LUMEN ET VIRTUS
ISSN: 2177-2789

A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA VISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

https://doi.org/10.56238/levv16n47-045

Data de submissão: 16/03/2025 **Data de publicação:** 16/04/2025

Daniele Knuth Willrich
Graduada em Enfermagem
Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS – Brasil
Orcid: https://orcid.org/0009-0009-3367-7900

Priscila Farias Raffi
Graduada em Enfermagem
Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS – Brasil
Orcid: https://orcid.org/00 09-0008-0403- 2532

Luciene Smiths Primo
Mestre em Enfermagem
Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS – Brasil
Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8194- 4860

Marlon Pereira de Oliveira
Mestre em Enfermagem
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS,. Porto Alegre, RS – Brasil.
Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2385-2738

Fabrício da Cunha Moraes
Mestre em Enfermagem
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, RS – Brasil
Orcid: https://orcid.org/0009-0003-8131-1416

Tamie Sofia Fronza Cronst
Graduada em Enfermagem
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA, Porto Alegre, RS – Brasil
Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5408-9712

Nívea Maria dos Santos Garcia
Graduada em Enfermagem
Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande, RS – Brasil
Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4532- 7616

Luciano Samaniego Arrussul
Mestre em Enfermagem
Universidade Integrada de Santa Maria – FISMA,. Santa Maria, RS – Brasil
Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2476-9434

RESUMO

Objetivo: Investigar a cultura de Segurança do Paciente entre a equipe de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário de Pelotas. **Método:** Pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, realizada em 2018 através da aplicação da versão adaptada para o português do instrumento "*Hospital Surveyon Patient Safety Culture"* (HSOPSC), aos enfermeiros e técnicos de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva. A amostra foi composta por 45 profissionais de enfermagem, sendo destes 28 técnicos de enfermagem e 17 enfermeiros. **Resultados:** Resultados evidenciaram que a equipe de enfermagem refere que erros são usados contra eles e quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema. As notificações dos últimos 12 meses foram de uma a duas e a cultura punitiva predomina. **Conclusões:** É imprescindível a importância do planejamento e implementação de ações voltadas a segurança do paciente dentro da unidade de terapia intensiva.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Cuidados de Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva. Cultura Organizacional.

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem-se observado uma crescente necessidade de oferecer ao indivíduo uma atenção à saúde de qualidade, com foco na segurança, especialmente diante do aumento da expectativa de vida e da complexidade dos cuidados de saúde. O Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) define "qualidade na assistência" como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de alcançar os resultados desejados com base no conhecimento científico disponível[1].

Com isso, é evidente que os profissionais de saúde têm buscado maneiras de oferecer uma assistência de qualidade, priorizando a segurança. No Brasil, em 2013, foi criado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), considerado uma ação crucial para a melhoria da qualidade nos serviços de saúde[2].

Entre os temas relacionados à qualidade e segurança do paciente, destaca-se a preocupação com a ocorrência de eventos adversos. Estima-se que, no Brasil, aproximadamente 1.377.243 pacientes hospitalizados possam ser vítimas de ao menos um incidente por ano, comprometendo suas vidas, principalmente nas unidades de internação que demandam cuidados mais complexos, como as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), que utilizam tecnologias avançadas e requerem respostas rápidas[3].

As UTIs são setores que apresentam índices elevados de eventos adversos, devido à gravidade dos pacientes, à carga de trabalho dos profissionais, à permanência prolongada dos pacientes e à complexidade dos cuidados prestados. Além disso, há a utilização de diversas tecnologias e a ocorrência de infecções relacionadas. Estudos indicam que a probabilidade de um paciente sofrer um evento adverso chega a 10%, sendo mais comum entre idosos devido às suas condições fisiopatológicas. Um estudo realizado no Rio de Janeiro apontou uma taxa de 9,3% de eventos adversos a cada 100 pacientes por dia[4,5].

Nesse contexto, observa-se que a cultura de segurança ainda é frágil, especialmente em relação à punição por erros, o que leva os profissionais a omitir informações sobre os eventos ocorridos, por medo de represálias[5].

