

## ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

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

MORAES, Inaldo Kley do Nascimento. Et al. Оценка культуры безопасности пациентов в секторе гемодинамики в частной больнице в São Luís -MA. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Год 05, эд. 07, Vol. 02, стр. 43-56. Июль 2020 года. ISSN: 2448-0959, Ссылка доступа: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/здравоохранение/культуры-безопасности>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/ru/83753

### Contents

- СВОДКА
- 1. ВСТУПЛЕНИЕ
- 2. МЕТОДОЛОГИЯ
- 3. РЕЗУЛЬТАТЫ
- 4. ОБСУЖДЕНИЕ
- 5. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЕ СООБРАЖЕНИЯ
- 6. РЕКОМЕНДАЦИИ

### СВОДКА

Безопасность пациентов понимается как снижение до минимально приемлемых рисков ущерба, связанного с медико-санитарной помощью. Это зависит от культуры безопасности, сформированной из квалифицированного и безопасного обслуживания, с участием всех специалистов больницы, и постоянного мониторинга определяющих факторов для качественного медицинского обслуживания. Общая цель исследования заключалась в оценке культуры безопасности пациентов в секторе гемодинамики в частной больнице в São Luís. Это поперечное, описательное, количественное исследование, проведенное в гемодинамическом секторе кардиологического центра больницы São Domingos, через HSOPSC - Hospital Survey on Patient Safety Culture

вопросник разделен на 12 измерений, восприятие каждого из них описывается процент положительных ответов. Участниками стали 69 специалистов, из которых 47 (68%) были женщины, 16 (23%) были медсестры, 30 (43%) работал в больнице от 1 до 5 лет, 33 (48%) с еженедельной рабочей нагрузкой от 20 до 39 часов. Что касается размеров, оцененных «Ожидания по руководителю/боссу» (79%); «Организационное обучение / дальнейшее совершенствование» (90%); «Командная работа в рамках подразделения» с (78%) и «поддержка управления больницами» (91%) считается сильным. Кроме того, 52 (68%) участники сообщили, что не представили и не завершили какие-либо неблагоприятные отчеты о событиях за последние 12 месяцев. Таким образом, культура безопасности пациентов в секторе имеет потенциал для улучшения практически во всех оцениваемых измерениях.

**Ключевые слова:** Неблагоприятные события, управление рисками, безопасность пациентов, культура безопасности пациентов, уход.

## 1. ВСТУПЛЕНИЕ

В последние годы важность эффективной культуры безопасности приобретает все большее внимание со стороны медицинских организаций, поскольку она имеет важное значение в больничной среде в попытке улучшить медицинское обслуживание и тем самым снизить риск неблагоприятных явлений. Так как из-за повышенной сложности здравоохранения вероятность инцидентов, ошибок и сбоев возросла (REIS, 2013).

Важно отметить, что безопасность пациентов понимается как снижение до минимально приемлемых рисков ущерба, связанного с медицинской помощью (BRASIL, 2013). Это зависит от культуры безопасности, сформированной из квалифицированной и безопасной службы, определяемой из команды и индивидуального поведения, независимо от занимаемой иерархической позиции (ALVES et. al., 2015; OLIVEIRA et. al., 2014).

В целях повышения культуры безопасности пациентов в Бразилии Министерство здравоохранения в 2013 году создало Институт Национальной программы безопасности пациентов (PNSP) с целью профилактики, мониторинга и уменьшения

ущерба и ошибок, причиненных пациентам во время лечения в результате внедрения центров управления рисками и безопасности пациентов в различных областях ухода , управление и организация медицинских услуг (BRASIL, 2013).

В течение первых 3 лет после создания PNSP, в общей сложности 2333 центров безопасности пациентов (NSP) были имплантированы в стране. За тот же период удалось наблюдать значительное увеличение числа сообщений о неблагоприятных явлениях (BRASIL, 2016). В период с января 2014 года по июль 2017 года ANVISA сообщила в общей сложности о 50 735 инцидентах, связанных с здравоохранением, а в BRASILгемодиализа было зарегистрировано 224 инцидента (BRASIL, 2017).

