







ARTIGO ORIGINAL

Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital referência em trauma brasileiro

Assessment of patient safety culture in a Brazilian trauma reference hospital

HIGHLIGHTS

1. Nenhuma das doze dimensões alcançou o ponto de corte para fortaleza.
2. Resposta não punitiva e frequência de notificações tiveram menores percentuais.
3. Dimensões neutras indicam potencial institucional para fortalecer a cultura.
4. As ações sobre segurança do paciente devem ser aprimoradas.

Maria Teresa Sales de Souza¹ 
Cecília Olívia Paraguai de Oliveira Saraiva² 
Alcides Viana de Lima Neto³ 
Amanda Carvalho Maciel⁴ 
Selena Doriana de Souza Feitosa Guerra⁴ 
Monalisa Tertulino de Souza¹ 

RESUMO

Objetivo: Avaliar a cultura de segurança do paciente em um hospital de referência em trauma do Rio Grande do Norte. **Método:** Estudo transversal, quantitativo, realizado entre maio e agosto de 2023, com aplicação do E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar a profissionais da equipe multiprofissional. Realizada análise descritiva, baseada no percentual de respostas positivas nas doze dimensões do instrumento. **Resultados:** Participaram 97 profissionais (16,4%). Nenhuma dimensão foi classificada como fortaleza. As mais fragilizadas foram apoio da gerência à segurança (21,7%), resposta não punitiva aos erros (26,8%) e frequência de eventos notificados (27,3%). As melhores, embora neutras, foram aprendizagem organizacional/melhoria continuada (73,2%), expectativas e ações da direção/supervisão (55,8%) e trabalho em equipe (54,9%). **Conclusão:** A cultura de segurança mostrou-se fragilizada, o que sugere intervenções institucionais com abordagens não punitivas ao erro e maior engajamento da gestão com o contexto assistencial.

DESCRITORES: Cultura Organizacional; Qualidade da Assistência à Saúde; Gestão da Segurança; Gestão de Riscos; Segurança do Paciente.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

de Souza MTS, Saraiva COPO, de Lima Neto AV, Maciel AC, Guerra SDSF, de Souza MT. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital referência em trauma brasileiro. Cogitare Enferm [Internet]. 2026 [cited "insert year, month and day"];31:e101456pt. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v31i0.101456pt>

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem, Natal, RN, Brasil.

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Saúde Coletiva, Natal, RN, Brasil.

³Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Santa Cruz, RN, Brasil.

⁴Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente (SP) constitui um dos pilares centrais da qualidade do cuidado em saúde e é definida como o conjunto de ações organizadas que visam reduzir riscos, prevenir danos evitáveis e mitigar as consequências de erros quando estes ocorrem. No contexto hospitalar, especialmente em serviços de alta complexidade, como hospitais de trauma, a probabilidade de Eventos Adversos (EA) é ampliada em razão da gravidade clínica dos pacientes, da imprevisibilidade das situações assistenciais e da necessidade de respostas rápidas e coordenadas das equipes¹⁻².

No Brasil, a institucionalização da SP ocorreu com a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em 2013, que estabeleceu diretrizes para a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), a adoção de protocolos assistenciais e o fortalecimento da notificação e análise de EA. Essas iniciativas têm como base o reconhecimento de que erros são, em grande medida, resultantes de falhas sistêmicas, e não exclusivamente de falhas individuais, exigindo uma cultura organizacional orientada ao aprendizado e à melhoria contínua³.

A Cultura de Segurança do Paciente (CSP) refere-se ao conjunto de valores, atitudes, percepções e comportamentos compartilhados pelos profissionais de saúde que determinam o compromisso da organização com a segurança⁴. Evidências nacionais e internacionais demonstram que organizações com CSP mais maduras apresentam melhores desfechos assistenciais, maior adesão a práticas seguras e maior transparência na comunicação de incidentes⁵⁻⁷.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), anualmente, ocorrem 134 milhões de EA em hospitais de países de renda média e baixa, o que resulta em 2,6 milhões de mortes evitáveis¹. Já no Brasil, de acordo com os dados do painel de monitoramento de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), só em 2024 ocorreram 425.983 notificações, o que demonstra a necessidade de priorizar as ações de segurança nos serviços de saúde⁸.

Dessa forma, avaliar a CSP nos serviços de saúde é de suma importância, uma vez que esta funciona como um indicador de melhorias através dos resultados da análise situacional, auxilia na redução de EA, ajuda líderes e gestores a identificar barreiras e pontos fortes no cuidado, além de conseguir quantificar e monitorar a qualidade e segurança do cuidado de forma estruturada e guiar o desenvolvimento de estratégias de melhoria contínua^{1,9}.

