

ARTÍCULO ORIGINAL

MORAES, Inaldo Kley do Nascimento ^[1], OLIVERIA, Sara Coelho ^[2], DIBAI, Daniela Bassi ^[3], DIAS, Rosane da Silva ^[4]

MORAES, Inaldo Kley do Nascimento. Et al. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el sector de la hemodinámica en un hospital privado de São Luís - MA. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Año 05, Ed. 07, Vol. 02, pp. 43-56. Julio de 2020.

ISSN: 2448-0959, Enlace de acceso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/salud/cultura-de-seguridad>

Contents

- RESUMEN
- 1. INTRODUCCIÓN
- 2. METODOLOGÍA
- 3. RESULTADOS
- 4. DISCUSIÓN
- 5. CONSIDERACIONES FINALES
- 6. REFERENCIAS

RESUMEN

Se entiende que la seguridad del paciente reduce a los riesgos mínimos aceptables de daño asociados con la atención médica. Esto depende de una cultura de seguridad formada a partir de un servicio calificado y seguro, en el que participen todos los profesionales del hospital, y un monitoreo constante de los factores determinantes para una atención médica de calidad. El objetivo general del estudio era evaluar la cultura de la seguridad del paciente en el sector de la hemodinámica en un hospital privado en São Luís. Se trata de un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo realizado en el sector hemodinámico del centro de cardiología del Hospital São Domingos, a través del cuestionario HSOPSC – *Hospital Survey on Patient Safety Culture* dividido en 12 dimensiones, la percepción de cada una de ellas se describe por el porcentaje de respuestas positivas. Los participantes fueron 69 profesionales,

de los cuales 47 (68%) eran mujeres, 16 (23%) eran enfermeras, 30 (43%) trabajó en el hospital entre 1 y 5 años, 33 (48%) con carga de trabajo semanal entre 20 y 39 horas. En cuanto a las dimensiones evaluadas, las “Expectativas sobre el supervisor/jefe” (79%); “Aprendizaje organizacional / mejora continua” (90%); “Trabajo en equipo dentro de la unidad” con (78%) y “apoyo a la gestión hospitalaria” (91%) considerado fuerte. Además, 52 (68%) los participantes informaron no haber presentado o completado ningún informe de eventos adversos en los últimos 12 meses. Por lo tanto, la cultura de seguridad del paciente del sector tiene potencial de mejora en casi todas las dimensiones evaluadas.

Palabras clave: Eventos adversos, gestión de riesgos, seguridad del paciente, cultura de seguridad del paciente, atención.

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la importancia de una cultura eficaz de seguridad ha ido ganando cada vez más atención del ámbito de las organizaciones sanitarias, ya que es esencial en el entorno hospitalario en un intento de mejorar la atención sanitaria y, por lo tanto, reducir los riesgos de eventos adversos. Dado que, debido a la mayor complejidad de la atención médica, las posibilidades de incidentes, errores y fallas aumentaron (REIS, 2013).

Es importante señalar que se entiende que la seguridad del paciente reduce a los riesgos mínimos aceptables de daño asociados con la atención médica (BRASIL, 2013). Esto depende de una cultura de seguridad formada a partir de un servicio cualificado y seguro, definido a partir del comportamiento de equipo e individual independientemente de la posición jerárquica ocupada (ALVES et. al., 2015; OLIVEIRA et. al., 2014).

Con el fin de mejorar la cultura de la seguridad del paciente en Brasil, el Ministerio de Salud creó en 2013 la Institución del Programa Nacional de Seguridad del Paciente (PNSP), con el objetivo de prevenir, monitorear y reducir los daños y errores causados a los pacientes durante la atención médica a través de la implementación de centros de gestión de riesgos y seguridad del paciente en las diversas áreas de atención , gestión y organización de los servicios de salud (BRASIL, 2013).

Durante los primeros 3 años después de la creación del PNSP, se implantaron en el país un

total de 2.333 Centros de Seguridad del Paciente (NSP). En el mismo período, fue posible observar un aumento significativo en el número de informes de acontecimientos adversos (BRASIL, 2016). Durante el período comprendido entre enero de 2014 y julio de 2017, ANVISA reportó un total de 50.735 incidentes relacionados con la atención médica, y en los servicios de hemodiálisis se notificaron 224 incidentes (BRASIL, 2017).

