

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Natalia Cunha Bandeira¹, Simone Perufe Opitz², Suleima Pedroza Vasconcelos³, Marcos Vinicius Malveira de Lima⁴, Charlene Ruiz de Araújo⁵, Andréia Moreira de Andrade⁶.

RESUMO

Objetivo: Descrever as dimensões da Cultura de Segurança do Paciente, identificando áreas fortes e frágeis na percepção dos profissionais de enfermagem, em dois complexos hospitalares assistenciais públicos em Rio Branco, Acre.

Métodos: Estudo epidemiológico observacional, descritivo, transversal. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2016 a maio de 2017, com amostra de 290 profissionais de enfermagem, que aceitaram participar do estudo respondendo ao questionário intitulado Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), elaborado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), amplamente utilizado no mundo para mensurar a cultura de segurança do paciente, traduzido, adaptado e validado para o português brasileiro. A análise de dados foi realizada por meio de estatística descritiva e a confiabilidade do instrumento foi verificada pelo coeficiente de Alpha de Cronbach.

Resultados: As dimensões que apresentaram maior percentual de respostas positivas foram: "Aprendizado organizacional" (63%), "Trabalho em equipe no âmbito das unidades" (60%), "Expectativas e ações de segurança dos supervisores e gerentes" (54%) e "Abertura para comunicação" (54%). No entanto, das 12 dimensões avaliadas pelo questionário, sete obtiveram percentual abaixo de 50%, sendo consideradas áreas frágeis e que necessitam de melhoria. Os itens identificados com menor percentual foram: "Respostas não punitivas aos erros" (15%), "Quadro de funcionários" (31%), "Frequência de eventos relatados" (34%) e "Retorno de informações e comunicação sobre erros" (35%).

Conclusão: Nenhuma das dimensões alcançou 75% de respostas positivas evidenciando uma necessidade de mudanças organizacionais e culturais que promovam a Cultura de Segurança nas instituições pesquisadas.

Descritores: Segurança do paciente; Gestão de segurança; Profissionais de enfermagem.

1. Natalia Cunha Bandeira-Enfermeira. Hospital Santa Juliana. Rio Branco, Acre, Brasil. E-mail: nataliacunha_14@hotmail.com. ORCID iD: 0000-0002-1031-114X.
2. Simone Perufe Opitz-Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental. Universidade Federal do Acre. Professor Associado IV. Rio Branco, Acre, Brasil. E-mail: simoneopitz@hotmail.com. ORCID iD: 0000-0001-7124-4457.
3. Suleima Pedroza Vasconcelos- Enfermeira. Doutora em Ciências. Universidade Federal do Acre. Professor Adjunto III. Rio Branco, Acre, Brasil E-mail:suleimav@hotmail.com. ORCID iD: 0000-0002-0850-9659.
4. Marcos Vinicius Malveira de Lima- Enfermeiro. Mestre em Saúde Coletiva. Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Epidemiologista. Rio Branco, Acre, Brasil. E-mail: marcos.malveira@ac.gov.br. ORCID iD: 0000-0002-0332-2721.
5. Charlene Ruiz de Araújo- Enfermeira. Hospital Santa Juliana. Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente. Rio Branco, Acre, Brasil. E-mail: charleneruizaraujo@gmail.com. ORCID iD: 0000-0003-0956-4155.
6. Andréia Moreira de Andrade - Farmacêutica-Bioquímica. Doutora em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Acre. Professor Adjunto II. Rio Branco, Acre, Brasil. E-mail: amasmsbg@hotmail.com. ORCID iD: 0000-0003-2400-3794.

Autor Correspondente
Natalia Cunha Bandeira.
Rua Jorge Rivas Plata nº 26, Bairro Chico Mendes,
CEP: 69902-669. Rio Branco, Acre, Brasil.
E-mail: nataliacunha_14@hotmail.com

Data de submissão: 16/06/2019

Data de aceite: 07/09/2019

Seção a que o manuscrito se destina: Artigo Original

Como citar esse artigo

BANDEIRA, C. N, et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Advances in Nursing and Health**, v. 2, p. 142-155, Londrina, 2019.

