



Cultura de segurança do doente na prática clínica dos enfermeiros*


Cláudia Patrícia da Costa Brás¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8990-1187>


Manuela Maria Conceição Ferreira²

 <https://orcid.org/0000-0002-8452-2222>

Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo^{3,4}

 <https://orcid.org/0000-0003-0329-0325>

João Carvalho Duarte²

 <https://orcid.org/0000-0001-7082-8012>

Destaques: **(1)** O trabalho de equipa destaca-se como um fator que reforça a cultura de segurança. **(2)** A subnotificação e uma cultura punitiva predominam nas organizações de saúde. **(3)** A experiência profissional permite uma perceção positiva da cultura de segurança. **(4)** A análise da cultura de segurança permite planejar intervenções para redução de erros.

Objetivo: avaliar as características psicométricas do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, caracterizar a cultura de segurança do doente e avaliar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais nas dimensões da cultura de segurança. **Método:** estudo metodológico, observacional, analítico, transversal, realizado com 360 enfermeiros, utilizando o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Os dados foram submetidos à análise descritiva, inferencial e estudos de fiabilidade e validade. **Resultados:** os enfermeiros possuem em média 42 anos de idade, 19 anos de experiência profissional e são maioritariamente do sexo feminino. Obteve-se boa consistência interna (alfa de Cronbach - 0,83) e índices aceitáveis de qualidade de ajustamento do modelo. O trabalho em equipa dentro das unidades, expectativas do supervisor, *feedback* e comunicação sobre o erro, foram dimensões que apresentaram scores acima dos 60%. A resposta ao erro não punitiva, frequência da notificação, apoio à segurança pela gestão, dotação de profissionais, apresentaram scores abaixo dos 40%. Estas dimensões são influenciadas pela idade, escolaridade e experiência profissional. **Conclusão:** as propriedades psicométricas do questionário certificam a sua qualidade. O trabalho em equipa pode ser considerado um fator potenciador da cultura de segurança. Avaliar a cultura de segurança permitiu identificar dimensões problemáticas, possibilitando o planeamento de intervenções futuras.

Descritores: Enfermeiros; Prática Profissional; Segurança do Paciente; Gestão da Segurança; Cultura Organizacional; Hospitais.

* Artigo extraído da tese de doutorado "A comunicação como determinante da cultura de segurança do doente", apresentada à Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, PT, Portugal.





¹ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde (UICISA: E), Coimbra, PT, Portugal.

² Escola Superior de Saúde de Viseu - Instituto Politécnico de Viseu, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde (UICISA: E/ESEnFC - ESSV/IPV), Viseu, PT, Portugal.

³ Universidade de Huelva, Departamento de Enfermagem, Espanha.

⁴ Escola Superior de Enfermagem do Porto e CINTESIS/ESEP, Portugal, Porto, PT, Portugal.

Como citar este artigo

Brás CPC, Ferreira MMC, Figueiredo MCAB, Duarte JC. Patient safety culture in nurses' clinical practice. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e3837. [Access   ]; Available in:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3837>

Introdução

A segurança do doente continua a ser um dos grandes desafios para as organizações de saúde do séc. XXI, cuja principal missão consiste na prestação de cuidados com elevada qualidade. Assume-se que a prestação de cuidados é uma atividade de risco pela sua complexidade, contexto e recursos disponíveis, envolvendo a possibilidade de ocorrência de acontecimentos incertos e indesejáveis⁽¹⁾. Alguns estudos mostram que, em média, 1 em cada 10 doentes está sujeito a um evento adverso enquanto recebe cuidados hospitalares⁽²⁾. O plano nacional de segurança do doente 2021-2026 em Portugal, veio reforçar a importância da promoção da segurança do doente num esforço coordenado e persistente de todos os gestores, lideranças intermédias e profissionais de saúde, para melhorar a conscientização pública sobre os tópicos de segurança do doente⁽³⁾. É fundamental analisar os problemas reais relacionados com as práticas seguras nos ambientes de cuidados e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), permite efetuar a avaliação da cultura de segurança, efetuando a mensuração de múltiplas dimensões relacionadas com valores, crenças, normas da organização, notificação de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão⁽⁴⁾. A avaliação da cultura de segurança permite diagnosticar a cultura de segurança, identificar áreas de melhoria, acompanhar a evolução da cultura de segurança ao longo do tempo, além de possibilitar o benchmarking interno e externo para melhorar a qualidade da assistência em saúde e implementar processos de mudança⁽⁵⁾.

Promover a segurança do paciente não é uma missão competitiva para um só sistema de saúde, mas um esforço colaborativo no qual todos os sistemas devem participar e essa colaboração considera a comparação da cultura de segurança entre países⁽⁶⁾. O HSOPSC *Comparative Database*, é o único repositório central para permitir a comparação de dados no que respeita à avaliação da cultura de segurança do doente⁽⁴⁾. Uma avaliação rotineira da cultura de segurança com divulgação e disseminação dos resultados ao nível da instituição, um planeamento de ações de melhoria com o apoio da liderança e gestores, programas multifacetados e formação foram intervenções que permitiram a seis hospitais, melhorar os seus níveis de cultura de segurança⁽⁷⁾.

Durante estes últimos anos, assistimos a mudanças a nível organizacional e a nível das práticas dos enfermeiros portugueses, mas ainda não estamos no nível desejado de cultura de segurança. Se verificarmos os dados da avaliação da cultura de segurança a nível nacional decorrida em 2018, constatamos que existem dimensões que continuam a necessitar de intervenção

urgente, concretamente a frequência da notificação de eventos, dotação de profissionais e resposta ao erro não punitiva⁽⁸⁾. Se nos reportarmos à avaliação dos aspetos relacionados com o Plano Nacional Português de Segurança do Doente até 2020, apuramos que existem falhas de comunicação entre as diversas estruturas/departamentos das instituições de saúde, falta de envolvimento dos profissionais, especialistas e doentes nas ações de segurança do paciente, falta de proximidade e interação entre direção, serviços e profissionais da saúde, ausência de legislação que forneça confidencialidade e proteção aos profissionais envolvidos na notificação de um evento adverso⁽³⁾.

A mudança de cultura no sistema de saúde depende, em grande parte, do envolvimento e participação dos diferentes colaboradores, mas particularmente dos enfermeiros que são o grupo profissional que mais interação estabelece com os doentes devido à sua prática de cuidados ininterruptos. Nesta prestação de cuidados de saúde, as características individuais e /ou sociais dos intervenientes são determinantes para a cultura de segurança, sabendo que ao longo do tempo os profissionais adquirem cultura através da sua participação e convivência no ambiente organizacional⁽⁹⁾. Em alguns estudos, a idade, o sexo, a experiência de trabalho e o nível educacional foram preditores significativos das perceções dos enfermeiros acerca da cultura de segurança do doente⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

É fundamental que mais estudos avaliem a cultura de segurança do doente do ponto de vista dos enfermeiros, para que com mais presteza sejam identificados os problemas atuais de segurança do doente nas instituições de saúde.

Desenvolver uma cultura de segurança constitui um trabalho árduo que não ocorre automaticamente, é um desafio nomeadamente em grandes hospitais, como é o caso do hospital em apreço. É essencial criar equipas de trabalho organizadas, resilientes, com forte poder comunicativo e com capacidade de manter ações, que respondam e se adaptam à pressão dos diferentes riscos clínicos intrínsecos às atividades de prestação de cuidados de saúde⁽¹²⁻¹³⁾. Este estudo teve como objetivos avaliar as características psicométricas do HSOPSC, caracterizar a cultura de segurança do doente e avaliar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais nas dimensões da cultura de segurança.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico, observacional, analítico de natureza transversal. O estudo

metodológico⁽¹⁴⁾ adotou como referencial os procedimentos psicométricos⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ para estabelecer e verificar a confiabilidade e validade do HSOPSC, de acordo com o protocolo COSMIN⁽¹⁷⁾ (*CO*n*SENSUS*-*BASED* *ST*ANDARDS *FOR* *THE* *SELECTION* *OF* *HEALTH* *MEASUREMENT* *INSTRUMENTS*) do EQUATOR network. O estudo observacional foi guiado pela ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹⁸⁾, que permitiu a avaliar a cultura de segurança do doente e a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais nas dimensões da cultura de segurança.

