

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE BAJO LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

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

RESUMEN

Objetivo: describir las dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente, identificando áreas fuertes y frágiles bajo la percepción de los profesionales de enfermería, en dos complejos hospitalarios asistenciales públicos, en Rio Branco, Acre, Brasil.

Métodos: estudio epidemiológico observacional, descriptivo y transversal. La recolección de datos se realizó en el período de noviembre de 2016 a mayo de 2017, con una muestra de 290 profesionales de enfermería, que aceptaron participar del estudio respondiendo al cuestionario titulado Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), elaborado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), ampliamente utilizado en el mundo para evaluar la cultura de seguridad del paciente; este fue traducido, adaptado y validado para el portugués de Brasil. El análisis de datos fue realizado por medio de la estadística descriptiva y la confiabilidad del instrumento fue verificada por el coeficiente Alpha de Cronbach.

Resultados: las dimensiones que presentaron mayor porcentaje de respuestas positivas fueron: "Aprendizaje organizacional" (63%), "Trabajo en equipo en el ámbito de las unidades" (60%), "Expectativas y acciones de seguridad de los supervisores y gerentes" (54%) y "Abertura para comunicación" (54%). Sin embargo, de las 12 dimensiones evaluadas por el cuestionario, siete obtuvieron porcentaje por abajo de 50%, siendo consideradas áreas frágiles y que necesitan de mejoría. Los ítems identificados con menor porcentaje fueron: "Respuestas no punitivas por errores" (15%), "Cuadro de funcionarios" (31%), "Frecuencia de eventos relatados" (34%) y "Retorno de informaciones y comunicación sobre errores" (35%).

Conclusión: ninguna de las dimensiones alcanzó 75% de respuestas positivas, evidenciando una necesidad de realizar cambios organizacionales y culturales que promuevan la Cultura de Seguridad en las instituciones investigadas.

Palabras clave: Seguridad del paciente; Administración de la seguridad; Enfermeras practicantes.

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 Perufo 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 seguridad del paciente bajo la perspectiva de los profesionales de enfermería. **Advances in Nursing and Health**, v. 2, p. 142-155, Londrina, 2019.

INTRODUCCIÓN

En el inicio del siglo XXI, a partir de la divulgación del informe *To Err is Human*, del Institute of Medicine (IOM), el tema seguridad del paciente (SP) ganó relevancia[1]. Este informe apuntó que cerca de 100 mil personas murieron por año en hospitales víctimas de eventos adversos (EA) en los Estados Unidos (EUA), en el cual esa alta incidencia resultó en una tasa de mortalidad mayor que las atribuidas a los pacientes con HIV positivo, a cáncer de mama o a causas externas[2]. Esta realidad dirigió la atención mundial para una mayor sensibilización y propuestas de estrategias para la reducción y prevención de EA, en la prestación de cuidados de salud[3], lo que constituye un desafío mundial delante de la gran problemática relacionada a la Seguridad del Paciente[4].

En Brasil, surgieron varias iniciativas en el campo de la SP, lo que constituyó un paso importante para la implantación del Programa Nacional de Seguridad del Paciente (PNSP), por el Ministerio de la Salud de Brasil (MS); contribuyendo así para la calificación del cuidado en salud, en todos los establecimientos de la salud en el territorio nacional, públicos o privados[1].

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente es definida como la reducción, a un mínimo aceptable, de los riesgos de daños desnesarios en relación a los cuidados de la salud(5). Este concepto refleja la real existencia del potencial para el daño, si consideramos la complejidad de los procedimientos y de tratamientos[6].

El concepto de cultura de seguridad (CS) tiene su origen en otras áreas, como en la aviación y energía nuclear, en las cuales el trabajo se caracteriza por la complejidad y el riesgo[6]. El Ministerio de la Salud de Brasil (MS) y la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), por medio de la Resolución del Directorio Colegiado (RDC) nº 36, de 25 de julio de 2013, define a la CS como el conjunto de valores, actitudes, competencias y comportamientos que determinan el comprometimiento con la administración de la salud y de la seguridad, sustituyendo la culpa y la punición por la oportunidad de aprender con las fallas y mejorar la atención a la salud[7].

La Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) es un indicador estructural básico que posibilita iniciativas para la reducción de

riesgos y de EA[8] y está surgiendo como uno de los requisitos esenciales para evitar la ocurrencia de incidentes, por medio de la administración del riesgo[9].

