

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
PATIENT SAFETY CULTURE FROM THE PERSPECTIVE OF INTENSIVE CARE UNIT NURSES
CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS ENFERMERAS DE UNIDADES DE
CUIDADOS INTENSIVOS

¹Amanda Vitória Athayde Medeiros da Silva

²Emilly Nascimento Pessoa Lins

³Anna Karla de Oliveira Tito Borba

⁴Milton Cezar Compagnon

⁵Vânia Pinheiro Ramos

¹Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. Orcid:

<https://orcid.org/0000-0002-4213-6745>.

²Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. Orcid:

<https://orcid.org/0000-0002-4782-407X>.

³Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. Orcid:

<https://orcid.org/0000-0002-9385-6806>.

⁴Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. Orcid:

<https://orcid.org/0000-0003-1346-8895>.

⁵Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. Orcid:

<https://orcid.org/0000-0002-4559-934X>.

Autor correspondente

Amanda Vitória Athayde Medeiros da Silva

Rua alameda acácias, nº 94, aldeia, CEP:54786510, Camaragibe, Pernambuco, Brasil.

Telefone: +55 (81)984887465. e-mail: amandaathayde28@gmail.com.

Submissão: 27-01-2026

Aprovado: 03-06-2026

RESUMO

Introdução: A cultura de segurança do paciente representa um componente essencial na qualidade da assistência em saúde, especialmente nas unidades de terapia intensiva, caracterizadas pela elevada complexidade do cuidado e maior risco de eventos adversos.

Objetivo: Investigar a cultura de segurança do paciente sob a ótica de enfermeiros de unidade de terapia intensiva. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo e quantitativo, do tipo survey, conduzido entre fevereiro e junho de 2024, em 12 unidades de terapia intensiva de um hospital terciário privado, localizado no Nordeste do Brasil. Participaram 37 enfermeiros com tempo mínimo de seis meses de atuação no setor. Utilizou-se o instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture, composto por 12 dimensões destinadas à avaliação da cultura de segurança do paciente. **Resultados:** As dimensões "Aprendizado organizacional e melhoria contínua" (89,2%) e "Expectativas e ações dos supervisores na promoção da segurança" (84,5%) apresentaram os maiores percentuais positivos, configurando-se como pontos fortes da cultura institucional. Em contrapartida, a dimensão "Respostas não punitivas aos erros" obteve o menor escore (25,2%), evidenciando fragilidade nesse aspecto. **Conclusão:** Os achados reforçam a persistência de uma cultura punitiva frente aos erros, o que representa um desafio para o fortalecimento da segurança do paciente. Nesse contexto, estratégias que promovam a notificação de eventos adversos e o aprendizado organizacional mostram-se fundamentais para a consolidação de uma cultura de segurança efetiva.

Palavras-chaves: Cultura Organizacional; Segurança do Paciente; Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem de Cuidados Críticos; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Patient safety culture is an essential component of quality healthcare, especially in intensive care units, which are characterized by the high complexity of care and greater risk of adverse events. **Objective:** To investigate patient safety culture from the perspective of intensive care unit nurses. **Methods:** A cross-sectional, descriptive, and quantitative survey study was conducted between February and June 2024 in 12 intensive care units of a private tertiary hospital located in Northeast Brazil. Thirty-seven nurses with at least six months of experience in the sector participated. The Hospital Survey on Patient Safety Culture instrument, composed of 12 dimensions designed to assess patient safety culture, was used. **Results:** The dimensions "Organizational learning and continuous improvement" (89.2%) and "Supervisors' expectations and actions in promoting safety" (84.5%) showed the highest positive percentages, representing strengths of the institutional culture. Conversely, the dimension "non-punitive responses to errors" obtained the lowest score (25.2%), highlighting weaknesses in this aspect. **Conclusion:** The findings reinforce the persistence of a punitive culture in the face of errors, which represents a challenge for strengthening patient safety. In this context, strategies that promote the reporting of adverse events and organizational learning are fundamental for consolidating an effective safety culture.

Keywords: Organizational Culture; Patient Safety; Intensive Care Units; Critical Care Nursing; Quality of Health Care.