Local do estudo

A recolha de dados desenvolveu-se num centro hospitalar e universitário da região centro de Portugal. Este hospital é uma instituição do Serviço Nacional de Saúde, dando cobertura a cerca de 2.231.346 habitantes da região centro de Portugal, com prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação. Possui um gabinete de qualidade e segurança do doente, onde opera uma comissão de qualidade e segurança do doente, com o objetivo de consolidar uma cultura de segurança do doente e de gestão de risco em consonância com a Estratégia para a Qualidade em Saúde em Portugal. No âmbito da qualidade clínica organizacional, as ações efetuadas estiveram centradas no sistema de gestão integrada do medicamento. Para reforço da segurança do doente, foram realizadas ações de formação direcionadas para a área da comunicação, envolvimento do doente na sua própria segurança, segurança contra incêndios, precauções básicas de controlo de infeção e gestão do risco em saúde.

Período

O período da recolha de dados decorreu entre setembro de 2018 e maio de 2019.

População

A população acessível foi constituída por 2891 enfermeiros de um centro hospitalar e universitário da região centro de Portugal.

Critérios de seleção

Como critérios de inclusão foram considerados todos os enfermeiros que desenvolviam funções de prestação de cuidados diretos ao utente e que aceitaram participar voluntariamente no estudo. Os critérios de exclusão estabelecidos foram: exercer funções como enfermeiro gestor e estar ausente temporariamente do serviço no período de colheita de dados, por atestado médico, licença de férias ou outra licença.

Definição da amostra

Utilizou-se um tipo de amostragem não probabilística de conveniência, constituída por 360 participantes. O cálculo do tamanho amostral teve em consideração as orientações do guia do utilizador proposto pela AHRQ, recomendando uma taxa de resposta mínima de 50%, consoante o tamanho mínimo da amostra e a população em estudo⁽¹⁹⁾. Nesse sentido, para uma população entre 1000 a 2999 indivíduos, 300 indivíduos será o limite mínimo para atingir a taxa de resposta mínima de 50%⁽²⁰⁾. A amostra em estudo é constituída por 360 participantes que é ligeiramente superior ao recomendado.

Variáveis do estudo

Considerou-se como variável dependente as dimensões da cultura de segurança do doente e como variáveis independentes as variáveis sociodemográficas (sexo, escalão etário, habilitações académicas) e variáveis de contexto profissional (título de especialização, área de especialização e anos de experiência profissional).

Instrumento utilizado para a recolha de dados

O instrumento para a recolha de dados foi constituído por um questionário *ad hoc* que permitiu a caracterização sociodemográfica (sexo, idade, estado civil, habilitações académicas) e de contexto profissional (título de especialização, área de especialização e anos de experiência profissional) e o HSOPSC – versão 1, criado pela AHRQ. Este instrumento tem um grande potencial para identificar os fatores determinantes da cultura de segurança, avaliar as opiniões que os profissionais têm acerca da segurança do doente, do erro e da notificação de eventos, orientando o investimento contínuo na segurança do doente⁽²¹⁾. A versão original foi traduzida, adaptada culturalmente e validada para Português de Portugal, envolvendo todos os profissionais de saúde de três hospitais (enfermeiros, médicos, auxiliares de ação médica, técnicos superiores, administrativos, técnicos de diagnóstico e terapêutica)⁽²²⁾. Neste estudo a população é constituída por enfermeiros portugueses, pelo que a avaliação psicométrica do instrumento é relevante para confirmar a qualidade de ajustamento do modelo, corroborando a estrutura interna do HSOPSC.

O HSOPSC engloba quarenta e dois itens, sob a forma de escala ordinal tipo *Likert* graduada em cinco níveis, de 1 (discordo fortemente ou nunca) a 5 (concordo fortemente ou sempre). O HSOPSC foi desenhado para avaliar 12 dimensões de cultura de segurança, recomendando os autores que para a

análise dos resultados sejam agrupadas estas mesmas dimensões em três dimensões maiores. As dimensões ao nível dos serviços/unidades compreendem: a dimensão 1-trabalho em equipa dentro das unidades (4 itens), a dimensão 2-expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do doente (4 itens), a dimensão 3-aprendizagem organizacional – melhoria continua (3 itens), a dimensão 4-apoio à segurança do doente pela gestão (3 itens), a dimensão 6-*feedback* e comunicação acerca do erro (3 itens), a dimensão 7-abertura na comunicação (3 itens), a dimensão 10-dotação de profissionais (4 itens) e a dimensão 12-resposta ao erro não punitiva (3 itens). As dimensões ao nível do hospital incluem a dimensão 9-trabalho em equipa entre unidades (4 itens) e a dimensão 11-transferências e transições (4 itens). As variáveis de resultados da cultura de segurança abrangem a dimensão 5-percepções gerais sobre a segurança do doente (4 itens) e a dimensão 8-frequência da notificação de eventos (3 itens). O questionário é constituído por duas variáveis de item único que são avaliadas separadamente, sem compor as dimensões (grau de segurança do doente e número de eventos notificados nos últimos 12 meses)⁽¹⁹⁾.

Coleta de dados

Os questionários foram entregues em formato papel aos enfermeiros com solicitação do consentimento informado, reforçando o carácter anónimo e confidencial do tratamento da informação. Realizaram-se várias visitas informais aos serviços para recolher os questionários, perceber dificuldades no seu preenchimento e promover a participação dos enfermeiros na investigação. A devolução dos questionários efetuou-se em envelope fechado separadamente do consentimento informado. Foram entregues um total de 620 questionários, sendo devolvidos 360, o que representa uma taxa de adesão de 58,0%, ultrapassando a meta mínima do investigador que seria de 50% se nos reportarmos aos critérios da AHRQ⁽¹⁹⁾.

Tratamento e análise dos dados

Para a análise e interpretação dos resultados do HSOPSC, seguiu-se a metodologia proposta no guia do utilizador da AHRQ⁽¹⁹⁾. Submeteram-se os itens formulados negativamente a uma inversão (A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9, F11). As autoras da escala recomendam que para facilitar a análise dos dados, os cinco níveis de resposta da escala ordinal tipo *Likert* fossem recodificados em 3 níveis de resposta (positiva, neutra, negativa). A percentagem de respostas positivas corresponde à combinação de participantes que

responderam “concordo fortemente” ou “concordo” ou “sempre” ou “a maioria das vezes”, dependendo das categorias de resposta usadas para o item. O nível considerado neutro é constituído pelo ponto médio da escala, correspondendo à combinação de respostas “não concordo nem discordo” ou “por vezes”. A percentagem de respostas negativas corresponde à combinação de participantes que responderam “discordo fortemente” ou “discordo” ou “nunca” ou “raramente”, dependendo das categorias de resposta usadas para o item. Os itens do instrumento foram agrupados em dimensões de cultura de segurança segundo a AHRQ. Calcularam-se as dimensões da cultura de segurança através da determinação do valor médio (não ponderado) das classificações dos itens por dimensão. A AHRQ considera que classificações positivas iguais ou superiores a 75%, designam dimensões que representam áreas fortes de cultura de segurança e valores médios de respostas positivas iguais ou inferiores a 50%, indiciam dimensões que representam áreas problemáticas. A percentagem de respostas positivas aos itens foi considerada dividindo o número de respostas positivas pelo número total de respostas (positivas, neutras, negativas)⁽²³⁾.

No que respeita aos itens de caracterização sociodemográfica e profissional, os dados foram analisados recorrendo à estatística descritiva, englobando um conjunto de medidas de tendência central e de dispersão. De forma a identificar os grupos que estatisticamente diferem entre si, utilizou-se o teste não paramétrico U de *Mann-Whitney*, considerando um erro de tipo I igual a 5%⁽²⁴⁾. A análise estatística dos dados utilizou o programa informático IBM® SPSS® *Statistics for Windows*, versão 27.0 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA).