Entre os instrumentos disponíveis para avaliação da CSP, destaca-se o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), desenvolvido nos Estados Unidos da América (EUA), que funciona como uma ferramenta de diagnóstico para medir a CSP nas instituições de saúde, permitindo identificar fortalezas e áreas que necessitam de melhoria^{4,10}.

Em hospitais de alta complexidade, nos quais a urgência e a gravidade clínica dos pacientes impõem elevado risco assistencial, a avaliação da CSP constitui ferramenta estratégica para identificar oportunidades de melhoria nos processos e comportamentos profissionais, reduzindo eventos adversos, prevenindo erros médicos e promovendo melhores desfechos clínicos¹¹.

Nesse contexto, é fundamental compreender como a CSP se expressa em um hospital de referência em trauma, sob a perspectiva dos profissionais de saúde. Apesar da relevância do tema, persistem lacunas de conhecimento relacionadas a esse cenário

assistencial. Dessa forma, este estudo objetivou avaliar a cultura de segurança do paciente em um hospital de referência em trauma do Rio Grande do Norte.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, realizado em um hospital de referência em trauma localizado no estado do Rio Grande do Norte. A instituição possui 385 leitos distribuídos entre enfermarias, observação clínica, politrauma, observação do trauma, Centro de Tratamento de Queimados e Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs). Além disso, desde 2014 conta com o NSP que realiza ações direcionadas à prevenção de eventos adversos e à implantação dos protocolos de segurança do paciente recomendados pelo PNSP.

A presente pesquisa foi desenvolvida no contexto de um projeto de extensão universitária do qual o hospital participa, voltado à análise de EA e ao fortalecimento da notificação nos sistemas NOTIVISA e VigiMed, plataformas nacionais destinadas ao registro e monitoramento de incidentes relacionados à assistência à saúde e a medicamentos, respectivamente.

A população do estudo foi composta por profissionais da equipe multiprofissional assistencial e administrativa em exercício no período da coleta de dados, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, odontólogos e outros profissionais da área administrativa não envolvidos diretamente no cuidado. Foram incluídos profissionais com vínculo efetivo e tempo mínimo de três meses na instituição. Não foram incluídos trabalhadores afastados, terceirizados, estagiários e profissionais contratados com vínculo temporário. A amostragem foi do tipo não probabilística, por conveniência e sem cálculo amostral prévio. A adesão à pesquisa dependeu da resposta voluntária dos profissionais convidados.

O instrumento utilizado foi o E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar, um questionário de autopreenchimento desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa CNPq QualiSaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em parceria com ANVISA, que atualmente coordena sua aplicação por meio de uma avaliação nacional. Trata-se de um sistema eletrônico gratuito, de acesso online (<https://www.cultura.qualisaude.ccs.ufrn.br>), válido, rápido e confiável para a avaliação da CSP em hospitais brasileiros, correspondente à versão brasileira adaptada do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), versão 1.0, da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)¹².

O HSOPSC avalia 12 dimensões da cultura de segurança e conta com 62 perguntas divididas em sete seções, em que 52 são respondidas em escala *Likert* de cinco pontos para concordância (Discordo, Discordo totalmente, Concordo, Concordo totalmente) ou frequência (Nunca, Sempre), ou mais uma opção de resposta (Não se aplica/ Resposta em branco), conforme Quadro 1.

Na Seção G e H do instrumento incluiu-se perguntas sobre caracterização do profissional, unidade de trabalho, tempo de trabalho no hospital e na atual unidade/ área, horas semanais trabalhadas e se tem contato direto com pacientes além de comentários sobre a SP no hospital.

Quadro 1. Dimensões avaliadas no Hospital *Survey on Patient Safety Culture*. Natal, RN, Brasil, 2023

Dimensões
1. Frequência de eventos notificados.
2. Percepção de segurança.
3. Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança.
4. Aprendizagem organizacional/melhoria contínua.
5. Trabalho em equipe na unidade/serviço.
6. Abertura para comunicações.
7. <i>Feedback</i> e comunicação sobre erros.
8. Resposta não punitiva para erros.
9. Dimensionamento de pessoal.
10. Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente.
11. Trabalho em equipe entre unidades.
12. Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços.

Fonte: Os autores (2023).

A coleta de dados ocorreu no período de maio a agosto de 2023, a partir da análise do consolidado de respostas do questionário disponibilizado pelo NSP do hospital, por meio do relatório da avaliação.

O processo de avaliação da cultura foi conduzido pelo NSP, que realizou o cadastro dos profissionais, a coleta de dados presencial e à distância. Houve busca ativa para confirmar e cadastrar os profissionais ativos. Após, foram enviados o questionário para o e-mail, contendo instruções da avaliação, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o *link* de acesso ao questionário.

Os dados agregados foram solicitados ao serviço, que os forneceu de forma anonimizada, e posteriormente foram exportados para uma planilha do *software Microsoft Excel 2021* para organização e análise descritiva.