Entre los daños causados al paciente por no proporcionar atención médica, destacamos el aumento de la estancia hospitalaria, los costos hospitalarios, la necesidad de nuevas intervenciones, los costos sociales, los daños emocionales y, en casos más graves, la muerte (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017; MILAGRES, 2015). Además, los profesionales de la salud involucrados debido a la falta de comprensión y el carácter punitivo que todavía existe en algunas instituciones pueden sentirse culpables, asustados, avergonzados y avergonzados. Este hecho contribuye a que no noten el evento adverso que ocurrió (DUARTE et. al., 2015; DIAS et al., 2014).

En un estudio realizado por Neves (2017), con el objetivo de evaluar hemorragias en pacientes sometidos a cateterismo cardíaco, encontró que de los 616 casos incluidos en el estudio, en 95 hubo eventos hemorrágicos (15,4%) hasta 1 hora después del cateterismo en la primera evaluación y 343 eventos hemorrágicos (55,7%) hasta 48 horas durante la segunda evaluación; además, 9 (1,5%) las muertes se registraron hasta la primera hora después del cateterismo y 12 (1,9%) hasta 48 horas después del cateterismo. Esto muestra un alto número de eventos hemorrágicos.

Aunque las instituciones están comprometidas a proporcionar una mejor atención al paciente y reducir los eventos adversos a través de medidas y protocolos de seguridad que garanticen este efecto. Los sectores que realizan procedimientos invasivos, como el sector de la hemodinámica, no cuentan con protocolos bien definidos a diferencia de los observados en los sectores de emergencia y emergencia, (UTI - Unidad de terapia intensiva) e CDI que ya cuentan con protocolos ya establecidos.

Así, teniendo en cuenta la importancia que la discusión del tema tiene para una atención más segura al paciente y con el objetivo de contribuir a la reducción de riesgos e impactos negativos que los acontecimientos adversos traen en diferentes aspectos en la vida del paciente y los profesionales de la salud, el presente estudio tenía como objetivo evaluar la

cultura de la seguridad del paciente en el sector de la hemodinámica en un hospital privado en São Luís (MA).

2. METODOLOGÍA

Se trata de un estudio transversal, descriptivo con un enfoque cuantitativo, realizado en el sector de la hemodinámica del Hospital São Domingos de São Luís - MA. Se trata de un hospital de alta complejidad, debido a la tecnología empleada en procedimientos y servicios prestados en todas las áreas de la medicina, realizando cirugías importantes, vasculares, urológicas, oncológicas, emergencias clínicas, quirúrgicas, cardiología, cirugías cardíacas, nefrología, neurología, traumatología.

El muestreo no era probabilístico, era por conveniencia, teniendo en cuenta el personal de los profesionales del sector. Se utilizó como criterio de inclusión para trabajar en el sector independientemente de la duración del servicio y como criterio de exclusión para estar fuera por licencia médica, durante las vacaciones y los cuestionarios se llenaron de manera incorrecta hasta el punto de perjudicar el análisis de las variables. Se hicieron caso omiso de ocho cuestionarios para cumplir con el último criterio de exclusión, lo que dio lugar a una muestra de 69 profesionales.

Para evaluar la cultura de seguridad de los profesionales, se utilizó el HSOPSC - *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, creado por la Agency for Health Care Research And Quality (AHRQ) y validado en Brasil por Reis (2013). El HSOPSC consiste en preguntas sobre seguridad del paciente, eventos adversos, liderazgo, comunicación y gestión, permite conocer la percepción sobre la unidad de trabajo, y en general sobre toda la institución, hace hincapié en los errores, percepciones de errores y dimensiones de la cultura de seguridad del paciente (REIS, 2013).

Consta de 42 preguntas divididas en 12 dimensiones, que son: Frecuencia de eventos notificados; Percepción de la seguridad; Expectativas sobre supervisor/ jefe; Aprendizaje organizacional / mejora continua; Trabajo en equipo en la unidad; Apertura de la comunicación; retroalimentación y comunicación sobre errores; Respuesta no punitiva a los errores; adecuación de los profesionales; Apoyo a la gestión hospitalaria; Trabajo en equipo

entre unidades y paso de turnos / transferencias. Además de las 12 dimensiones, el HOSPSC tiene preguntas sobre el número de notificaciones de incidentes de seguridad, nota general de la seguridad del paciente y aspectos laborales de los profesionales.