Среди ущерба, причиненного пациенту из-за неоказания медицинской помощи, мы подчеркиваем увеличение числа случаев пребывания в больнице, расходов на госпитализацию, необходимость новых интерверсий, социальных издержек, эмоционального ущерба и, в более тяжелых случаях, смерти (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017; MLAGRES, 2015). Кроме того, медицинские работники, участвующие в связи с непониманием и карательный характер по-прежнему существующих в некоторых учреждениях могут чувствовать себя виноватыми, боятся, стыдно и стыдно. Этот факт способствует им, не упомяя неблагоприятных событий, которые произошли (DUARTE et. al., 2015; DIAS et al., 2014).

В исследовании, проведенном Neves (2017), с целью оценки кровоизлияний у пациентов, проходящих сердечную катетеризацию, установлено, что из 616 случаев, включенных в исследование, в 95 были кровотечения событий (15,4%) до 1 часа после катетеризации в первой оценке и 343 кровотечения событий (55,7%) до 48 часов во время второй оценки; кроме того, 9 (1,5%) смерти были зарегистрированы в течение первого часа после катетеризации и 12 (1,9%) до 48 часов после катетеризации. Это свидетельствует о большом количестве геморрагических событий.

Хотя учреждения привержены обеспечению более эффективного ухода за пациентами и сокращению неблагоприятных явлений с помощью мер безопасности и протоколов, которые обеспечивают этот эффект. Секторы, которые выполняют инвазивные процедуры, такие, как сектор гемодинамики, не имеют четко определенных протоколов, в отличие от того, что наблюдается в секторах чрезвычайной и

чрезвычайной ситуации, (UTI – Отделение интенсивной терапии) и CDI, в которых уже установлены протоколы.

Таким образом, учитывая важность обсуждения этой темы для обеспечения более безопасного ухода за пациентами и с целью содействия снижению рисков и негативных последствий, которые неблагоприятные события приносят в различных аспектах жизни пациента и медицинских работников, настоящее исследование направлено на оценку культуры безопасности пациентов в секторе гемодинамики в частной больнице в São Luís (MA).

## 2. МЕТОДОЛОГИЯ

Это поперечное исследование, описательное с количественным подходом, проведенное в секторе гемодинамики больницы São Domingos в São Luís - MA. Это считается больницей повышенной сложности, благодаря технологиям, работающим в процедурах и услугах, предоставляемых во всех областях медицины, выполняющих крупные операции, сосудистые, урологические, онкологические, клинические чрезвычайные ситуации, хирургические, кардиологические, кардиохирургические операции, нефрологию, неврологию, травматологию.

Выборка не является вероятностной, она была для удобства, учитывая штат специалистов в этом секторе. Он использовался в качестве критерия включения для работы в этом секторе независимо от продолжительности службы и в качестве критерия исключения для выезда на медицинский отпуск, во время отпуска и анкет, заполненных неправильно в той мере, в какой это наносит ущерб анализу переменных. Восемь вопросников были проигнорированы для зрения зрения последнего критерия исключения, в результате чего была отобрана 69 специалистов.

Для оценки культуры безопасности специалистов был использован HSOPSC – *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, созданный Agency for Health Care Research And Quality (AHR) и проверенный в Бразилии на Reis (2013). HSOPSC состоит из вопросов о безопасности пациентов, неблагоприятных событиях, лидерстве, коммуникации и управлении, позволяет узнать восприятие о работе подразделения, и в целом обо всем

учреждении, подчеркивает ошибки, восприятие ошибок и размеров культуры безопасности пациентов (REIS, 2013).

Она состоит из 42 вопросов, разделенных на 12 измерений, которые: Частота уведомляемых событий; Восприятие безопасности; Ожидания о руководителе/боссе; Организационное обучение / дальнейшее совершенствование; Командная работа в подразделении; Открытие связи; обратная связь и сообщение об ошибках; Ненаемный ответ на ошибки; адекватность специалистов; Поддержка руководства больницы; Командная работа между подразделениями и прохождение смен / переводов. В дополнение к 12 измерениям, HOSPSC имеет вопросы относительно числа уведомлений об инцидентах безопасности, общего примечания безопасности пациентов и аспектов работы специалистов.