Calculou-se o percentual de respostas positivas para cada uma das doze dimensões da CSP, considerando-se como respostas positivas aquelas classificadas como 'Concordo'/'Concordo totalmente' ou 'Frequentemente'/'Sempre'. A classificação das dimensões seguiu os critérios propostos no *User's Guide* do HSOPSC e na validação brasileira do instrumento: $\geq 75\%$ (fortaleza), 50–74% (neutra) e $< 50\%$ (fragilizada)⁴. Os dados ausentes ou 'Não se aplica' foram excluídos do denominador.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola Januário Cicco/UFRN, com número do parecer 7.261.875.

RESULTADOS

Participaram do estudo 97 profissionais, correspondendo a 16,4% dos questionários enviados. Do total de respondentes, 78 (80,4%) preencheram completamente as questões de caracterização profissional. Os 19 participantes que não responderam a essas questões foram mantidos na análise das dimensões da cultura de segurança,

uma vez que responderam integralmente aos itens do HSOPSC. As respostas ausentes foram tratadas como dados faltantes (*missing values*) e excluídas das análises descritivas específicas de caracterização.

A amostra foi predominantemente composta por profissionais da enfermagem, 45 (53,9%), com destaque para técnicos de enfermagem, 29 (37,2%), seguida por outras categorias assistenciais, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos profissionais. Natal, RN, Brasil, 2023

Profissão	n	%
Técnico de enfermagem	29	37,2
Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo	20	25,6
Enfermeiro	13	16,7
Outros	4	5,1
Auxiliar de enfermagem	3	3,8
Odontólogo	3	3,8
Nutricionista	2	2,6
Médico do corpo clínico	2	2,6
Farmacêutico	1	1,3
Auxiliar administrativo/Secretário	1	1,3
TOTAL	78	100
Sem respostas	22	
Total geral	100	

Fonte: Os autores (2023).

Com relação à área específica de atuação no serviço, destacou-se que a maioria dos participantes era da unidade de terapia intensiva 28 (35,9%). Observou-se que os setores diversos/outros (também não possuem espaço para descrição no instrumento) receberam o segundo maior percentual 23 (29,5%), seguido da reabilitação 11 (14,1%), emergência sete (9,0%), pediatria três (3,8%), cirurgia dois (2,6%), farmácia dois (2,6%), medicina clínica um (1,3%), e, obstetrícia um (1,3%).

Sobre o tempo trabalhado no hospital, o estudo evidenciou um maior percentual de respostas para 2 a 5 anos 21 (26,9%). Outrossim, observa-se a participação de profissionais que trabalham a menos de 1 ano três (3,8%), 6 a 10 anos 16 (20,5%), 11 a 15 anos 18 (23,1%), 16 a 20 anos um (1,3%), 21 anos ou mais 16 (20,5%). Já em relação ao tempo trabalhado na área/unidade atual, evidenciaram-se os seguintes resultados: menos de 1 ano cinco (6,4%), entre 2 e 5 anos 21 (26,9%), de 6 a 10 anos 18 (23,1%), de 11 a 15 anos 12 (15,4%), de 16 a 20 anos três (3,8%), e, 21 anos ou mais nove (11,5%).

Ademais, sobre o tempo trabalhado na especialidade/profissão atual, obteve-se os seguintes dados: 2 a 5 anos 11 (14,3%), de 6 a 10 anos 10 (13%), de 11 a 15 anos 17 (22,1%), de 16 a 20 anos 14 (18,2%), e, acima de 21 anos ou mais 20 (26%). Quanto à jornada de trabalho por horas semanais, obtiveram-se os seguintes percentuais: até 20 horas cinco (6,4%), até 21 a 39 horas 40 (51,3%), e, com 40 ou mais horas 33 (42,3%).

Em relação ao contato com o paciente, a maior parte dos profissionais afirma ter contato ou interação direta com os pacientes, 68 (86,1%), e os demais responderam que não possuem frequência de interação, 11 (13,9%).

Quanto à avaliação das dimensões da cultura de segurança, nenhuma atingiu o ponto de corte para fortaleza, maior ou igual a 75%. Três dimensões apresentaram classificação neutra, com destaque para Aprendizagem organizacional/melhoria continuada 73,2%. As demais dimensões foram classificadas como fragilizadas, sendo Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente, Resposta não punitiva para erros e "Frequência de eventos notificados" aquelas com menores percentuais de respostas positivas. Esses resultados estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Porcentagem de respostas positivas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente. Natal, RN, Brasil, 2023

Dimensões da Cultura de Segurança do Paciente	% Respostas positivas	Avaliação das dimensões da Cultura
1- Frequência de eventos notificados	27,3%	Fragilizada
2- Percepção de segurança	29,3%	Fragilizada
3- Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	55,8%	Neutra
4- Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	73,2%	Neutra
5- Trabalho em equipe na unidade/serviço	54,9%	Neutra
6- Abertura para comunicações	44,4%	Neutra
7- Feedback e comunicação sobre erros	35,8%	Fragilizada
8- Resposta não punitivas para erros	26,8%	Fragilizada
9- Dimensionamento de pessoal	38,4%	Fragilizada
10- Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	21,7%	Fragilizada
11- Trabalho em equipe entre unidades	27,9%	Fragilizada
12- Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	28,7%	Fragilizada

Fonte: Os autores (2023).