Actualmente, los pacientes cada vez más exigen que la atención que se les suministra, sea de excelencia; para eso, es fundamental la creación y adecuación de la seguridad en la asistencia que reciben, lo que permite alcanzar resultados positivos, considerando que los cuidados de la salud son complejos y muchas veces, los resultados pueden ser inciertos y potencialmente capaces de causar daños[9]. Así, la SP es un componente esencial para obtener calidad en el cuidado a la salud[1]. En ese contexto, el estudio tuvo como objetivo describir las dimensiones de la CSP, identificando sus áreas fuertes y frágiles, bajo la percepción de los profesionales de enfermería, en dos complejos hospitalarios asistenciales públicos de Rio Branco, en el Estado del Acre, en la región Amazónica Occidental de Brasil.

MÉTODO

Se trata de un estudio epidemiológico observacional, descriptivo y transversal, cuya recolección de datos se realizó entre el perío-

do de noviembre de 2016 a mayo de 2017, contemplando todas las unidades de internación en dos complejos hospitalarios públicos. El primer complejo hospitalario es una referencia regional en la prestación de asistencia terciaria; este atiende a todos los municipios del Estado de Acre, así como a estados vecinos y países como Perú y Bolivia. El segundo complejo hospitalario presta atención de urgencia y emergencia y posee, también, unidades de internación en las especialidades de clínica médica y quirúrgica y Unidad de Terapia Intensiva (UTI).

La muestra fue de conveniencia y estuvo constituida por 290 profesionales de enfermería, siendo enfermeros y técnicos auxiliares de enfermería. Fueron excluidos de la investigación los profesionales eventuales, sin vínculo de empleo y que actuaban en la institución por un período inferior a seis meses. En los procedimientos de recolección de datos, los profesionales fueron convidados a participar del estudio, dentro de su turno y local de trabajo; los mismos fueron orientados sobre el objetivo, el anonimato de la investigación y la forma de llenado del cuestionario. El proyecto de investigación fue sometido y aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos, de la

Universidad Federal de Acre, obteniendo los dictámenes Nº 1.392.345 y 1.797.578.

Las dimensiones de la Cultura de Seguridad fueron analizadas por medio del cuestionario auto aplicable titulado Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), elaborado en 2004, por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), el que es un instrumento ampliamente utilizado en el mundo, para evaluar la cultura de seguridad (CS) entre profesionales de hospitales, en los cuales el trabajo afecta directamente o indirectamente la asistencia al paciente, sean ellos profesionales de la salud o de otras áreas, como el área administrativa de gestión, entre otras. El cuestionario es gratuito y se encuentra disponible para ser utilizado, en la dirección electrónica de la AHRQ; este fue traducido, adaptado y validado para el portugués de Brasil[8].

El HSOPSC abarca 12 dimensiones o factores de la CS, en escala de múltiples ítems, conteniendo un total de 50. Entre estos, 44 son relacionados a cuestiones específicas de CS y seis son relacionados a informaciones personales. La mayor parte de los ítems se responde en una escala de cinco puntos (escala tipo Likert) reflejando el porcentaje de concordancia: de “discuerdo fuer-

temente” [1] hasta “conuerdo fuertemente” [5], con una categoría neutra “ninguno de los dos” [3]. Otros ítems fueron respondidos utilizando una escala de frecuencia de cinco puntos: de “nunca” [1] hasta “siempre” [5]. Además de la evaluación de las dimensiones de la CS, el instrumento HSOPSC también evalúa dos variables de resultado que fueron respondidas de la siguiente forma: A) grado de seguridad del paciente medido por una escala de cinco puntos de “excelente” [1] hasta “falla” [5] y B) número de eventos relatados: ¿Cuántos informes de eventos escribió y entregó, en los últimos 12 meses? Siendo las categorías de respuestas: “ninguno”, “1 a 2 eventos”, “3 a 5 eventos”, “6 a 10 eventos” y “11 a 20 eventos”[8].