Neste estudo, determinou-se a consistência interna dos itens através do coeficiente alfa de Cronbach tendo como referência valores superiores a 0,7 como boa consistência interna. Na análise do modelo fatorial, verificou-se a sensibilidade dos itens através de medidas de forma (assimetria e curtose) e de associação (correlação de Pearson), de acordo com o tipo de variável e a escala de medida. Efetuou-se a validade do constructo através da análise fatorial confirmatória (AFC) utilizando o software AMOS® 27 (*Analysis of Moment Structures*)⁽²⁵⁾. Considerou-se que valores absolutos de assimetria inferiores a 3 e valores de achatamento inferiores a 7, não comprometem a sensibilidade dos modelos⁽²⁶⁾. Como técnica adicional de verificação da qualidade de mensuração determinou-se a fiabilidade compósita (FC) e a variância extraída média (VEM) para cada uma das dimensões. Como valores de referência sugerem-se índices superiores a 0,70 para a FC, embora para investigações exploratórias possam ser

aceitáveis valores inferiores e para a VEM consideram-se valores superiores ou iguais a 0,50, indicadores de validade adequada podendo flexibilizar-se esse limite para 0,40⁽²⁷⁾.

Usaram-se como indicadores de qualidade de ajustamento global: a razão entre qui quadrado e graus de liberdade (χ^2/gf), considerando ajustamento perfeito se (χ^2/gf) for igual a 1, bom quando inferior a 2, aceitável inferior a 5. O índice de qualidade do ajuste GFI (*Goodness of Fit Index*) e o CFI (*Comparative Fit Index*) é considerado bom quando superior a 0.90. O RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), RMR (*Root Mean Residual*) e SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*), são considerados adequados quando inferiores a 0,08⁽²⁸⁾.

Aspetos éticos

O protocolo de investigação foi submetido e aprovado pela comissão de ética integrada na unidade de inovação e desenvolvimento – centro de ensaios clínicos e pelo conselho de administração do centro hospitalar e universitário da região centro de Portugal, tendo-se obtido autorização formal para a prossecução do estudo - Registo nº 8742/2017. Foi efetuado pedido de autorização à autora que efetuou a validação do HSOPSC para a população portuguesa.

Resultados

A amostra em estudo é constituída maioritariamente por enfermeiros do sexo feminino (82,8%), com uma média de idade de 42 anos. Na sua maioria, os enfermeiros são casados ou vivem em união de facto (63,6%). Predominantemente, os enfermeiros detêm como habilitações académicas a licenciatura em enfermagem (78,6%) e somente 38,3% possuem o título profissional de enfermeiro especialista. Destes, 50,4% detêm especialização em enfermagem de saúde materna e obstétrica (ESMO) e 49,6% especialização em outras áreas de enfermagem. Em média os enfermeiros possuem 19 anos de experiência profissional.

Avaliação das características psicométricas do instrumento HSOPSC

Foram testados todos os itens do HSOPSC recorrendo à AFC. Analisada a sensibilidade dos itens, observou-se que de uma forma geral, os valores absolutos de assimetria e curtose, não comprometem a realização da AFC^(26,28), já que em valores absolutos oscilam entre 0,069 e 1,253 para a assimetria e entre 0,048 e 2,13 para a curtose.

Quanto à validade relacionada com o constructo, a maioria dos itens possui saturações superiores a 0.50 com o fator que lhe corresponde, exceto os itens A16, A7, F4 e a fiabilidade individual dos itens assume índices superiores a 0.25, exceto no item A7, mas que se decidiram manter de acordo com a versão original do guia da AHRQ⁽¹⁹⁾.

Os índices de bondade de ajustamento global na primeira avaliação apresentam um bom ajuste para o: $\chi^2/gf=1,990$; RMR=0,053; SRMR=0,059 e RMSEA=0,053 e sofrível para o GFI=0,830; CFI=0,861. Procedeu-se à reespecificação do modelo, através dos índices de modificação propostos pelo programa AMOS, obtendo-se índices de ajustamento global indicadores de um modelo ajustado com valores de $\chi^2/gf=1,842$; RMR= 0,053 e SRMR=0,058 e RMSEA=0,048, mantendo-se sofríveis para GFI=0,844; CFI=0,882⁽²⁸⁾. Considerando que a maioria dos fatores apresentava valores correlacionais elevados, pressupõe-se que estas correlações sugerem a existência de um fator de 2ª ordem. Assim, propôs-se uma estrutura hierárquica com um fator de 2ª ordem que se designa por “cultura de segurança” (CS). Os valores de qualidade de ajustamento global mantêm-se com ligeiras diferenças face aos valores acima referidos: $\chi^2/gf=2,176$; RMR=0,064, SRMR=0,072, RMSEA=0,057, GFI=0,807; CFI= 0,824. Notamos que os índices configuram um bom ajustamento do modelo em relação a χ^2/gf , RMR, SRMR e RMSEA e sofrível para GFI e CFI, facto que poderá estar relacionado com o tamanho amostral⁽²⁸⁾. As dimensões que melhor explicam o constructo da cultura de segurança são as dimensões “aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, “perceções gerais sobre a segurança do doente”, “feedback e comunicação sobre o erro” e “abertura na comunicação”, conforme ilustrado pela Figura 1.