Relativo à Percepção da segurança do paciente no ambiente de trabalho, a maioria dos profissionais, 38 (48,1%), a classificou como regular, enquanto 28 (35,4%) a avaliaram como boa. Quanto à frequência de notificações de eventos adversos, predominou o relato de uma a duas notificações 19 (61,3%), no entanto, os demais participantes informaram a realização de maior número de notificações, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3. Percepção da segurança do paciente no ambiente de trabalho e frequência de eventos adversos notificados. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2023

(continua)

Percepção da segurança do paciente no ambiente de trabalho	n	%
Péssimo	3	3,8%
Regular	38	48,1%
Ruim	7	8,9%
Excelente	3	3,8%
Bom	28	35,4%
TOTAL	79	100%
Sem respostas	21	-
Total geral	100	

Tabela 3. Percepção da segurança do paciente no ambiente de trabalho e frequência de eventos adversos notificados. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2023

(conclusão)

Frequência de eventos adversos notificados	n	%
1 a 2 casos	19	61,3%
3 a 5 casos	5	16,1%
6 a 10 casos	3	9,7%
11 a 20 casos	2	6,5%
mais de 21 casos	2	6,5%
TOTAL	31	100%
Sem respostas	69	-
Total geral	100	

Fonte: Os autores (2023).

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam um cenário de fragilidade da CSP em um hospital de trauma, contexto caracterizado por elevada complexidade assistencial e maior exposição a riscos.

Apesar do avanço das pesquisas sobre CSP em ambientes hospitalares, observa-se uma lacuna significativa de estudos que abordem de forma específica hospitais de referência em trauma. A maior parte das investigações concentra-se em hospitais gerais ou em setores isolados, como UTIs e serviços de emergência, o que limita a compreensão das particularidades organizacionais, assistenciais e gerenciais inerentes ao cuidado ao trauma.

Observou-se a partir dos resultados que houve predominância de participação da equipe de Enfermagem enquanto categoria profissional, em especial dos Técnicos de Enfermagem, visto que esta classe compõe a maior parte do quantitativo do quadro de profissionais dos hospitais devido à prestação de cuidados assistenciais diretos aos pacientes, em tempo integral, além de desempenhar funções fundamentais para a promoção da SP^{2,13-14}.

Resultado semelhante foi identificado em revisão sistemática envolvendo hospitais da América do Norte e do Sul, Europa, Oriente Próximo, Oriente Médio e Extremo Oriente, na qual se observou que a Enfermagem concentra o maior percentual de profissionais das equipes de saúde¹⁵. Esse achado reflete a composição típica das equipes hospitalares e a atuação contínua desses profissionais junto aos pacientes, o que pode influenciar uma percepção mais crítica acerca da segurança do cuidado.

A limitada participação de algumas categorias profissionais pode estar associada a fatores como sobrecarga de trabalho, baixa sensibilização para a temática da SP ou percepção reduzida de impacto institucional da pesquisa¹⁶. A expressiva participação de profissionais das UTIs merece destaque, uma vez que esses trabalhadores têm maior contato direto com os pacientes. Além disso, concentram-se nesses setores pacientes em condições clínicas graves, com alta carga de risco. Segundo a literatura, a Cultura de Segurança tende a ser percebida de forma mais sensível às falhas organizacionais, especialmente no que se refere à comunicação, ao dimensionamento de pessoal e ao apoio da gestão¹⁷.

Em relação ao Tempo de trabalho no hospital e ao Tempo de trabalho na área/unidade atual, trata-se de variáveis que dialogam diretamente com a consolidação de experiências profissionais no contexto organizacional. A literatura apresenta que ambas as dimensões estão relacionadas ao ambiente de trabalho que pode contribuir positivamente no desenvolvimento de uma cultura, pois permite que os profissionais se tornem mais integrados ao processo de trabalho e à organização, de modo a atuar com maior segurança e prevenir riscos de EA¹⁶⁻¹⁷.

Dentre as dimensões com melhores resultados, tem-se “Aprendizagem organizacional/melhoria continuada”, “Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança”, e “Trabalho em equipe na unidade/serviço”. Estas também foram citadas em outros estudos como fortalezas ou dimensões neutras, como fatores potenciais para uma CSP fortalecida¹⁸⁻¹⁹.

