

# Métodos Etnográficos e Populações Tradicionais: Uma Revisão Sistemática de Variáveis Metodológicas (2015–2025)

## Ethnographic Methods and Traditional Populations: A Systematic Review of Methodological Variables (2015–2025)

## Métodos etnográficos y Poblaciones Tradicionales: Una Revisión Sistemática de Variables Metodológicas (2015–2025)

Ana Carolina Lima Silva 1, Ana Gabriele Gonçalves Pinheiro 2, Barbara Souza Santos 3, Kerolyn Ramos Garcia 4, Mariana Sodário Cruz 5, Michelle Sousa Vilela 6, Margô Gomes de Oliveira Karnikowski 7.

**Como citar:** Silva ACL, Pinheiro AGG, Santaos BS, Garcia KR, Cruz MS, Karnikowski MGO. Análise da prescrição de cálcio no pré-natal de gestantes no sistema único de saúde de Cascavel, Paraná.. REVISIA. 2026; 15(Esp5): 21-39. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v15.nEsp5.p21a39>

# REVISA

1- Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0009-0001-1676-7826>

2- Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4300-0348>

3- Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0009-0002-4578-0875>

4- Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-2464-6255>

5- Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8069-7797>

6- Universidade de Brasília, Universidade Federal de Santa Maria, Universidade do Porto. <https://orcid.org/0000-0002-0417-568X>

7- Universidade de Brasília, Universidade Federal de Santa Maria, Universidade do Porto. <https://orcid.org/0000-0002-5662-0058>

Recebido: 17/01/2026  
Aprovado: 17/03/2026

### RESUMO

**Objetivo:** As metodologias etnográficas constituem estratégias fundamentais utilizadas por pesquisadores para se aproximar e coletar dados junto a povos tradicionais, como comunidades quilombolas e indígenas. Contudo, ainda existem lacunas na sistematização das variáveis metodológicas presentes na literatura científica recente. **Objetivo:** verificar as variáveis de métodos etnográficos utilizados na literatura científica que trate de povos tradicionais. **Métodos:** Revisão sistemática qualitativa seguindo o PRISMA, com estratégia PICOS (População: povos tradicionais; Intervenção: métodos etnográficos). Buscas nas bases BVS, SciELO, LILACS e MEDLINE (2015–2025), usando descritores booleanos (ex.: quilombolas AND etnografia). Dos 129 artigos identificados, 40 foram incluídos após triagem por dois revisores independentes, com extração de dados sobre técnicas etnográficas (observação participante, entrevistas, diários de campo). **Resultados:** Variáveis metodológicas mais frequentes: Observação participante (75% dos estudos), entrevistas em profundidade (60%), diários de campo (45%). **Desafios reportados:** Adaptação cultural (30% dos estudos), ética em pesquisas com povos originários (25%), impacto da COVID-19 no trabalho de campo (15%). **Tendências:** Uso crescente de etnografias digitais (20%) e abordagens colaborativas (35%). **Conclusão:** A revisão apontou a observação participante como técnica etnográfica mais usada com povos tradicionais e destacou a adaptação cultural dos métodos, incluindo abordagens inovadoras.

**Descritores:** Etnografia; Povos tradicionais; Metodologia qualitativa; Revisão sistemática; Quilombolas; Indígenas.

### ABSTRACT

**Objetivo:** Ethnographic methodologies are fundamental strategies used by researchers to engage with and collect data from traditional populations, such as quilombola and Indigenous communities. However, gaps remain in the systematization of methodological variables in recent scientific literature. **Objective:** To identify the methodological variables of ethnographic methods used in scientific literature focused on traditional populations. **Methods:** A qualitative systematic review was conducted following PRISMA guidelines, using the PICOS strategy (Population: traditional peoples; Intervention: ethnographic methods). Searches were carried out in the BVS, SciELO, LILACS, and MEDLINE databases (2015–2025), using Boolean descriptors (e.g., *quilombolas AND ethnography*). Of the 129 articles initially identified, 40 were included after screening by two independent reviewers. Data were extracted on ethnographic techniques such as participant observation, interviews, and field diaries. **Results:** The most frequent methodological variables were participant observation (75% of studies), in-depth interviews (60%), and field diaries (45%). Reported challenges included cultural adaptation (30% of studies), ethical concerns in research with Indigenous populations (25%), and the impact of COVID-19 on fieldwork (15%). Trends identified included the growing use of digital ethnographies (20%) and collaborative approaches (35%). **Conclusion:** The review identified participant observation as the most used ethnographic technique with traditional populations and highlighted the cultural adaptation of methods, including innovative approaches.