RESUMEN

Introducción: La cultura de seguridad del paciente es un componente esencial de la atención médica de calidad, especialmente en unidades de cuidados intensivos, caracterizadas por una alta complejidad de la atención y un mayor riesgo de eventos adversos. **Objetivo:** Investigar la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva del personal de enfermería de unidades de cuidados intensivos. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo, de encuesta, entre febrero y junio de 2024 en 12 unidades de cuidados intensivos de un hospital terciario privado ubicado en el noreste de Brasil. Participaron 37 enfermeros con al menos seis meses de experiencia en el sector. Se utilizó el instrumento Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente, compuesto por 12 dimensiones diseñadas para evaluar la cultura de seguridad del paciente. **Resultados:** Las dimensiones "Aprendizaje organizacional y mejora continua" (89,2%) y "Expectativas y acciones de los supervisores en la promoción de la seguridad" (84,5%) mostraron los porcentajes positivos más altos, lo que representa las fortalezas de la cultura institucional. En contraste, la dimensión "Respuestas no punitivas a los errores" obtuvo la puntuación más baja (25,2%), destacando la debilidad en este aspecto. **Conclusión:** Los hallazgos refuerzan la persistencia de una cultura punitiva hacia los errores, lo que representa un desafío para fortalecer la seguridad del paciente. En este contexto, las estrategias que promueven la notificación de eventos adversos y el aprendizaje organizacional son fundamentales para la consolidación de una cultura de seguridad eficaz.

Palabras clave: Cultura Organizacional; Seguridad del Paciente; Unidades de Cuidados Intensivos; Enfermería de Cuidados Críticos; Calidad de la Atención Médica.



INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é essencial para a qualidade dos serviços de saúde, sendo composta por ações preventivas voltadas para a minimização de riscos e danos ⁽¹⁾. Esse tema ganhou destaque com o relatório *To Err is Human*, de 1999, que revelou a magnitude dos riscos nos cuidados de saúde, levando a erros e danos evitáveis. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a segurança do paciente como a redução de danos desnecessários associados ao cuidado em saúde, consolidando-a como uma pauta global discutida em diversos contextos ⁽²⁻³⁾.

Nesse cenário, a investigação sobre a avaliação, implementação e eficácia de ferramentas que promovam a conscientização acerca da segurança do paciente, além de seu impacto na gestão de saúde, é crucial para o desenvolvimento de uma assistência segura. Isso inclui ênfase no aprendizado, melhoria contínua e uma abordagem não punitiva aos erros. Assim, surge a Cultura de Segurança do Paciente (CSP), definida como os valores, atitudes, competências e padrões de comportamento, individuais e coletivos, que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência na gestão de uma organização saudável e segura ⁽⁴⁾.

A CSP tem se consolidado como um indicador essencial para a implementação de iniciativas destinadas à redução de riscos e eventos adversos (EA) em hospitais. A ocorrência de EA é mais frequente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) devido a maior complexidade do atendimento e a criticidade dos

pacientes. É um ambiente que exige intervenções constantes, uso intensivo de tecnologias e administração de medicamentos múltiplos, o que aumenta o risco de erros e complicações, gerando um grande volume de informações ⁽⁵⁾.

Além disso, a alta rotatividade dos profissionais, a necessidade de decisões rápidas e a sobrecarga de trabalho frente a um cenário de maior vulnerabilidade, acarreta possíveis situações de estresse individualmente e em equipe, o que torna a UTI um local vulnerável à ocorrência desses eventos, exigindo protocolos, treinamentos e estratégias para minimizar riscos garantindo uma implementação efetiva da CSP, logo uma assistência segura e de qualidade ⁽⁵⁻⁶⁾.

Há estudos que correlacionam a CSP com resultados favoráveis para os pacientes, tais como diminuição das taxas de readmissão, EA e mortalidade, além do aumento da satisfação do paciente. Em UTI, essas relações tornam-se ainda mais significativas, refletindo na redução da mortalidade e na melhoria da satisfação familiar ⁽⁶⁾.

Historicamente, a enfermagem sempre esteve comprometida com a qualidade do cuidado prestado, tendo um papel central na promoção da segurança do paciente, especialmente em UTIs. Um marco importante foi a atuação de Florence Nightingale durante a Guerra da Crimeia, em 1855, quando conseguiu reduzir significativamente as taxas de mortalidade por meio da implementação de práticas organizacionais e higiênicas ⁽²⁾.