INTRODUÇÃO

No início do século XXI, a partir da divulgação do relatório *To Err is Human*, do Institute of Medicine (IOM), o tema segurança do paciente (SP) ganhou relevância[1]. Este relatório apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram por ano em hospitais vítimas de eventos adversos (EA) nos Estados Unidos da América (EUA), no qual essa alta incidência resultou em uma taxa de mortalidade maior do que as atribuídas aos pacientes com HIV positivo, câncer de mama ou causas externas[2]. Esta realidade direcionou a atenção mundial para uma maior sensibilização e propostas de estratégias na redução e prevenção de EA na prestação de cuidados de saúde[3], o que é um desafio mundial diante da grande problemática relacionada à Segurança do Paciente[4].

No Brasil, surgiram iniciativas no campo da SP, sendo um passo importante a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS) que contribuiu para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, públicos ou privados[1].

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente é de-

finida como a redução, a um mínimo aceitável, dos riscos de danos desnecessários em relação aos cuidados de saúde[5]. Este conceito reflete a real existência do potencial para o dano, considerando-se a complexidade de procedimentos e de tratamentos[6].

O conceito de cultura de segurança (CS) tem sua origem em outras áreas, como a da aviação e a da energia nuclear, nas quais o trabalho caracteriza-se pela complexidade e pelo risco[6]. O Ministério da Saúde do Brasil (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, definem a CS como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde[7].

A Cultura de Segurança do Paciente (CSP) é um indicador estrutural básico que possibilita iniciativas para a redução de riscos e de EA(8) e está emergindo como um dos requisitos essenciais para evitar a ocorrência de incidentes, por meio do gerenciamento de risco[9].

Atualmente, os pacientes cada vez mais exigem que o atendimento a eles oferecido seja de excelência e, para isso, torna-se fundamental a criação e a adequação da segurança na assistência que lhes é prestada para o alcance de resultados positivos, considerando-se que os cuidados na saúde são complexos e, muitas vezes, os resultados podem ser incertos e, potencialmente, capazes de causar danos[9]. Assim, a SP é um componente essencial para a qualidade do cuidado em saúde[1]. Nesse contexto, o estudo teve como objetivo descrever as dimensões da CSP, identificando suas áreas fortes e frágeis na percepção dos profissionais de enfermagem, em dois complexos hospitalares assistenciais públicos de Rio Branco, no Estado do Acre, na Amazônia Ocidental Brasileira.

MÉTODO

Estudo epidemiológico observacional, descritivo e transversal, cuja coleta de dados desenvolveu-se entre o período de novembro de 2016 a maio de 2017, contemplando todas as unidades de internação de dois complexos hospitalares públicos. O primeiro complexo hospitalar é uma referência regional na pres-

tação de assistência terciária, atendendo todos os municípios do Estado do Acre, assim como estados vizinhos e países como Peru e Bolívia. O segundo complexo hospitalar presta atendimento de urgência e emergência e possui, também, unidades de internação nas especialidades de clínica médica e cirúrgica e Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Trata-se de uma amostra de conveniência constituída de 290 profissionais de enfermagem, sendo enfermeiros (as) e técnico (as)/auxiliares de enfermagem. Foram excluídos da pesquisa os profissionais eventuais, sem vínculo empregatício e que atuavam na instituição por um período inferior a seis meses. Nos procedimentos de coleta de dados, os profissionais foram convidados para participar do estudo em seu turno e local de trabalho, orientados quanto ao objetivo e anonimato da pesquisa e forma de preenchimento do questionário. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal do Acre, sob os pareceres Nº 1.392.345 e 1.797.578.

As dimensões da Cultura de Segurança foram analisadas por meio do questionário auto aplicável intitulado Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), elaborado

em 2004, pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), sendo um instrumento amplamente utilizado no mundo para mensurar a cultura de segurança (CS) entre profissionais de hospitais, os quais o trabalho afeta direta ou indiretamente a assistência ao paciente, sejam eles profissionais de saúde ou de outras áreas, como a administrativa, de gestão, dentre outras. O questionário é disponibilizado gratuitamente no endereço eletrônico da AHRQ para utilização e foi traduzido, adaptado e validado para o português brasileiro[8].