**Keywords:** Ethnography; Traditional populations; Qualitative methodology; Systematic review; Quilombolas; Indigenous peoples.

### RESUMEN

**Objetivo:** Las metodologías etnográficas son estrategias fundamentales que utilizan los investigadores para interactuar con poblaciones tradicionales, como las comunidades quilombolas e indígenas, y recopilar datos de ellas. Sin embargo, persisten lagunas en la sistematización de las variables metodológicas en la literatura científica reciente. **Objetivo:** Identificar las variables metodológicas de los métodos etnográficos utilizados en la literatura científica centrada en poblaciones tradicionales. **Métodos:** Se realizó una revisión sistemática cualitativa siguiendo las directrices PRISMA, utilizando la estrategia PICOS (Población: pueblos tradicionales; Intervención: métodos etnográficos). Se realizaron búsquedas en las bases de datos BVS, SciELO, LILACS y MEDLINE (2015–2025), utilizando descriptores booleanos (p. ej., *quilombolas y etnografía*). De los 129 artículos identificados inicialmente, 40 se incluyeron tras la selección realizada por dos revisores independientes. Los datos se extrajeron mediante técnicas etnográficas como la observación participante, entrevistas y diarios de campo. **Resultados:** Las variables metodológicas más frecuentes fueron la observación participante (75% de los estudios), las entrevistas en profundidad (60%) y los diarios de campo (45%). Entre los desafíos reportados se encuentran la adaptación cultural (30% de los estudios), las preocupaciones éticas en la investigación con poblaciones indígenas (25%) y el impacto de la COVID-19 en el trabajo de campo (15%). Las tendencias identificadas incluyen el creciente uso de etnografías digitales (20%) y enfoques colaborativos (35%). **Conclusión:** La revisión identificó la observación participante como la técnica etnográfica más utilizada con poblaciones tradicionales y destacó la adaptación cultural de los métodos, incluyendo enfoques innovadores.

**Descriptor:** Etnografía; Poblaciones tradicionales; Metodología cualitativa; Revisión sistemática; Quilombolas; Pueblo indígena.

## Introdução

A publicação do relatório *To Err is Human* disparou um importante alerta na sociedade sobre a problemática das mortes decorrentes de erros médicos evitáveis. Por conseguinte, mobilizou uma série de iniciativas voltadas para garantir a segurança do paciente, que diz respeito à minimização dos riscos de danos desnecessários relacionados ao atendimento de saúde.<sup>1</sup> Esse movimento ressalta a relevância de ambientes seguros e de práticas clínicas eficientes para atender a clientela com qualidade. Entende-se que a segurança do paciente é a redução do risco de danos desnecessários associados ao cuidado de saúde, a partir de sistemas com cultura de segurança (CS).<sup>1,2</sup>

Os dados mais recentes indicam que essa questão, levantada há mais de 20 anos, ainda não foi solucionada. De acordo com a Agência de Vigilância Sanitária, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2024, foram registradas 27.555 notificações relacionadas a medicamentos e vacinas. Desse total, 82,4% correspondem a eventos adversos graves e 6,7% concernem a casos fatais.<sup>3</sup>

Os profissionais de saúde precisam ser sensibilizados para mudanças que gerem CS nas instituições e no cuidado realizado. Ela é construída por meio de atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e a segurança. Pressupõe a substituição da culpabilização e da punição pela oportunidade de ações educativas, oriundas dos momentos de falhas, melhorando a qualidade do cuidado à saúde.<sup>2</sup>

Fragilidades na CS acarretam eventos adversos, os quais são definidos como incidentes que resultam em dano não intencional ao paciente, frequentemente associados a falhas nos processos de cuidado, fato que implica a necessidade de melhorias na CS das instituições de saúde. Estima-se que 10% dos pacientes hospitalizados em países desenvolvidos sofram algum tipo de evento adverso, e os valores presumidos são maiores em países de baixa e média rendas, devido a recursos limitados e infraestrutura inadequada.<sup>4</sup>