Na atualidade, os profissionais de enfermagem continuam exercendo uma função

essencial. Nesse contexto, a presença constante à beira do leito os coloca em posição estratégica para identificar riscos, priorizar intervenções e prevenir eventos adversos. Por isso, compreender a segurança do paciente sob a perspectiva da enfermagem é crucial para o planejamento de uma assistência mais segura, eficaz e centrada na qualidade. ⁽⁵⁾

A avaliação é considerada um passo primordial para a consolidação da cultura de segurança nas instituições. Para esse propósito, foram desenvolvidos diversos instrumentos, frequentemente na forma de questionários quantitativos, abrangendo diferentes dimensões do tema. Entre eles, destaca-se o Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), desenvolvido pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), amplamente utilizado em estudos internacionais, traduzido e validado para o português, com acesso livre ^(7,8,9).

O HSOPSC permite identificar áreas que necessitam de melhorias; avaliar a efetividade de ações implementadas, comparar indicadores internos e externos, e priorizar dimensões fragilizadas ⁽⁷⁾. Esse processo é particularmente relevante em UTIs, onde os EA são mais frequentes devido ao alto risco assistencial, complexidade dos cuidados e estresse das equipes ⁽¹⁰⁾. Além disso, uma cultura de segurança sólida está associada à redução de EA, menor mortalidade e maior satisfação do paciente, especialmente em UTIs ^(4,11-12).

Dada a importância do tema, o presente estudo teve como objetivo investigar a cultura

de segurança do paciente sob a ótica de enfermeiros de unidade de terapia intensiva.

MÉTODOS

Este é um estudo transversal, do tipo survey, com abordagem descritiva e quantitativa, conduzido em 12 UTIs, incluindo perfis adulto e materno-infantil, de um hospital privado, localizado em Recife, Pernambuco, no nordeste brasileiro, acreditado pela Joint Commission International (JCI), a qual avalia e certifica a qualidade dos serviços de saúde, visando garantir a segurança e a excelência do atendimento. Participaram 37 enfermeiros com tempo de serviço igual ou superior a seis meses na instituição e atuação em UTIs. Foram excluídos aqueles afastados por atestado médico, férias ou licença-maternidade durante o período de coleta de dados.

Os dados foram coletados entre fevereiro e junho de 2024, utilizando o questionário HSOPSC, traduzido e validado para o Brasil ⁽¹⁰⁾. O instrumento avalia a concordância dos profissionais sobre a CSP por meio de uma escala Likert de cinco categorias, posteriormente agrupada em três níveis (negativo, neutro e positivo). O questionário possui 44 itens, organizados em 12 dimensões da CSP, e inclui dois indicadores de resultados: a avaliação geral da segurança do paciente e o número de eventos notificados.

As dimensões com percentuais de respostas positivas superiores a 75% foram consideradas satisfatórias. Percentuais inferiores ou iguais a 50% foram identificados como frágeis, necessitando de intervenção ⁽⁷⁾.

Os dados foram organizados e analisados por dimensão. As frequências absolutas e relativas foram calculadas para variáveis qualitativas, enquanto médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos foram utilizados para variáveis quantitativas. As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS, versão 21.0, com nível de significância de 5%.

O estudo seguiu as diretrizes éticas nacionais e internacionais, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Real Hospital Português, sob CAAE: 76712123.5.0000.9030, parecer nº 7.311.476.

RESULTADOS

Dos 37 enfermeiros participantes, a maioria era do sexo feminino (89,2%), com idade média de 39,5 anos, possuíam pós-graduação em nível de especialização (75,7%). As UTIs com perfil adulto representaram foram as mais prevalentes (59,4%). Em relação ao tempo de serviço, participantes tinham entre 1 e 5 anos de experiência no hospital (35,1%) e carga horária semanal entre 40 e 59 horas (91,9%), com média de tempo de atuação na área de 11,6 anos (Tabela 1).

Tabela 1- Perfil/Características sociodemográficas e laboral de enfermeiros atuantes em UTIs de um hospital terciário. Recife, Pernambuco, Brasil, 2024.