Возможные ответы на каждый вопрос были основаны на 5 вариантах Лайкерта: (1 = категорически не согласен, 2 = слегка не согласен, 3 = ни не согласен, ни согласен или иногда, 4 = частично согласен и 5 = полностью согласен). Для интерпретации данных оценки по каждому пункту были преобразованы в оценку, которая составляет 100 баллов, что считается желательным. Таким образом, оценки начали принимать следующие значения: полностью не согласен = 0, слегка не согласен = 25, нейтрально = 50, частично согласен = 75 и полностью согласен = 100. Некоторые задания имеют обратную оценку, то есть в этих вопросах пониженная оценка означает положительное отношение.

Процент положительных ответов по каждому параметру был получен по следующей формуле (SORRA; NIEVA, 2004, стр. 35): «% положительных ответов по параметру X = [количество положительных ответов на элементы в параметре X / общее количество ответов действительно для элементов в размере X (положительный, нейтральный и отрицательный, за исключением отсутствующих данных)] x 100 »

Процент положительных ответов позволяет выявить сильные и хрупкие участки безопасности пациентов. «Сильные области безопасности пациентов» в больнице были рассмотрены размеры, которые получили более 75% положительных ответов. Аналогичным образом, «хрупкие области безопасности пациентов» и требующие улучшения в тех, которые получили 50% или менее положительных ответов (REIS,

2013).

Данные были оценены программой *IBM SPSS Statistics 20* (2011). Описательные данные категорических переменных были представлены абсолютной частотой и процентами. Затем оценивался средний и 95% интервал доверия (95% КИ). процент положительных ответов от каждого из 12 аспектов культуры безопасности.

После согласия на участие в исследовании каждый участник получил копию инструмента и две копии Формы информированного согласия (TCLE). После подписания TCLE участником он получил один экземпляр, а другой оказался во владении исследователя. Это исследование было одобрено Комитетом по этике исследований на людях Университета CEUMA в соответствии с заключением 3.107.901.

### 3. РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследовании приняли участие 69 специалистов. Из них 47 (68%) женщины, поскольку в возрастной группе преобладают лица в возрасте от 31 до 40 лет. Среди специалистов, ответив на опрос, 15 (22%) были врачи, 16 (23%) медсестер, 15 (22%) техник по уходу, 9 (13%) радиологические техники, 9 (13%) административный помощник, 4 (6%) гостеприимство и 1 (1%) психолог (таблица 1).

Таблица 1. Социодемографические данные специалистов, участвующих в исследовании, Maranhão, Бразилия, 2019 (№ 69).

Переменные	н	%
секс		
женский	47	68
мужской	22	32
возраст		
От 19 до 30 лет	27	39
От 31 до 40 лет	28	41
От 41 до 50 лет	12	17
От 51 до 64 лет	2	3

профессия		
врач	15	22
няня	16	23
Техник по уходу	15	22
Специалист по радиологии	9	13
Административный помощник	9	13
гостиница	4	6
психолог	1	1
Общая	69	100

Источник: Подготовлено автором (2019).

Переменные рабочего времени по специальности, продолжительность работы в больнице и рабочее время в отделении были преобладать ответы на период от 1 до 5 лет с соответствующими процентами 28 (41%); 30 (43%) и 36 (52%). Что касается недельной рабочей нагрузки, 33 (48%) от 20 до 39 рабочих часов (таблица 2).

Таблица 2. Профессиональные характеристики участников исследования, Maranhão, Бразилия, 2019 (НС 69).

Переменные	n	%
Прямой контакт с пациентом		
Да	60	87
Нет	9	13
Рабочее время по текущей специальности/профессии		
Менее 1 года	7	10
От 1 до 5 лет	28	41
От 6 до 10 лет	22	32
От 11 до 15 лет	7	10
21 год и старше	5	7
Рабочее время в этой больнице		
Менее 1 года	6	9
От 1 до 5 лет	30	43
От 6 до 10 лет	24	35

## Оценка культуры безопасности пациентов в секторе гемодинамики в частной больнице в São Luís -MA

От 11 до 15 лет	4	6	
От 16 до 21 года и старше	5	7	
Рабочее время в текущем районе/единице			
Менее 1 года	12	17	
От 1 до 5 лет	36	52	
От 6 до 10 лет	22	32	
От 11 до 15 лет	3	4	
От 16 до 21 года и старше	4	6	
Еженедельная рабочая нагрузка			
Менее 20 часов	8	12	
От 20 до 39 часов	33	48	
От 40 до 59 часов	21	30	
От 60 до 79 часов	3	4	
От 80 до 100 часов и более	4	6	
Общая	69	100	

Источник: Подготовлено автором (2019).