O HSOPSC abrange 12 dimensões ou fatores da CS em escala de múltiplos itens, contendo 50 itens no total. Destes, 44 são relacionados às questões específicas de CS e seis são relacionados às informações pessoais. A maior parte dos itens foi respondida em uma escala de cinco pontos (tipo Likert-scale) refletindo o percentual de concordância: de "discordo fortemente" [1] à "concordo fortemente" [5], com uma categoria neutra "nenhum dos dois" [3]. Outros itens foram respondidos utilizando uma escala de frequência de cinco pontos: de "nunca" [1] à "sempre" [5]. Além da avaliação das dimensões da CS, o instrumento HSOPSC também avalia duas variáveis de resultado que foram respondidas da seguinte forma: A) grau de

segurança do paciente medida por uma escala de cinco pontos de "excelente" [1] até "falho" [5] e B) número de eventos relatados: quantos relatórios de eventos você escreveu e entregou, nos últimos 12 meses, categorias de respostas: "nenhum", "1 a 2 eventos", "3 a 5 eventos", "6 a 10 eventos" e "11 a 20 eventos"[8].

O percentual de respostas positivas representa uma reação positiva em relação à CSP, permitindo identificar áreas fortes e frágeis na SP. São consideradas "áreas fortes da segurança do paciente" nos hospitais aquelas nas quais os itens escritos positivamente obtiveram 75% de respostas positivas ("concordo totalmente" ou "concordo"), ou aquelas cujos itens escritos negativamente, obtiveram 75% das respostas negativas ("discordo totalmente" ou "discordo"). De modo semelhante, "área frágeis da segurança do paciente" e que necessitam melhoria foram consideradas aquelas cujos itens obtiveram 50% ou menos de respostas positivas[8].

Os dados foram duplamente digitados numa planilha Excel e as variáveis classificadas de acordo com as dimensões do HSOPSC. Posteriormente, as frequências absolutas e relativas de cada dimensão foram calculadas.

ladas e classificadas, conforme o protocolo sugerido pela AHRQ. Em relação aos dados laborais, esses foram analisados por meio de estatística descritiva.

A avaliação da confiabilidade interna do questionário foi testada por meio do coeficiente Alpha de Cronbach. O resultado encontrado para todas as dimensões neste estudo foi de 0,84.

RESULTADO

Os dados laborais dos profissionais participantes da pesquisa são apresentados na Tabela 1. Considerando os 290 entrevistados, 93 (32%) profissionais eram enfermeiros e 197 (68%) eram técnicos de enfermagem. Os profissionais, em sua maioria, 172 (60%), trabalhavam entre 20 a 39 horas semanais e 78 (27%) trabalham de 40 a 59 horas por semana. No que diz respeito ao tempo de trabalho na profissão, 85 (29%) possuíam entre seis a 10 anos de atuação na área.

Tabela 1 - Características e dados laborais dos profissionais de enfermagem segundo dois complexos hospitalares assistenciais públicos no município de Rio Branco, Acre, Brasil, 2017.

CARACTERÍSTICAS E DADOS LOCAIS	F	%
ÁREA/ UNIDADES DE TRABALHO		
Diversas Unidades do Hospital/ Nenhuma unidade específica	42	15
Clínica (não cirúrgica)	82	29
Cirúrgica	37	13
Pediatria	8	3
Setor de Emergência	28	10
Unidade de Terapia Intensiva	18	6
Outros	67	24
Total	282	100
CARGO OU FUNÇÃO		
Enfermeiro (a)	93	31
Técnico(a)/auxiliar de enfermagem	197	69
Total	290	100
TEMPO QUE TRABALHA EM SUA ESPECIALIDADE		
ATUAL OU PROFISSÃO (ANOS)		
Menos de 1	14	5
1 a 5	65	22
6 a 10	85	29
11 a 15	47	16
16 a 20	21	7
21 ou mais	57	20
Total	289	100
INTERAÇÃO COM OS PACIENTES		
SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes	285	99
NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes.	4	1
Total	289	100

CARACTERÍSTICAS E DADOS LOCAIS**F****%****TEMPO QUE TRABALHA NO HOSPITAL (ANOS)**

Menos de 1	21	7
1 a 5	84	29
6 a 10	83	29
11 a 15	21	7
16 a 20	17	6
21 ou mais	64	22
Total	290	100