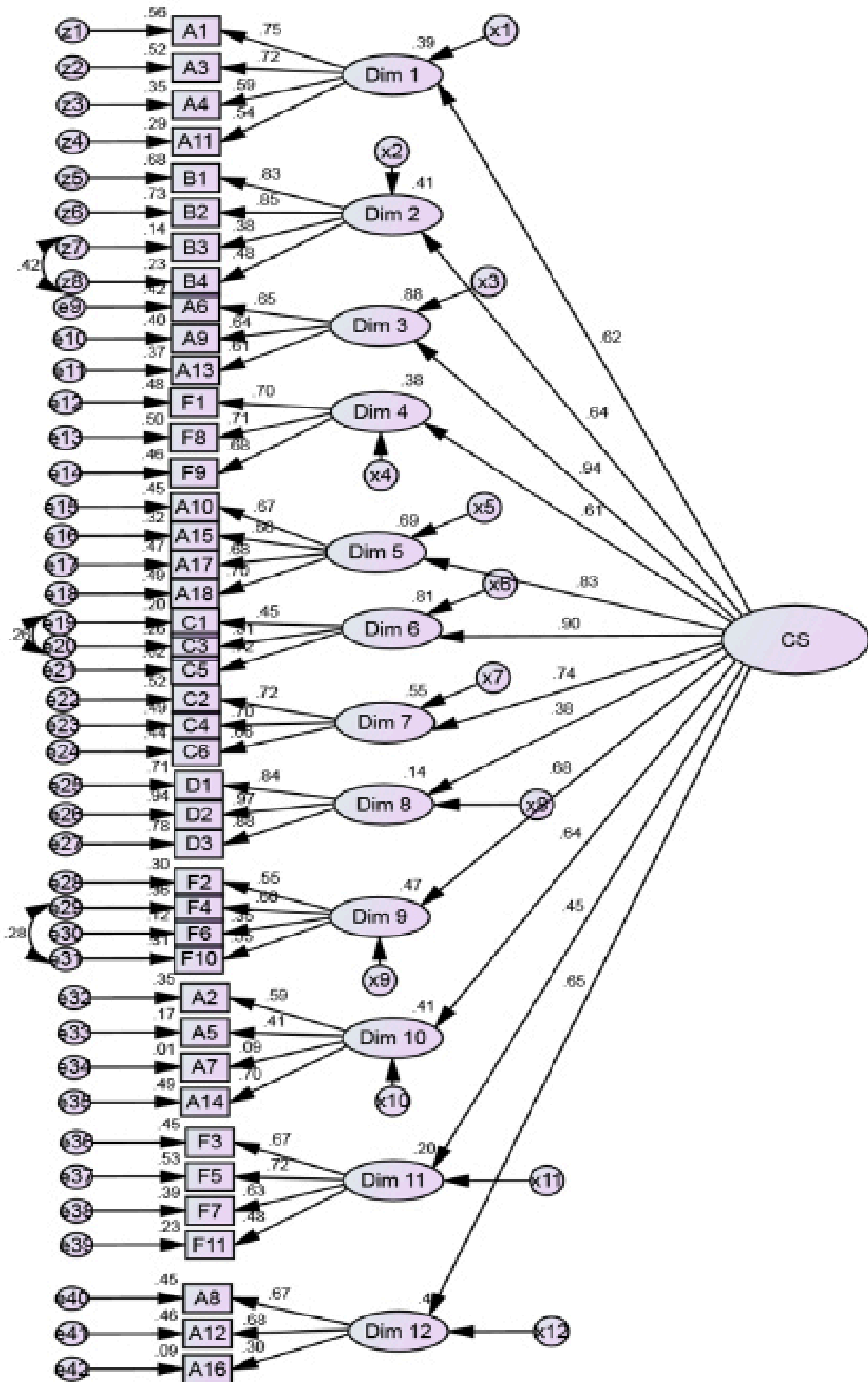


Figura 1 - Estrutura hierárquica de segunda ordem

Realizou-se a análise da fiabilidade ou consistência interna avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach (α). Com as doze dimensões da cultura de segurança observaram-se coeficientes a oscilarem entre 0,49 (fraca) e 0,93 (muita boa), valores muitos aproximados do estudo

de validação da escala em Portugal⁽²²⁾. O *score* global deste instrumento revelou uma boa consistência interna ($\alpha=0,832$)⁽²⁹⁻³⁰⁾. Constatou-se ainda que as dimensões em estudo não apresentam uma distribuição normal ($p>0,05$), conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Valores de alfa de Cronbach e estatísticas relativas às doze dimensões da cultura segurança do doente do instrumento HSOPSC* dos 360 enfermeiros. Coimbra, PT, Portugal, 2018-2019

	Nº itens	M [†] (±DP [‡])	α^{\S} estudo atual (2019)	α estudo Eiras et al. (2014)	valor p
<i>Dimensões ao nível dos serviços/unidades</i>					
Trabalho em equipa dentro das unidades	4	3,73 (±0,62)	0,73	0,73	0,001
Expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do doente	4	3,69 (±0,67)	0,75	0,72	0,001
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	3	3,53 (±0,64)	0,66	0,71	0,001
Apoio à segurança do doente pela gestão	3	2,87 (±0,76)	0,73	0,62	0,001
<i>Feedback</i> e comunicação acerca do erro	3	3,56 (±0,65)	0,64	0,76	0,001
Abertura na comunicação	3	3,47 (±0,70)	0,73	0,67	0,001
Dotação de profissionais	4	2,96 (±0,69)	0,49	0,48	0,001
Resposta ao erro não punitiva	3	2,86 (±0,69)	0,57	0,57	0,001
<i>Dimensões ao nível do hospital</i>					
Trabalho em equipa entre unidades	4	3,15 (±0,55)	0,61	0,69	0,001
Transferências e transições	4	3,35 (±0,65)	0,72	0,71	0,001
<i>Variáveis de resultados da cultura de segurança</i>					
Perceções gerais sobre a segurança do doente	4	3,22 (±0,78)	0,75	0,62	0,001
Frequência da notificação de eventos	3	2,67 (±1,02)	0,93	0,90	0,001
<i>Total de itens</i>	42		0,83	0,91	

*HSOPSC = *Hospital Survey on Patient Safety Culture*; †M = Média; ‡DP = Desvio Padrão; § α = Alfa de Cronbach; ||p = Teste de Kolmogorov-Smirnov (valor-p<0,001)

Os valores das variáveis da escala e as correlações entre as doze dimensões foram avaliadas pela Matriz de Correlação de Pearson. Os resultados obtidos indiciam dimensões positivas e significativamente correlacionadas, exceto a correlação entre a dimensão 8 com as dimensões 10, 11 e 12 cuja correlação não é significativa.

Caracterização da cultura de segurança pelos enfermeiros

Verificam-se dimensões com percentagens de respostas positivas que variam entre 22,6% e 70,5%.

Nenhuma das dimensões atingiu o score acima dos 75% conforme mencionado pelas autores da escala⁽²³⁾. As dimensões “trabalho em equipa dentro das unidades”, “expectativas do supervisor/gestor na promoção da segurança do doente” e “*feedback* e comunicação sobre o erro”, assumem percentagens positivas mais elevadas (entre 64,8% e 70,5%). Existem sete dimensões com percentagem de respostas positivas inferiores a 50%, conforme evidencia a Tabela 2.

Tabela 2 - Percentagem média de respostas negativas, neutras e positivas das dimensões da Cultura de Segurança do Doente dos 360 enfermeiros. Coimbra, PT, Portugal, 2018-2019

Dimensões da cultura de segurança do doente	% média de respostas negativas	% média de respostas neutras	% média de respostas positivas
<i>Dimensões ao nível dos serviços/unidades</i>			
Trabalho em equipa dentro das unidades	9,8	19,7	70,5
Expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do doente	11,0	23,8	65,2
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	11,5	31,2	57,3
Apoio à segurança do doente pela gestão	35,9	36,3	27,8
<i>Feedback</i> e comunicação sobre o erro	13,7	21,5	64,8
Abertura na comunicação	16,0	26,3	57,7
Dotação de profissionais	39,6	23,3	37,1
Resposta ao erro não punitiva	39,5	33,9	26,6
<i>Dimensões ao nível do hospital</i>			
Trabalho em equipa entre unidades	26,0	40,9	33,1
Transferências e transições hospitalares	19,5	31,4	49,1
<i>Variáveis de resultados da cultura de segurança</i>			
Perceções gerais sobre a segurança do doente	26,6	27,5	45,9
Frequência da notificação de eventos	45,3	32,1	22,6

No que respeita à avaliação do grau de segurança do doente no serviço/unidade, apurou-se que 50,8% dos enfermeiros o consideraram como *aceitável*, 36,9% como *muito bom*, 10,5% consideram como *fraco* ou *muito fraco* e 1,7 % como *excelente*.

Quanto à frequência de notificação de eventos, verificou-se que a maioria dos enfermeiros (79,4%), não fez nenhuma notificação de eventos nos últimos 12 meses. A notificação de 3 a 5 eventos foi efetuada por 10,6% dos participantes e 8,9% dos enfermeiros notificaram somente 1 a 2 eventos.

Relação entre variáveis sociodemográficas e profissionais e as dimensões da cultura de segurança do doente

Quanto às variáveis sociodemográficas, não se registaram diferenças estatísticas significativas entre

a variável sexo face às dimensões de cultura de segurança. No entanto, se considerarmos o nível de significância de 10% ($p < 0.10$), podemos considerar que os resultados são marginalmente significativos⁽²⁷⁾. Para a dimensão 10, os enfermeiros do sexo masculino apresentam as ordenações médias mais elevadas. No que respeita ao escalão etário, foram encontradas significâncias estatísticas nas dimensões 2, 3, 5 e 11, verificando-se que as ordenações médias são superiores nos enfermeiros que possuem 40 ou mais anos de idade. As habilitações académicas têm influência nas dimensões 3, 5, 6 e 8, sendo os enfermeiros que possuem bacharelato/licenciatura os que apresentam as ordenações médias mais elevadas, conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Associação das variáveis sociodemográficas (sexo, escalão etário, habilitações académicas) dos enfermeiros (n=360), com as dimensões da cultura de segurança do doente. Coimbra, PT, Portugal, 2018-2019