Las posibilidades de respuesta para cada pregunta se basaron en el tipo *Likert* de 5 alternativas: (1 = muy en desacuerdo, 2 = levemente en desacuerdo, 3 = ni en desacuerdo ni de acuerdo oa veces, 4 = levemente de acuerdo y 5 = muy de acuerdo). Para la interpretación de los datos, las puntuaciones de cada ítem se convirtieron en una puntuación que totaliza 100 puntos, lo que se considera deseable. Así, los puntajes comenzaron a asumir los siguientes valores: muy en desacuerdo = 0, levemente en desacuerdo = 25, neutral = 50, levemente de acuerdo = 75 y muy de acuerdo = 100. Algunos ítems tienen una puntuación inversa, es decir, en estas preguntas una puntuación reducida representa una actitud positiva.

El porcentaje de respuestas positivas para cada dimensión se obtuvo mediante la siguiente fórmula (SORRA; NIEVA, 2004, p. 35): "% de respuestas positivas de la dimensión X = [número de respuestas positivas a los ítems de la dimensión X / número total de respuestas válidas para elementos de la dimensión X (positivo, neutral y negativo, excluidos los datos faltantes)] x 100 "

El porcentaje de respuestas positivas permite identificar áreas fuertes y frágiles en la seguridad del paciente. Las dimensiones que obtuvieron más del 75% de respuestas positivas fueron consideradas "áreas fuertes de seguridad del paciente" en el hospital. Asimismo, "áreas frágiles de seguridad del paciente" y que necesitan mejoras, aquellas que obtuvieron el 50% o menos de respuestas positivas (REIS, 2013).

Los datos fueron evaluados por el programa *IBM SPSS Statistics 20* (2011). Los datos descriptivos de las variables categóricas se presentaron por frecuencia absoluta y porcentajes. Entonces, se estimó el intervalo medio y 95% de confianza (IC del 95%). porcentaje de respuestas positivas de cada una de las 12 dimensiones de la cultura de seguridad.

Después de aceptar participar en la investigación, cada participante recibió una copia del instrumento y dos copias del Formulario de consentimiento informado (TCLE). Después de

firmar el TCLE por parte del participante, recibió una copia y la otra fue retenida por el investigador. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidad CEUMA Bajo el dictamen 3.107.901.

3. RESULTADOS

El estudio incluyó a 69 profesionales. De estos 47 (68%) eran mujeres, ya que el grupo de edad era predominante de individuos de entre 31 y 40 años. Entre los profesionales que respondieron a la encuesta, 15 (22%) eran médicos, 16 (23%) enfermeras, 15 (22%) técnico de enfermería, 9 (13%) técnicos de radiología, 9 (13%) asistente administrativo, 4 (6%) hospitalidad y 1 (1%) psicólogo (Tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los profesionales participantes en el estudio, Maranhão, Brasil, 2019 (N= 69).

Variables	N	%
sexo		
hembra	47	68
masculino	22	32
edad		
De 19 a 30 años	27	39
De 31 a 40 años	28	41
De 41 a 50 años	12	17
De 51 a 64 años	2	3
profesión		
doctor	15	22
enfermera	16	23
Técnico de enfermería	15	22
Técnico de radiología	9	13
Asistente administrativo	9	13
hotel	4	6
psicólogo	1	1
Total	69	100

Fuente: Preparado por el autor (2019).

Las variables tiempo de trabajo en la especialidad, tiempo de trabajo en el hospital y tiempo de trabajo en la unidad tuvieron predominio de respuestas para el período de 1 a 5 años con porcentajes respectivos de 28 (41%); 30 (43%) y 36 (52%). En cuanto a la carga de trabajo semanal, 33 (48%) reportaron entre 20 a 39 horas de trabajo (Tabla 2).

Tabla 2. Características profesionales de los participantes del estudio, Maranhão, Brasil, 2019 (N= 69).

