ARTIGO ORIGINAL

Segurança do paciente e fatores associados: estudo transversal com equipe multiprofissional de terapia intensiva

Patient safety and associated factors: a cross-sectional study with the multidisciplinary intensive care team

Seguridad del paciente y factores asociados: estudio transversal con el equipo multiprofesional de terapia intensiva

Pereira, Layane Carla Magalhaes;[1] Ferreira, Ariane dos Santos;[2] Souza, Ana Cláudia Fonseca de;[3] Batista, Mayara dos Santos;[4] Pereira, Giovana Caldas;[5] Martins, Maristela Santini;[6] Batalha, Edenise Maria Santos da Silva[7]

RESUMO

Objetivo: Avaliar a segurança do paciente e identificar fatores associados na percepção da equipe multiprofissional de Terapia Intensiva de um hospital público de Salvador, Bahia, Brasil. **Método:** Estudo transversal, realizado de março a junho/2024 com 207 profissionais. Os dados foram coletados por meio da "Percepção geral da segurança do paciente" e "Nota de segurança do paciente" do Hospital *Survey on Patient Safety Culture* e analisados por estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** A equipe apresentou percepção intermediária da segurança do paciente. O local de trabalho e a escolaridade estavam associados à percepção de segurança e à nota geral. A idade e a carga horária semanal apresentaram associação com a nota de segurança. **Conclusões:** A percepção de segurança foi influenciada por fatores do contexto de trabalho, formação profissional e carga horária e evidenciou a necessidade de estratégias voltadas à melhoria das condições de trabalho e da cultura de segurança.

Descritores: Qualidade da assistência à saúde; Cuidados críticos; Equipe de assistência ao paciente

ABSTRACT

Objective: *To evaluate patient safety and identify associated factors in the perception of the multiprofessional Intensive Care Unit team of a public hospital in Salvador, Bahia, Brazil.* ***Methods:*** *This cross-sectional study was conducted from March to June 2024 with 207 professionals. Data were collected using the "Overall Perceptions of Patient Safety" and "Patient Safety Grade" dimensions of the Hospital Survey on Patient Safety Culture and analyzed using descriptive and inferential statistics.* ***Results:*** *The team demonstrated an intermediate perception of patient safety. Workplace setting and educational level were associated with safety perception and overall safety grade. Age and weekly workload were*

1 Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Salvador, Bahia (BA). Brasil (BR). E-mail: layanecarla17@hotmail.com ORCID: https://orcid.org/0009-0005-0672-5509

2 Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Salvador, Bahia (BA). Brasil (BR). E-mail: unebariane@gmail.com ORCID: http://orcid.org/0009-0008-7906-1805

3 Hospital Geral Roberto Santos (HGRS). Salvador, Bahia (BA). Brasil (BR). E-mail: caufs@yahoo.com.br ORCID: http://orcid.org/0000-0002-9435-6133

4 Hospital São Rafael (HSR). Salvador, Bahia (BA). Brasil (BR). E-mail: msbatissta@gmail.com ORCID: http://orcid.org/0000-0002-4328-7414

5 Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, São Paulo (SP. Brasil (BR). E-mail: giovanacaldas@usp.br ORCID: http://orcid.org/0000-0003-2069-5711

6 Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, São Paulo (SP. Brasil (BR). E-mail: maristelasanti@usp.br ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0730-3923

7 Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Salvador, Bahia (BA). Brasil (BR). E-mail: edenisemaria@gmail.com ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0014-9529

Como citar: Pereira LCM, Ferreira AS, Souza ACF, Batista MS, Pereira GC, Martins MS, et al. Segurança do paciente e fatores associados: estudo transversal com equipe multiprofissional de terapia intensiva. J. nurs. health. 2026;16(2):e1630555. DOI: https://doi.org/10.15210/jonah.v16i2.30555

associated with the patient safety grade. ***Conclusions****: Safety perception was influenced by workplace context, professional education, and workload, highlighting the need for strategies aimed at improving working conditions and strengthening the safety culture.*
Descriptors*: Quality of health care; Critical care; Patient care team*

RESUMEN

Objetivo*: Evaluar la seguridad del paciente e identificar factores asociados en la percepción del equipo multiprofesional de Cuidados Intensivos de un hospital público de Salvador, Bahía, Brasil.* ***Método****: Estudio transversal, realizado entre marzo y junio de 2024 con 207 profesionales. Los datos fueron recolectados mediante las dimensiones "Percepción general de la seguridad del paciente" y "Calificación de la seguridad del paciente" del Hospital Survey on Patient Safety Culture y analizados mediante estadística descriptiva e inferencial.* ***Resultados****: El equipo presentó percepción intermedia de la seguridad del paciente. El lugar de trabajo y el nivel educativo se asociaron con la percepción y la calificación de seguridad. La edad y la carga horaria semanal se asociaron con la calificación de seguridad.* ***Conclusiones****: La percepción de seguridad estuvo influenciada por el contexto laboral, la formación profesional y la carga horaria, evidenciando la necesidad de fortalecer las condiciones de trabajo y la cultura de seguridad.*
Descriptores*: Calidad de la atención de salud; Cuidados críticos; Grupo de atención al paciente*

INTRODUÇÃO

Incidentes de segurança do paciente durante o cuidado em saúde constituem um grave problema de saúde pública, com mais de um em cada dez pacientes sofrendo eventos adversos (EA) — incidentes que atingem os pacientes e causam danos. A gravidade desses danos ultrapassa lesões leves e temporárias, sendo que até 12% podem causar incapacidade permanente ou morte. Estimativas recentes apontam que cuidados inseguros causam mais de três milhões de mortes todos os anos em todo o mundo e que cerca da metade desses danos são evitáveis.[1]

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), esse problema tende a ser ainda mais acentuado, pois trata-se de um ambiente de alta complexidade, voltado à recuperação e manutenção de indivíduos em estado crítico, caracterizado pela realização de múltiplas intervenções terapêuticas, procedimentos invasivos e estratégias especializadas, tornando-se, portanto, um ambiente propício à ocorrência de erros e com maior risco ao paciente.[2-3] Estudo destacou que em aproximadamente 20% dos pacientes internados em UTI sofreram algum EA, dos quais cerca de 40% a 45% foram considerados evitáveis.[3] Outro estudo recente, realizado em dois hospitais públicos de médio/grande porte em um país de renda média, identificou que 12,1% das admissões em UTI estavam relacionadas a eventos adversos e, desses, aproximadamente 70,9% foram classificados como potencialmente evitáveis. Além disso, ao considerar pacientes criticamente enfermos, observou-se que cerca de um terço apresentou pelo menos um evento adverso documentado durante a internação.[2]