Variável	Sexo		Escalão etário			Habilitações Académicas			
	Feminino	Masculino	valor-p [*]	< 40 anos	=> 40 anos	valor-p [*]	B/L [†]	M/D [‡]	valor-p [*]
	Ordenação média			Ordenação média			Ordenação média		
Dim. 1 [§]	180,8	179,0	0,897	171,3	188,3	0,118	183,5	166,8	0,242
Dim. 2	178,8	188,6	0,496	166,1	192,7	0,015	182,6	170,7	0,402
Dim. 3 [¶]	181,5	175,6	0,679	167,0	191,9	0,022	186,9	150,8	0,011
Dim. 4 ^{**}	180,7	179,8	0,95	171,9	187,8	0,147	180,0	182,9	0,839
Dim. 5 ^{††}	180,2	182,2	0,889	164,0	194,4	0,005	187,3	149,1	0,007
Dim. 6 ^{‡‡}	180,0	182,9	0,835	172,3	187,5	0,157	189,1	140,7	0,001
Dim. 7 ^{§§}	179,5	185,4	0,676	181,1	180,0	0,918	180,6	180,1	0,971
Dim. 8	179,7	184,4	0,741	175,9	184,4	0,432	188,3	144,5	0,002
Dim. 9 ^{¶¶}	178,7	189,3	0,46	173,0	186,9	0,202	184,7	161,2	0,099
Dim. 10 ^{***}	175,7	203,7	0,052	170,2	189,2	0,081	184,7	160,9	0,095
Dim. 11 ^{†††}	181,0	178,2	0,844	167,0	191,9	0,022	181,8	174,4	0,603
Dim. 12 ^{‡‡‡}	179,5	185,3	0,686	181,3	179,8	0,892	177,5	194,6	0,227

*Teste de Mann-Whitney, valor $p < 0,05$; †B/L = Bacharelato/Licenciatura; ‡M/D = Mestrado/Doutoramento; §Dim. 1 = Trabalho em equipa dentro das unidades; ||Dim. 2 = Expetativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do doente; ¶Dim. 3 = Aprendizagem organizacional - melhoria contínua; **Dim. 4 = Apoio à segurança do doente pela gestão; ††Dim. 5 = Perceções gerais sobre a segurança do doente; ‡‡Dim. 6 = *Feedback* e comunicação acerca do erro; §§Dim. 7 = Abertura na comunicação; |||Dim. 8 = Frequência da notificação de eventos; ¶¶Dim. 9 = Trabalho em equipa entre unidades; ***Dim. 10 = Dotação de profissionais; †††Dim. 11 = Transferências e transições; ‡‡‡Dim. 12 = Resposta ao erro não punitiva

Relativamente às variáveis profissionais, identificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões 3, 5 e 8, no que respeita à existência do título de especialização, verificando-se que as ordenações médias são superiores nos enfermeiros que não possuem título de especialização. Em relação à área de especialização, constatou-se a existência de significância estatística nas dimensões 2, 4 e 12, sendo os enfermeiros que possuem a especialidade em ESMO,

os que apresentam as ordenações médias inferiores nestas dimensões em relação aos enfermeiros de outras áreas de especialização em enfermagem. A experiência profissional tem influência significativa sobre as dimensões 2, 4, 3 e 5. Os enfermeiros com mais de 20 anos de experiência profissional possuem ordenações médias mais elevadas nas dimensões referidas anteriormente do que enfermeiros com menos anos de experiência profissional, conforme a Tabela 4.

Tabela 4 – Associação das variáveis profissionais (título de especialização, área de especialização, experiência profissional) dos enfermeiros (n=360), com as dimensões da cultura de segurança do doente. Coimbra, PT, Portugal, 2018-2019

Variável	Título de especialização		Área de especialização			Experiência profissional			
	Não	Sim	valor-p [*]	†ESMO	Outra área	valor-p [*]	<= 20 anos	> 20 anos	valor-p [*]
	Ordenação média			Ordenação média			Ordenação média		
Dim. 1 [‡]	176,5	186,9	0,353	74,1	65,8	0,217	179,6	181,8	0,841
Dim. 2 [§]	180,5	180,6	0,995	62,7	77,4	0,03	170,2	194,7	0,026
Dim. 3	191,3	163,4	0,012	65,9	74,1	0,222	168,1	197,7	0,007
Dim. 4 [¶]	178,8	183,3	0,688	57,9	82,3	0,001	170,4	194,5	0,028
Dim. 5 ^{**}	191,6	162,8	0,01	65,9	74,1	0,228	167,3	198,8	0,004
Dim. 6 ^{††}	187,4	169,6	0,106	65,6	74,4	0,191	173,0	190,9	0,099

(continua na próxima página...)

Variável	Título de especialização			Área de especialização			Experiência profissional		
	Não	Sim	valor-p'	ESMO	Outra área	valor-p'	<= 20 anos	> 20 anos	valor-p'
	Ordenação média			Ordenação média			Ordenação média		
Dim. 7 ^{††}	178,1	184,4	0,572	67,9	72,2	0,525	176,1	186,6	0,334
Dim. 8 ^{§§}	195,2	157,2	0,001	67,0	73,0	0,371	174,8	188,5	0,213
Dim. 9	178,1	184,4	0,573	74,7	65,3	0,165	175,0	188,1	0,236
Dim.10 ^{***}	179,3	182,4	0,778	66,1	74,0	0,247	171,8	192,6	0,059
Dim.11 ^{†††}	172,5	193,2	0,063	71,1	68,9	0,743	173,6	190,1	0,134
Dim.12 ^{†††}	178,7	183,4	0,675	56,7	83,5	0,001	178,3	183,6	0,629

*Teste de Mann-Whitney, valor $p < 0,05$; †Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; †Dim. 1 = Trabalho em equipa dentro das unidades; §Dim. 2 = Expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do doente; ||Dim. 3 = Aprendizagem organizacional - melhoria contínua; ¶Dim. 4 = Apoio à segurança do doente pela gestão; **Dim. 5 = Perceções gerais sobre a segurança do doente; ††Dim. 6 = *Feedback* e comunicação acerca do erro; †††Dim. 7 = Abertura na comunicação; §§Dim. 8 = Frequência da notificação de eventos; ||||Dim. 9 = Trabalho em equipa entre unidades; ***Dim. 10 = Dotação de profissionais; ††††Dim. 11 = Transferências e transições; ††††Dim. 12 = Resposta ao erro não punitiva

Discussão

Os resultados apontam para um instrumento de medição da cultura de segurança com uma confiabilidade satisfatória, com um alfa de Cronbach global de 0,83. A "dotação profissional" e a "resposta não punitiva" foram as dimensões com uma reduzida confiabilidade tal como ocorreu no estudo de validação da escala⁽²²⁾. A validade do constructo foi considerada adequada e todas as dimensões se correlacionaram positivamente. A qualidade de ajustamento global do modelo é aceitável, mantendo-se a estrutura multidimensional do questionário inicial o que não prejudica a comparabilidade com outros estudos.

No presente estudo, verificou-se maior prevalência de enfermeiros do sexo feminino (82,8%), dado corroborado por outros estudos, em que a taxa feminização é elevada nos profissionais de enfermagem e noutros profissionais de saúde⁽³¹⁻³²⁾.

Apurou-se que nenhuma das doze dimensões de cultura de segurança atingiu a percentagem de respostas positivas para ser considerada como uma dimensão forte da cultura de segurança do doente⁽²³⁾. Todas as dimensões apresentam resultados abaixo da percentagem média positiva comparativamente aos resultados das dimensões do Banco de Dados de Pesquisa Hospitalar da AHRQ⁽⁴⁾. Contudo, os resultados deste estudo, são bastante semelhantes aos obtidos na avaliação da cultura de segurança a nível nacional e na região centro de Portugal⁽⁸⁾.

O "trabalho em equipa" dentro das unidades foi a dimensão que obteve melhores resultados (71%), corroborados em outros estudos⁽³³⁻³⁵⁾, sugerindo que esta dimensão possa ser um fator potenciador de uma cultura de segurança⁽³⁶⁾. Uma boa interação entre as equipas, o apoio mútuo e respeito, geram um impacto

positivo nos cuidados de enfermagem⁽³⁷⁾. No entanto, o trabalho em equipa entre unidades constituiu-se como uma área frágil (33%), em consonância com a literatura internacional⁽³⁸⁻⁴⁰⁾, que refere a existência de falta de apoio e coordenação entre departamentos.