CARACTERÍSTICAS/VARIÁVEIS	N = 37
SEXO FEMININO	33 (89,2%)
IDADE (anos)	
Média (DP)	39,5 (7,7)
Mediana (mínimo - máximo)	38 (27 – 56)
GRAU DE INSTRUÇÃO	
Superior Completo	4 (10,8%)
Pós-graduação (Nível Especialização)	28 (75,7%)
Pós-graduação (Nível Especialização - Residência)	4 (10,8%)
Pós-graduação (Nível Mestrado)	1 (2,7%)
UNIDADE DE TERAPITA INTENSIVA	
UTI Transplante	4 (10,8%)
UTI Neurológica	4 (10,8%)
UTI semi-intensiva	4 (10,8%)
UTI Adulto geral	6 (16,2%)
UTI Adulto geral Externa	2 (5,4%)

UTI Coronária	2 (5,4%)
UTI de Recuperação Cárdiorácica	3 (8,1%)
UTI Cardiopediátrica	4 (10,8%)
UTI Neonatal 1	1(2,7%)
UTI Neonatal 2	3 (8,1%)
UTI Pediátrica	3 (8,1%)
UTI Oncopediátrica	1 (2,7%)
TEMPO DE SERVIÇO (Anos)	
1 a 5	13 (35,1%)
6 a 10	7 (18,9%)
11 a 15	6 (16,2%)
16 a 20	3 (8,1%)
21 ou mais	8 (21,6%)
TEMPO NA SUA ÁREA (Anos)	
1 a 5	12 (32,4%)
6 a 10	9 (24,3%)
11 a 15	6 (16,2%)
16 a 20	4 (10,8%)
21 ou mais	6 (16,2%)
HORAS TRABALHO POR SEMANA (Hrs/Sem)	
Menos de 20	1 (2,7%)
20 a 39	1 (2,7%)
40 a 59	34 (91,9%)
60 a 79	1 (2,7%)
CARGO COM INTERAÇÃO COM PACIENTES	36 (97,3%)
TEMPO DE TRABALHO NA SUA ESPECIALIDADE ATUAL (anos)	
Média (DP)	11,5 (7,1)
Mediana (mínimo - máximo)	12 (1,5 – 28)

Sobre a categorização das dimensões, observa-se que a dimensão 1 (Trabalho em equipe dentro das unidades), 2 (Expectativas/ações de promoção de segurança dos supervisores), 3 (Aprendizado organizacional e melhoria contínua), 4 (Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente) e 6 (Retorno das informações e da comunicação

sobre erros, demonstraram percentuais maiores de 75% de respostas positivas, evidenciando áreas fortes de segurança do paciente. A dimensão 12, a qual aborda respostas não punitivas aos erros, apresenta-se unicamente com o percentual abaixo de 50%, mostrando-se como um ponto de fragilidade na segurança do paciente no serviço (Tabela 2).

Tabela 2 -Dimensões categorizadas (negativo/neutro/positivo) para a amostra estudada do RHP. Recife, Pernambuco, Brasil, 2024.

ITENS		Negativo	Neutro	Positivo
D1 - Trabalho em equipe dentro das unidades				79,7%
A1	N	5	4	28
	%	13,5%	10,8%	75,7%
A3	N		4	33
	%		10,8%	89,2%
A4	N		2	35
	%		5,4%	94,6%
A11	N	7	8	22
	%	18,9%	21,6%	59,5%
D2 - Expectativas/ações de promoção de segurança dos supervisores				84,5%
B1	N	3	3	31
	%	8,1%	8,1%	83,8%
B2	N	2	7	28
	%	5,4%	18,9%	75,7%
B3r	N	2	2	33
	%	5,4%	5,4%	89,2%
B4r	N	3	1	33
	%	8,1%	2,7%	89,2%
D3 - Aprendizado organizacional e melhoria contínua				89,2%