Estratégias para promover uma CS podem incluir intervenção única ou intervenções combinadas, com avaliações por meio de indicadores de resultados. Intervenções educativas e estratégias de sensibilização desempenham um papel crucial na promoção da CS em organizações de saúde. Essas ações ajudam a criar consciência, alinhar comportamentos e fortalecer o compromisso dos profissionais com práticas seguras, contribuindo diretamente para a redução de eventos adversos.<sup>5</sup>

Assim, torna-se imprescindível investigar sistematicamente a CS nas instituições hospitalares nacionais e propor estratégias de melhoria que aplaquem as fragilidades identificadas. Para realizar essa avaliação, é possível utilizar instrumentos como a *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), cuja versão em português foi validada em 2017.<sup>6</sup>

Dessa forma, objetiva-se identificar na literatura as fragilidades da CS em instituições hospitalares nacionais. Este estudo busca fornecer subsídios para a formulação de intervenções que possam fortalecer a CS e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos.

## Método

Esta revisão integrativa da literatura foi organizada em seis etapas: formulação da questão de pesquisa, busca bibliográfica, extração de dados, avaliação crítica, análise e sumarização dos estudos e síntese do conhecimento.<sup>7</sup> O trabalho foi conduzido no período de junho a dezembro de 2024, e sua redação seguiu as recomendações do *checklist* PRISMA.<sup>8</sup>

Para formular a questão norteadora, foi utilizada a estratégia PICO, um modelo conceitual que considera três itens: P – população, paciente ou o problema abordado; I – fenômeno de interesse; e Co – o contexto. Em nossa análise, a tríade consistiu em profissionais da saúde (P), fragilidades da cultura de segurança (I) e hospitais nacionais (Co). Dessa forma, definiu-se a seguinte questão norteadora: Quais são as fragilidades identificadas na cultura de segurança entre profissionais da saúde em hospitais nacionais?

A busca dos dados ocorreu em junho de 2024, de forma *on-line*, nas bases Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) via Public Medicine (PubMed), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Visando a uma inspeção ampla na literatura, as estratégias combinaram os descritores, termos alternativos e palavras-chave “Equipe de Assistência ao Paciente”, “Equipe de Saúde”, “Equipe Multiprofissional”, “Patient Care Team”, “Pessoal de Saúde”, “Profissionais da Saúde”, “Profissionais de Saúde”, “Segurança do Paciente”, “Patient Safety”, “Gestão da Segurança”, “Safety Management”, “Cultura Organizacional”, “Organizational Culture”, “Hospital”, “Hospitais”, “Hospitals” e “Clima de Segurança”, extraídos do tesouro *Descritores em Ciências da Saúde e Medical Subject Headings* e combinados pelos operadores booleanos OR ou AND (Quadro 1).

**Quadro 1** - Expressões de busca utilizadas na pesquisa

Bases de dados	Expressão de busca
LILACS, BDENF e SciELO	(“Equipe de Assistência ao Paciente” OR “Equipe de Saúde” OR “Equipe Multiprofissional” OR “Patient Care Team” OR “Pessoal de Saúde” OR “Profissionais da Saúde” OR “Profissionais de Saúde”) AND (“Segurança do Paciente” OR “Patient Safety” OR “Gestão da Segurança” OR “Safety Management” OR “Cultura Organizacional” OR “Organizational Culture”) AND (hospital OR hospitais OR hospitals)
MEDLINE	(“Patient Safety”[Mesh terms] OR “Safety Culture”[tw]) AND (Hospital[Mesh terms] OR hospitals[Tw])

Foram incluídos artigos originais e revisionais, teses e dissertações de revisões sistemáticas em inglês/espanhol/português, publicados entre 2014 e 2024. Os materiais compreendem pesquisas realizadas no Brasil por meio de instrumentos validados para mensurar ou avaliar a CS, considerando a instituição hospitalar na íntegra e respondendo à questão norteadora.

Excluíram-se publicações apresentadas como editoriais, manuais, protocolos, capítulos de livros e reflexões, opiniões ou comentários de especialistas, bem como *pre-prints*, arquivos em formato de mídia e publicações referentes a outras instituições não hospitalares ou a setores específicos de hospitais. Publicações duplicadas foram contabilizadas somente uma vez.