As expectativas e ações do supervisor/gestor para a promoção da segurança do paciente, evidenciaram uma média positiva de 65%, o que permite presumir que os enfermeiros reconhecem o papel do supervisor na promoção da segurança do doente. Encontram-se resultados semelhante em estudos internacionais⁽⁴¹⁻⁴³⁾, que comprovam que a liderança promove uma cultura de aprendizagem e sensibiliza os colaboradores. A cultura organizacional correlaciona-se positivamente com o comportamento do líder, pela sua influência no desenvolvimento de comportamentos, valores e crenças dos seus colaboradores⁽¹³⁾. Esta premissa é notada também nos resultados da dimensão *feedback* e comunicação sobre o erro (65%), resultados evidenciados em alguns estudos^(36,42-43), constatando-se que os profissionais são informados acerca dos erros que acontecem e discutem abertamente formas de os prevenir. Apesar de tudo, é importante continuar a investir na abertura na comunicação, uma dimensão que obteve somente uma média positiva de 58%, valor certificado por outros estudos internacionais^(33,35,44), e que compreende uma cultura de comunicação entre diferentes níveis hierárquicos. Aperfeiçoar os processos de trabalho através de uma comunicação efetiva é uma ferramenta importante para prevenção do erro e deve ser incentivada para a obtenção da qualidade dos cuidados⁽³³⁾. Nesta dimensão, destaca-se um dos itens "os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente", o que permite deduzir que os enfermeiros possuem um elevado sentido de

responsabilidade relativamente à segurança do doente, não ignorando os problemas existentes.

Apesar desta abertura da comunicação e do *feedback*, os enfermeiros continuam a ser relutantes às notificações de eventos. A dimensão “frequência de notificação” tem uma avaliação positiva média significativamente baixa (23%), tal como ocorre em estudos nacionais e internacionais^(8,45). Este resultado compreende-se pelo elevado número de profissionais deste estudo que não notificaram ocorrências nos últimos 12 meses. Também num estudo internacional metade dos profissionais de saúde nunca reportaram incidentes relacionados com a segurança do doente durante o último ano⁽⁴⁶⁾. A constatação do erro e sua notificação imediata são cruciais para a implementação de intervenções e medidas preventivas, a fim de reduzir os danos causados⁽⁴⁰⁾. Os principais motivos relatados pelos profissionais de saúde para não realizarem as notificações prendem-se com a pressão por parte dos gestores, a sobrecarga de trabalho, o esquecimento, a desvalorização do erro, a falta de conhecimento sobre como realizar a notificação e a falta de *feedback* das notificações efetuadas⁽⁴⁷⁾. A subnotificação está frequentemente relacionada com a dimensão “resposta ao erro não punitiva”, que obteve também uma das médias positivas baixas (27%), à semelhança de estudos conduzidos em outros países^(36,43,48). A reduzida frequência de notificação de eventos adversos poderá sugerir uma cultura punitiva, que ainda se mantém presente nalgumas organizações de saúde⁽⁴³⁾. Esta situação prende-se também com o facto de que o sistema de notificação em Portugal, mesmo considerado anónimo, não salvaguarda a não identificação dos profissionais. Enquanto não existir uma regulamentação legal dos sistemas de incidentes em Portugal, que assegurem a confidencialidade e não punibilidade das notificações, a notificação de um evento adverso pode ser utilizada como prova num processo judicial e desta forma a subnotificação irá continuar a ser uma realidade, impedindo a aprendizagem organizacional⁽⁴⁹⁾.

Os enfermeiros consideram que uma cultura de aprendizagem onde os erros conduzem a mudanças positivas é fundamental, destacando a dimensão aprendizagem organizacional-melhoria contínua com uma média positiva de 57%, resultados identificados em outros estudos^(37,40,44,50), em que atividades de monitorização da cultura e *feedback* sobre os resultados de segurança reforçam os processos de competência dos profissionais.

A perceção geral sobre a segurança do doente apresenta uma média positiva de 46%, muito próxima dos resultados de estudos internacionais^(36,43,44,51). Os enfermeiros têm a perceção da natureza do alto risco das organizações de saúde que leva à ocorrência de incidentes resultantes de uma sequência de fatores

sistémicos, que incluem as estratégias da organização, a cultura, as práticas de trabalho, prevenção de riscos⁽¹³⁾, por isso consideram que gestão hospitalar deve ter como prioridade a segurança do paciente. No entanto, a dimensão apoio à segurança do doente pela gestão, obteve uma média positiva de 28%, deixando transparecer que os enfermeiros consideram que permanece pouco comprometimento e apoio da direção hospitalar, dados semelhantes a outros estudos⁽⁵²⁻⁵³⁾, em que a gestão do hospital não proporciona um ambiente de confiança e de motivação no local de trabalho. Também a dimensão dotação de profissionais, foi considerada uma área frágil na avaliação de cultura de segurança, com uma média positiva baixa (37%), valor também reduzido em vários hospitais internacionais^(36,44). A maioria dos enfermeiros num hospital da Suécia mencionaram que o trabalho era efetuado frequentemente com redução de pessoal, originando fadiga e esgotamento que se repercutia na qualidade da assistência ao doente⁽³⁶⁾. A dimensão transferências e transições hospitalares atingiu uma média positiva de 49%, que se encontra em consonância com outros estudos^(33,44-45), evidenciando uma área da cultura de segurança que também necessita de melhoria. Com a fragmentação dos sistemas de saúde, os enfermeiros vêm-se confrontados com um aumento das transferências de cuidados, logo uma maior probabilidade de falhas na comunicação.

A partir dos resultados encontrados, verifica-se que o sexo, apenas tem poder explicativo sobre a cultura de segurança do doente, no que se refere à dimensão “dotação de profissionais”, o que permite inferir que os profissionais de enfermagem do sexo masculino aparentam ter uma perceção mais positiva da cultura de segurança no que respeita a esta dimensão. Encontraram-se divergências num estudo⁽¹⁰⁾, que refere que os profissionais de enfermagem do sexo feminino revelaram uma maior cultura de segurança.

Neste estudo, tanto os enfermeiros com mais de 20 anos de experiência profissional, como os enfermeiros com 40 ou mais anos de idade, manifestam uma perceção mais positiva da cultura de segurança nas dimensões “expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do doente”, “aprendizagem organizacional - melhoria contínua” e “perceções gerais sobre a segurança do doente”. De acordo com a literatura internacional, verificou-se que os enfermeiros mais velhos tiveram uma melhor perceção da segurança do paciente do que os enfermeiros mais jovens, à medida que os anos de experiência dos enfermeiros aumentavam, a perceção geral da segurança do paciente aumentava progressivamente⁽¹¹⁾. Constatou-se que os enfermeiros com idades entre 40 e 60 anos possuem uma visão mais positiva da cultura de segurança do doente, tendo uma

melhor compreensão das necessidades do doente⁽⁴⁶⁾. Estes resultados poderão estar relacionados com o facto de os profissionais mais experientes serem mais propensos a detetar riscos e a sentirem-se mais confiantes em revelar as suas verdadeiras percepções⁽⁴⁰⁾. Também num hospital universitário brasileiro, a maior idade e tempo de experiência profissional foram associados a maiores percepções da cultura de segurança do paciente nas dimensões “expectativas do supervisor/gestor e ações de promoção da segurança do paciente”, “aprendizagem organizacional e melhoria contínua”⁽⁵³⁾. Apurou-se que os enfermeiros com o Bacharelato/Licenciatura assim como os enfermeiros sem o título de especialista, evidenciam uma percepção mais positiva da cultura de segurança nas dimensões “aprendizagem organizacional - melhoria contínua”, percepções gerais sobre a segurança do doente” e “frequência da notificação de eventos”. Os resultados também demonstraram que os enfermeiros com o nível académico de Bacharelato/Licenciatura evidenciam uma percepção mais positiva da cultura de segurança no que respeita à dimensão “feedback e comunicação acerca do erro”. Estes dados sugerem que os enfermeiros com menor nível académico estão dispostos a melhorar o seu conhecimento, pretendendo mais diferenciação dos conteúdos no âmbito da segurança do doente. Um estudo revelou que a dimensão “frequência dos eventos notificados” foi significativamente diferente de acordo com as habilitações académicas, sendo inversamente proporcional à escolaridade⁽⁵³⁾. No entanto, encontraram-se dados que revelam que os profissionais de saúde com o grau académico de mestrado, com um melhor status educacional, apresentavam pontuações de cultura de segurança do doente mais elevadas relativamente aos que possuem como habilitações académicas o bacharelato⁽¹⁰⁾.