O instrumento mais amplamente utilizado para avaliar a cultura de segurança foi desenvolvido pela Agência de Qualidade dos EUA, chamado Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), que foi traduzido para o português e validado no Brasil. Este é um questionário autoaplicável que abrange 12 dimensões relacionadas à cultura de segurança do paciente, fornecendo uma visão abrangente da assistência prestada pelos profissionais[6].

A conscientização dos profissionais sobre a cultura de segurança do paciente é fundamental, pois permite melhorias contínuas na comunicação, com uma linguagem clara e estruturada, identificando fragilidades e potencialidades no cuidado à saúde[7].

Dentro dessas unidades complexas, a cultura de segurança do paciente desempenha um papel essencial, exigindo uma observação e avaliação constante das atividades diárias relacionadas à segurança no cuidado. Isso contribui para um melhor desempenho das ações assistenciais e educativas, com foco em capacitações para a equipe e na promoção de uma cultura positiva de segurança do paciente[8],[9].

A enfermagem desempenha um papel fundamental na implementação dessa cultura de segurança no ambiente de trabalho, introduzindo métodos que facilitam a busca pelo cuidado seguro. A gestão e a prática profissional estão cientificamente interligadas, e é necessário um olhar atento para evitar erros e promover a segurança do paciente[10].

Diante desse cenário, o enfermeiro torna-se uma figura central na implementação da cultura de segurança, guiando sua equipe na adoção de práticas seguras. Este estudo tem como objetivo identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do paciente, a fim de reconhecer os fatores de risco e incidentes que ocorrem durante a assistência, promovendo melhorias específicas. O estudo visa, em última análise, identificar a cultura de Segurança do Paciente entre a equipe de enfermagem na UTI de um Hospital Universitário em Pelotas.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa com base em um hospital universitário, sendo o mesmo filantrópico, que disponibiliza 211 leitos, para o atendimento de pacientes pelo Sistema Único de Saúde, convênios e particulares[11].

O estudo está aninhado a pesquisa “Cultura de Segurança do Paciente: Visão da Equipe de Enfermagem de um Hospital Universitário de Pelotas”, aprovado pelo comitê de Ética da UCPel sob o parecer: 2.948.070, CAAE: 97774718.9.0000.5339.

O hospital possui no quadro de colaboradores, 75 Enfermeiros e 397 Técnicos de Enfermagem. O cálculo amostral da pesquisa foi realizado no programa Open Epi, utilizando o módulo para estudos transversais. Considerou-se a prevalência estimada dos desfechos de 50%, um poder de 80%, nível de significância de 95%, erro aceitável de 5 pontos percentuais e 10% para perdas e recusas. A amostra foi composta por 69 Enfermeiros e 216 Técnicos de Enfermagem.

Para este estudo foi realizado um recorte, onde somente os profissionais que atuam na Unidade de Terapia Intensiva foram incluídos, ainda os que aceitaram a participar e assinaram o TCLE.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o HSOPSC traduzido para o português, disponível no Proqualis, versão validada por Reis, desenvolvido pela Agência dos EUA para a Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ). O questionário possui 12 Dimensões da Cultura de Segurança, das quais, sete referem-se às Unidades de trabalho dentro do hospital, três a Organização hospitalar e duas referem-se a Medidas de resultado[6].

A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2018 nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite) quando as pesquisadoras (alunas curso de enfermagem) aplicaram o instrumento com os Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que foram sorteados aleatoriamente para fazer parte da amostra. Os dados foram digitados e analisados no programa estatístico SPSS versão 19.0, por meio de frequência simples das variáveis.

3 RESULTADOS

A amostra foi composta por 45 profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva. Destes, fizeram parte do estudo 28 técnicos de enfermagem e 17 enfermeiros, no qual 37 (82,2%) são do sexo feminino, com idade média de 35 anos e 42 (93,3%) referiram ter contato com o paciente. Com relação ao tempo de trabalho no hospital, 24 (53,3%) estão na instituição entre 1 a 5 anos, 22 (48,9%) atuam em Unidade de Terapia Intensiva de 1 a 5 anos e a maioria e 27 (60%) relata se dedicar de 20h a 39h por semana de trabalho.