**TEMPO QUE TRABALHA NA ATUAL ÁREA/UNIDADE
DO HOSPITAL (ANOS)**

Menos de 1	58	20
1 a 5	106	37
6 a 10	73	25
11 a 15	17	6
16 a 20	14	5
21 ou mais	22	8
Total	290	100

HORAS QUE TRABALHA POR SEMANA (HORAS)

Menos de 20	4	1
20 a 39	172	60
40 a 59	78	27
60 a 79	29	10
80 ou mais	6	2
Total	289	100

No que diz respeito às dimensões da CSP, a Tabela 2 apresenta cada uma delas com suas respectivas definições[10] e taxa de respostas positivas. Conforme pode se observar nessa Tabela, as taxas de resposta positivas variaram de 63% a 15%. As dimensões com maiores percentuais de respostas positivas foram: "Aprendizado organizacional" (63%), "Trabalho em equipe no âmbito

das unidades" (60%), "Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes" e "Abertura de comunicação" ambos com percentual de 54% de respostas positivas. Por outro lado, as dimensões com piores avaliações foram: "Respostas não punitivas aos erros" (15%), "Quadro de funcionários" (31%) e "Frequência de eventos relatados" (34%).

Tabela 2 - Definições e percentual de respostas positivas, Alpha de Cronbach de cada uma das dimensões da Cultura de Segurança do Paciente em dois complexos hospitalares assistenciais públicos no município de Rio Branco, Acre, Brasil, 2017.

Dimensões	Definições	% de respostas positivas	α^*
Aprendizado organizacional	Existe uma cultura de aprendizagem na qual os erros levam às mudanças positivas	63%	0,59
Trabalho em equipe no âmbito das unidades	Os trabalhadores apoiam-se e trabalham juntos como uma equipe.	60%	0,44
Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes	Supervisor/gerente considera as sugestões da equipe para melhoria da SP, elogia o trabalhador que segue os procedimentos corretamente e não negligencia problemas de SP.	54%	0,60
Abertura para comunicação	Os trabalhadores podem livremente discutir se observam algo errado e sentem-se livres em questionar seu superior.	54%	0,56
Transferências internas e passagem de plantão	Informações importantes do cuidado do paciente são transmitidas entre as unidades do hospital e durante as mudanças de turnos.	50%	0,66
Percepções gerais sobre segurança do paciente	Os procedimentos e sistemas existentes são efetivos na prevenção de erros e não existem problemas quanto à SP.	41%	0,38

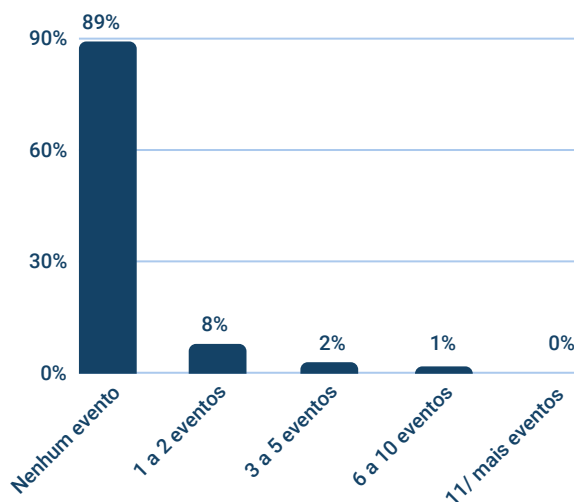
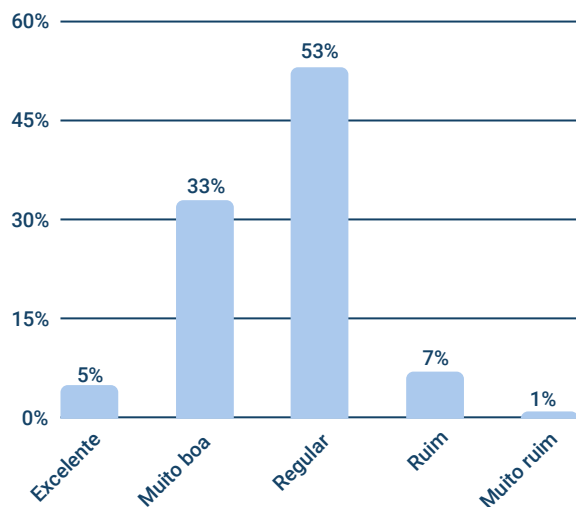
Dimensões	Definições	% de respostas positivas	α^*
Trabalho em equipe entre as unidades	As unidades do hospital cooperam e coordenam-se entre si para oferecer o melhor cuidado para o paciente.	40%	0,54
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	A gestão hospitalar oferece um clima de trabalho que promove a SP	38%	0,54
Retorno de informações e comunicação sobre os erros	Os trabalhadores são informados sobre os erros que acontecem, é dado retorno sobre as mudanças implantadas e são discutidas maneiras de prevenir erros com a equipe.	35%	0,59
Frequência de eventos relatados	Com que frequência são notificados os erros nas diversas modalidades.	34%	0,81
Quadro de funcionários	Existe número suficiente de trabalhadores para a efetiva execução do trabalho.	31%	0,17
Respostas não punitiva aos erros	Os trabalhadores sentem que seus erros e os eventos reportados não são utilizados contra eles e que os erros não são anotados em suas fichas funcionais.	15%	0,57