El porcentaje de respuestas positivas representa una reacción positiva en relación a la CSP, permitiendo identificar áreas fuertes y frágiles en la SP. Son consideradas “áreas fuertes de la seguridad del paciente”, en los hospitales, aquellas en las cuales los ítems escritos positivamente obtuvieron 75% de respuestas positivas (“conuerdo totalmente” o “conuerdo”), o aquellas cuyos ítems escritos negativamente, obtuvieron 75% de las respuestas negativas (“discuerdo totalmente” o “discuerdo”). De modo semejante,

las “áreas frágiles de seguridad del paciente” y que necesitan mejoría, fueron consideradas aquellas cuyos ítems obtuvieron 50% o menos de respuestas positivas[8].

Los datos fueron doblemente introducidos en una planilla Excel y las variables clasificadas de acuerdo con las dimensiones del HSOPSC. Posteriormente, las frecuencias absolutas y relativas de cada dimensión fueron calculadas y clasificadas, conforme al protocolo sugerido por la AHRQ. En relación a los datos laborales, estos fueron analizados por medio de la estadística descriptiva.

La evaluación de la confiabilidad interna del cuestionario fue comprobada por medio del coeficiente Alpha de Cronbach. El resultado encontrado para todas las dimensiones en este estudio fue de 0,84.

RESULTADOS

Los datos laborales de los profesionales participantes de la investigación se presentan en la Tabla 1. Considerando los 290 entrevistados, 93 (32%) profesionales eran enfermeros y 197 (68%) eran técnicos de enfermería. Los profesionales, en su mayoría, 172 (60%), trabajaban entre 20 y 39 horas semanales y 78 (27%) entre 40 a 59 horas

por semana. En lo que se refiere al tiempo de trabajo en la profesión, 85 (29%) poseían entre seis y 10 años de actuación en el área.

Tabla 1 - Características y datos laborales de los profesionales de enfermería en dos complejos hospitalarios asistenciales públicos en el municipio de Rio Branco, Acre, Brasil, 2017.

CARACTERÍSTICAS Y DATOS LABORALES	F	%
ÁREA/ UNIDADES DE TRABAJO		
Diversas Unidades del Hospital/ Ninguna unidad específica	42	15
Clínica (no quirúrgica)	82	29
Quirúrgica	37	13
Pediatría	8	3
Sector de Emergencia	28	10
Unidad de Terapia Intensiva	18	6
Otros	67	24
Total	282	100
Cargo o función		
Enfermero	93	31
Técnico/auxiliar de enfermería	197	69
Total	290	100
TIEMPO QUE TRABAJA EN SU ESPECIALIDAD ACTUAL O PROFESIÓN (AÑOS)		
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 o más	57	20
Total	289	100
INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
SI, en general tengo interacción o contacto directo con los pacientes	285	99
NO tengo interacción o contacto directo con los pacientes.	4	1
Total	289	100

CARACTERÍSTICAS Y DATOS LABORALES**F****%****TIEMPO QUE TRABAJA EN EL HOSPITAL (AÑOS)**

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 o más	64	22
Total	290	100

TIEMPO QUE TRABAJA EN LA ACTUAL ÁREA/UNIDAD**DEL HOSPITAL (AÑOS)**

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 o más	22	8
Total	290	100

HORAS QUE TRABAJA POR SEMANA (HORAS)

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

En lo que se refiere a las dimensiones de la CSP, la Tabla 2 presenta cada una de ellas con sus respectivas definiciones[10] y la tasa de respuestas positivas. Conforme puede ser observado en esa Tabla, las tasas de respuesta positivas variaron de 63% a 15%. Las dimensiones con mayores porcentajes de respuestas positivas fueron: "Aprendizaje organizacional" (63%), "Trabajo en equipo en

el ámbito de las unidades" (60%), "Expectativas y acciones de promoción de seguridad de los supervisores y gerentes" y "Abertura de comunicación" ambos con porcentaje de 54% de respuestas positivas. Por otro lado, las dimensiones con peores evaluaciones fueron: "Respuestas no punitivas a los errores" (15%), "Cuadro de funcionarios" (31%) y "Frecuencia de eventos relacionados" (34%).

Tabla 2 - Definiciones y porcentaje de respuestas positivas, Alpha de Cronbach de cada una de las dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente, en dos complejos hospitalarios asistenciales públicos en el municipio de Rio Branco, Acre, Brasil, 2017.

