de identificar a compreensão do profissional acerca da segurança do paciente; diagnosticar e avaliar o estado atual da cultura da segurança do paciente; identificar os pontos fortes e áreas de melhoria da cultura de segurança do paciente; examinar as tendências de mudança de cultura de segurança do paciente ao longo do tempo; avaliar o impacto de cultura de segurança do paciente em iniciativas e intervenções; e realizar comparações internas e externas⁹.

Diante do exposto e num contexto de preocupação global sobre a temática, os avanços nas investigações internacionais sobre cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar precisam ser realizados como condição essencial para se introduzirem mudanças nos comportamentos dos profissionais e nos ambientes das organizações prestadoras de cuidados de saúde, alcançando melhores patamares de segurança¹⁰.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal do tipo *survey*, com abordagem quantitativa. Utilizou-se a metodologia da AHRQ para avaliação da cultura de segurança¹¹.

O estudo foi realizado em um hospital de ensino, no Porto, Portugal. A instituição possui como objetivo promover assistência, ensino e investigação. Existe um gabinete de gestão da qualidade, risco, higiene, saúde e segurança estruturado e com formação multidisciplinar.

O instrumento utilizado foi do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) na versão traduzida e adaptada culturalmente para Portugal¹⁰. Esse instrumento é o mesmo adotado pela DGS na avaliação nacional bianual. Tem vantagem de ser autoaplicável, contém 42 itens, distribuídos em 12 dimensões de cultura de segurança. Os itens são graduados na forma da Escala de Likert, em cinco opções de respostas, de 1 (discordo fortemente ou nunca) a 5 (concordo fortemente ou sempre). Ver Figura 1.

Dimensões
D1 - Trabalho em equipe dentro das unidades
D2 - Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores
D3 - Aprendizado organizacional
D4 - Retorno da informação e comunicação a respeito de erro
D5 - Abertura de comunicação
D6 - Adequação de pessoal
D7 - Respostas não punitivas aos erros
D8 - Suporte da gestão para a segurança do paciente
D9 - Trabalho em equipe entre as unidades
D10 - Passagem de plantão ou transferências internas
D11 - Percepções gerais sobre segurança do paciente
D12 - Frequência da notificação de eventos

FIGURA 1: Dimensões de cultura de segurança do paciente do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Porto (PT), 2018.

A técnica de coleta de dados foi em instrumento no formato papel, por apresentar melhor adesão de resposta em estudo de cultura de segurança, realizada no período de abril a agosto de 2014. A população total foi composta por 608 enfermeiros. A amostra foi intencional, não probabilística, utilizados os seguintes critérios de inclusão: atuar na instituição há no mínimo seis meses e atuantes no cuidado de enfermagem; e o de exclusão foi estar de férias ou licença e aqueles que responderam menos de 50% das perguntas e/ou com pelo menos uma seção inteira não preenchida^{9,11}.

Após a ampla divulgação no sistema de comunicação interna do hospital, os participantes foram abordados diretamente em sua unidade de trabalho, de forma individual, para o convite e comunicação adicionais sobre a pesquisa. O estudo foi autorizado pelas direções e conselhos da administração e de enfermagem do hospital e obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisas em Saúde, mediante protocolo nº 2014.032 (024-DEFI/031-CES). Os participantes que concordaram com a pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para composição do percentual de respostas positivas; foram consideradas as respostas dos participantes – concordo fortemente/concordo – para aquelas perguntas formuladas positivamente. Já as que foram formuladas negativamente passaram por uma recodificação para apresentação dos resultados e análise. Foi considerada cultura de segurança forte resultado $\geq 75\%$ de respostas positivas e frágeis $\leq 50\%$ de respostas positivas, e neutralidade para valores entre 51 e 74%.

Os dados coletados foram organizados e armazenados por dupla digitação, seguida pelo tratamento estatístico, conforme o *Statistical Package for Social Science*® (SPSS) 21.0 e o *Microsoft Office Excel*® 2013.

As variáveis sociodemográficas foram sexo, experiência profissional e na unidade, carga horária trabalhada e se tem contato direto com o paciente. Essas variáveis foram analisadas de acordo os seus valores absolutos e percentuais. Para análise e interpretação dos resultados, realizou-se a recodificação da Escala de *Likert*, sendo os escores de respostas positivas o indicador de análise.