As dimensões classificadas como neutras indicam potencialidades institucionais relacionadas ao trabalho em equipe, à aprendizagem organizacional e à atuação das lideranças locais. Tais achados sugerem a existência de bases estruturais que podem ser fortalecidas por meio de estratégias de gestão participativa, educação permanente e *feedback* sistemático às equipes^{6,20-21}.

Em uma aplicação do questionário HSPSC realizada na China, observou-se que a maioria dos participantes concordou que o hospital desenvolve atividades voltadas à melhoria da CSP, evidenciado pelo percentual de 87,1% de respostas positivas no domínio “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”. Esse achado indica a elevada percepção dos profissionais acerca da existência de iniciativas institucionais direcionadas ao fortalecimento da Cultura de Segurança².

Sobre a dimensão Trabalho em equipe na unidade/serviço, observa-se que o percentual de respostas foi considerado neutro. Estudos com resultados semelhantes indicam que pode ocorrer divergência de opiniões sobre o trabalho em equipe na instituição²²⁻²³. Esse indicador costuma apresentar percentuais superiores a 75% em outras avaliações, como evidenciado em estudo realizado na Jordânia que identificou 81,6% de respostas positivas²⁴, configurando um aspecto consistentemente elevado nas análises da CSP.

Segundo a literatura, o trabalho em equipe fortalecido é evidenciado pela melhoria da comunicação interprofissional, maior cooperação entre profissionais, diminuição de conflitos, aumento de notificações de EA, percepção positiva dos trabalhadores sobre trabalho em equipe e apoio da gestão, além de participação ativa das equipes em treinamentos contínuos²³⁻²⁵. Tais ações geram impactos positivos na assistência, principalmente em uma instituição de trauma onde os pacientes estão fisiologicamente instáveis²⁶.

Apesar das três dimensões citadas não alcançarem o percentual correspondente a uma fortaleza, é válido ressaltar que estas representam fatores favoráveis ao desenvolvimento de uma cultura sólida²⁷, pois refletem o envolvimento das lideranças em relação às ações voltadas à qualidade da assistência e à SP.

No que se refere às dimensões que apresentaram maior fragilidade, Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente, “Frequência de eventos notificados” e “Resposta não punitiva aos erros”, os resultados evidenciam a necessidade de atenção específica a esses aspectos, indicando a pertinência de estratégias educativas e de fortalecimento das ações de vigilância em segurança do paciente direcionadas a tais dimensões.

Em relação à dimensão Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente, observa-se a necessidade de maior sensibilização da gestão para o suporte a ações voltadas à promoção da segurança, como iniciativas de educação permanente sobre o uso seguro de medicamentos, simulações de EA e estratégias de prevenção, além do incentivo à notificação, análise de eventos adversos e realização de auditorias clínicas e de prontuários²⁴.

A fragilidade identificada nessa dimensão sinaliza a relevância do comprometimento dos gestores com a SP, considerando que o envolvimento da liderança é essencial para a disseminação da Cultura de Segurança, bem como para o planejamento, implementação e avaliação de ações de melhoria, alinhadas a um modelo de gestão participativa²⁸.

Em uma avaliação de CSP realizada em hospitais do Tabriz no Irã, observou-se que essa dimensão apresentou o resultado de 65,8%²⁷. Nesse sentido, percebe-se que, dificilmente, os profissionais se sentirão comprometidos com a temática se não perceberem o empenho da gestão²⁹.

Entretanto, em uma avaliação da CSP realizada em hospitais de Shenzhen identificou percentual de 86,6% de respostas positivas para essa dimensão³⁰, diferindo dos resultados encontrados no presente estudo. Essa discrepância evidencia contrastes entre os contextos analisados e pode indicar diferenças na percepção dos profissionais quanto às ações desenvolvidas pela gestão relacionadas à segurança do paciente.

As dimensões “Resposta não punitiva para erros” e “Frequência de eventos notificados” caracterizaram-se como fragilidades, e, geralmente, são as dimensões mais críticas dentre as avaliações de CSP de outras instituições brasileiras. Ao comparar com os resultados da avaliação nacional realizada pela ANVISA no Brasil, percebe-se situação semelhante, uma vez que a média dos percentuais dessas dimensões são, 56,5% e 31,8%, respectivamente⁹.

Um estudo internacional²⁰ apontou a menor porcentagem em “Respostas não punitivas ao erro” em 18%, o que significa que a maior parte da equipe espera ser punida por algum erro, além de expressar a preocupação com represálias e demissões após realizar notificações de EA.

No contexto hospitalar, a percepção dos profissionais quanto à existência de uma abordagem punitiva diante dos erros tem sido associada a menores taxas de notificação de EA, o que pode limitar os processos de aprendizado organizacional e influenciar a percepção sobre a segurança do cuidado. Adicionalmente, a literatura aponta que fragilidades nos sistemas de segurança estão relacionadas a desfechos assistenciais desfavoráveis, incluindo maior ocorrência de danos, aumento de custos e prolongamento do tempo de internação²⁶.