Что касается оцениваемых размеров, то четыре из них представляются с усиленной оценкой культуры, поскольку они имеют более 75% положительных ответов, они: «Ожидания в отношении руководителя/руководителя» (79%); «Организационное обучение/непрерывное совершенствование» (90%); «Командная работа внутри подразделения» (78%) и «Поддержка управления больницами» с (91%). С другой стороны, измерение «ненаемный ответ» с (48%) она считалась областью хрупкости безопасности пациентов, поскольку на нее было менее 50% положительных ответов (таблица 3).

Таблица 3. Количество положительных ответов по каждому измерению вопросника HSOPSC и его соответствующие процентные показатели, средние показатели и 95% КИ, Maranhão, Бразилия, 2019 год (N=69).

Размеры	N	%	средний	КИ 95%
D1 – Общее восприятие безопасности	172	62	43	39,91-46,09
D2 – Частота отчетов о событиях	121	59	40,3	37,76-42,91

D3 – Ожидания о руководителе/боссе	217	79	54,25	50,78-57,72
D4 – Организационное обучение/ дальнейшее совершенствование	187	90	62,3	59,12-65,54
D5 – Командная работа в блоке	214	78	53,5	50,06-56,94
D6 – Открытие связи	105	51	35	32,62- 37,38
D7 – Нек наказаний ответы	99	48	33	30,66-35,34
D8 – Адекватность профессионалов	178	65	44,5	41,36-47,64
D9 – Возвращение информации и коммуникации	141	68	47	44,22-49,78
D10 – Поддержка управления больницей	188	91	62,6	59,46-65,88
D11 – Командная работа между единицами	201	73	50,25	46,92-53,58
D12 – Сдвиг ING / трансферы	167	61	41,75	38,73- 44,77

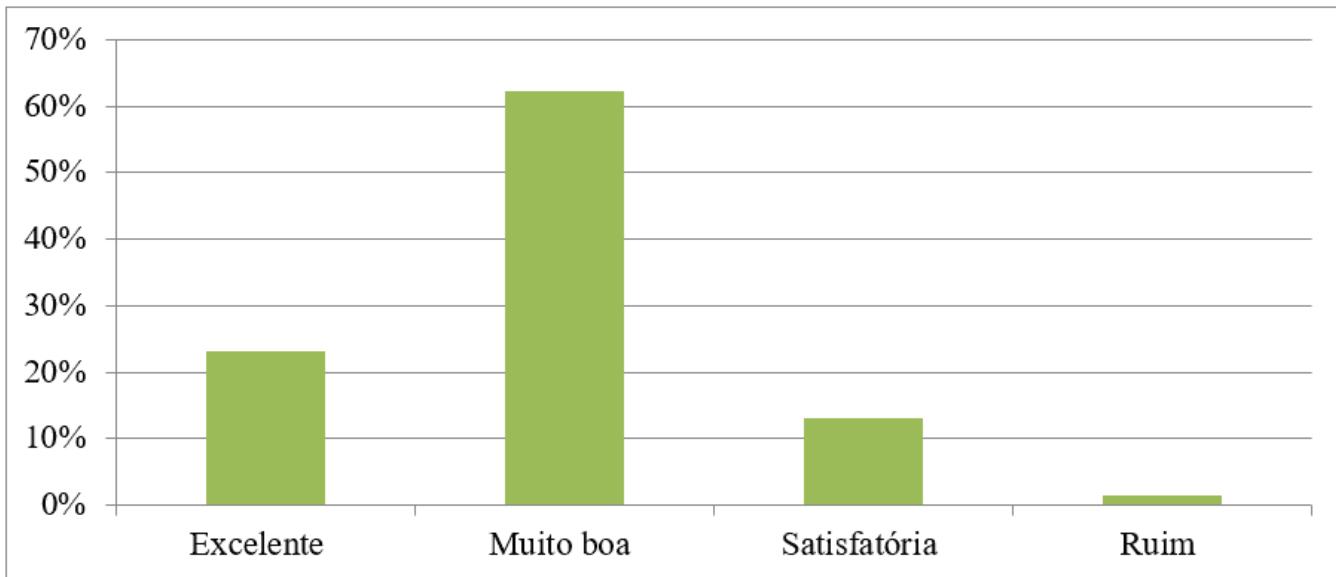
Размеры, которые представляют слабые стороны (D7); Размеры, которые представляют крепости (D3; D4; D5 и D10).