Com relação aos eventos adversos, conforme as respostas dos profissionais, 17 (37,8%) não realizou nenhuma notificação no último ano e 14 (31,1%) de 1 a 2 notificações nos últimos 12 meses.

Ainda, a respeito dos incidentes ocorridos, a maioria dos profissionais relata que quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, “sempre ou quase sempre” ele é notificado. E quando ocorre um erro, mas quando não há risco de dano ao paciente, também realizam notificação.

Do total da amostra, quando questionada sobre a nota que daria a segurança do paciente na instituição, a maioria, 22 (48,9%) respondeu “regular”, seguido 15 (33,3%) como “muito boa”.

Abaixo as tabelas 1, 2 e 3 apresentam os resultados referente as Seções “A” que apresenta questões referente a Unidade de Terapia Intensiva, Seção “B” em relação a supervisão/chefias, Seção “C” sobre comunicação e a Seção “F” aborda questões em relação ao hospital. Foram consideradas Respostas Negativas: Discordo, discordo totalmente; Respostas Neutras: Não concordo/Nem discordo; Respostas Positivas: Concordo, concordo totalmente.

Tabela 1 – **Seção A- Nota em relação à concordância ou discordância sobre a Unidade de Terapia Intensiva:**

Variáveis	nº	%
Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.		
Negativa	6	13,3
Neutra	8	17,8
Positiva	31	68,9
Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho		
Negativa	32	71,1
Neutra	6	13,3
Positiva	7	15,6
Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente		
Negativa	2	4,4
Neutra	1	2,2
Positiva	42	93,4

Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito		
Negativa	0	0
Neutra	9	20
Positiva	36	80
Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.		
Negativa	22	48,9
Neutra	14	31,1
Positiva	7	15,5
Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.		
Negativa	4	8,9
Neutra	9	20
Positiva	32	71,1
Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.		
Negativa	22	48,9
Neutra	10	22,2
Positiva	12	26,7
Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.		
Negativa	9	20
Neutra	11	24,4
Positiva	25	55,6
Erros têm levado a mudanças positivas por aqui.		
Negativa	15	33,3
Neutra	14	31,1
Positiva	16	35,6
E apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui.		
Negativa	18	40
Neutra	13	28,9
Positiva	13	28,8
Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.		
Negativa	6	13,3
Neutra	7	15,6
Positiva	32	71,1
Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.		
Negativa	6	13,3
Neutra	5	11,1
Positiva	34	95,6
Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.		
Negativa	7	15,5
Neutra	10	22,2
Positiva	28	62,2
Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido.		
Negativa	16	35,6
Neutra	11	24,4
Positiva	18	40
A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluído.		
Negativa	16	35,5
Neutra	10	22,2
Positiva	19	42,2
Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.		
Negativa	11	24,4
Neutra	9	20
Positiva	25	55,5
Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.		
Negativa	25	55,5
Neutra	6	13,3
Positiva	14	31,1
Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.		
Negativa	9	20
Neutra	9	20
Positiva	27	60
Total	45	100

Tabela 2- **Seção B: Nota em relação à concordância ou discordância da equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva sobre a o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem se reporta diretamente;**

Variáveis	nº	%
O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente		
Negativa	22	48,9
Neutra	10	22,2
Positiva	13	28,9
O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente.		
Negativa	11	24,4
Neutra	15	33,3
Positiva	19	42,3
Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.		
Negativa	24	53,4
Neutra	8	17,8
Positiva	13	28,8
O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente		
Negativa	21	46,6
Neutra	12	26,7
Positiva	12	26,7
Total	45	100

Tabela 3- **Seção C: Nota-se em relação a comunicação na Unidade de Terapia Intensiva**