RESULTADOS

Responderam ao questionário 567 enfermeiros, representando 91,40% da população-alvo. Entre os participantes da pesquisa, a maioria, 453 (80,60%), era do sexo feminino e 112 (19,90%) tinham mais de 21 anos de experiência profissional. A média de idade dos participantes foi de 38 anos ($\pm 8,40$).

Com relação à carga horária semanal, 492 (87,40%) relataram trabalhar de 40 a 59 horas semanais. Quanto às atividades desempenhadas, 561 (99,10%) referem contato direto com o paciente.

Foi mensurado o coeficiente *Alfa de Cronbach*, a fim de se analisar a confiabilidade do instrumento para a realidade da população estudada. Todas as dimensões estudadas obtiveram coeficiente maior que 0,50. As dimensões que apresentaram maior valor do coeficiente foram *Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores* seguido do *Suporte da gestão para a segurança do paciente* e *Trabalho em equipe dentro das unidades*, todas com coeficiente maior que 0,70. Ver Tabela 1.

TABELA 1: Valores obtidos na aplicação do Coeficiente de Alpha de Cronbach e comparação com estudos nacionais e internacionais. Porto (PT), 2018.

Dimensões	Hospital Português	Sorra e Nieva (2007) EUA	Cruz (2018) Brasil	Pimenta (2013) Portugal
D1 Trabalho em equipe dentro das unidades	0,72	0,83	0,63	0,75
D2 Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores	0,75	0,75	0,67	0,74
D3 Aprendizado organizacional	0,67	0,76	0,49	0,66
D4 Retorno da informação e comunicação a respeito de erro	0,70	0,78	0,68	0,69
D5 Abertura de comunicação	0,69	0,72	0,67	0,59
D6 Adequação de pessoal	0,53	0,63	0,49	0,47
D7 Respostas não punitivas ao erro	0,60	0,79	0,47	0,54
D8 Suporte da gestão para a segurança do paciente	0,74	0,83	0,77	0,73
D9 Trabalho em equipe entre as unidades	0,68	0,80	0,59	0,72
D10 Passagem de plantão ou transferências internas	0,66	0,80	0,66	0,73
D11 Percepções gerais sobre segurança do paciente	0,62	0,83	0,47	0,65
D12 Frequência da notificação de eventos	0,82	0,84	0,81	0,92
Média Total	0,68	0,78	0,61	0,68

Ao avaliar a cultura de segurança entre as 12 dimensões, evidenciou-se que as respostas positivas apresentaram percentual mais elevado, na dimensão *Trabalho em equipe dentro das unidades* e *Expectativa e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores* com 78,69% e 65,94% respectivamente. No entanto, de acordo com a AHRQ, apenas a primeira dimensão atingiu o nível de fortaleza da cultura de segurança, já que isso só ocorre com mais de 75% de respostas positivas para uma dada dimensão. Ver tabela 2.

TABELA 2: Resultados da avaliação das dimensões da Cultura de Segurança do Paciente. Porto (PT), 2018.

Dimensões	Média percentual		
	Resposta Negativa	Resposta Neutra	Resposta Positiva
D1 Trabalho em equipe dentro das unidades	7,06	14,26	78,69
D2 Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores	11,39	22,92	65,94
D3 Aprendizado organizacional	9,64	25,66	64,70
D4 Retorno da informação e comunicação a respeito de erro	12,33	33,69	53,98
D5 Abertura de comunicação	12,31	31,82	55,86
D6 Adequação de pessoal	33,63	23,17	43,20
D7 Respostas não punitivas ao erro	39,98	32,32	27,70
D8 Suporte da gestão para a segurança do paciente	16,73	34,99	48,28
D9 Trabalho em equipe entre as unidades	11,76	37,29	50,97
D10 Passagem de plantão ou transferências internas	11,46	22,88	65,66
D11 Percepções gerais sobre segurança do paciente	18,31	25,34	56,35
D12 Frequência da notificação de eventos	39,85	30,43	29,73

No tocante as dimensões avaliadas, percebe-se que apesar de apenas uma dimensão ter atingido o nível de fortaleza, muitas dimensões apresentaram uma maior frequência de respostas positiva.