Os enfermeiros de outras áreas de especialização de enfermagem manifestaram uma percepção mais positiva da cultura de segurança nas dimensões “expectativas e ações do supervisor/gestor na promoção da segurança do doente”, “apoio à segurança do doente pela gestão” e “resposta ao erro não punitiva” se comparados aos enfermeiros das áreas de ESMO. Os resultados desta dimensão sugerem que os enfermeiros ESMO, sentem que existem fragilidades no que toca ao apoio do gestor e da direção do hospital na promoção da segurança dos doentes. Constataram-se divergências num estudo encontrado⁽⁵⁴⁾, que refere que os enfermeiros do serviço materno-infantil revelaram aspectos de cultura de segurança mais fortes do que os serviços da clínica médica e da clínica cirúrgica.

Como limitações do presente estudo identifica-se o facto de a amostra não ser probabilística o que condiciona a representatividade dos dados, impossibilitando a extrapolação dos resultados a outras amostras. A

avaliação da cultura de segurança poderá incluir o uso de métodos qualitativos para possibilitar uma compreensão mais profunda das percepções dos enfermeiros e fornecer *insights* sobre áreas de melhoria. Apesar das limitações expostas, este estudo traz contribuições importantes para o conhecimento sobre a cultura de segurança do doente que servirão de base de trabalho para desenvolver ações que garantam uma assistência de enfermagem segura nas instituições de saúde. Este estudo forneceu dados importantes que poderão servir para discussão do tema nos planos de estudos da licenciatura em enfermagem, nos mestrados e pós-graduações em enfermagem.

Conclusão

As características psicométricas do HSOPSC permitem assegurar que este instrumento é uma ferramenta que possibilita avaliar de forma consistente a cultura de segurança do doente, fornecendo uma estrutura adequada para o que se pretende medir.

A cultura de segurança do doente na perspetiva dos enfermeiros, foi avaliada contendo dimensões com valores próximos de poderem ser consideradas potenciadoras de uma cultura de segurança positiva (trabalho em equipa dentro das unidades, expectativas e ações do supervisor/gestor e feedback e comunicação sobre o erro). As dimensões aprendizagem organizacional - melhoria contínua, abertura na comunicação, transferências e transições hospitalares, percepções gerais sobre a segurança do doente são também valorizadas positivamente, mas devem ser alvo de alguma intervenção para que possam ser consideradas como aspetos fortes da cultura de segurança. Por outro lado, apurou-se a existência de cinco dimensões consideradas como problemáticas, com necessidade de intervenção prioritária (resposta ao erro não punitiva, frequência da notificação de eventos, apoio à segurança pela gestão, dotação de profissionais e trabalho em equipa entre unidades). As múltiplas dimensões têm a capacidade de se influenciar mutuamente e são também influenciadas pela idade, experiência profissional e habilitações académicas.

Este estudo revela que é essencial avaliar continuamente a cultura de segurança para diagnosticar áreas de melhoria de forma a promover a qualidade e segurança do cuidado ao doente. Os dados do estudo expõem áreas frágeis de uma das instituições de saúde em Portugal, cenário idêntico a nível nacional e internacional, e que comprometem a direção hospitalar, gestores e líderes com o estabelecimento de abordagens e métodos de melhoria para reduzir o impacto na segurança dos doentes. Sugerem-se intervenções nas dimensões consideradas mais frágeis, de forma a proporcionar um ambiente da prática clínica com uma maior cooperação

entre as unidades hospitalares, com dotações adequadas das equipas, aperfeiçoando o *feedback* das informações e incentivando a notificação de eventos para promover cuidados de saúde mais seguros para os doentes e profissionais de saúde.

Referências

- Ramos S, Sales L, Barroso F. Segurança do doente: princípios e conceitos. In: Barroso F, Sales L, Ramos S, editors. Guia prático para a segurança do doente. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda; 2021. p. 3-10.
- World Health Organization. Global Patient Safety action Plan 2021–2030 towards Zero Patient Harm in Health Care [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 Sep 13]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf?sfvrsn=9b1552d2_4
- Sousa P, Paiva SG, Lobão MJ, Van-Innis AL, Pereira C, Fonseca V. Contributions to the Portuguese National Plan for Patient Safety 2021-2026: A Robust Methodology Based on the Mixed-Method Approach. *Port J Public Heal.* 2021;39(3):175-92. <https://doi.org/10.1159/000521722>
- Famolaro T, Hare R, Yount N, Fan L, Liu H, Sorra J. Surveys on patient safety culture - hospital survey 1.0: 2021 user database report [Internet]. Rockville, MD: Agency of Healthcare Research in Quality; 2021 [cited 2021 Sep 13]. Available from: [tps://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hsops1-database-report-part-I.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hsops1-database-report-part-I.pdf)
- Churrua K, Ellis LA, Pomare C, Hogden A, Bierbaum M, Long JC, et al. Dimensions of safety culture: A systematic review of quantitative, qualitative and mixed methods for assessing safety culture in hospitals. *BMJ Open.* 2021;11(7):1-13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043982>
- Flott K, Fontana G, Darzi A. The Global State of Patient Safety [Internet]. London: Imperial College London; 2019 [cited 2021 Sep 13]. Available from: [https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/GlobalStateofPS_DIGITAL_16Sep19\[2\].pdf](https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/GlobalStateofPS_DIGITAL_16Sep19[2].pdf)
- Campione J, Famolaro T. Promising Practices for Improving Hospital Patient Safety Culture. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2018;44(1):23-32. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.09.001>
- Eiras M. Cultura de segurança do doente: novos desafios para uma mudança de paradigma. In: Barroso F, Sales L, Ramos S, editors. Guia prático para a segurança do doente. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda; 2021. p. 41-50.
- Sousa-Uva A, Serranheira F. Saúde do trabalhador, ergonomia e segurança do paciente. In: Sousa, P, Mendes W, organizators. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras [Internet]. 2ª ed. Rio de Janeiro: CDEADE, ENSP, Editora Fiocruz; 2019 [cited 2021 Sep 13]. p. 115-38. Available from: <https://books.scielo.org/id/bskw2/pdf/sousa-9788575416426.pdf>
- Ayisa A, Getahun Y, Yesuf N. Patient safety culture and associated factors among health-care providers in the university of gondar comprehensive specialized hospital, northwest ethiopia. *Drug Healthc Patient Saf.* 2021;13:141-50. <https://doi.org/10.2147/DHPS.S291012>
- Kakemam E, Albelbeisi AH, Davoodabadi S, Ghafari M, Dehghandar Z, Raeissi P. Patient safety culture in Iranian teaching hospitals: baseline assessment, opportunities for improvement and benchmarking. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07774-0>
- Fragata J, Sousa P, Santos R. Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In: Sousa, P, Mendes W, organizators. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2ª ed. Rio de Janeiro: CDEADE, ENSP, Editora Fiocruz; 2019. p. 17–36. Available from: <https://books.scielo.org/id/bskw2/pdf/sousa-9788575416426.pdf>
- Reis CT. Cultura de segurança em organizações de saúde. In: Sousa, P, Mendes W, editors. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2ª ed. Rio de Janeiro: CDEADE, ENSP, Editora Fiocruz; 2019 [cited 2021 Sep 13]. p. 75-99. Available from: <https://books.scielo.org/id/bskw2/pdf/sousa-9788575416426.pdf>
- Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de Enfermagem. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
- Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na Psicologia e na Educacao. 5ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2013.
- Price LR. Psychometric Methods: theory into practice. New York: The Guilford Press; 2017.
- Mokkink LB, Prinsen CA, Patrick D, Alonso J, Bouter LM, de Vet HC, et al. COSMIN Study Design checklist for Patient-reported outcome measurement instruments [Internet]. 2019 [cited 2021 Sep 13]. Available from: https://www.cosmin.nl/wp-content/uploads/COSMIN-study-designing-checklist_final.pdf
- Vandenbroucke JP, von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and elaboration. *Int J Surg.* 2014;12(12):1500-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.014>
- Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. Hospital survey on patient safety culture: user's guide. [Internet]. Rockville, MD: Agency of Healthcare Research in Quality; 2018 [cited 2021 Sep 13]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf>