Variables	N	%
Contacto directo con el paciente		
Sí	60	87
No	9	13
Tiempo de trabajo en la especialidad/profesión actual		
Menos de 1 año	7	10
De 1 a 5 años	28	41
De 6 a 10 años	22	32
De 11 a 15 años	7	10
21 años o más	5	7
Tiempo de trabajo en este hospital		
Menos de 1 año	6	9
De 1 a 5 años	30	43
De 6 a 10 años	24	35
De 11 a 15 años	4	6
De 16 a 21 años o más	5	7
Tiempo de trabajo en el área/unidad actual		
Menos de 1 año	12	17
De 1 a 5 años	36	52
De 6 a 10 años	22	32
De 11 a 15 años	3	4
De 16 a 21 años o más	4	6
Carga de trabajo semanal		
Menos de 20 horas	8	12

Entre 20 y 39 horas	33	48	
Entre 40 y 59 horas	21	30	
Entre 60 y 79 horas	3	4	
Entre 80 y 100 horas o más	4	6	
Total	69	100	

Fuente: Preparado por el autor (2019).

En cuanto a las dimensiones evaluadas, cuatro de ellas aparecen con una evaluación de la cultura reforzada, porque tienen más del 75% de las respuestas positivas, son: "Expectativas sobre el supervisor/jefe" (79%); "Aprendizaje organizacional/ mejora continua" (90%); "Trabajo en equipo dentro de la unidad" (78%) y "Apoyo a la gestión hospitalaria" con (91%). Por otro lado, la dimensión "Respuesta no punitiva" con (48 %) se consideró un área de fragilidad de la seguridad del paciente, ya que tenía menos del 50% de las respuestas positivas (cuadro 3).

Tabla 3. Número de respuestas positivas para cada dimensión del cuestionario HSOPSC y sus respectivos porcentajes, promedios y IC del 95%, Maranhão, Brasil, 2019 (N=69).

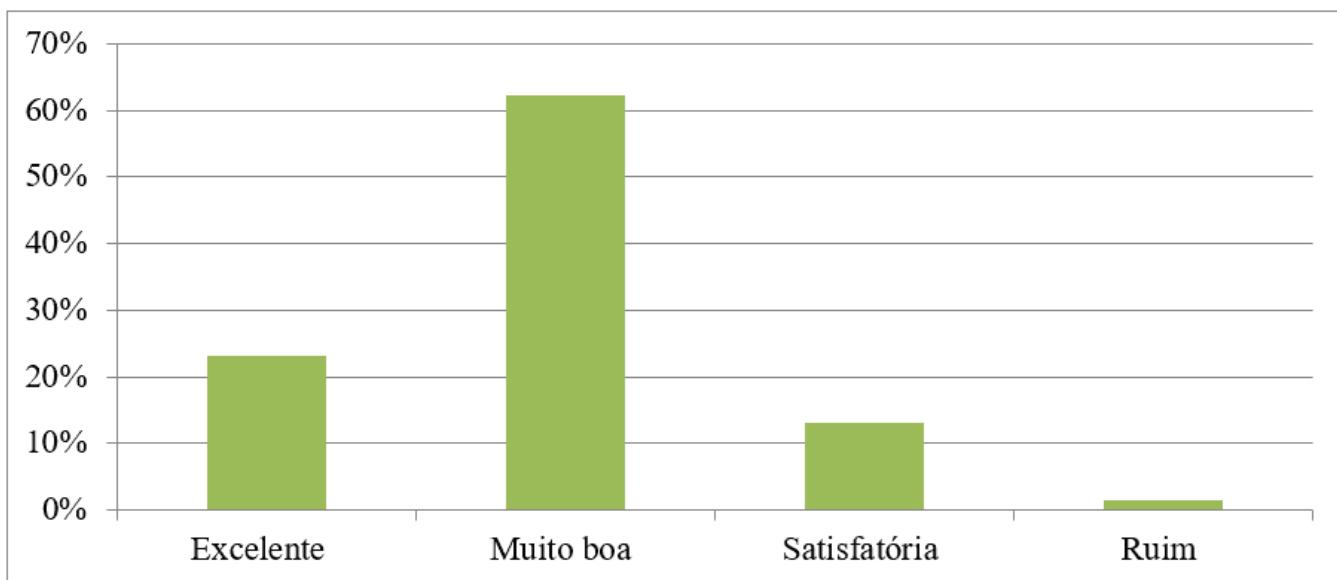
Dimensiones	N	%	promedio	IC 95%
D1 - Percepción general de la seguridad	172	62	43	39,91-46,09
D2 - Frecuencia de los informes de eventos	121	59	40,3	37,76-42,91
D3 - Expectativas sobre el supervisor/ jefe*	217	79	54,25	50,78-57,72
D4 - Aprendizaje organizacional/ mejora continua*	187	90	62,3	59,12-65,54
D5 - Trabajo en equipo dentro de la unidad*	214	78	53,5	50,06-56,94
D6 - Apertura de la comunicación	105	51	35	32,62- 37,38
D7 - Respuestas no punitivas+	99	48	33	30,66-35,34
D8 - Adecuación de profesionales	178	65	44,5	41,36-47,64
D9 - Devolución de información y comunicación	141	68	47	44,22-49,78
D10 - Soporte de gestión hospitalaria *	188	91	62,6	59,46-65,88
D11 - Trabajo en equipo entre unidades	201	73	50,25	46,92-53,58
D12 - Shift ing / transferencias	167	61	41,75	38,73- 44,77