Nesse mesmo sentido as dimensões que apresentaram maior fragilidade, ou seja, o menor percentual de resposta positiva, foram as relacionadas com *Resposta não punitiva ao erro*, a *Frequência da notificação de eventos* e a *Adequação de pessoal*.

Com relação ao indicador *Notas de segurança do paciente*, a maioria dos profissionais classificou a segurança do paciente como muito boa – 272 (49,00%), seguido de regular – 255 (45,90%), ruim – 13 (2,30%), excelente – 12 (2,20%) e muito ruim – 3 (0,50%).

Foi analisado também o número de eventos adversos notificados e evidenciou-se que 248 (44,40%) profissionais não notificaram nenhum evento, 190 (34,00%) notificaram um ou dois eventos, 108 (19,30%) de três a seis e apenas 13 (2,30%) notificaram mais de seis eventos no último ano.

DISCUSSÃO

O percentual de respostas do hospital universitário português foi superior quando comparado com o próprio relatório nacional^{1,10}. Supõe-se que esse quantitativo foi alcançado pela escolha da técnica de coleta de dados no formato papel, diferente da técnica eletrônica adotada em âmbito nacional.

Constatou-se que o cálculo do coeficiente de *Alfa Cronbach* para as 12 dimensões de cultura de segurança apresentou média similar (0,68) com outro estudo português¹². Há evidência de variação dos resultados com o teste do *Alfa de Cronbach* em vários países, justificado por meio de alguns fenômenos, tais como: o tamanho da amostra, a interpretação pelo respondente, quantidade de perguntas por dimensão e a diversidade cultural que podem exigir a adequação das perguntas do questionário^{9,11}.

Nesse sentido, o valor varia de 0 a 1, onde 1 expressa melhor confiabilidade do instrumento, aceita-se acima de 0,70, mas no campo das ciências sociais é aceitável um valor de até 0,60, o que garante aos instrumentos uma alta confiabilidade¹³.

Com relação às dimensões de cultura de segurança, somente uma dimensão *Trabalho em equipe dentro das unidades* revelou-se forte no hospital estudado, evidenciando que os profissionais se apoiam mutuamente, se tratam com respeito e trabalham em conjunto como uma equipe. Como uma possível explicação para esse fato, pode-se destacar que os enfermeiros do hospital estudado têm mais tempo de experiência na profissão.

Quanto às dimensões com maiores fragilidades de cultura de segurança, no hospital português estudado, têm-se *Resposta não punitiva ao erro* (27,70%), *Frequência da notificação de eventos* (29,73%) e *Adequação de pessoal* (43,20%).

Esses resultados refletem que prevalece na percepção dos enfermeiros a ideia de cultura punitiva frente aos erros cometidos, baixa frequência de notificação de incidente e quantitativo insuficiente de profissional para promover o cuidado em saúde. Dois outros estudos portugueses corroboram os mesmos resultados encontrados, principalmente porque a punição ao erro interfere diretamente na frequência de eventos reportados pelos profissionais^{12,14}. De fato, essas dimensões merecem intervenção junto aos gestores da instituição, para a reversão desse resultado, visando uma cultura de segurança pautada na transparência, na confiança, no aprendizado organizacional e na comunicação dos erros¹⁵.

Existe uma tendência em estigmatizar e punir a falibilidade, na qual o erro se equipara à incompetência. Essa pode ser uma das razões que podem levar o profissional a não realizar a notificação de eventos, temendo ser punido, exposto diante dos colegas de trabalho e até mesmo ser demitido da organização¹⁶.

Esse achado prevalece nos estudos da cultura de segurança, como se pode observar em um estudo envolvendo 1.460 profissionais de saúde, revelando também a existência de cultura punitiva e de culpa. Os pesquisadores apontaram que essa dimensão é o principal desafio de melhorias para os cuidados seguros de saúde aos pacientes hospitalares¹⁷.

O mesmo também foi encontrado em outra investigação abrangendo 3.689 enfermeiros de unidade médico-cirúrgica, em que o medo de relatar o erro persiste, significando problema e atributo frágil, que exigem estratégias para superá-los¹⁸.

Na saúde, o erro humano pode ocorrer em decorrência de fatores isolados ou múltiplos, podendo ser inerente ao paciente ou institucional, financeiro e de recursos estruturais, além do próprio fator humano, como a falta de competência e habilidade¹⁵. O primeiro passo para o entendimento e prevenção do erro humano é conhecer a possibilidade de sua ocorrência, além dos tipos, causas e consequências¹⁹.