***Estatística Alpha de Cronbach**

Em relação a primeira variável de resultado, os dados apontaram que 53% e 33% dos profissionais avaliaram a SP em sua unidade de trabalho como regular e muito boa, respectivamente (Figura 1).

Quanto ao segundo item da variável de resultado, que trata do número de eventos

adversos relatados, os dados apontam que a maioria dos participantes, ou seja, 89% deles não comunicaram qualquer evento adverso, sendo que apenas 8% declararam ter comunicado de um a dois EA (Figura 2).



DISCUSSÃO

Diante dos achados do presente estudo e considerando a classificação da Agency for Healthcare Research Quality (AHRQ) observou-se que nenhuma dimensão pode ser classificada como área forte (75% de respostas positivas). Estes resultados revelam a necessidade de mudanças nos vários aspectos da CSP nos complexos assistenciais investigados, cujas ações podem ser priorizadas a partir das dimensões com as avaliações menos positivas [11]. Todavia as dimensões que apresentaram resultados mais positivos podem ser consideradas com potencial de melhoria para

contribuir na CSP, apontando similaridade com os achados de outros estudos[12-13], que utilizaram o mesmo instrumento de coleta de dados.

O estudo aponta as áreas críticas para SP, ou seja, as que receberam 50% ou menos de respostas positivas, mostrando que foram predominantes, totalizando oito dimensões. As mesmas dimensões também foram as piores avaliadas em outros estudos[14-15] que tiveram o mesmo objetivo e que utilizaram o mesmo instrumento de coleta de dados na pesquisa.

A dimensão "Respostas não punitivas aos erros" foi a que recebeu menor percen-

tual de respostas positivas por parte dos profissionais de enfermagem, assim como em outros estudos[4,11,13] que utilizaram o instrumento HSOPSC. Considera-se que este resultado pode estar relacionado à existência da cultura de culpabilização, apontando os erros e as falhas como derivados de fatores individuais decorrentes da desatenção ou falta de competência[12]. Portanto, é fundamental o redesenho do sistema organizacional, com uma cultura justa que utilize os erros para identificar os pontos frágeis na assistência a saúde, e partir dessa avaliação promover o aprendizado dos profissionais, possibilitando o cuidado seguro e eficaz[16].

No que se refere ao “Quadro de pessoal”, infere-se que o quantitativo de profissionais apresenta-se insuficiente para a demanda de trabalho, sendo uma realidade em muitas instituições de saúde brasileiras, considerando que recursos humanos insuficientes podem afetar a SP, destacando a importância do dimensionamento adequado de profissionais qualificados para o atendimento nas instituições hospitalares. Acerca de “Feedback e comunicação sobre os erros”, os profissionais relataram que a notificação dos EA, as mudanças implementadas na unidade e o feedback raramente ocorrem. A dificuldade na percepção de situações de risco pelo co-

nhecimento do que acontece na instituição, impede o adequado gerenciamento do cuidado com enfoque na prevenção do erro e no estabelecimento da CS[11].

No que se refere ao número de notificações de eventos relatados nos últimos 12 meses, constatou-se que 89% dos profissionais não realizaram qualquer notificação no período. Tal fato pode estar relacionado à ausência de um sistema de notificação simples e efetivo; programas de educação que orientem sobre a importância da notificação de EA. A adoção de medidas que possibilitem o apoio da gestão, fortalecimento de lideranças, treinamento e capacitação, e implantação de um programa de segurança do paciente que abranja toda a organização podem estimular a notificação dos EA[17].