Portanto, a segurança do paciente representa um desafio que ultrapassa fronteiras nacionais e exige uma abordagem global coordenada. Com o objetivo de garantir cuidados seguros e de qualidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em parceria com seus membros e aliados globais, lançou o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente. O plano está alinhado à proposta de cobertura universal de saúde, buscando assegurar que todas as pessoas, independentemente de sua condição financeira, tenham acesso a cuidados seguros.[4]

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) orienta ações estratégicas voltadas à promoção de cuidados mais seguros em todos os estabelecimentos de saúde, com diretrizes direcionadas à prevenção de eventos adversos, ao fortalecimento da cultura de segurança e à qualificação dos processos

assistenciais. Desde sua criação, o programa vem sendo continuamente aprimorado, com atualizações técnicas e publicações recentes que reforçam protocolos essenciais para as instituições de saúde. Nesse contexto, embora a RDC nº 36/2013 tenha representado o marco regulatório das ações de segurança do paciente no país, suas diretrizes vêm sendo ampliadas por documentos mais atuais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Entre eles, destaca-se o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021–2023, que detalha práticas essenciais para prevenção de eventos adversos, monitoramento de riscos e fortalecimento da cultura de segurança nos diferentes níveis de atenção à saúde.[5] Além disso, o Ministério da Saúde destaca que o PNSP foi instituído com a finalidade de qualificar o cuidado em saúde em todos os estabelecimentos do país e promover estratégias voltadas à redução de incidentes e consolidação da cultura de segurança como atributo da qualidade do cuidado no Sistema Único de Saúde.[6]

Entretanto, a consolidação da segurança do paciente não depende apenas da existência de políticas e protocolos institucionais, mas também da efetiva implementação dessas práticas no cotidiano assistencial. Para isso, é necessário que a equipe multiprofissional se aproprie dos objetivos da cultura de segurança, reconhecendo áreas que necessitam de melhorias e favorecendo intervenções mais efetivas. Além disso, torna-se fundamental estabelecer uma relação de confiança entre os profissionais e a gestão, para que os trabalhadores se sintam seguros ao reconhecer e relatar situações que possam comprometer a segurança do paciente.[7] Nesse contexto, fomentar a cultura de segurança é essencial para a prevenção de incidentes, uma vez que essa cultura envolve o fortalecimento do trabalho em equipe, a transparência, a disposição para aprender com os erros e a centralidade do cuidado no paciente.[4]

Vale destacar que a cultura de segurança do paciente deve ser fortalecida em todos os ambientes hospitalares, sobretudo nas UTIs, onde a complexidade assistencial e a instabilidade clínica dos pacientes aumentam o risco de incidentes. Evidências recentes demonstram que a segurança em unidades intensivas depende de fatores como comunicação eficaz, protocolos bem estabelecidos, monitoramento contínuo de riscos e condições adequadas de trabalho, elementos que contribuem para reduzir erros e promover um cuidado mais seguro.[8] Como afirmam Gomes e Perez (2023),[9] pacientes internados em UTIs apresentam maior propensão a sofrer erros relacionados à assistência à saúde, especialmente aqueles associados às anotações de prontuário e à passagem de plantão. Dessa forma, torna-se imprescindível implementar medidas que assegurem a segurança do paciente por meio da capacitação profissional, educação permanente e fortalecimento dos protocolos assistenciais.

A utilização dessas ferramentas para redução de erros e proteção dos pacientes em UTIs deve estar integrada à prática assistencial, alinhando os objetivos institucionais e profissionais à qualidade do cuidado. Nesse sentido, a cultura de segurança do paciente configura-se como elemento essencial para a redução de eventos adversos, uma vez que representa o conjunto de valores, atitudes e comportamentos que demonstram comprometimento com a segurança.[10] Em consonância, um estudo internacional conduzido com profissionais de 15 UTIs observou que a cultura de segurança era percebida como frágil, especialmente nas dimensões relacionadas à comunicação aberta, frequência de relato de eventos e resposta não punitiva aos erros, que apresentaram escores inferiores a 50%, evidenciando importantes vulnerabilidades no ambiente de cuidado intensivo. Esses achados reforçam a necessidade de adotar estratégias voltadas à melhoria da qualidade assistencial e promoção de um ambiente mais seguro, considerando que tais fragilidades impactam diretamente a identificação, comunicação e prevenção de incidentes em contextos críticos como a UTI.[11] Dessa forma, evidencia-se a importância de reconhecer, relatar e estudar os erros sem caráter punitivo, objetivando prevenir sua recorrência, reduzir danos aos pacientes e

evitar a subnotificação de eventos adversos.[10]

Diante desse contexto, avaliar a segurança do paciente e seus fatores associados na percepção da equipe multiprofissional das UTIs torna-se fundamental para identificar aspectos que necessitam de aprimoramento, visando ao fortalecimento da cultura de segurança do paciente. Assim, este estudo buscou responder à seguinte questão: qual a percepção da equipe multiprofissional sobre a segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva de um hospital geral público de Salvador, Bahia, Brasil, e quais fatores estão associados a essa percepção? Desse modo, o estudo teve como objetivos avaliar a segurança do paciente e identificar fatores associados na percepção da equipe multiprofissional de Terapia Intensiva de um hospital público de Salvador, Bahia, Brasil.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, com delineamento analítico e transversal, fundamentado no checklist *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (*STROBE).[12]

O estudo foi realizado em um hospital de ensino, público e geral, localizado na região metropolitana de Salvador, Bahia, Brasil.

O hospital caracteriza-se como uma instituição de grande porte e de referência na Bahia, realizando atendimentos de alta complexidade, terciários e assistenciais. Além disso, oferta serviços complementares para todo o estado, prestando atendimento ambulatorial referenciado e de internação, bem como assistência em urgência e emergência a pacientes clínicos e cirúrgicos, por meio de três portas de entrada: adulto, obstétrica e pediátrica.