Em Portugal, por meio do Plano Nacional de Segurança do Doente foi recomendada a realização de notificações de eventos pelos profissionais com finalidade de monitorar, analisar e investigar os incidentes, podendo ser tanto um sistema interno ou externo à organização hospitalar²⁰. Embora a instituição estudada tenha o sistema interno e externo, sabe-se que essa existência, por si só, não é suficientemente relevante para tornar o ato de notificar frequente. Estima-se que seja preciso muito mais para melhorar esse indicador relacionado à notificação de eventos.

Acredita-se que o quantitativo adequado de notificação de eventos não se relaciona diretamente com a existência ou não de um sistema institucional de notificação, pois o hospital envolvido possui ambos os sistemas classificados como coeso, confidencial e independente.

Com relação à adequação de pessoal, percebe-se, neste estudo, que os enfermeiros portugueses trabalham mais horas por semana para efetivar o cuidado ao paciente. Diante do exposto, o dimensionamento em enfermagem é uma etapa inicial do processo do trabalho de provimento de pessoal que tem por finalidade a revisão do quantitativo e qualitativo de profissionais requeridos para atender direta e indiretamente às necessidades de assistência de

enfermagem²¹. Quando esse requisito é inadequado, sabe-se que pode gerar danos ao paciente e comprometer o direito de assistência à saúde, livre de riscos inerentes aos cuidados dispensados.

Essa questão também foi descrita em um estudo que revelou associação positiva para dimensionamento inadequado e o aparecimento de danos à saúde do paciente, destacando que se o quantitativo de profissionais de enfermagem fosse adequado diminuiria em 53% o risco de pneumonia associada à ventilação mecânica²². Do mesmo modo, outra investigação envolvendo nove hospitais apontou associação positiva entre prevenção e queda do paciente com a rotatividade de pessoal e carga de elevada de trabalho²³.

Os enfermeiros no hospital universitário português atribuíram uma nota bastante positiva para a segurança do paciente na instituição. A caracterização da instituição portuguesa demonstra maior solidez nos processos avaliativos e parece ser bem preparada para a medida de segurança do paciente, talvez, por se tratar de uma instituição acreditada e possuir um núcleo de segurança do paciente com anos de experiência.

Por fim, entende-se que nenhum paciente ingressa no sistema de cuidados de saúde com esperança de que sua condição agrave, em decorrência de incidentes sofridos no processo de cuidado ou por procedimento realizado. Nesse sentido, espera-se que os profissionais de enfermagem estejam engajados nas suas responsabilidades, compromissos, formação, atualização e nos cumprimentos de normas institucionais a fim de desenvolver atividades cotidianas com segurança²⁴. Todos necessitam estar cientes dos riscos inerentes aos cuidados de saúde, pois em sistemas complexos, como é o caso da saúde, as atividades de maneira geral apresentam elevada fiabilidade⁴.

CONCLUSÃO

Foi possível avaliar a cultura de segurança organizacional de um hospital universitário português, a partir da percepção dos enfermeiros, conforme metodologia da AHRQ.

Neste estudo, a cultura de segurança no hospital português estudado revelou fortaleza somente numa dimensão *Trabalho em equipe dentro das unidades*, e as maiores fragilidades recaíram sobre as dimensões *Resposta não punitiva ao erro*, *Frequência da notificação de eventos* e *Adequação de pessoal*.

Em síntese, os resultados desta pesquisa são relevantes e servem de embasamento para os gestores da organização e líderes de enfermagem, de maneira a subsidiar futuros avanços e na implantação de estratégias de segurança do paciente.