Diante de um erro, a situação deve ser analisada de forma ampliada e deve-se considerar todos os aspectos envolvidos, no lugar de direcionar a culpa ao indivíduo que cometeu o erro¹⁶. Dessa forma, deve-se desenvolver um ambiente no qual todos os membros da equipe possam realizar a identificação, bem como a comunicação dos erros ocorridos sem medo, a fim de que os erros possam ser analisados e evitados futuramente.

Outro aspecto que chama a atenção diz respeito à percepção da SP, identificada como regular no hospital avaliado. Este dado apresenta uma grande diferença quando comparado a da avaliação da ANVISA, classificada como ‘boa’⁹, e evidencia que as equipes não se sentem confiantes em relação à segurança dos cuidados prestados

aos pacientes nesse ambiente, diferente da avaliação realizada em unidades de saúde pública do Marroco, que percebeu a SP como 'ruim'²⁸, o qual demonstra o quanto é preciso melhorar a SP na instituição para prestar um cuidado mais seguro³⁰.

Quanto às limitações, é fundamental destacar que os resultados são baseados na autoavaliação dos profissionais e de suas respostas voluntárias à pesquisa, o que pode não representar totalmente a realidade da cultura do serviço. Ressalta-se que o instrumento possibilita ao participante autodeclarar-se na categoria 'outros' durante a caracterização profissional; contudo, não há campo específico para a descrição da profissão, o que é considerado uma limitação do questionário.

Ademais, salienta-se que a ocorrência de dados ausentes em itens-chave do instrumento pode ter influenciado a robustez das análises realizadas. Logo, foi necessária a exclusão dos instrumentos com respostas incompletas, o que pode limitar a generalização dos achados e as reflexões sobre possíveis dificuldades dos profissionais em abordar temas sensíveis, como a notificação de incidentes.

Portanto, observa-se que é necessária a condução de novos estudos que analisem a CSP da instituição com uma amostra de participantes mais representativa e com método de maior controle.

Acrescenta-se que as poucas evidências sobre CSP específicas à hospitais de trauma encontradas na literatura, restringem análises comparativas mais aprofundadas e a generalização dos achados para esse perfil assistencial.

Apesar das limitações do estudo, os dados analisados constituem importante subsídio para fomentar reflexões e debates no âmbito institucional, o que pode contribuir para o planejamento de ações e intervenções voltadas ao fortalecimento da CSP.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que a cultura de segurança do paciente em um hospital geral de trauma do Rio Grande do Norte encontra-se fragilizada, sem identificação de dimensões classificadas como fortalezas. Apesar disso, aquelas classificadas como neutras configuram-se como fundamentos estratégicos para o desenvolvimento de uma CSP mais madura, destacando a relevância do trabalho em equipe articulado a processos de aprendizagem continuada, que visam sustentar e fortalecer uma CSP consistente, capaz de impulsionar ciclos contínuos de melhorias, fomentar a inovação e ampliar a eficiência institucional.

A baixa frequência de notificação de EA sugere a presença de uma cultura punitiva, favorecendo a subnotificação e comprometendo a qualidade da assistência aos pacientes vítimas de trauma. Isso reforça a necessidade de ressignificar o erro como oportunidade de aprendizagem, e cabe à gestão e às lideranças das equipes promover um ambiente psicologicamente seguro para que os profissionais se sintam encorajados a relatar incidentes sem receio de punição, que favoreça um cuidado seguro.