A referida instituição conta com 640 leitos, sendo referência em diversas especialidades, como cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia vascular, cirurgia pediátrica e neonatal e serviços de emergência. Também possui certificação como hospital de ensino.

Quanto às unidades de terapia intensiva (UTI) onde ocorreu a coleta dos dados, participaram do estudo a UTI Geral Adulto 1 (20 leitos), UTI Geral Adulto 2 (9 leitos), UTI Cirúrgica (10 leitos), UTI Neurológica (10 leitos), UTI Cardiovascular (28 leitos) e UTI Pediátrica (10 leitos).

A população do estudo foi composta pela equipe multiprofissional atuante nas referidas UTIs, sendo constituída por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais e psicólogos, profissionais que atuavam diretamente na assistência aos pacientes.

Neste estudo utilizou-se amostragem não probabilística, por conveniência, e os seguintes critérios de exclusão foram aplicados: trabalhadores com menos de seis meses na instituição; trabalhadores que estivessem, no período da coleta de dados, em férias, licenças e/ou afastamentos do serviço; e trabalhadores que exercessem atividades exclusivamente administrativas. O hospital contava com aproximadamente 753 profissionais de saúde compondo a equipe multiprofissional das UTIs inseridas no estudo.

Por este estudo ser derivado de uma pesquisa multicêntrica mais ampla intitulada “Prática interprofissional colaborativa e sua relação com o burnout nos profissionais de saúde e a segurança do paciente”, de cunho correlacional, o dimensionamento amostral foi baseado no coeficiente de correlação das variáveis, além dos valores relativos ao nível de significância e ao poder do teste. Sendo assim, nesta pesquisa, a avaliação do tamanho da amostra considerou um coeficiente de correlação ≥ 0,25 como tamanho de efeito mínimo, um nível de significância de 5% e um poder de teste de 90%. Diante disso, a amostra mínima era de 164 profissionais de saúde.

Durante o período de coleta de dados, 298 profissionais das UTIs foram abordados e, após receberem informações detalhadas sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, todos aceitaram participar, não havendo recusas. Os questionários foram então entregues aos participantes e, após

preenchimento, recolhidos dentro do prazo estipulado. Ao final, 213 questionários foram devolvidos dentro do período determinado. Contudo, após uma análise minuciosa, apenas 207 respostas foram consideradas válidas para a pesquisa. As exclusões ocorreram devido à incompletude de algumas respostas, impossibilitando sua inclusão na análise.

Foram utilizados dois questionários: o primeiro visou à caracterização da amostra através dos dados sociodemográficos e profissionais; o segundo foi um recorte correspondente à dimensão "Percepção geral da segurança do paciente" e à "Nota de segurança do paciente" do Hospital *Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ),[13] traduzido e validado para o Brasil.[14-15]

A dimensão "Percepção geral da segurança do paciente" do HSOPSC enfatiza a segurança do paciente de maneira geral, abordando se os procedimentos e sistemas existentes na organização são efetivos na prevenção de erros e se existem problemas quanto à segurança do paciente, sendo composta por quatro itens avaliados segundo a escala psicométrica: Discordo Fortemente (1), Discordo (2), Nenhum dos dois (3), Concordo (4) e Concordo Fortemente (5). A "Nota da segurança do paciente" permite que o profissional avalie o grau de segurança que percebe na sua unidade de trabalho, sendo avaliada em cinco níveis: Excelente; Muito boa; Regular; Ruim; Muito ruim.

Os dados foram coletados nos meses de março a junho de 2024 pelas pesquisadoras responsáveis e por estudantes de iniciação científica vinculadas ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), capacitadas especificamente para este fim, aplicando-se os procedimentos éticos descritos para a pesquisa.

Para iniciar a coleta de dados, foram realizadas visitas pelas pesquisadoras às coordenações de cada setor para apresentação do estudo, destacando que a pesquisa estava aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNEB e do hospital. Além disso, foi esclarecido que a pesquisa seria realizada com a equipe multiprofissional das unidades ao longo dos meses subsequentes. Assim, foram acordados os períodos mais adequados para a coleta, considerando as demandas das atividades rotineiras de cada setor. Os profissionais foram convidados a participar do estudo, sendo-lhes oferecida uma explicação detalhada sobre os objetivos da pesquisa, a metodologia utilizada, bem como os potenciais benefícios e riscos associados, conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Aqueles que concordaram em participar leram e assinaram o TCLE em duas vias, sendo uma retida pela pesquisadora responsável e a outra entregue ao participante. Reforçou-se, ainda, o compromisso com a confidencialidade dos dados, assegurando que as informações coletadas seriam mantidas em sigilo, garantindo a não identificação dos profissionais.

Após essa etapa, os participantes responderam aos questionários na forma impressa em papel, com o tempo para devolutiva acordado conforme a disponibilidade individual de cada profissional. Além disso, devido à natureza rotativa de alguns profissionais que não costumam estar na unidade, como fonoaudiólogos, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos, foi implementada pelas pesquisadoras uma estratégia de visitar as respectivas salas desses profissionais em dias diferentes, visando maximizar a participação na coleta de dados.

Os dados coletados foram organizados e armazenados em planilhas do Microsoft Excel®. Após o preenchimento dessas planilhas, foi realizada uma revisão dos dados com o objetivo de evitar possíveis erros de digitação.

Os dados sociodemográficos e profissionais foram analisados por meio de estatística descritiva, através da distribuição das frequências absolutas e relativas.

Em relação à análise da dimensão de segurança do paciente, empregaram-se as orientações das autoras do instrumento original,[16] que sugerem a análise do

HSOPSC através da frequência de resposta para cada item.