+ Dimensiones que presentan debilidades (D7); * Dimensiones que presentan fortalezas (D3; D4; D5 y D10).

Fuente: Preparado por el autor (2019).

En cuanto a la notificación de eventos adversos, 47 (68%) los participantes informaron no haber presentado o completado ningún informe de eventos adversos en los últimos 12 meses. El mayor número de informes enviados entre los participantes fue de entre 1 y 2 informes, 15 (22%) participantes encajan en esta categoría (Gráfico 1).

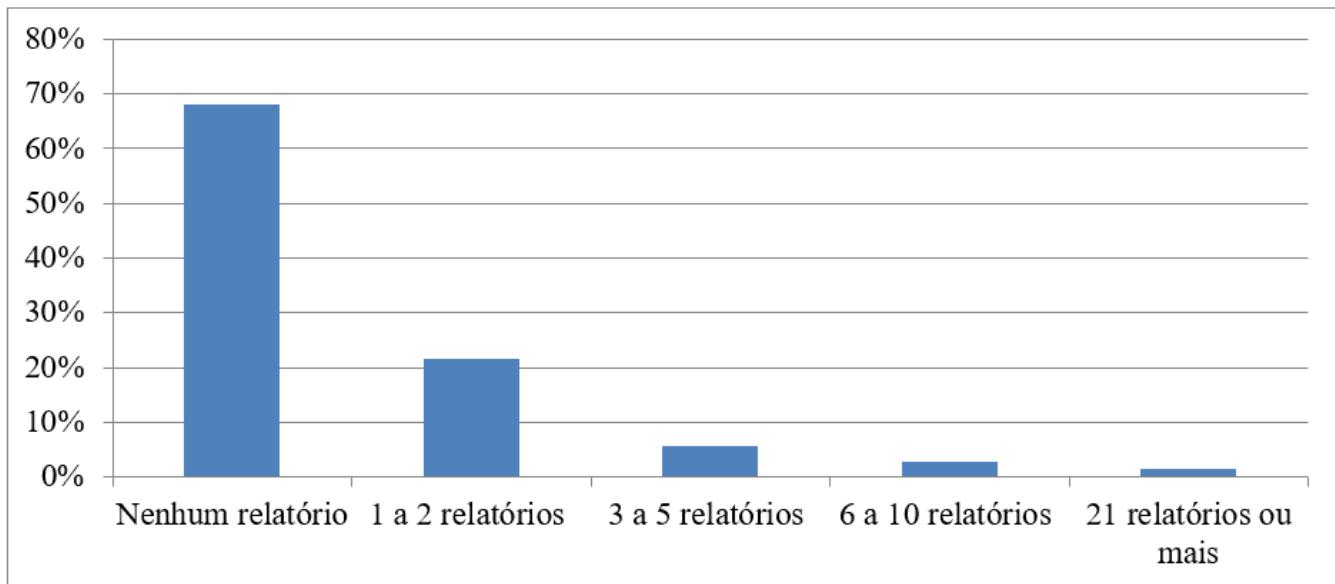
Gráfico 1. Número de informes de eventos adversos completados y enviados en los últimos 12 meses, Maranhão, Brasil, 2019 (N = 69).



Fuente: Preparado por el autor (2019).

En cuanto a la evaluación del grado de seguridad, 43 (62%) los participantes lo consideraron muy bueno, 16 (23%) lo consideró excelente, 9 (13%) evaluó la seguridad del sector como satisfactoria y la minoría 1 (1%) se evalúa como malo (Gráfico 2).