ITENS		Negativo	Neutro	Positivo
A6	N	1		36
	%	2,7%		97,3%
A9	N	3	4	30
	%	8,1%	10,8%	81,1%
A13	N	2	2	33
	%	5,4%	5,4%	89,2%
D4 - Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente				78,4%
F1	N	4	3	30
	%	10,8%	8,1%	81,1%
F8	N	6	1	30
	%	16,2%	2,7%	81,1%
F9r	N	6	4	27
	%	16,2%	10,8%	73,0%
D5 - Percepção geral de segurança do paciente				60,8%
A10r	N	10	6	21
	%	27,0%	16,2%	56,8%
A15	N	14	7	16
	%	37,8%	18,9%	43,2%
A17r	N	7	8	22
	%	18,9%	21,6%	59,5%
A18	N	1	5	31
	%	2,7%	13,5%	83,8%
D6 - Retorno das informações e da comunicação sobre erros				75,7%
C1	N	7	5	25
	%	18,9%	13,5%	67,6%
C3	N	3	5	29
	%	8,1%	13,5%	78,4%
C5	N	2	5	30

ITENS		Negativo	Neutro	Positivo
%		5,4%	13,5%	81,1%
D7 - Abertura da comunicação				56,8%
C2	N		8	29
	%		21,6%	78,4%
C4	N	4	15	18
	%	10,8%	40,5%	48,6%
C6r	N	7	14	16
	%	18,9%	37,8%	43,2%
D8 - Frequência de eventos notificados				70,3%
D1	N	6	7	24
	%	16,2%	18,9%	64,9%
D2	N	2	7	28
	%	5,4%	18,9%	75,7%
D3	N	4	7	26
	%	10,8%	18,9%	70,3%
D9 - Trabalho em equipe entre as unidades				70,9%
F2r	N	12	5	20
	%	32,4%	13,5%	54,1%
F4	N	2	6	29
	%	5,4%	16,2%	78,4%
F6r	N	4	6	27
	%	10,8%	16,2%	73,0%
F10	N	6	2	29
	%	16,2%	5,4%	78,4%
D10 - Profissionais				55,4%
A2	N	10	5	22
	%	27,0%	13,5%	59,5%
A5r	N	18	8	11

ITENS		Negativo	Neutro	Positivo
	%	48,6%	21,6%	29,7%
A7r	N	2	2	33
	%	5,4%	5,4%	89,2%
A14r	N	13	8	16
	%	35,1%	21,6%	43,2%
D11 - Passagem de plantão/turno e transferências internas				58,8%
F3r	N	11	6	20
	%	29,7%	16,2%	54,1%
F5r	N	10	9	18
	%	27,0%	24,3%	48,6%
F7r	N	10	5	22
	%	27,0%	13,5%	59,5%
F11r	N	5	5	27
	%	13,5%	13,5%	73,0%
D12 - Respostas não punitivas aos erros				25,2%
A8r	N	20	7	10
	%	54,1%	18,9%	27,0%
A12r	N	17	6	14
	%	45,9%	16,2%	37,8%
A16r	N	26	7	4
	%	70,3%	18,9%	10,8%

Na tabela 3, observa-se os resultados da nota de segurança do paciente na unidade/serviço atribuída pelos enfermeiros. Em sua maioria

(56,8%) atribui a segurança do paciente na sua área como “muito boa”.

Tabela 3 - Segurança do paciente segundo o autorrelato de enfermeiros atuantes na UTIs de um hospital terciário. Recife, Pernambuco, Brasil, 2024.

Segurança do paciente	N	%
Excelente	10	27,0
Muito Boa	21	56,8
Regular	3	8,1
Ruim	3	8,1
Total	37	100,0

O número de notificações de eventos adversos preenchidos e encaminhados nos últimos doze meses, pelos enfermeiros obteve

uma média de 3 a 5 notificações (32,4%) (Tabela 4).

Tabela 4. Frequência de eventos adversos notificados por enfermeiros atuantes na UTI de um hospital terciário. Recife, Pernambuco, 2024.

Eventos adversos notificados	N	%
Nenhuma notificação	1	2,7
1 a 2 notificações	9	24,3
3 - 5 notificações	12	32,4
6 - 10 notificações	7	18,9
11 - 20 notificações	5	13,5
21 notificações ou mais	3	8,1

DISCUSSÃO

A atuação dos enfermeiros é marcada pelo contato constante com situações de risco, cuja percepção e experiência diária podem contribuir significativamente para o aprimoramento do cuidado e a garantia da segurança do paciente, tratando-se de UTI esse

cenário se torna ainda mais desafiador. A forma como os enfermeiros compreendem e vivenciam a cultura de segurança influencia diretamente a qualidade da assistência prestada, sendo um fator essencial para a prevenção de eventos adversos e a promoção de um ambiente assistencial mais seguro ⁽⁴⁾.