Além disso, visando aprofundar a análise da dimensão de segurança do paciente, calcularam-se média e respectivo desvio-padrão, mediana, valor mínimo e máximo e quartis. Destaca-se que, para cálculo dessas estatísticas, foram adotadas as seguintes medidas: Discordo Fortemente = 1, Discordo = 2, Nenhum dos dois = 3, Concordo = 4 e Concordo Fortemente = 5. Na dimensão avaliada, dois itens são considerados redigidos na forma negativa: Item 1 e Item 3. Para análise, essas medidas escalares foram revertidas, mantendo o padrão de que 1 corresponde à pior avaliação e 5 à melhor avaliação. Ressalta-se que, para análise da Nota de Segurança do Paciente, também foi adotada a seguinte classificação: Excelente = 5; Muito boa = 4; Regular = 3; Ruim = 2; Muito ruim = 1.

Para análise dos fatores associados, as variáveis sociodemográficas e profissionais (sexo, idade, estado civil, cor ou raça/etnia, escolaridade, local de trabalho, categoria profissional, profissional fixo da UTI, tipo de vínculo, turno de trabalho, quantidade de vínculos trabalhistas, tempo de experiência profissional e no serviço, e carga horária semanal de trabalho) foram organizadas como independentes, enquanto a dimensão da segurança do paciente e a nota de segurança foram consideradas variáveis dependentes. Após essa organização, foram empregados testes de associação e correlação. Os testes estatísticos foram utilizados conforme a normalidade dos dados e o perfil das variáveis analisadas.

As variáveis categóricas foram analisadas por meio dos testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher. Para comparação entre grupos, foram utilizados os testes de Wilcoxon-Mann-Whitney, Brunner-Munzel, Teste t de Student, Kruskal-Wallis e One-way ANOVA, conforme a distribuição dos dados e o número de grupos analisados. Já para avaliação da associação entre variáveis numéricas e ordinais, empregaram-se os testes de Correlação de Pearson e Correlação de Kendall.

Os testes estatísticos foram selecionados conforme a natureza das variáveis e a distribuição dos dados. Ressalta-se que, nos resultados, foram apresentados apenas os testes que demonstraram significância estatística, com o objetivo de tornar a apresentação dos achados mais clara e objetiva.

O programa R foi empregado para realização das análises estatísticas (17). Adotou-se nível de significância de 5%.

O presente estudo foi respaldado pelos princípios éticos que envolvem pesquisas com seres humanos, garantindo aos participantes anonimato e confidencialidade das informações, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que contempla os princípios da beneficência, não maleficência, autonomia, respeito à dignidade humana e justiça (Brasil, 2012).[18] O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, sob parecer nº 5.978.848 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 68268923.1.1001.0057 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital lócus do estudo, sob parecer nº 6.587.850.

RESULTADOS

Caracterização da amostra conforme as variáveis sociodemográficas e profissionais

A amostra do estudo foi composta por 207 profissionais integrantes da equipe multiprofissional das unidades de terapia intensiva (UTIs). Conforme a Tabela 1, observou-se predominância do sexo feminino (76,4%) e de indivíduos com idade entre 25 e 34 anos (45,8%). A maioria dos participantes não possuía companheiro (62,6%) e se autodeclarou parda (48,5%). Em relação à escolaridade, prevaleceram os profissionais com nível de especialização (54,6%), seguidos por aqueles com ensino médio (23,2%) e graduação (18,9%). No que se refere ao local de atuação, a maior proporção de participantes trabalhava na UTI cardiovascular (29,7%). As categorias profissionais mais representativas foram técnicos e auxiliares de enfermagem

(33,3%), enfermeiros (18,1%). A maior parte dos profissionais era fixa na unidade (86,3%) e possuía vínculo contratual (82,1%). Quanto ao regime de trabalho, prevaleceu o turno misto (76,6%), caracterizado pela alternância entre plantões diurnos e noturnos. Verificou-se ainda que 57,1% dos profissionais mantinham dois vínculos empregatícios, e 10,7% possuíam mais de dois. Em relação ao tempo de experiência, 33,7% apresentavam entre cinco e nove anos de atuação profissional, enquanto 54,5% possuíam de seis meses a quatro anos de experiência no serviço atual. A carga horária semanal variou de 12 a 96 horas, sendo que mais da metade dos participantes (52,3%) trabalhava entre 60 e 80 horas semanais.

Tabela 1. Caracterização dos participantes segundo variáveis Sociodemográficas e profissionais. Salvador, BA, Brasil,2024

Variável	Categoria	n*	%
Sexo	Feminino / Masculino	136 / 42	76,4 / 23,6
Faixa etária (anos)	25–34 / 35–44 / 45–54 / ≥55	76 / 60 / 23 / 7	45,8 / 36,1 / 13,9 / 4,2
Estado civil	Sem companheiro(a) / Com companheiro(a)	122 / 73	62,6 / 37,4
Cor ou raça/etnia	Parda / Preta / Branca	98 / 63 / 41	48,5 / 31,2 / 20,3
Escolaridade	Ensino médio / Graduação / Especialização / Mestrado ou Doutorado	43 / 35 / 101 / 6	23,2 / 18,9 / 54,6 / 3,2
Categoria profissional	Téc./Aux. Enf. / Enfermeiro / Fisioterapeuta / Médico / Outros**	68 / 37 / 33 / 32 / 34	33,3 / 18,1 / 16,2 / 15,7 / 16,7
Local de trabalho	UTI Cardiovascular / UTI Geral / UTI Neuro / UTI Pediátrica / UTI Cirúrgica	58 / 60 / 31 / 28 / 18	29,7 / 30,8 / 15,9 / 14,4 / 9,2
Profissional fixo da unidade	Sim / Não	176 / 28	86,3 / 13,7
Tipo de vínculo	Celetista / Estatutário / Residente	165 / 19 / 17	82,1 / 9,5 / 8,5
Turno de trabalho	Misto / Diurno / Noturno / Fixo manhã/tarde	157 / 42 / 2 / 4	76,6 / 20,5 / 1,0 / 2,0
Quantidade de vínculos	Um / Dois / ≥3	66 / 117 / 22	32,2 / 57,1 / 10,7
Tempo de experiência profissional (anos)	0,5–4 / 5–9 / 10–14 / 15–19 / ≥20	50 / 69 / 31 / 37 / 18	24,9 / 33,7 / 15,1 / 18,0 / 8,3
Tempo de experiência no serviço (anos)	0,5–4 / 5–9 / 10–14 / ≥15	109 / 60 / 11 / 20	54,5 / 30,0 / 5,5 / 10,0
Carga horária semanal (h)	12–30 / 31–59 / 60–80 / >80	15 / 64 / 91 / 4	8,6 / 36,8 / 52,3 / 2,3

Fonte: elaborada pelas autoras, 2024.
Legenda: *Os valores de n referem-se ao número de respostas válidas por item, e a sua soma não reflete necessariamente o total de participantes do estudo. **Outros: nutricionista (n=10), fonoaudiólogo (n=7), farmacêutico (n=6), psicólogo (n=6) e assistente social (n=5).