Variáveis	nº	%
Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos.		
Negativa	15	33,4
Neutra	18	40
Positiva	12	26,7
Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.		
Negativa	1	2,2
Neutra	7	15,6
Positiva	37	82,2
Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.		
Negativa	5	11,1
Neutra	18	40
Positiva	22	48,9
Os profissionais sentem-se a vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.		
Negativa	14	31,1
Neutra	14	31,1
Positiva	17	37,8
Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.		
Negativa	6	13,3
Neutra	10	22,2
Positiva	29	64,4
Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.		
Negativa	22	48,9
Neutra	16	35,6
Positiva	7	15,5
Total	45	100

Tabela 4-**Seção F: Nota-se em relação à concordância ou discordância sobre o hospital**

Variáveis	nº	%
A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.		
Negativa	10	22,2
Neutra	18	40
Positiva	17	37,8
As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.		
Negativa	6	13,3
Neutra	20	44,4
Positiva	18	40
O processo de cuidado e comprometido quando um paciente e transferido de uma unidade para outra.		
Negativa	7	15,6
Neutra	11	24,4
Positiva	27	60
Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.		
Negativa	16	35,5
Neutra	15	33,3
Positiva	12	26,6
E comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.		
Negativa	20	44,4
Neutra	10	22,2
Positiva	15	33,3
Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital		
Negativa	12	26,7
Neutra	12	26,7
Positiva	20	44,5
Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.		
Negativa	11	24,5
Neutra	15	33,3
Positiva	19	42,2
As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal		
Negativa	13	28,9
Neutra	9	20
Positiva	23	51,1
A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.		
Negativa	12	26,6
Neutra	12	26,7
Positiva	21	46,6
As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.		
Negativa	7	15,5
Neutra	19	42,2
Positiva	19	42,2
Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.		
Negativa	30	66,7
Neutra	9	20
Positiva	6	13,3
Total	45	100

4 DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foi composta por 45 profissionais de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva, sendo a maioria do sexo feminino, com idade média de 35 anos.

Com base nos dados obtidos sobre a unidade, foi possível perceber que os profissionais demonstram apoio mútuo, trabalham em equipe e mantêm um ambiente de respeito entre si. Um estudo semelhante realizado em uma UTI em Minas Gerais também apontou o trabalho em equipe como uma das forças do setor. A interação entre os profissionais contribui diretamente para a cultura

organizacional, aprimorando a comunicação e a tomada de decisões, o que impacta positivamente a segurança do paciente[12].

Em relação à carga de trabalho, embora os profissionais apontem que há uma escassez de pessoal para atender à demanda, afirmam que a carga horária não é excessiva, priorizando assim a segurança do paciente. Um estudo em UTIs de São Paulo revelou que a sobrecarga de trabalho está associada ao aumento de eventos adversos, o que pode prolongar o tempo de internação e aumentar o risco de mortalidade. Quando a carga de trabalho é alta, há uma percepção negativa em relação ao clima de segurança[13],[14].

A maioria dos profissionais indicou que os erros cometidos são usados contra eles, sendo que, quando um evento adverso é notificado, o foco recai sobre o profissional e não sobre o problema. Muitos temem que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais. Estudos demonstram que a cultura punitiva ainda é prevalente em várias instituições. Uma pesquisa realizada em Minas Gerais apresentou resultados semelhantes, mostrando que a culpabilidade foi a pior dimensão avaliada. Outro estudo em Ribeirão Preto também identificou a presença de uma gestão que ainda adota uma postura punitiva frente aos erros. Esse medo de represálias pode explicar o baixo índice de notificações de eventos adversos em UTIs, o que compromete a qualidade do cuidado e a segurança do paciente. A notificação de erros deve ser vista como uma ferramenta de melhoria das condições assistenciais e prevenção de novos incidentes, sendo essencial fomentar uma cultura de apoio e aprendizado dentro das instituições[12],[15].

Na dimensão relacionada à comunicação, a maioria dos profissionais afirmou que se sente à vontade para relatar situações que possam comprometer o cuidado ao paciente e que são informados sobre os erros que ocorrem na unidade. Essa abertura facilita o trabalho, especialmente em um ambiente de alta complexidade como a UTI. A falta de comunicação entre os profissionais dificulta a prevenção de eventos adversos, sendo necessário o feedback sobre os erros para que possam ser implementadas intervenções e medidas preventivas. O erro deve ser encarado como uma oportunidade de aprendizado, promovendo uma gestão eficaz da cultura de segurança[12].