Gráfico 2. Evaluación del grado de seguridad en el sector hemodinámico, según los participantes, Maranhão, Brasil, 2019 (N=69).



Fuente: Preparado por el autor (2019).

4. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio mostraron potencial de mejora en la cultura de seguridad del paciente en el sector de la hemodinámica en casi todas las dimensiones evaluadas, ya que sólo 4 de las 12 dimensiones evaluadas fueron clasificadas como reforzadas, ya que obtuvieron más del 75% de las respuestas positivas.

La dimensión “respuesta no punitiva a los errores” también fue catalogada como débil en los estudios realizados por Andrade et al. (2018); Santiago y Turrini (2015) y Mello y Barbosa (2013) en los que la dimensión recibió (36,1%), (18%) y (18%) respuestas positivas, respectivamente. Además, 32 (46%) de los participantes del presente estudio respondieron que “están de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con el ítem “los profesionales consideran que sus errores pueden ser usados en su contra” que conforma la dimensión, lo que sugiere la presencia de carácter punitivo en el sector.

El análisis de la sección que investigó el número de eventos adversos reportados en los últimos 12 meses por los participantes afirma este pensamiento, dado que 47 (68%) del equipo reportan no haber reportado reportes en los últimos 12 meses. Resultados similares

se encontraron en un estudio realizado en una unidad de cuidados intensivos en el que se aplicó el cuestionario de Seguridad del Paciente en los Hospitales, también utilizado en esta investigación, a 59 profesionales de la salud, que advierte de la subregistro de eventos adversos en el que la mayoría de los profesionales no habían realizado notificaciones durante el período estudiado, lo que puede estar influenciado por la cultura punitiva que puede influir, bloquea nuevas notificaciones y mejoras en la seguridad del paciente (MINUZZ; SALUM; LOCKS, 2016).

Además, si bien, según los profesionales, con frecuencia reportan eventos adversos que ocurrieron en el sector en los casos en que el error se identifica y corrige antes de afectar al paciente y cuando los errores ocurren con potencial o sin dañar al paciente, los resultados encontrados en la dimensión “Frecuencia de reportes de eventos”, contradicen lo encontrado en el número de notificaciones realizadas en los últimos 12 meses en los que se observó un número bajo de reportes. En un estudio desarrollado por Costa (2014), en dos hospitales públicos de Paraná, con 282 profesionales, se encontraron resultados similares en los que (77,8%) de los profesionales no habían realizado notificación en los últimos 12 meses y según la dimensión “Frecuencia de informes de eventos”, los empleados frecuentemente informaron errores existentes. Un hecho que demuestra la importancia de fomentar la notificación y la orientación sobre cómo realizarla correctamente, de modo que coincida la percepción de los empleados y el número de denuncias realizadas.

El alto porcentaje de respuestas positivas (90%) la dimensión “Aprendizaje organizativo/ mejora continua” y “Apoyo a la gestión hospitalaria” (91%) demuestra que los profesionales perciben la existencia de medidas de mejora continua en la institución destinadas a mejorarlas y empoderarlas (WEGNER et al., 2016). (86,9%) de los profesionales respondieron positivamente al punto “errores han llevado a cambios positivos aquí” que conforman la dimensión “Aprendizaje organizativo / mejora continua”, demostrando una visión positiva sobre esta característica.

Aunque no se clasificó como fuerte, la dimensión “Retorno de la información y la comunicación” recibió un porcentaje significativo de respuestas positivas (68,1%) en comparación con los encontrados en la literatura, como en los estudios de Mello y Barbosa (2017) y Minuzzi et. Al. (2016) que obtuvo respectivamente (27,1%) y (20,81%) de respuestas positivas a esta dimensión, compuesta por los puntos “recibimos información

sobre los cambios implementados a partir de los informes de eventos”, “estamos informados sobre los errores que ocurren en esta unidad” y “en esta unidad discutimos formas de prevenir errores evitando que vuelvan a ocurrir”. Esto sugiere que, incluso con un posible déficit de notificación, los que se realizan se utilizan para evitar la recurrencia.