Análise descritiva da Dimensão "Percepção geral da segurança do paciente" e da "Nota de segurança do Paciente"

A análise das respostas sobre segurança do paciente mostrou que a maioria dos participantes discordou da afirmação de que "é apenas por acaso que erros mais graves não acontecem na unidade" (SP1), com 53,7% de discordância. Em relação à afirmação de que a segurança do paciente jamais é comprometida em função da carga de trabalho (SP2), 51,0% dos participantes discordaram. Quanto à afirmação relacionada à existência de problemas de segurança na unidade (SP3), 44,5% dos participantes discordaram. Em relação à adequação dos procedimentos e sistemas para prevenir erros (SP4), 50,5% dos participantes concordaram com a afirmação. Quanto à avaliação da nota de segurança, esta foi predominantemente positiva, com 48,41% dos participantes classificando-a como "Muito Boa" ou "Excelente" (40,43% e 7,98%, respectivamente). No entanto, 43,09% atribuíram a nota "Regular" à segurança, enquanto 8,51% deram classificações negativas, sendo 6,91% "Ruim" e 1,60% "Muito Ruim". A Tabela 2 apresenta todos os resultados em relação à dimensão e à nota de segurança do paciente.

Tabela 2. Distribuição das respostas referentes à dimensão "Percepção geral da segurança do paciente" e da Nota de Segurança do paciente. Salvador, BA, Brasil 2024

Percepção geral da segurança do paciente			
Questão	**Concordância (%)**	**Neutra (%)**	**Discordância (%)**
SP1 – É apenas por acaso que erros mais graves não acontecem por aqui.	22,9	23,4	53,7
SP2 – A segurança do paciente jamais é comprometida em função da carga de trabalho.	29,3	19,7	51,0
SP3 – Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	35,0	20,5	44,5
SP4 – Os procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	50,5	18,5	31,0
Nota de segurança do paciente			
Nota	**n***	**%**	
Excelente / Muito boa	**91**	**48,4**	
Regular	**81**	**43,1**	
Ruim / Muito ruim	**16**	**8,5**	

Fonte: elaborada pelas autoras, 2024.
Legenda: As respostas foram agrupadas da seguinte forma: "Concordo" e "Concordo totalmente" formaram Concordância; "Não concordo nem discordo" foi renomeada como Neutra; e "Discordo" e "Discordo totalmente" foram agrupadas como Discordância. "Muito Boa" e "Excelente" formaram Excelente / Muito boa; "Regular" permaneceu inalterada; e "Ruim" e "Muito Ruim" foram agrupadas como Ruim / Muito ruim. *Os valores de n referem-se ao número de respostas válidas por item, e a sua soma não reflete necessariamente o total de participantes do estudo.

Análise dos fatores associados à dimensão da cultura de segurança do paciente e à nota de segurança

As Tabelas 3, 4 e 5 apresentam os resultados com significância estatística referentes à associação entre as características sociodemográficas e profissionais dos participantes e a percepção geral de segurança do paciente e a nota de segurança.

A dimensão "Percepção geral de segurança do paciente" não apresentou associação significativa com sexo, idade, estado civil, cor ou raça/etnia, categoria profissional, profissional ser ou não fixo na UTI, turno de trabalho, quantidade de vínculos trabalhistas, experiência profissional, tempo de experiência no serviço e carga horária semanal. Entretanto, esta dimensão esteve associada à escolaridade, revelando uma correlação negativa estatisticamente

significativa (τ = - 0,139; p = 0,021) (Tabela 3). Verificou-se associação negativa entre escolaridade e percepção geral da segurança do paciente.

A Nota de Segurança do paciente não esteve associada ao sexo, estado civil, cor ou raça/etnia, categoria profissional, profissional ser ou não fixo na UTI, turno de trabalho, quantidade de vínculos trabalhistas, experiência profissional, tempo de experiência no serviço. Entretanto, foi possível observar uma correlação positiva significativa da nota com a idade (τ = 0,154; p = 0,017), indicando associação positiva entre idade e nota de segurança do paciente; negativa significativa com a escolaridade (τ = -0,246; p < 0,001), indicando associação negativa entre escolaridade e nota de segurança do paciente; e associação negativa significativa também com a carga horária semanal (τ = -0,178; p = 0,007), indicando associação negativa entre carga horária semanal e nota de segurança do paciente (Tabela 3).

A variável local de trabalho apresentou associação significativa com a dimensão Percepção geral de segurança do paciente (p = 0,040), indicando associação entre local de trabalho e percepção geral de segurança do paciente. As maiores médias foram observadas nos profissionais da UTI Neurológica (M = 3,42; DP = 0,67), enquanto a menor média foi registrada na UTI Cardiovascular (M = 2,97; DP = 0,76) (Tabela 4). Igualmente, no que tange à associação das percepções sobre a nota de segurança do paciente, a análise demonstrou associação significativa com o local de trabalho (p = 0,006) com melhores avaliações na UTI Neurológica e Cirúrgica (Tabela 5).

Tabela 3. Correlação entre a Percepção Geral de Segurança do Paciente e a variável Escolaridade e entre a Nota de Segurança do Paciente e as variáveis Idade, Carga Horária Semanal e Escolaridade. Salvador, BA, Brasil, 2024

X (Variável)	Y (Variável)	n*	Correlação (Kendall's τ)	p-valor
Percepção geral da segurança do paciente	Escolaridade	180	-0,139	0,021
Nota de segurança do paciente	Idade	149	0,154	0,017
Nota de segurança do paciente	Carga horária semanal	157	-0,178	0,007
Nota de segurança do paciente	Escolaridade	170	-0,246	<0,001

Fonte: elaborada pelas autoras, 2024.
Legenda: *Os valores de n referem-se ao número de respostas válidas por item, não necessariamente ao total de participantes do estudo.