Dimensiones	Definiciones	% de respuestas positivas	α^*
Aprendizado organizacional	Existe una cultura de aprendizaje en la cual los errores conducen a cambios positivos	63%	0,59
Trabajo en equipo en el ámbito de las unidades	Los trabajadores se apoyan y trabajan juntos como un equipo.	60%	0,44
Expectativas y acciones de promoción de seguridad de los supervisores y gerentes	Supervisor/gerente considera las sugerencias del equipo para mejoría de la SP, elogia al trabajador que sigue los procedimientos correctamente y no negligencia problemas de SP.	54%	0,60
Abertura para comunicación	Los trabajadores pueden libremente discutir, si observan algo equivocado y se sienten libres para cuestionar a su superior.	54%	0,56
Transferencias internas y entrega de plantón	Informaciones importantes del cuidado del paciente son transmitidas entre las unidades del hospital y durante los cambios de turno.	50%	0,66
Percepciones generales sobre seguridad del paciente	Los procedimientos y sistemas existentes son efectivos en la prevención de errores y no existen problemas en cuanto a la SP.	41%	0,38

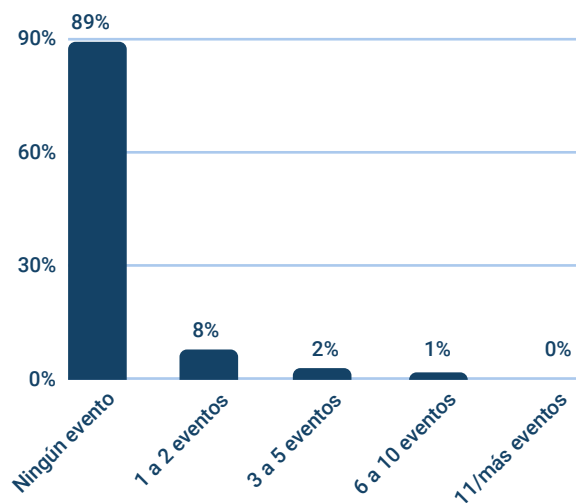
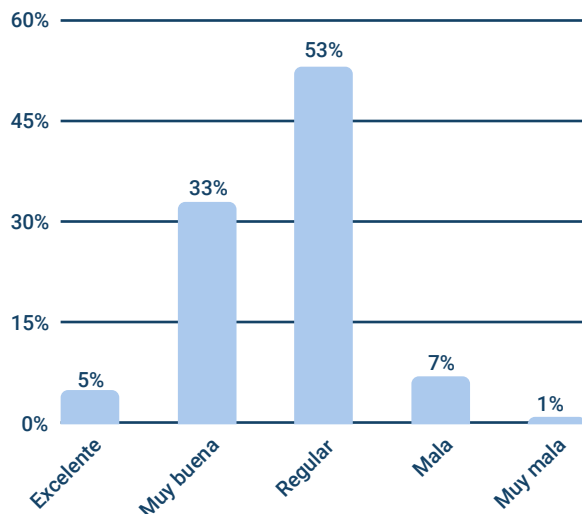
Dimensiones	Definiciones	% de respuestas positivas	α^*
Trabajo en equipo entre las unidades	Las unidades del hospital cooperan y se coordinan entre sí para ofrecer el mejor cuidado para el paciente.	40%	0,54
Apoyo de la administración hospitalaria para seguridad del paciente	La administración hospitalaria ofrece un clima de trabajo que promueve la SP	38%	0,54
Retorno de informaciones y comunicación sobre errores	Los trabajadores son informados sobre los errores que suceden, es dado retorno sobre los cambios implantados y son discutidas maneras de prevenir errores con el equipo.	35%	0,59
Frecuencia de eventos relacionados	Con que frecuencia son notificados los errores en las diversas modalidades.	34%	0,81
Cuadro de funcionarios	Existe número suficiente de trabajadores para una efectiva ejecución del trabajo.	31%	0,17
Respuestas no punitiva a los errores	Los trabajadores sienten que sus errores y los eventos informados no son utilizados contra ellos y que los errores no son anotados en sus fichas funcionales.	15%	0,57

***Estadística Alpha de Cronbach**

En relación a la primera variable de resultado, los datos apuntaron que 53% y 33% de los profesionales evaluaron la SP, en su unidad de trabajo, como regular y muy buena, respectivamente (Figura 1).

En cuanto al segundo ítem de la variable de resultado, que trata del número de

eventos adversos relatados, los datos apuntan que la mayoría de los participantes, o sea, 89% de ellos no comunicaron cualquier evento adverso, siendo que apenas 8% declararon haber comunicado de un a dos EA (Figura 2).