20. Almeida L, Freire T. Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. 5ª ed. Braga: Psiquilibrios Edições; 2017.
21. EUNetPaS. Use of patient safety culture instruments and recommendations [Internet]. 2010 [cited 2021 Sep 21]. Available from: https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/2007109/2007109_eunetpas-report-use-of-psci-and-recommendations-april-8-2010.pdf
22. Eiras M, Escoval A, Grillo IM, Silva-Fortes C. The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. *Int J Health Care Qual Assur* [Internet]. 2014 [cited 2021 Sep 13];27(2):111-22. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2012-0072>
23. Sorra J, Nieva V. Hospital survey on patient safety culture [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004 [cited 2021 Sep 13]. Available from: [https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User guide HSOPSC.pdf](https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf)
24. Marôco J. Análise estatística com o SPSS statistics. 7ª ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber; 2018.
25. Arbuckle JL. Amos (Version 27.0) [Computer Program]. Chicago: IBM SPSS; 2014.
26. Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. 4th ed. New York: The Guilford Press; 2016.
27. Marôco J. Análise estatística com o SPSS Statistics. 8ª ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber; 2021.
28. Marôco J. Análise de equações estruturais : fundamentos teóricos, software & aplicações. 3ª ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber; 2021.
29. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS. 6ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2014.
30. Hill MM. Investigação por questionário. 2ª edição. Lisboa: Edições Sílabo; 2016.
31. Pérez-Sánchez S, Madueño SE, Montaner J. Gender Gap in the Leadership of Health Institutions: The Influence of Hospital-Level Factors. *Health Equity*. 2021;5(1):521-5. <https://doi.org/10.1089/health.2021.0013>
32. Kearns T, Mahon P. How to attain gender equality in nursing- an essay. *BMJ*. 2021;373:14-7. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1232>
33. Madalozzo MM, Lucas JIP, Kanan LA, Marcon SRA, Souza AS, Michelin FT, et al. Culture of patient safety in an accredited high complexity hospital. *Res Soc Dev*. 2021;10(6):e55510616113. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16113>
34. Granel N, Manresa-Domínguez JM, Watson CE, Gómez-Ibáñez R, Bernabeu-Tamayo MD. Nurses' perceptions of patient safety culture: A mixed-methods study. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05441-w>
35. Lee SE, Dahinten VS. The Enabling, Enacting, and Elaborating Factors of Safety Culture Associated With Patient Safety: A Multilevel Analysis. *J Nurs Scholarsh*. 2020;52(5):544-52. <https://doi.org/10.1111/jnu.12585>
36. Granel-Giménez N, Palmieri PA, Watson-Badia CE, Gómez-Ibáñez R, Leyva-Moral JM, Bernabeu-Tamayo MD. Patient Safety Culture in European Hospitals: A Comparative Mixed Methods Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph19020939>
37. Campelo CL, Nunes FDO, Silva LDC, Guimarães LF, Sousa SMA, Paiva SS. Patient safety culture among nursing professionals in the intensive care environment. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;1-8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016403754>
38. Calvache JA, Benavides E, Echeverry S, Agredo F, Stolker RJ, Klimek M. Psychometric Properties of the Latin American Spanish Version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture Questionnaire in the Surgical Setting. *J Patient Saf*. 2021;17(8):e1806-13. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000644>
39. Tlili MA, Aouicha W, Sahli J, Zedini C, Ben Dhiab M, Chelbi S, et al. A baseline assessment of patient safety culture and its associated factors from the perspective of critical care nurses: Results from 10 hospitals. *Aust Crit Care*. 2021;34(4):363-9. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.09.004>
40. Abreu IM, Rocha RC, Avelino FVSD, Guimarães DBO, Nogueira LT, Madeira MZA. Patient safety culture at a surgical center: the nursing perception. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe):e20180198. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>
41. Andrade LEL, Lopes JM, Souza MCM Filho, Vieira RF Júnior, Farias LPC, Santos CCM, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(1):161-72. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>
42. Cho SM, Choi JS. Patient Safety Culture Associated With Patient Safety Competencies Among Registered Nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2018;50(5):549-57. <https://doi.org/10.1111/jnu.12413>
43. Sanchis DZ, Haddad MCFL, Giroto E, Silva AMR. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20190174. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>
44. Rocha RC, Abreu IM, Carvalho REFL, Rocha SS, Madeira MZDA, Avelino FVSD. Patient Safety Culture in Surgical Centers: Nursing Perspectives. *Rev Esc Enferm*. 2021;55:1-9. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020034003774>
45. 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*. 2018;50(4):422-31. <https://doi.org/10.1111/jnu.12394>
46. Azyabi A, Karwowski W, Davahli MR. Assessing Patient Safety Culture in Hospital Settings. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph18052466>
47. Alves MFT, Carvalho DS, Albuquerque GSC. Barriers to patient safety incident reporting by Brazilian health professionals: An integrative review. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(8):2895-908. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>
48. Magalhães EV, Paiva FO, Alves MES, Almeida MC. Cultura de segurança do paciente entre profissionais de Enfermagem em um hospital filantrópico de Minas Gerais. *Rev Cuidarte*. 2021;12(3):e1990. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1990>
49. Bruno P. Segurança do doente e o direito. In: Barroso F, Sales L, Ramos S, editors. *Guia prático para a segurança do doente*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda; 2021. p. 97-106.
50. Galvão TF, Lopes MCC, Oliva CCC, Almeida MEA, Silva MT. Patient safety culture in a university hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>
51. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de Segurança do Paciente: Avaliação Pelos Profissionais De Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(3):1-9. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>
52. Notaro KAM, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK, Manzo BF. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>
53. Okuyama JHH, Galvão TF, Crozatti MTL, Silva MT. Health professionals' perception of patient safety culture in a university hospital in São Paulo: A cross-sectional study applying the hospital survey on patient safety culture. *Sao Paulo Med J*. 2019;137(3):216-22. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0430140319>
54. Fassarella CS, Silva LD, Camerini FG, Figueiredo MCAB. Nurse safety culture in the services of a university hospital. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):767-73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0376>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Cláudia Patrícia da Costa Brás, Manuela Maria Conceição Ferreira, Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo, João Carvalho Duarte.

Obtenção de dados: Cláudia Patrícia da Costa Brás.

Análise e interpretação dos dados: Cláudia Patrícia da Costa Brás, Manuela Maria Conceição Ferreira, Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo, João Carvalho Duarte.

Análise estatística: Cláudia Patrícia da Costa Brás, Manuela Maria Conceição Ferreira, Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo, João Carvalho Duarte.

Redação do manuscrito: Cláudia Patrícia da Costa Brás.

Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Cláudia Patrícia da Costa Brás, Manuela Maria Conceição Ferreira, Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo, João Carvalho Duarte.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 09.05.2022


Aceito: 07.09.2022

Editora Associada:
Andrea Bernardes

Autor correspondente:

Cláudia Patrícia da Costa Brás

E-mail: claudiabras@esenfc.pt

 <https://orcid.org/0000-0001-8990-1187>

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.