Источник: Подготовлено автором (2019).

Что касается уведомления о неблагоприятных событиях, 47 (68%) участники сообщили, что не представили и не завершили какие-либо неблагоприятные отчеты о событиях за последние 12 месяцев. Наибольшее число докладов, отправленных участниками, составило от 1 до 2 докладов, 15 (22%) участники вписываютя в эту категорию (График 1).

График 1. Число отчетов о неблагоприятных событиях, завершенных и представленных за последние 12 месяцев, Maranhão, Бразилия, 2019 год (N-69).

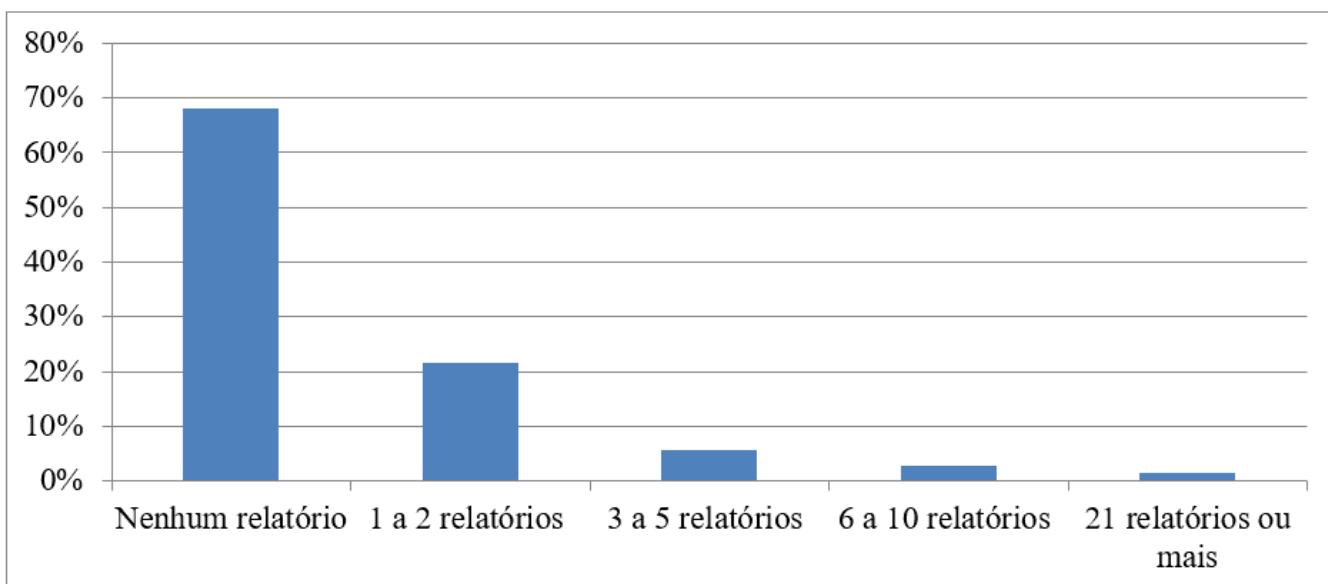
Оценка культуры безопасности пациентов в секторе гемодинамики в частной больнице в São Luís -MA



Источник: Подготовлено автором (2019).

Что касается оценки степени безопасности, 43 (62%) участники сочли это очень хорошим, 16 (23%) считается отличным, 9 (13%) оценили безопасность сектора как удовлетворительную, а меньшинство 1 (1%) оценивается как плохая (график 2).

График 2. Оценка степени безопасности в гемодинамическом секторе, по словам участников, Maranhão, Бразилия, 2019 (N-69).



Источник: Подготовлено автором (2019).

#### 4. ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты настоящего исследования показали потенциал для улучшения культуры безопасности пациентов в секторе гемодинамики почти во всех оцениваемых измерениях, поскольку только 4 из 12 оцениваемых измерений были классифицированы как усиленные, поскольку они получили более 75% положительных ответов.