Recomenda-se a realização de novos estudos com amostras mais representativas, delineamentos metodológicos mais robustos e análises que considerem as especificidades dos diferentes setores assistenciais, de modo a aprofundar a compreensão da cultura de segurança em hospitais de trauma e subsidiar intervenções mais efetivas e mensuráveis.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance [Internet]. Geneva: World Health Organization (WHO); 2020 [cited 2024 Apr 10]. 51 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>
2. Zhou L, Li L, Xiao S, Yang N. Concern for patient safety culture of ECMO team in emergency department: a cross-sectional survey. Inquiry [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 17];59:1-8. Available from: <https://doi.org/10.1177/00469580221129168>
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 529, de 1° de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União. [Internet]. 2013 [cited 2024 Apr 10](Seção 1). Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
4. Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services. Hospital Survey on Patient Safety Culture [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2004 [cited 2024 Apr 10]. 66 p. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/hospcult.pdf>
5. Vikan M, Haugen AS, Bjørnnes AK, Valeberg BT, Deilkås ECT, Danielsen SO. The association between patient safety culture and adverse events - a scoping review. BMC Health Serv Res [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 13];23:300. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09332-8>
6. Prieto MMN, da Fonseca REP, Zem-Mascarenhas SH. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021 [cited 2025 Oct 24];74(6):e20201315. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1315>
7. Hoffmann MA, Menezes AC, Azevedo C, Amaral FMA, Rodrigues TA, Ribeiro HCTC, et al. Patient safety culture in dialysis services during the COVID-19 pandemic: nursing perspective. Cogitare Enferm [Internet]. 2023 [cited in 2025 Dec 19];28:e92134. Available in: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.92134>
8. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Incidentes/eventos adversos relacionados à assistência à saúde notificados no Notivisa [Internet]. Brasília: ANVISA; [2025] [cited 2025 Dec 19]. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/servicos-de-saude/notivisa-modulo-assistencia-a-saude>
9. Reis CT, Laguardia J, de Barros CG, Andreoli PBA, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the HSOPSC: a reassessment study. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 10];35(8):e00246018. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00246018>
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais - 2021 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2021 [cited 2026 Mar 2]. 10 p. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/relatorio-avaliacao-da-cultura-de-seguranca-2021.pdf>
11. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH. Assessment of patient safety culture in intensive care from the health team's perspective. Texto Contexto - Enferm [Internet]. 2016 [cited 2025 Dec 15];25(2):e1610015. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>
12. de Andrade LEL, de Melo LOM, da Silva IG, de Souza RM, de Lima ALB, de Freitas MR, et al. Adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in an electronic Brazilian version. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2017 [cited 2025 Apr 19];26(3):455-68. Available from: <https://www.scielo.br/j/ress/a/WWrcjrQH3r5LvwRKV3VbPSy/?lang=pt>
13. Pirhofer J, Bükki J, Vaismoradi M, Glarcher M, Paal P. A qualitative exploration of cultural safety in nursing from the perspectives of Advanced Practice Nurses: meaning, barriers, and prospects. BMC Nurs [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 17];21:(178):1-14. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00960-9>
14. Sátiro LSP, Rodrigues CCFM, Tibúrcio MP, Oliveira PMS, Salvador PTCO. Perceptions of professionals working in a university hospital about the patient safety culture. Cogitare Enferm. [Internet]. 2024 [cited

2025 Dec 19];29:e95250 Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.95250>

15. Waterson P, Carman EM, Manser T, Hammer A. Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC): a systematic review of the psychometric properties of 62 international studies. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [cited 2025 Dec 19];9(9):e026896. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026896>
16. Aires-Moreno GT, Marques LG, Sodr e MMX, Lima MMM, Ramos SF, Ara ujo-Neto FC, et al. Perceptions of patient safety culture in a teaching hospital in Brazil. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 16];25:1427. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13190-x>
17. Kruschewsky NDF, Freitas KS, da Silva Filho AM. Patient safety culture in intensive care: integrative review. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2025 Dec 18];35: e37164. Available from: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.37164>
18. Nwosu ADG, Ossai E, Ahaotu F, Onwuasoigwe O, Amucheazi A, Akhideno I. Patient safety culture in the operating room: a cross-sectional study using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) Instrument. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 10];22:1445. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08756-y>
19. Akologo, A, Abuosi, AA, Anaba, EA. A cross-sectional survey on patient safety culture among healthcare providers in the Upper East region of Ghana. *PLoS One* [Internet]. 2019 Aug 20 [cited 2024 Jun 10];14(8):e0221208. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221208>
20. Jye AKR, Hing CZ, Peter S, Bartholomew P, Senok J. Hospital survey on patient safety culture in Sarawak General Hospital: a cross sectional study. *Med J Malaysia* [Internet]. 2019 [cited 2024 Aug 13];74(5):385-388. Available from: https://www.researchgate.net/publication/336716844_Hospital_survey_on_patient_safety_culture_in_Sarawak_General_Hospital_A_cross_sectional_study
21. Ahmed FA, Asif F, Munir T, Halim MS, Ali ZF, Belgaumi A, et al. Measuring the patient safety culture at a tertiary care hospital in Pakistan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMJ Open Qual* [Internet]. 2023 [2024 Aug 13];12(1):e002029. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-002029>
22. Kakemam E, Albelbeisi AH, Davoodabadi S, Ghafari M, Dehghandar Z, Raeissi P. Patient safety culture in Iranian teaching hospitals: baseline assessment, opportunities for improvement and benchmarking. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022 Mar 26 [cited 2024 Aug 13];22:403. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07774-0>
23. Lotici A, Zonta FNS, Lotici G, Gaffuri T. Evaluation of patient safety culture from the perspective of intensive care professionals. *Enf Global* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 10];21(3):67. Available from: <https://doi.org/10.6018/eglobal.488311>
24. Mrayyan MT. Predictors and outcomes of patient safety culture: a cross-sectional comparative study. *BMJ Open Qual* [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 13];11(3):e001889. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-001889>
25. Chegini Z, Janati A, Afkhami M, Behjat M, Islam SMS. A comparative study on patient safety culture among emergency nurses in the public and private hospitals of Tabriz, Iran. *Nurs Open* [Internet]. 2020 Jan 28 [cited 2024 Aug 13];7(3):768-75. Available from: <https://doi.org/10.1002/nop2.449>
26. Metelski FK, Engel FD, de Mello ALSF, Meirelles BHS. Patient safety and error from the perspective of complex thinking: documentary research. *Physis* [Internet]. 2023 [cited 2025 Dec 15];33:e33009. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333009>
27. Zabin LM, Zaitoun RSA, Abdullah AA. Patient safety culture in Palestine: university hospital nurses' perspectives. *BMC Nurs* [Internet]. 2022 Jul 28 [cited 2024 Aug 13];21:204. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00987-y>
28. Fassi CF, Mourajid Y, Chahboune M, Hilali A. Patient Safety Culture Perception among Moroccan Healthcare professionals: cross-sectional study in public hospitals. *Ethiop J Health Sci* [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 13];33(2):273-280. Available from: <https://doi.org/10.4314/ejhs.v33i2.12>