Tabela 4. Distribuição da "Percepção Geral de Segurança do Paciente" considerando a variável Local de Trabalho. Salvador, BA, Brasil, 2024

p-valor	Categoria	n*	M	DP	Q1	Q3
0,040*	UTI Cardiovascular	53	2,97	0,76	2,50	3,50
	UTI Geral Adulto 1	34	3,17	0,66	2,75	3,50
	UTI Neurológica	30	3,42	0,67	3,00	3,75
	UTI Pediátrica	28	3,06	0,51	2,75	3,50
	UTI Geral Adulto 2	26	3,34	0,67	3,00	3,75
	UTI Cirúrgica	18	3,30	0,59	2,81	3,73

Fonte: elaborada pelas autoras, 2024.
Legenda: *One-way ANOVA; N: número de observações; M: média; DP: desvio padrão; Q1: primeiro quartil; Q3: terceiro quartil. *Os valores de n referem-se ao número de respostas válidas por item, e a sua soma não reflete necessariamente o total de participantes do estudo.

Tabela 5. Distribuição das percepções sobre a nota de segurança do paciente, considerando a variável Local de Trabalho, com frequências absolutas e relativas. Salvador, BA, Brasil, 2024

p-valor	Categoria	Muito Ruim n* (%)	Ruim n* (%)	Regular n* (%)	Muito Boa n* (%)	Excelente n* (%)
0,006**	UTI Cardiovascular	2 (3,92%)	6 (11,77%)	25 (49,02%)	16 (31,37%)	2 (3,92%)
	UTI Geral Adulto 1	0 (0,00%)	4 (11,77%)	18 (52,94%)	11 (32,35%)	1 (2,94%)
	UTI Neurológica	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (11,54%)	19 (73,08%)	4 (15,39%)
	UTI Pediátrica	0 (0,00%)	2 (8,00%)	15 (60,00%)	7 (28,00%)	1 (4,00%)
	UTI Geral Adulto 2	1 (3,85%)	0 (0,00%)	11 (42,31%)	12 (46,15%)	2 (7,69%)
	UTI Cirúrgica	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (20,00%)	10 (66,67%)	2 (13,33%)

Fonte: elaborada pelas autoras, 2024.
Legenda: *Os valores de n referem-se ao número de respostas válidas por item, e a sua soma não reflete necessariamente o total de participantes do estudo.
**Teste do Qui-quadrado de Pearson; N: número de observações (Frequência Absoluta); %: Frequência Relativa

DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram uma avaliação predominantemente intermediária, ainda que ligeiramente positiva, refletindo a complexidade do ambiente de trabalho e as diferenças nas perspectivas de profissionais com formações e funções variadas. Embora reconheçam a existência de medidas e protocolos destinados à redução de riscos, os profissionais também identificam desafios significativos, como a sobrecarga de trabalho e as especificidades do ambiente de terapia intensiva. Essa percepção está alinhada com estudos recentes que apontam para uma cultura de segurança do paciente ainda em desenvolvimento nas UTIs. Por exemplo, uma pesquisa realizada em hospitais brasileiros identificou que a dimensão "percepção de segurança" obteve apenas 49% de respostas positivas, indicando áreas que necessitam de aprimoramento.[19]

Para melhorar a segurança do paciente, é fundamental investir em intervenções estruturais, como a redução da carga de trabalho, treinamentos regulares e o fortalecimento da cultura de segurança. A implementação de práticas seguras depende de um comprometimento coletivo e de uma comunicação eficaz entre as equipes de saúde. Estudos recentes indicam que a criação de uma cultura robusta de segurança envolve todos os níveis organizacionais e promove a comunicação aberta, elemento essencial para o fortalecimento da segurança do paciente.[20]

Diante disso, uma revisão de escopo desenvolvida em hospitais brasileiros utilizando o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) identificou que dimensões como trabalho em equipe, aprendizado organizacional e apoio da gestão hospitalar estão diretamente relacionadas ao fortalecimento da cultura de segurança do paciente. Por outro lado, a resposta não punitiva aos erros e a frequência de notificação de eventos foram apontadas como fragilidades recorrentes entre as instituições avaliadas, evidenciando que o receio de punições ainda pode comprometer a comunicação entre os profissionais e a implementação de práticas assistências mais seguras.[21]

Além disso, a liderança desempenha um papel estratégico na construção de uma cultura de segurança eficaz, uma vez que pode promover a transparência nos processos de trabalho e institucionais, favorecendo ambientes laborais seguros e encorajando os colaboradores a relatarem falhas, incidentes ou situações de risco, através de uma postura de escuta ativa, contribuindo para a promoção do aprendizado organizacional e para uma efetiva gestão de eventos adversos. Desse modo, quando a liderança se compromete com a segurança do paciente, inspira a equipe a promover uma cultura de responsabilidade compartilhada.[22]

Com relação aos fatores associados, foi observada uma correlação positiva entre a “Nota da segurança do paciente” e a idade. Esse resultado demonstra que profissionais com maior idade atribuíram

avaliações mais positivas à segurança do paciente. Este achado encontra respaldo na literatura, como demonstrado em um estudo realizado em unidades de terapia intensiva na Costa Rica, no qual foi identificado que, a cada ano adicional de tempo de atuação no setor, havia aumento na percepção de segurança do paciente. Isso sugere que profissionais mais experientes, frequentemente com maior idade, podem desenvolver uma visão mais confiável e otimista em relação às práticas e processos de segurança no ambiente hospitalar. A experiência acumulada permite que esses profissionais reconheçam a evolução dos padrões de segurança e, ao mesmo tempo, compreendam melhor as limitações e potencialidades do sistema de saúde.[20]

Por outro lado, o estudo apresentou correlação negativa entre a carga horária semanal e a "nota de segurança do paciente". O resultado dessa análise demonstra que profissionais com maior carga horária semanal atribuíram notas mais baixas à segurança do paciente. A quantidade de horas semanais dos participantes neste estudo indicou uma carga de trabalho intensa, o que pode comprometer a vigilância e a tomada de decisões cruciais que impactam diretamente a segurança do paciente. Diversos estudos documentam a relação entre jornadas prolongadas e falhas no cuidado à saúde. Por exemplo, um estudo realizado em serviços de alta complexidade de um hospital de ensino destaca que jornadas longas podem gerar impacto negativo na assistência segura ao paciente, alterando o funcionamento psicológico e físico dos profissionais, enfatizando que a fadiga e o estresse dos profissionais de saúde estão diretamente relacionados à ocorrência de erros.[23]