Otro punto que difiere de los datos encontrados en la literatura se diferencia de la evaluación de la seguridad del paciente y la dimensión “percepción general de la seguridad”, ambas con porcentajes de (62%) para muy bien. En estudios realizados por Mello y Barbosa (2017), en dos UTI adultas de hospitales públicos, en los que la respuesta de (77,7%) por el grado de seguridad era muy bueno/aceptable, divergiendo del bajo porcentaje de respuestas positivas de la dimensión “percepción del grado de seguridad” (25,9%). Al igual que Tomazoni et. al. (2015), en un estudio descriptivo-exploratorio en cuatro UTI neonatales, en el estado de Santa Catarina, Brasil, con una muestra de 181 profesionales. Se observó que se evaluó el nivel de seguridad (83 %) muy buena y aceptable ya la dimensión recibida (36%) respuestas positivas.

Según Mello e Barbosa (2017), la discrepancia en los estudios antes mencionados se debe a la percepción de los profesionales de que hay problemas en la seguridad del paciente, lo que culmina en una peor evaluación de la seguridad del paciente, sin embargo, si el paciente tiene una percepción positiva sobre las medidas preventivas de errores la evaluación será positiva. Otra justificación sería el hecho de que los dos estudios se llevaron a cabo en hospitales públicos, mientras que el presente estudio se llevó a cabo en un hospital privado de alta complejidad.

Estudio comparativo realizado por Andrade et al. (2018), en hospitales con diferentes tipos de gestión -federales, estatales y privados- observaron que los factores de sobrecarga de trabajo y déficit de infraestructura, además de las quejas de los propios gerentes sobre la insuficiente financiación para la adquisición de insumos, medicamentos y equipos serían posibles justificaciones para que sólo el hospital privado hubiera alcanzado niveles de fuerza (>75%) respuestas positivas. Esto puede justificar la diferencia entre los hallazgos en la literatura y los resultados del presente estudio.

El hecho de que las dimensiones “Expectativas sobre el supervisor/jefe” (79%) hayan sido clasificadas como reforzadas y el porcentaje expresivo de respuestas positivas atribuidas a la

dimensión “Trabajo en equipo entre unidades” (73%) sugiere que el equipo se siente apoyado dentro de la unidad por sus supervisores además de demostrar ser un ambiente de trabajo armónico en el que los profesionales están dispuestos a ayudar a los compañeros de trabajo frente a la adversidad (MELLO; BARBOSA, 2013).

Los estudios dirigidos al estudio de la cultura de seguridad del paciente en el sector de la hemodinámica siguen siendo raros en la literatura. Debido a que es un área que ofrece riesgos, tanto para el paciente como para el profesional, debe ser explorado mejor. Desde entonces, se trata de un entorno con riesgo de contaminación por microorganismos, accidentes con herramientas afiladas, alta carga emocional y mental que juntos se caracterizan por un conjunto de riesgos específicos del sector (NASCIMENTO, 2013).

En el presente estudio se pudo observar que, aunque tiene porcentajes de respuestas positivas superiores a los encontrados en otros estudios, el sector tiene áreas con potencial de mejora. Principalmente, en la necesidad de una cultura no punitiva, que estimule las notificaciones para que sea posible conocer y combatir de manera más eficiente las causas y consecuencias de los errores y acontecimientos adversos del sector (SOUZA et. al., 2015).

5. CONSIDERACIONES FINALES

A través de esta investigación se pudo identificar que el sector está compuesto en su mayoría por mujeres, con predominio de personas de entre 31 y 40 años y profesionales médicos, enfermeros y técnicos de enfermería. Aunque presenta mejores resultados en comparación con la literatura explorada, el sector muestra potencial de mejora en la mayoría de los aspectos estudiados ya que sólo 4 de las 12 dimensiones fueron clasificadas como fortalecidas. Además, hubo una baja tasa de notificaciones en el sector, lo que contradice la percepción de los profesionales sobre la frecuencia de las notificaciones. Este hecho puede haber sido influenciado directamente por la cultura punitiva presente en el sector.

Los resultados encontrados pueden guiar el desarrollo de nuevas estrategias con el fin de resolver la infrainformación del sector y el carácter punitivo de las notificaciones que se realizan para que puedan conocer los acontecimientos adversos del sector y evitar que se repitan y tener como consecuencia la mejora en la cultura de la seguridad del paciente en el

sector.

Se sugiere el desarrollo de nuevas investigaciones sobre la seguridad del paciente en el sector hemodinámico dada su importancia y falta en la literatura de artículos que abordan este tema.