29. Tenza IS, Attafuah PYA, Abor P, Nketiah-Amponsah E, Abuosi AA. Hospital managers' views on the state of patient safety culture across three regions in Ghana. BMC Health Serv Res [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 13];22:1300. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08701-z>
30. Hao HS, Gao H, LI T, Zhang D. Assessment and comparison of patient safety culture among health-care providers in shenzhen hospitals. Risk Manag Healthc Policy [Internet]. 2020 Sep 11 [cited 2025 Feb 17];2020(13):1543-52. Available from: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S266813>

Assessment of patient safety culture in a Brazilian trauma reference hospital**ABSTRACT**

Objective: To assess the patient safety culture in a trauma reference hospital in Rio Grande do Norte. **Method:** Cross-sectional, quantitative study conducted between May and August 2023, using the E-Questionnaire on Hospital Safety Culture with professionals from the multi-professional team. Descriptive analysis was performed, based on the percentage of positive responses in the twelve dimensions of the instrument. **Results:** 97 professionals participated (16.4%). No dimension was classified as a strength. The weakest were management support for safety (21.7%), non-punitive response to errors (26.8%), and frequency of reported events (27.3%). The best, although neutral, were organizational learning/continuous improvement (73.2%), management/supervision expectations and actions (55.8%), and teamwork (54.9%).

Conclusion: The safety culture was found to be weakened, suggesting institutional interventions with non-punitive approaches to errors and greater management engagement with the care context.

DESCRIPTORS: Organizational Culture; Quality of Health Care; Safety Management; Risk Management; Patient Safety.

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de referencia en trauma brasileño**RESUMEN**

Objetivo: Evaluar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de referencia en trauma de Rio Grande do Norte.

Método: Estudio transversal, cuantitativo, realizado entre mayo y agosto de 2023, con aplicación del E-Cuestionario de Cultura de Seguridad Hospitalaria a profesionales del equipo multiprofesional. Se realizó un análisis descriptivo, basado en el porcentaje de respuestas positivas en las doce dimensiones del instrumento. **Resultados:** Participaron 97 profesionales (16,4%). Ninguna dimensión fue clasificada como fortaleza. Las más debilitadas fueron el apoyo de la gerencia a la seguridad (21,7%), la respuesta no punitiva a los errores (26,8%) y la frecuencia de eventos notificados (27,3%). Las mejores, aunque neutras, fueron aprendizaje organizacional/mejora continua (73,2%), expectativas y acciones de la dirección/supervisión (55,8%) y trabajo en equipo (54,9%). **Conclusión:** La cultura de seguridad se mostró debilitada, lo que sugiere intervenciones institucionales con enfoques no punitivos al error y mayor compromiso de la gestión con el contexto asistencial.

DESCRIPTORES: Cultura Organizacional; Calidad de la Atención de Salud; Administración de la Seguridad; Gestión de Riesgos; Seguridad del Paciente.

Recebido em: 01/10/2025

Aprovado em: 19/02/2026

Editor associado: Dr. Gilberto Tadeu Reis da Silva

Autor Correspondente:

Maria Teresa Sales de Souza

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Campus Universitário - Lagoa Nova, Natal - RN, 59078-970

E-mail: teresamaria5544@gmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - **de Souza MTS, Saraiva COPO**. Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **de Souza MTS, Saraiva COPO, de Lima Neto AV, Maciel AC, Guerra SDSF, de Souza MT**. Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **de Souza MTS, Saraiva COPO**. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflitos de interesses:

Os autores declaram não haver conflitos de interesse a serem divulgados.

Disponibilidade de dados:

Os autores declaram que os dados podem ser disponibilizados mediante solicitação ao autor correspondente.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).