Por outro lado, os profissionais relataram que não costumam ser elogiados por seus supervisores quando realizam o trabalho de acordo com os procedimentos de segurança do paciente. Isso faz com que muitos se sintam desmotivados e sem apoio na rotina do setor. É crucial que os gestores reconheçam a importância de um clima de segurança, comprometendo-se com a construção de um ambiente de trabalho que valorize o cuidado de qualidade e a segurança dos pacientes.

Os resultados também indicaram que os profissionais discutem estratégias de prevenção de erros e não hesitam em questionar situações que pareçam inadequadas. Além disso, a maioria observa melhorias e resultados positivos quando são implementadas mudanças focadas na segurança do

paciente. Essa percepção contribui para que a instituição aprenda com as experiências assistenciais, resultando em uma prática mais resolutiva com base nos erros cometidos[12].

Mais da metade dos profissionais relatou que o processo de cuidado é comprometido quando ocorre a transferência de pacientes entre unidades, possivelmente devido à descontinuidade do cuidado ou à perda de informações cruciais. É fundamental trabalhar práticas que incentivem a cooperação e o comprometimento da equipe, garantindo a continuidade do cuidado. A comunicação eficaz, com uma linguagem clara e estruturada, é essencial nesse processo[10].

Discutir erros dentro das instituições de saúde ainda causa desconforto, especialmente quando envolve notificações que ficarão registradas. Para os gestores, essa prática é frequentemente vista de forma negativa, o que gera resistência à adoção dessa cultura. Entre as equipes diretamente envolvidas no cuidado aos pacientes, o problema é ainda mais grave, pois o erro representa uma perda pessoal e profissional significativa, agravada pela cultura punitiva mantida pelas chefias[10].

Apesar da fragilidade da cultura de segurança do paciente, os últimos anos trouxeram mudanças positivas nas instituições de saúde. No entanto, algumas pesquisas continuam a apontar os gestores e chefes de equipe como corresponsáveis pelo aumento do risco de erros, sendo eles os principais responsáveis por implementar melhorias na cultura de segurança dentro de suas unidades e instituições[10].

No presente estudo, os profissionais indicaram que a direção da instituição demonstra priorizar a segurança do paciente. Entretanto, 46,6% acreditam que o interesse da direção só é evidente após a ocorrência de um evento adverso. Além disso, 40% dos participantes mantiveram uma posição neutra em relação à afirmativa de que "a direção do hospital propicia um ambiente de trabalho que promova a segurança do paciente", enquanto 37,8% concordaram positivamente.

Ainda é perceptível que a cultura punitiva persiste entre os gestores. Entretanto, há evidências de que as instituições de saúde têm implementado melhorias na qualidade do cuidado, com foco nas metas de segurança do paciente. É essencial que os profissionais se sintam acolhidos em suas atividades diárias, já que a distância hierárquica ainda é relatada como um problema. Nos últimos dez anos, com a ampliação do conceito de dano evitável, a alta incidência de eventos adversos tem se tornado inaceitável devido à falta de cumprimento das metas básicas de segurança do paciente[16].

5 CONCLUSÃO

Os dados deste estudo apontaram aspectos positivos em relação à segurança do paciente, como o fortalecimento do trabalho em equipe, o respeito entre os profissionais, a discussão contínua sobre a prevenção de erros e a liberdade para questionar quando algo parece inadequado. Esses fatores contribuem para uma cultura de segurança e favorecem um ambiente de trabalho mais propício à redução de eventos adversos.

Por outro lado, a persistência de uma cultura punitiva em relação à notificação de erros e a ausência de uma gestão mais apoiadora continua a impactar negativamente o processo de segurança do paciente.

Diante desse cenário, a implementação de uma cultura positiva em relação aos erros se torna essencial, garantindo a educação permanente e a qualidade na assistência dentro da unidade de terapia intensiva. Um olhar mais criterioso é necessário, especialmente em situações de emergência, onde o ambiente já é naturalmente mais estressante.