6. REFERENCIAS

ALVES, Kisna Yasmin Andrade; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira; DANTAS, Cilene Nunes .A análise do conceito segurança do paciente: a visão evolucionária de Rodgers. *Aquichan*, Chía, v. 15, n. 4, p. 521-528, 2015.

ANDRADE, Luiz Eduardo Lima et. al., Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc. Saúde Colet.*, v.23, n.1, p. 161-172, 2018. Disponível em:< <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n1/161-172/pt/>>. Acesso 12/08/ 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2 ed. Brasília: ANVISA, 2017. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%A3ncia+Segura++Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%BCrica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A3tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>> Acesso em: 24/08/ 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Núcleo de segurança do paciente, Abr. 2016. Disponível em:< <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/nucleo-de-seguranca-do-paciente>> Acesso em: 23/08/ 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013.

COSTA ,Daniele Bernardi da. Cultura de segurança do paciente em serviços de enfermagem hospitalar. 2014. 98f. Dissertação (mestre em saúde)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto,2014. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06022015-192856/pt-br.php>>.

Acesso em 07/08/2019.

DIAS, Jéssica David et al. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. *Rev Min Enferm.*, Belo Horizonte, v.18, n.4, p 866-873; out./dez. 2014. Disponível em:< <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/969>> Acesso em 07/08/2019.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015.

MELLO, Janeide Freitas de, BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Texto & contexto enferm.*, Florianópolis, v.22, n. 4, p. 1124-1133, Out./Dez., 2013.

MELLO, Janeide Freitas; BARBOSA, Sayonara Fátima Faria. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. *Rev. eletrônica enferm.*, Goiania v. 19, 2017.

MILAGRES, L. M. Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos. 2015. 80f. Dissertação (mestre em Tecnologia e comunicação no cuidado em saúde e enfermagem) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015. Disponível em: :<<http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Lidiane-Milagres.pdf>>. Acesso 12/08/ 2019.

MINUZZI, Ana Paula; SALUM, Nádia Chiodelli, LOCKS; Melissa Orlandi Honório. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto & contexto enferm.*, , v.25,n.2. 2016.

NASCIMENTO, Vidal do Nascimento; CARVALHO, Yanara Pinheiro; SOUSA, Pryscila Correia de. Conhecimento dos riscos do setor de hemodinâmica: uma investigação com profissionais de saúde. In: seminário nacional de pesquisa em enfermagem,17,2013,Natal.Anais do 17º SENPE,RN:ABEn.p.1834-1836, 2013.

NEVES, Marta Isabel Cláudio. Eventos hemorrágicos no doente submetido a cateterismo cardíaco. 2017. 94f. Dissertação (mestre em Engenharia Biomédica) - Instituto Superior de Engenharia de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa,Lisboa, 2017.

Disponível em:< <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/8356>> Acesso em: 16/10/2019.

OLIVEIRA, Roberta Meneses et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

REIS, Claudia Tartaglia. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013.217f. Tese (Doutorado em ciências na área de saúde pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:<<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>> Acesso em: 11/08/2019.

SANTIAGO, Thaiana Helena Roma ; TURRINI, Ruth Natalia Teresa . Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. Esc. Enferm. USP.*, São Pauo, p. 123-130, 2015.

SIMA N, Andréia Guerra ; CUNHA, Simone Grazielle Silva; BRITO, Maria José Menezes. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. *Rev esc enferm USP*, São Paulo, v. 51, 2017.

SORRA, Joann; NIEVA, Veronica. Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004.

SOUZA, Verusca Soares de et al. Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. *Cogitare enferm.*, Curitiba, v. 20, n. 3,p. 475-482, 2015.

TOMAZONI, Andréia et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. *Texto & contexto enferm.*, Florianopolis v. 24, n. 1, p. 161-169, 2015.

WEGNER, Wiliam et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. *Esc Anna Nery* , Rio de Janeiro, v. 20,n.3, 2016.

^[1] Máster en Gestión del Servicio de Arena del Programa de Salud, especialista en Cardiología y Enfermería hemodinámica, enfermera.

^[2] Estudiante de fisioterapia.

^[3] Doctor en Fisioterapia, Máster en Fisioterapia, licenciado en Fisioterapia.

^[4] Consejero. Doctor en Ciencias de la Salud, Especialización en Traumatología y Ortopedia, licenciado en Fisioterapia.

Presentado: Mayo de 2020.

Aprobado: Julio de 2020.