As principais limitações do artigo referem-se ao diagnóstico da cultura de segurança, realizado por enfermeiros, e à aplicação de única metodologia. Novos estudos devem aprofundar a análise da cultura organizacional, com ênfase na segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Conceptual framework for the international classification of patient safety: final technical report. Geneva, 2009. [cited in 2018 Jan 26]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
2. Ministério da Saúde (Pt). Relatório de segurança dos doentes: avaliação da cultura nos hospitais. Lisboa (Pt): Departamento da Qualidade na Saúde. 2015 [cited 2018 Mar 25]. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais.aspx>
3. Fernandes AMML, Queirós PJP. Patient Safety Culture as perceived by portuguese nurses in district hospitals. Rev. Enf. Ref. 2011 [cited 2018 Jan 19]; 3(4): 37-48. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlln4/serlln4a04.pdf>
4. Fragata J, Martins L. O erro em medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade. Coimbra (Pt): Almerinda; 2014.
5. Institute of Medicine. The healthcare imperative: lowering costs and improving outcomes. Washington, 2010. [cited 2015 Aug 11] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53920/>
6. Tondo JCA, Guirardello EB. Perception of nursing professionals on patient safety culture. Rev bras enferm (Online). 2017 [cited 2018 Jan 19]; 70(6):1284-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0010>
7. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. The climate of patient safety: perception of nursing professionals. Acta Paul. Enferm. (Online) 2012 [cited 2018 Jan 19]; 25(5):728-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>
8. Cruz EDA, Rocha DJM, Mauricio AB, Ulbrich FS, Batista J, Maziero ECS. Safety culture among health professionals in a teaching hospital. Cogitare enferm. Rev. 2018 [cited 2018 Jan 25]; 23(1):e50717. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.50717>
9. Sorra J, Khanna K, Dyer N, Mardon R, Famolaro T. Exploring relationships between patient safety culture and patients' assessments of hospital care. J. Nurs. Adm. 2014 [cited 2017 Aug 11]; 44(10):45-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PTS.0b013e318258ca46>
10. Eiras M, Escoval A, Grillo IM, Silva-Fortes C. The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. Int Health Care Qual. Assur. Inc. Leadersh. 2014 [cited 2017 Jun 06]. 27(2):111-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2012-0072>



11. Sorra J, Famolaro T, Yount ND, Smith AS, Wilson S, Liu H. Hospital survey on patient safety culture: user comparative data base report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2014. [cited 2017 Dec 10]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2014/hsops14pt1.pdf>
12. Pimenta LC. Avaliação da cultura de segurança do doente e propostas de melhoria. 90 f. [dissertação]. Lisboa (Pt): Escola Superior de Saúde da Universidade de Algarve, 2013.
13. Medronho RA. Epidemiologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
14. Sousa AM. Avaliação da cultura de segurança do doente num centro hospitalar da Região Centro. 2013. 155 f. [dissertação de mestrado]. Coimbra (Pt): Universidade de Coimbra, 2013.
15. Vincent C, Amalberti R. Cuidado de Saúde mais Seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro: Proqualis; 2016 [cited 2018 Jan 23]. Available from: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Cuidado%20de%20Sa%C3%BAde%20mais%20Seguro%20-%20PDF.pdf>
16. 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 (Online). 2016 [cited 2017 Aug 11]; 32(11):1-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00115614>
17. Hamdan M, Saleem AA. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. Int J. Qual. Health Care. 2013; [cited 2016 Jun 15]; 25(2):167-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzt007>
18. Hughes LC, Chang Y, Mark BA. Quality and strength of patient safety climate on medical –surgical units. J. Nurs. Adm. 2012 [cited 2017 May 15]; 42(10):19-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.HMR.0000342976.07179.3a>
19. Peterlini LP, Saes AC. Culpa: cultura de não punição e accountability na assistência à saúde. In: Fonseca AS, Peterlini FL, Costa DA. Segurança do paciente. São Paulo: Martinari; 2014.
20. Ministério da Saúde (Pt). Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2010. Despacho nº 1400-A/2015. Diário da República, 2.ª série – nº 28 - 10 de fevereiro de 2015. Lisboa (Pt); 2015 [cited 2018 Jan 25]. Available from: <http://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020-pdf.aspx>
21. Kurcgant P. Gerenciamento em Enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
22. Versa GLGS, Inoue KC, Nicola AL, Matsuda LM. Influence of dimensioning the nursing staff on the quality of care of the critical patient. Texto & contexto-enferm. 2011 [cited 2017 Jun 10]; 20(4):796-802. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000400020>
23. Brown DS, Wolosin R. Safety culture relationships with hospital nursing sensitive metrics. J. Health Qual. 2013 [cited 2018 Mar 15]; 25(4):61-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jhq.12016>
24. Silva LD. Safety and quality in Brazilian hospitals. Rev. enferm. UERJ. 2013 [cited 2017 Dec 10]; 17(2):425-6. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a01.pdf>