Uma pesquisa realizada em um hospital público de grande porte da Região Sudeste analisou a percepção da cultura de segurança entre profissionais de saúde e evidenciou que, no que diz respeito à carga de estresse e ao seu impacto na assistência, os profissionais de nível superior demonstram melhor capacidade de reconhecer esses fatores, especialmente aqueles relacionados à sobrecarga de trabalho, à instabilidade e à insegurança emocional.[24]

O fator local de trabalho esteve associado às duas variáveis de segurança do paciente, revelando diferenças notáveis nas percepções de segurança entre os profissionais das diferentes UTIs. Profissionais que atuavam nas UTIs neurológicas e cirúrgicas avaliaram a segurança de forma mais positiva quando comparados aos profissionais das UTIs cardiovasculares e pediátricas.

A associação do local de trabalho com a percepção de segurança do paciente também foi encontrada em um estudo com diversas unidades de um hospital, ratificando que o local de trabalho foi a variável que mais influenciou a percepção dos trabalhadores, o que sugere a existência de microculturas de segurança do paciente dentro de um mesmo contexto hospitalar. Essas diferenças podem ser multicausais, podendo ser explicadas pelo processo de trabalho desenvolvido em cada cenário e pelas suas especificidades.[25] Ainda, essas diferenças podem estar relacionadas a fatores estruturais, organizacionais e culturais que variam entre as unidades. A literatura reforça que a organização dos processos de trabalho e a estrutura desempenham papéis fundamentais na construção de uma cultura de segurança.[26] Dessa forma, propostas gerais que visem à melhoria da segurança podem ser elaboradas, entretanto, precisam adequar-se a cada contexto de trabalho.[25] Corroborando com esta temática, estudo evidencia que a cultura de segurança pode apresentar variações dentro da própria organização, sendo associada, por exemplo, à posição hierárquica e/ou categoria profissional, organizando-se, portanto, como subculturas de acordo com suas especificidades.[27]

A escolaridade também foi outro fator relevante identificado na pesquisa. O presente estudo demonstra uma correlação negativa entre as dimensões "Percepção geral da segurança do paciente", "nota de segurança do paciente" e a escolaridade. Profissionais com maior formação apresentaram uma visão mais crítica sobre as práticas de segurança e atribuíram notas mais baixas à sua unidade de trabalho. Desse modo, percebe-se que a especialização e a experiência acadêmica ampliam o

conhecimento dos profissionais sobre os protocolos de segurança e as melhores práticas, o que pode levar a uma percepção mais aguçada das falhas no sistema. Isso é corroborado por um estudo que investigou a percepção da equipe multiprofissional quanto à segurança do paciente pediátrico em áreas críticas, sugerindo que a formação e a experiência dos profissionais impactam diretamente a percepção de segurança.[28] Essa análise é confirmada pela literatura, uma vez que um estudo realizado em um hospital de ensino avaliou a percepção do clima de segurança do paciente entre profissionais de saúde. Os resultados indicaram que profissionais de nível superior apresentaram melhor percepção do clima de segurança, especialmente nos domínios relacionados à satisfação no trabalho e percepção da gerência. Isso sugere que a formação acadêmica pode contribuir para uma visão mais crítica e consciente sobre a importância da segurança no ambiente hospitalar.[24]

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A pesquisa foi realizada em um único hospital, o que limita a generalização dos achados para outras instituições de saúde, principalmente considerando as possíveis variações nas práticas de segurança entre diferentes hospitais. Além disso, por se tratar de um estudo transversal, não é possível afirmar relações de causa e efeito entre as variáveis analisadas. Destaca-se também que os dados foram obtidos por meio de questionários autoaplicáveis, o que pode influenciar as respostas devido à percepção individual e à subjetividade dos participantes.

CONCLUSÕES

A percepção acerca da segurança do paciente foi predominantemente intermediária e ligeiramente positiva. Isso indica que, embora os profissionais reconheçam a existência de práticas e protocolos destinados à segurança, desafios significativos ainda persistem, principalmente relacionados à sobrecarga de trabalho e às condições específicas de cada tipo de UTI.

Os principais resultados demonstraram que a idade esteve positivamente associada a uma percepção mais favorável sobre a segurança do paciente, sugerindo que profissionais com maior idade tendem a avaliar a segurança de forma mais positiva. Em contraste, a carga horária intensa foi associada a uma percepção mais negativa da segurança, evidenciando o impacto da fadiga e do estresse sobre a capacidade de monitorar e tomar decisões críticas. Além disso, a análise do local de trabalho — tipo de UTI — esteve associada à percepção de segurança, o que pode ser atribuído a diferenças estruturais, organizacionais e assistenciais entre as unidades, revelando microculturas de segurança do paciente no contexto estudado. Já os profissionais com maior nível de escolaridade demonstraram uma visão mais crítica, possivelmente devido ao maior conhecimento sobre os protocolos e falhas no sistema de segurança.

Os achados oferecem bases para intervenções eficazes, como a redução da carga horária dos profissionais e a implementação de programas de suporte psicológico, que podem melhorar tanto a percepção da segurança quanto a qualidade do atendimento prestado. Recomenda-se que as instituições de saúde adotem políticas voltadas à redução da sobrecarga de trabalho, promovendo ambientes mais equilibrados, com maior suporte psicológico e programas contínuos de capacitação. Além disso, é fundamental que as estratégias de segurança sejam adaptadas às características específicas de cada unidade de terapia intensiva, a fim de enfrentar os desafios distintos de cada contexto.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro concedido a esta pesquisa por meio do Edital FAPESB/CNPq nº 004/2023.