Por outro lado, a carga horária extensa relatada pela maioria dos participantes, configura-se como um fator preocupante, uma vez que está associada ao aumento da fadiga, maior ocorrência de erros e menor qualidade do cuidado prestado ⁽¹⁴⁾.

Das 12 dimensões avaliadas pelo instrumento, cinco apresentaram percentuais de respostas positivas acima de 75%, sendo classificadas como áreas fortes para a CSP. Esses resultados destacam aspectos positivos no sistema organizacional que impactam diretamente a qualidade do cuidado. No ambiente de terapia intensiva, onde a gravidade dos pacientes exige intervenções complexas e resolutivas em curto prazo, a CSP deve ser considerada uma prioridade essencial ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Entre os pontos fortes identificados, destaca-se o Trabalho em equipe, como impacto positivo do clima organizacional e da liderança no fortalecimento das práticas de segurança. O trabalho em equipe, aliado a uma gestão eficaz e sistemas organizacionais bem estruturados, contribui significativamente para a redução de erros, muitas vezes relacionados a fatores institucionais ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

O suporte da gestão hospitalar é um fator determinante para a consolidação de uma cultura de segurança eficaz, quando a liderança institucional valoriza e incentiva práticas seguras, há um fortalecimento do compromisso da equipe com a qualidade da assistência. Investimentos em treinamentos contínuos, disponibilidade de recursos adequados e estímulo à comunicação aberta entre gestores e

profissionais de enfermagem criam um ambiente mais seguro para pacientes e trabalhadores ⁽¹⁶⁻⁹⁾.

Além disso, o reconhecimento do papel dos enfermeiros na tomada de decisões e no planejamento das ações de segurança contribui para o engajamento da equipe, favorecendo a adesão aos protocolos e a redução de eventos adversos ^(6,4). Silva-Batalha e Melleiro ⁽¹⁹⁾ destacam, através de seus resultados, que a falta de percepção do compromisso da gestão com a segurança do paciente pode gerar impactos negativos significativos, como a desmotivação da equipe, ao estresse e fadiga dos profissionais, prejudicando seu desempenho e tornando a assistência menos segura. Isso dificulta a adesão aos protocolos de segurança, aumentando o risco de falhas e comprometendo a qualidade do cuidado prestado.

A dimensão “Expectativas/ações de promoção de segurança dos supervisores” indica que os supervisores valorizam as contribuições dos profissionais e promovem ações voltadas para a melhoria contínua da segurança do paciente. Estudos corroboram que líderes estratégicos e supervisores que estabelecem metas claras e promovem práticas seguras incentivam a identificação de falhas e o engajamento das equipes, impactando positivamente a CSP ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

A dimensão “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” foi a mais bem avaliada, essa dimensão está diretamente relacionada ao desenvolvimento de competências e à implementação de estilos de gestão que incentivem a capacitação e o compartilhamento

de conhecimento no ambiente de trabalho. Investir em aprendizado contínuo é reconhecido como uma das estratégias mais eficazes para melhorar a segurança do paciente, permitindo a rápida adaptação às mudanças e a disseminação de boas práticas⁽¹¹⁻¹⁵⁾.

A comunicação de erros, representada pela dimensão “Retorno das informações e da comunicação sobre erros”, também foi destacada como um elemento-chave. A comunicação aberta permite identificar falhas, implementar soluções e fortalecer a confiança entre as equipes, promovendo um cuidado mais seguro⁽¹²⁾. Para Silva⁽¹⁶⁾ um retorno estruturado sobre incidentes aumenta o engajamento dos profissionais e contribui para mudanças positivas na cultura organizacional, criando um ambiente colaborativo onde os erros são encarados como oportunidades de aprendizado.

A baixa pontuação na dimensão com pior avaliação foi “Respostas não punitivas ao erro” pode refletir a prevalência de uma cultura de culpabilização, que desestimula a notificação de erros e limita o aprendizado organizacional. O medo de punição é um dos principais obstáculos para a melhoria da segurança do paciente, levando à subnotificação de eventos adversos e à perpetuação de falhas nos processos assistenciais⁽⁹⁾.