Considera-se como limitações do estudo o fato do instrumento de coleta de dados ser auto aplicável, sendo que alguns profissionais que o receberam deixaram determinados itens sem assinalar, por não querer respondê-los e/ou pelas dificuldades de compreensão do que estava sendo questionado. Outro aspecto refere-se ao preenchimento durante o horário de trabalho, por vezes interrompido diante da necessidade do serviço, favorecendo a não conclusão das respostas por alguns dos participantes.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados, não foram identificadas áreas fortes da cultura de segurança. Portanto, é necessário proporcionar um ambiente de trabalho que valorize e estimule a SP, centralizando o foco da segurança nas causas que levaram ao erro e não no indivíduo. Também há necessidade de sensibilizar os profissionais por meio da educação permanente e estimular o registro dos erros e EA nas unidades de saúde estudadas.

Apoio financeiro: Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal do Acre (PIBIC/UFAC) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. [citado 2019 ago. 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
2. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, editors. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: Institute of Medicine; National Academies Press; 1999.
3. Antunes NS. Notificação de incidentes e segurança do doente: percepção dos enfermeiros. Instituto Politécnico de Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu [Internet]. 2015 [citado 2019 abr. 10]. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/70646975.pdf>
4. Marinho MM, Radünz V, Barbosa SFF. Assessment of safety culture by surgical unit nursing teams. *Texto Contexto Enferm.* 2014Sep; 23(3):581-90. doi: 10.1590/0104-07072014002640012
5. World Health Organization. Working together for health: the world health report 2006. [Internet]. Geneva: WHO; 2006. [cited 2019 Jun 10]. Available from: https://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf
6. Castanho A. Cultura de segurança do paciente. *Revista Melhores Práticas* [Internet]. 2014 [citado em 2019 jun. 20]; 61-4. Disponível em: <https://studylibpt.com/doc/1588354/cultura-de-seguran%C3%A7a-do-paciente>
7. Ministério da Saúde (BR). Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui 'Ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências'. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. [citado 2019 ago. 10]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e.
8. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do hospital survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad Saúde Pública.* 2012 ; 28(11):2199-210. doi: 10.1590/S0102-311X2012001100019.
9. Tobias GC, Bezerra ALQ, Branquinho NCS, Silva AEBC. Cultura de segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico. *Enferm Glob.* [Internet]. 2014 [citado 2019 jun 22]; 33:349-61. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/pt_revision1.pdf.
10. Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Patient safety culture in a teaching hospital: differences in perception existing in the different scenarios of this institution. *Texto Contexto Enferm.* 2015 Jun; 24(2):432-41. doi: 10.1590/0104-07072015000192014
11. Mello JF, Barbosa SFF. Patient safety culture in an intensive care unit: the perspective of the nursing team. *Rev Eletr Enferm.* 2017;19:a07. doi: 10.5216/ree.v19.38760
12. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. *Texto Contexto Enferm.* 2015Mar; 24(1):161-9. doi: 10.1590/0104-07072015000490014
13. Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza S, Anders JC, Davis K. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. *Rev Esc Enferm USP.* 2016Oct; 50(5): 756-62. doi: 10.1590/S0080-623420160000600007

14. Massoco ESP, Melleiro MM. Communication and patient safety: perception of the nursing staff of a teaching hospital. *Rev Min Enferm.* 2015Jun; 19(2):187-91. doi: 10.5935/1415-2762.20150034
15. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH. Assessment of patient safety culture in intensive care from the health team's perspective. *Texto Contexto Enferm.* 2016Jun;25(2): e1610015. doi: 10.1590/0104-07072016001610015
16. Fragata J, Rodrigues V, Sousa P. *Segurança dos doentes: uma abordagem prática.* Lisboa: Lidel; 2011.
17. Fassarella CS, Camerini FG, Henrique DM, Almeida LF, Figueiredo MCB. Evaluation of patient safety culture: comparative study in university hospitals. *Rev Esc Enferm USP.* 2018Nov; 52:e03379. doi:10.1590/S1980-220X2017033803379.