DECLARAÇÃO DE USO DE RECURSOS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (IA)

As autoras declaram que utilizaram a ferramenta ChatGPT (OpenAI) exclusivamente como apoio técnico para a formatação de referências bibliográficas, organização do layout de tabelas e revisão ortográfica e gramatical do manuscrito. Não foram empregadas ferramentas de IA na concepção do estudo, coleta, análise ou interpretação dos dados, nem na elaboração das conclusões. Todas as sugestões e ajustes gerados foram revisados, avaliados e validados pelas autoras, que assumem integral responsabilidade pelo conteúdo, pela precisão das informações apresentadas e pela integridade científica do trabalho.

REFERÊNCIAS

1 World Health Organization (WHO). Global patient safety report 2024. Geneva: World Health Organization; 2024. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/376928

2 Pedro RAM, Ferreira D, Silva P, Almeida G, Santos L, et al. Adverse events leading to intensive care unit admission in a low- and middle-income country: a prospective cohort study and systematic review. Journal of Critical Care. 2024;80:154510. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2023.154510

3 Santos MLR, Júnior AJSC, Silva MVS. Comunicação de eventos adversos e trabalho interprofissional em Unidade de Terapia Intensiva: entre o ideal e o (não) realizado. Interface (Botucatu, Online). 2022;26:e210754. DOI: https://doi.org/10.1590/interface.210754

4 World Health Organization (WHO). Global patient safety action plan 2021-2030. Geneva: World Health Organization; 2021. Available from: https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan

5 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Plano integrado para a gestão sanitária da segurança do paciente em serviços de saúde 2021-2023. Brasília: ANVISA; 2021. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente

6 Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/sobre-o-programa

7 Freitas EO, Diniz RS, Souza FMA, Siqueira LSC, Viana KCB, Ferreira SR. Cultura de segurança em Unidade de Terapia Intensiva na percepção de profissionais de enfermagem. Rev. bras. promoç. saúde (Online). 2021;34:11582. DOI: https://doi.org/10.5020/18061230.2021.11582

8 Tajari M, Ashktorab T, Ebadi A. Components of safe nursing care in intensive care units: a qualitative study. BMC Nursing. 2024;23:613. DOI: https://doi.org/10.1186/s12912-024-02281-5

9 Gomes ACN, Perez IMP. A segurança do paciente na unidade de terapia intensiva: uma visão ampliada da enfermagem. Revista Saúde dos Vales. 2023;6(1). Disponível em: https://rsv.ojsbr.com/rsv/article/view/1812/2922

10 Kevelyn E, Silva R, Duarte L, Almeida P, Torres A, et al. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. Revista Diálogos em Saúde. 2024;7(1):115-23. Disponível em: https://periodicos.iesp.edu.br/dialogosemsaude/article/view/712

11 Tlili MA, Ben Saida I, Othmani MB, et al. Assessing patient safety culture in 15 intensive care units: a mixed-methods study. BMC Health Services Research. 2022;22:274. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-022-07665-4

12 von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The STROBE statement: guidelines for reporting observational studies. PLoS Medicine. 2007;4(10):e296. DOI:

https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040296

13 Sorra J, Nieva V. Pilot study: reliability and validity of the Hospital Survey on Patient Safety. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2004. Available from: https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html#:~:text=Survey%20Form1.%20Hospit

14 Reis CT, Laguardia J, Martins M, Góes PSA, Guilam MCR. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. Cad. Saúde Pública (Online). 2016;32(11):e00115614. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00115614

15 Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/14358/ve_Claudia_Reis_ENSP_2013.pdf

16 Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2016. Disponível em: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hospital-user-guide.pdf

17 R Core Team. R: a language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2026. Disponível em: https://cran.r-project.org/doc/manuals/r-release/fullrefman.pdf

18 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

19 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Relatório da Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais Brasileiros. Brasília: ANVISA; 2024. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/cultura-de-seguranca-do-paciente-2/RelatorioCSP2023.pdf

20 Silva BPAR, Vieira KFA, Silva MLF, Araújo AKM, Silva LA, Pinho L, et al. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva na perspectiva da equipe multiprofissional: estudo multicêntrico. Enferm. actual Costa Rica (Online). 2024;(46):e2. DOI: https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i46.52225

21 Prieto MMN, Fonseca REP, Zem-Mascarenhas SH. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. Rev. bras. enferm. 2021;74(6):e20201315. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1315

22 Vieira DB, Barreto MFC, Longhi DBF, Stieven AS, Haddad MCFL. Influência da cultura organizacional sobre as práticas de segurança do paciente em instituições hospitalares. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2025;25(9):e21485. DOI: https://doi.org/10.25248/reas.e21485.2025

23 Haas LE, Gaedke MÂ, Santos JAM. Cultura de segurança do paciente em serviços de alta complexidade no contexto da pandemia COVID-19. Cogitare Enferm. (Online). 2022;27:e83942. DOI: https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.83942

24 Liberato KPR, Barbieri BM, Portugal FB, Fiorin BH. Cultura de segurança do paciente por profissionais de saúde da clínica médica de um hospital universitário: estudo observacional. Contrib. cienc. soc. 2024;17(1):6879-98. DOI: https://doi.org/10.55905/revconv.17n.1-415

25 Batalha EMSS, Salles LCS, Santos NB, Brito EA, Garzin ACA, Melleiro MM. Evaluation of patient safety culture: perception of nursing workers and associated factors. Rev. Baiana Enferm. (Online). 2024;38:e52037. DOI: https://doi.org/10.18471/rbe.v38.52037

26 Lima MEC, Sousa DA. Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva e redução de danos evitáveis: artigo de opinião. Enfermagem Brasil. 2024;23(5):2030-37. DOI: https://doi.org/10.62827/eb.v23i5.4033

27 Baratto MAM, Costa LS, Baggio MA, Rangel M, Reinke DE, Lise F, et al. Patient safety culture: perspective of health and support workers. Acta Paul. Enferm. (Online). 2021;34:eAPE001595. DOI: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO001595

28 Pereira FS, Silveira MS, Hoffmann LM, Peres MA, Breigeiron MK, Wegner W. Perception of the multi-professional team regarding the safety of pediatric patients in critical areas. Rev. enferm. UFSM. 2021;11:e42. DOI: https://doi.org/10.5902/2179769255250

Recebido em: 19/11/2025
Aceito em: 28/05/2026
Publicado em: 18/06/2026