A investigação focada na equipe de enfermagem evidenciou a preocupação dos profissionais com a promoção de um cuidado seguro e a disseminação da cultura de segurança. Observou-se também que a comunicação eficaz é um elemento chave para assegurar a continuidade do cuidado e para promover um ambiente de trabalho mais favorável, beneficiando pacientes, profissionais e familiares.

Como limitação deste estudo, destaca-se o fato de que a pesquisa foi realizada apenas com a equipe de enfermagem, sendo necessária a realização de novos estudos que envolvam outras categorias profissionais, uma vez que todos têm responsabilidade no cuidado e assistência aos pacientes.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: ANVISA, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. R.; DAIBERT, P. B.; ABREU, A. C. C.; LEÃO, M. L. Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina UFMG, 2018. Disponível em: [inserir URL, se disponível]. Acesso em: 21 nov. 2019.

SERAFIM, C. T. R.; DELL'ACQUA, M. C. Q.; CASTRO, M. C. N.; SPIRI, W. C.; NUNES, H. R. C. Gravidade e carga de trabalho relacionadas a eventos adversos em UTI. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 70, n. 5, p. 942-948, set./out. 2017. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0427.

SANTOS, R. P.; LIMA, L. M.; BORGES, F.; CARVALHO, A. R. S. Busca ativa contribui na identificação de eventos adversos e incidentes em unidade de terapia intensiva. Enfermería Global, Murcia, v. 16, n. 4, 2017. DOI: 10.6018/eglobal.16.4.269601.

ANDRADE, L. E. L.; MELO, L. O. M.; SILVA, I. G.; SOUZA, R. M.; LIMA, A. L. B.; FREITAS, M. R.; BATISTA, A. M.; GAMA, Z. A. S. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 26, n. 3, p. 455-468, jul./set. 2017. DOI: 10.5123/s1679-49742017000300004.

MINUZZI, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 25, n. 2, e1610015, 2016. DOI: 10.1590/0104-07072016001610015.

PRATES, C. G.; MAGALHÃES, A. M. M.; BALEN, M. A.; MOURA, G. M. S. S. Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 40, n. esp., e20180150, 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180150.

MAGALHÃES, F. H. L.; PEREIRA, I. C. A.; LUIZ, R. B.; BARBOSA, M. H.; FERREIRA, M. B. G. Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 40, e20180272, 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180272.

PINHEIRO, M. P.; SILVA JUNIOR, O. C. Avaliação da cultura de segurança do paciente na organização hospitalar de um hospital universitário. Enfermería Global, Murcia, v. 16, n. 1, p. 309-352, 2017. DOI: 10.6018/eglobal.16.1.238811.

BRASIL. Ministério da Saúde. CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Brasília: Datasus, 2019.

NOTARO, K. A. M.; MANZO, B. F.; CORRÊA, A. R.; TOMAZONI, A.; ROCHA, P. K. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 27, e3167, 2019. DOI: 10.1590/1518-8345.2849.3167.

NOVARETTI, M. C. Z.; SANTOS, E. V.; QUITÉRIO, L. M.; DAUD-GALLOTTI, R. M. Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 67, n. 5, p. 692-699, set./out. 2014. DOI: 10.1590/0034-7167.2014670504.

SOUZA, V. S.; OLIVEIRA, J. L. C.; COSTA, M. A. R.; VICENTE, G.; MENDONÇA, R. R.; MATSUDA, L. M. Associação entre clima de segurança e a carga de trabalho da enfermagem. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 24, e58976, 2019. DOI: 10.5380/ce.v24i0.58976.

FRANÇOLIN, L.; GABRIEL, C. S.; BERNARDES, A.; SILVA, A. E. B. C.; BRITO, M. F. P.; MACHADO, J. P. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 277-283, abr. 2015. DOI: 10.1590/S0080-623420150000200013.

VINCENT, C.; AMALBERTI, R. Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro: Proqualis, 2016.