A instabilidade do vínculo trabalhista, característica da gestão privada, pode estar associada à cultura de punição identificada no hospital estudado. Estudos apontam que, em instituições privadas, a pressão por resultados e a competitividade podem gerar cobranças

excessivas e associar erros a prejuízos financeiros, dificultando a implementação de uma abordagem não punitiva⁽²⁰⁾.

Embora a avaliação geral da segurança tenha sido predominantemente positiva (“Muito Boa” / “Excelente”), a baixa frequência de notificações de eventos adversos (32,4% reportando de 3 a 5 eventos nos últimos 12 meses) sugere subnotificação, mesmo em um ambiente com percepções favoráveis de segurança. A subnotificação é uma barreira persistente no Brasil, frequentemente atribuída à falta de sistemas eficazes de notificação, cultura punitiva e desconhecimento das equipes⁽¹²⁻¹⁵⁾.

Apesar dos avanços identificados em áreas como trabalho em equipe e suporte organizacional, a fragilidade nas respostas não punitivas aos erros representa um desafio importante. Intervenções como capacitações regulares, feedback estruturado e a adoção de lideranças transformacionais são estratégias recomendadas para superar essas barreiras e consolidar uma CSP mais robusta (9-11-18).

Algumas limitações no estudo foram identificadas, como a recusa de alguns enfermeiros em participar devido à extensão do questionário e a exclusão de profissionais com menor tempo de experiência em UTIs, o que pode ter restringido a diversidade de perspectivas.

CONCLUSÕES

O estudo evidenciou que, embora a CSP nas UTIs do hospital seja predominantemente positiva, fragilidades persistem, especialmente

na dimensão “Respostas não punitivas ao erro” e na baixa frequência de notificações de eventos adversos. Essas questões demandam estratégias específicas para fomentar um ambiente mais transparente e colaborativo, promovendo a segurança do paciente.

A gestão institucional desempenha um papel crucial no fortalecimento da CSP, especialmente ao incentivar práticas de aprendizado contínuo e comunicação aberta sobre erros. O planejamento de ações voltadas para o fortalecimento das dimensões neutras e frágeis identificadas neste estudo podem contribuir para consolidar a segurança e qualidade assistencial nos ambientes hospitalares.

Ademais, os resultados do presente estudo demonstram aspectos críticos para a prática da enfermagem, relacionando o trabalho em equipe, o suporte da gestão e a cultura de segurança do paciente no cenário de alta complexidade. Enfatiza a necessidade de fortalecer a CSP, implementar protocolos, melhorar a comunicação entre equipes e envolver ativamente a gestão hospitalar. Como também, o investimento na capacitação contínua e na criação de um ambiente de trabalho seguro e colaborativo para reduzir eventos adversos e qualificar o cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Notaro KAM, Silveira AV, D'Innocenzo M. Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019; 27: e3167. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>.
2. Tomazoni A, Rocha PK, Souza S, Anders JC, Malfussi HFC. Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017; 38: e66249. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.66249>.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). A estrutura conceitual da Classificação Internacional para Segurança do Paciente. Versão 1.1. Relatório técnico final. 2009.
4. Campelo CL, Coelho IZ, Ramos MF, Figueiredo MC, Oliveira DR. Cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem no ambiente da terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2021; 55. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016403754>.
5. Riegel F, Backes DS, Carvalho JB, Santos RP. A teoria de Florence Nightingale e suas contribuições para o pensamento crítico holístico na enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2021; 74. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0139>.
6. Bampi R, Lorenzini E, Oro J, Silva EF. Perspectivas da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em unidade de emergência. *Rev Enferm UFPE Online*. 2017; 11(2):584-90. <https://doi.org/10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201713>.
7. Agency for Healthcare Research and Quality. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Nelson D, Khanna K. Hospital survey on patient safety culture: 2010 user comparative database report [Internet]. Rockville: PSNet; 2010 [cited 2024 Aug 24]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/issue/hospital-survey-patient-safety-culture-2010-user-comparative-database-report>.
8. Tondo JCA, Guirardello EB. Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente. *Rev Bras Enferm*. 2017; 70 (6): 1284-90. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0010>.