DISCUSIÓN

Delante de los hallazgos del presente estudio y considerando la clasificación de la Agency for Healthcare Research Quality (AHRQ) se observó que ninguna dimensión puede ser clasificada como área fuerte (75% de respuestas positivas). Estos resultados revelan la necesidad de introducir cambios en varios aspectos de la CSP, en los complejos asistenciales investigados, cuyas acciones pueden ser priorizadas a partir de las dimensiones con las evaluaciones menos positivas[11]. Sin embargo, las dimensiones que presentaron resultados más positivos pueden ser

consideradas con potencial de mejoría para contribuir en la CSP, apuntando semejanza con los hallazgos de otros estudios[12-13], que utilizaron el mismo instrumento de recolección de datos.

El estudio apunta las áreas críticas para SP, o sea, las que recibieron 50% o menos de respuestas positivas, mostrando que fueron predominantes, totalizando ocho dimensiones. Las mismas dimensiones también fueron evaluadas con peores resultados en otros estudios[14-15] que tuvieron el mismo objetivo y que utilizaron el mismo instrumento de recolección de datos en la investigación.

La dimensión "Respuestas no punitivas para los errores" fue la que recibió el menor porcentaje de respuestas positivas, por parte de los profesionales de enfermería, así como en otros estudios[4,11,13] que utilizaron el instrumento HSOPSC. Se considera que este resultado puede estar relacionado a la existencia de la cultura de culpabilidad, apuntando los errores y las fallas como derivados de factores individuales, provenientes de la falta de atención o de competencia[12]. Por tanto, es fundamental rediseñar el sistema organizacional, con una cultura justa que utilice los errores para identificar los puntos frágiles en la asistencia a la salud y, partir de esa evaluación, promover el aprendizaje de los profesionales, posibilitando el cuidado seguro y eficaz[16].

En lo que se refiere al "Cuadro de personal", se infiere que el número de profesionales se presenta insuficiente para la demanda de trabajo - lo que es una realidad en muchas instituciones de salud brasileñas - considerando que los recursos humanos insuficientes pueden afectar la SP, se destaca la importancia del dimensionamiento adecuado de profesionales calificados para la atención en las instituciones hospitalarias. Acerca del "Feedback y comunicación sobre los errores", los profesionales relataron que la notificaci-

ón de los EA, los cambios implementados en la unidad y el feedback, raramente ocurren. La dificultad bajo la percepción de situaciones de riesgo por el conocimiento de lo que sucede en la institución, impide la adecuada administración del cuidado con enfoque en la prevención del error y en el establecimiento de la CS[11].

En lo que se refiere al número de notificaciones de eventos relatados en los últimos 12 meses, se constató que 89% de los profesionales no realizaron ninguna notificación en el período. Ese hecho puede estar relacionado a la ausencia de un sistema de notificación simple y efectivo; así, es necesario contar con programas de educación que orienten sobre la importancia de la notificación de EA. La adopción de medidas que posibiliten el apoyo de la administración, el fortalecimiento de liderazgos, el entrenamiento y capacitación, y la implantación de un programa de seguridad del paciente que abarque toda la organización, pueden estimular la notificación de los EA[17].

Se considera como limitaciones de este estudio, el hecho del instrumento de recolección de datos ser auto aplicable; por ello, algunos profesionales que lo recibieron dejaron determinados ítems sin señalar, por no querer responderlos y/o por las dificultades de

comprensión de lo que estaba siendo cuestionado. Otro aspecto se refiere al llenado durante el horario de trabajo que, a veces, es interrumpido delante de la necesidad del servicio, favoreciendo la no conclusión de las respuestas, por algunos de los participantes

CONCLUSIÓN

De acuerdo con los resultados, no fueron identificadas áreas fuertes de la cultura de seguridad. Por tanto, es necesario proporcionar un ambiente de trabajo que valore y estimule la SP, centralizando el enfoque de la seguridad en las causas que llevaron a cometer el error y no en el individuo. También existe la necesidad de sensibilizar a los profesionales por medio de la educación permanente y estimular el registro de los errores y EA en las unidades de salud estudiadas.

Apoyo financiero: Programa Institucional de Becas de Iniciación Científica de la Universidad Federal de Acre (PIBIC/UFAC) y Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq).

REFERENCIAS

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.