Измерение «ненаемной реакции на ошибки» также классифицируется как слабое в исследованиях, проведенных Andrade et al. (2018); Santiago и Turrini (2015) и Mello и Barbosa (2013), в которых измерение получило (36,1%), (18%) и (18%) положительные ответы, соответственно. Кроме того, 32 (46%) участники настоящего исследования ответили, что они «согласны» или «полностью согласны» с пунктом «профессионалы считают, что их ошибки могут быть использованы против них», что составляет измерение, которое предполагает наличие карательного характера в секторе.

Анализ раздела, который исследовал количество неблагоприятных событий, зарегистрированных за последние 12 месяцев участниками, подтверждает эту мысль, учитывая тот факт, что 47 (68%) из доклада группы, не сообщая о каких-либо сообщениях за последние 12 месяцев. Аналогичные результаты были найдены в исследовании, проведенном в отделении интенсивной терапии, в котором в вопроснике «Обследование по безопасности пациентов в больницах», также используемом в настоящем исследовании, содержится предупреждение о занижении данных о неблагоприятных событиях, в которых большинство специалистов не уведомляли в течение изучаемого периода, что может зависеть от карательной культуры, которая может влиять на новые уведомления и улучшения в безопасности пациентов (MINUZZ; SALUM; LOCKS, 2016).

Кроме того, хотя, по словам специалистов, они часто сообщают о неблагоприятных событиях, которые произошли в секторе в тех случаях, когда ошибка идентифицируется и исправляется до того, как влияет на пациента, и когда ошибки

происходят с потенциальным или без ущерба для пациента, результаты, найденные в измерении «Частота отчетов о событиях», противоречат тем, которые были обнаружены в количестве уведомлений, сделанных за последние 12 месяцев, в которых было отмечено небольшое число сообщений. В исследовании, разработанном Costa (2014), в двух государственных больницах в Paraná, с 282 специалистами, он нашел аналогичные результаты, в которых (77,8%) специалистов не были уведомлены в течение последних 12 месяцев и в соответствии с измерением «Частота событий докладов» сотрудники часто сообщали о существующих ошибках. Этот факт свидетельствует о важности поощрения уведомления и руководящих указаний относительно того, как его надлежащим образом выполнять, с тем чтобы приравнить к ним представление о сотрудниках и количество сделанных докладов.

Высокий процент положительных ответов (90%) измерения «Организационное обучение/непрерывное совершенствование» и «Поддержка управления больницами» (91%) показывает, что специалисты воспринимают существование в учреждении постоянных мер по совершенствованию, направленных на их совершенствование и расширение прав и возможностей (WEGNER et al., 2016). (86,9%) специалисты положительно отреагировали на пункт «ошибки привели к положительным изменениям здесь», которые составляют измерение «Организационное обучение/непрерывное совершенствование», демонстрируя позитивный взгляд на эту характеристику.

Хотя это и не классифицируется как сильное, измерение «Возвращение информации и коммуникации» получило значительную долю положительных ответов (68,1%) по сравнению с теми, которые находятся в литературе, как в исследованиях Mello и Barbosa (2017) и Minuzzi et. al. (2016 г.), получивших соответственно (27,1%) и (20.81%) положительных ответов на это измерение, состоящих из пунктов «мы получаем информацию об изменениях, внесенных из отчетов о событиях», «мы проинформированы об ошибках, которые происходят в этом подразделении» и «в этом подразделении мы обсуждаем способы предотвращения ошибок, предотвращая их повторения». Это говорит о том, что даже при возможном дефиците уведомлений те, которые выполняются, используются для того, чтобы избежать повторения.

Еще один момент, который отличается от данных, найденных в литературе

различается об оценке безопасности пациента и измерения «общее восприятие безопасности», как с процентами (62%) очень хорошо. В исследованиях, проведенных Mello и Barbosa (2017), в двух взрослых UTI государственных больниц, в которых ответ (77,7%) по степени безопасности было очень хорошо / приемлемо, расходится с низким процентом положительных ответов измерения «восприятие степени безопасности» (25,9%). Так же, как Tomazoni et. al. (2015), в описательно-исследовательском исследовании в четырех неонатальных UTI, в штате Santa Catarina, Бразилия, с выборкой из 181 профессионала. Было отмечено, что уровень безопасности был оценен (83%) для очень хорошего и приемлемого уже полученного измерения (36%) положительные ответы.