9. Ribeiro AC, Melleiro MM, Silvino ZR, Gualda DMR. Patient safety culture: perception of nurses in a reference center in cardiopneumology. *Texto Contexto Enferm.* 2019; 28: e20180118. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0118>.
10. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AGG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad Saúde Pública.* 2016 Nov; 32(11):e00115614. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115614>.
11. Ribeiro R, Servo ML, Silva Filho AM. Perfil da cultura de segurança do paciente em um hospital público. *Enferm Foco.* 2021; 12(3):504-11. DOI:10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4240.
12. Fassarella CS, et al. Cultura de segurança dos enfermeiros entre os serviços de um hospital universitário. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72:767-73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0376>.
13. Souza DR, Oliveira L, Santos AM, et al. Associação entre carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente em unidades de internação hospitalar. *Rev Enferm UERJ.* 2020; 28:e48572. doi:10.12957/reuerj.2020.48572.
14. Sanchis DZ, Oliveira AR, Oliveira AL, et al. Cultura de segurança do paciente: percepção de profissionais de enfermagem em instituições de alta complexidade. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73:e20190174. doi:10.1590/0034-7167-2019-0174.
15. Silva BPAR, Mendoza IYQ, Goveia VR, Guimarães GL, Correa ADR, Oliveira ACD, et al. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva na perspectiva da equipe multiprofissional: Estudo multicêntrico. *Enferm Actual Costa Rica.* 2024;(46):58440. <http://dx.doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i46.52225>.
16. Souza, GAL; Pauli, J.; Ruffatto, J. A influência da liderança ética e da empatia no engajamento da enfermagem. *Revista de Gestão e Secretariado.* 2024; 15(10):e4358-e4358. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2357-707X.20240047>.
17. Campos LP, Assis YI, Carneiro-Oliveira MM, Picanço CM, Souza AC, Souza AS, et al. Cultura de segurança: percepção dos enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. *Acta Paul Enferm.* 2023; 36:eAPE008532. <https://doi.org/10.37689/acta-ape-2023--0085>.
18. Vieira Magalhães E, Oliveira de Paiva F, Soares Alves ME, Cavalieri de Almeida M. Cultura de segurança do paciente entre profissionais de Enfermagem em um hospital filantrópico de Minas Gerais. *Rev Cuidarte.* 2021;12(3):e1990. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1990>.
19. Silva-Batalha R.; Melleiro AS. Efeito da transição administrativa da gestão hospitalar na cultura de segurança em unidades cirúrgicas. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [S.l.], v. 40, n. 0, p. 1-9, 2016. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2670>.
20. Bustamante MA, Lapo MdC, Tello MG, Zerda ER. Comparação de fatores de clima organizacional entre um hospital público e um hospital privado de Guayas (Equador). *Inf Tecnol.*2022;33(3):249-60. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642022000300249>.

Fomento e Agradecimento:

Essa pesquisa não recebeu financiamento.

Declaração de disponibilidade de dados

Não foram gerados bancos de dados neste estudo. As informações apresentadas estão descritas no corpo do artigo

Declaração de conflito de interesses:

Nada a declarar.

Crêterios de autoria (contribui es dos autores)

1. Amanda Vitória Athayde Medeiros da Silva contribuiu substancialmente para a concep o e o delineamento do estudo, coleta, análise e interpreta o dos dados, reda o do manuscrito e aprova o final da versão a ser publicada, assumindo responsabilidade por todos os aspectos do trabalho.

2. Emilly Nascimento Pessoa Lins contribuiu na revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito e aprova o final da versão publicada.

3. Anna Karla de Oliveira Tito Borba contribuiu na revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito e aprova o final da versão publicada.

4. Milton Cezar Compagnon contribuiu na revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito e aprova o final da versão publicada.

5. Vânia Pinheiro Ramos contribuiu substancialmente para a concep o e o delineamento do estudo, interpreta o dos dados, revisão crítica do manuscrito, aprova o final da versão publicada e supervisão científica do trabalho.

Todos os autores declaram que atenderam aos cr terios de autoria estabelecidos ICMJE e concordam com a versão final do manuscrito.

Editor Científico:  talo Arão Pereira Ribeiro.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0778-1447>