По словам Mello и Barbosa (2017), расхождение в вышеупомянутых исследованиях связано с восприятием профессионалами, что есть проблемы в безопасности пациентов, что завершается хуже оценки безопасности пациентов, однако, если пациент имеет положительное представление о профилактических мерах ошибок оценка будет положительной. Другим оправданием может быть тот факт, что эти два исследования были проведены в государственных больницах, в то время как настоящее исследование проводилось в частной больнице с высокой сложностью.

Сравнительное исследование, проведенное Andrade et al. (2018), в больницах с различными видами управления - федеральными, государственными и частными - отметили, что факторы работают перегрузки и дефицита инфраструктуры в дополнение к жалобам от самих менеджеров о недостаточном финансировании для приобретения инум, лекарства и оборудование было бы возможным оправданием только частная больница достигла уровня прочности (>75%) положительные ответы. Это может оправдать разницу между выводами, сделанными в литературе, и результатами настоящего исследования.

Тот факт, что размеры «Ожидания на руководителя / босса» (79%) были классифицированы как усиленные и выразительный процент положительных ответов, приписываемых измерению «Командная работа между подразделениями» (73%) свидетельствует о том, что команда чувствует поддержку в рамках подразделения со стороны своих руководителей, помимо демонстрации гармонической рабочей среды, в которой профессионалы готовы помочь коллегам перед лицом невзгод (MELLO;

BARBOSA, 2013).

Исследования, направленные на изучение культуры безопасности пациентов в секторе гемодинамики, до сих пор редки в литературе. Потому что это область, которая предлагает риски, как для пациента и для профессионала, она должна быть улучшена изучены. Так как это среда с риском заражения микроорганизмами, несчастные случаи с острыми инструментами, высокая эмоциональная и психическая нагрузка, которые вместе характеризуются как набор отраслевых рисков (NASCIMENTO, 2013).

В настоящем исследовании можно было отметить, что, хотя в нем процент положительных ответов выше, чем в других исследованиях, этот сектор имеет области, которые могут быть усовершенствованы. Главным образом, в необходимости ненаемной культуры, которая стимулирует уведомления, с тем чтобы можно было более эффективно знать и бороться с причинами и последствиями ошибок и неблагоприятных событий в секторе (SOUZA et. al., 2015).

## 5. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЕ СООБРАЖЕНИЯ

В результате этого исследования удалось определить, что этот сектор в основном состоит из женщин, при этом преобладают лица в возрасте от 31 до 40 лет и медицинские работники, медсестры и медсестры. Хотя он дает лучшие результаты по сравнению с исследованной литературой, этот сектор показывает потенциал для улучшения в большинстве изученных аспектов, поскольку только 4 из 12 измерений были классифицированы как укрепленные. Кроме того, в секторе имеется низкий уровень уведомлений, что противоречит представлению специалистов относительно частоты уведомлений. На этот факт, возможно, непосредственно повлияла карательная культура, присутствуют в этом секторе.

Найденные результаты могут определять разработку новых стратегий в целях решения проблемы занижения отчетности сектора и карательного характера уведомлений, которые делаются для того, чтобы они могли знать о неблагоприятных событиях в секторе и избегать рецидивов и, как следствие, улучшить культуру безопасности пациентов в этом секторе.

Предлагается разработать новые исследования по безопасности пациентов в гемодинамическом секторе, учитывая его важность и отсутствие в литературе статей на эту тему.

## 6. РЕКОМЕНДАЦИИ

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, Priscila 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 Graziele 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.

<sup>[1]</sup> Степень магистра в области управления песчаным обслуживанием программы здравоохранения, специалиста в области кардиологии и гемодинамики медсестер, медсестры.

<sup>[2]</sup> Студент физиотерапии.

<sup>[3]</sup> Кандидат физиотерапии, магистр физиотерапии, окончил физиотерапию.

<sup>[4]</sup> Консультантом. Кандидат медицинских наук, специализация в травматологии и ортопедии, окончил физиотерапию.

Представлено: Май 2020 года.

Утверждено: Июль 2020 года.