Os estudos recuperados nas fontes de dados foram enviados ao *software* EndNote *on-line*, para detecção e exclusão das duplicidades, e, posteriormente, ao Rayyan (desenvolvido pelo *Qatar Computing Research Institute*), para manutenção da avaliação às cegas. No tocante à extração dos dados, primeiramente, foi realizada a leitura do título, do resumo e das palavras-chave dos artigos selecionados; em seguida, procedeu-se à análise dos textos na íntegra. Essas etapas foram executadas por dois pesquisadores. No caso de discordância, um terceiro foi incluído.

Para a caracterização dos estudos, utilizou-se um formulário construído pelas autoras, que continha dados do artigo, como título, periódico, ano, idioma e país de publicação, além das fragilidades pontuadas pelos autores. Para responder à questão da pesquisa, foram identificados quais parâmetros tiveram a menor pontuação na aplicação dos instrumentos.

Respeitaram-se os aspectos éticos, com citação fidedigna das fontes e definições dos autores.

## Resultados

A busca na base de dados resultou em 434 registros na LILACS, 384 na BDNF, 175 no SciELO e 200 na MEDLINE, totalizando 1.193 registros. As etapas da seleção se encontram na Figura 1.

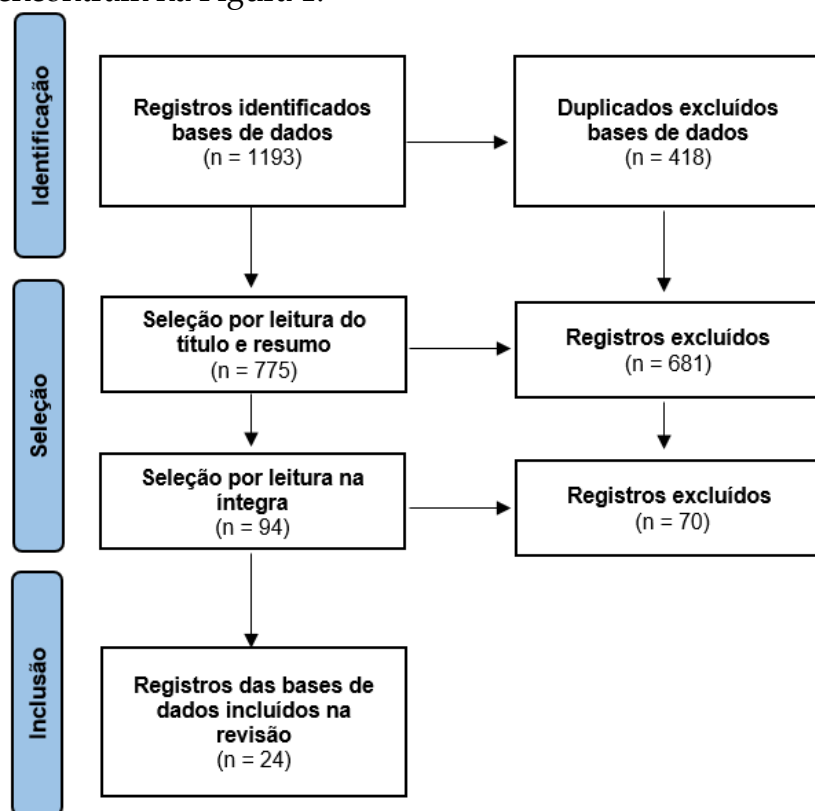


Figura 1 – Fluxograma das etapas da seleção da amostra

A amostra constituiu-se de 24 publicações, sendo 21 artigos e três trabalhos acadêmicos. A maioria delas ocorreu em 2018. Em relação ao idioma, verificaram-se três publicações em inglês, três em português e espanhol, uma em inglês e 17 em português e inglês. A maior parte dos estudos (20) foi construída com delineamento transversal. O Quadro II apresenta as características desses trabalhos.

**Quadro 2 - Características dos estudos incluídos na revisão integrativa**

ID	Autoria	Periódico/Idioma	Título	Delineamento
1	Rotta et al. <sup>9</sup>	Revista Brasileira de Enfermagem/Português e Inglês	Análise da convergência do Questionário de Atitudes de Segurança e da Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente	Transversal
2	Massaroli et al. <sup>10</sup>	Ciencia y Enfermería/Português	Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital del sur de Brasil	Transversal
3	Baratto et al. <sup>11</sup>	Acta Paulista de Enfermagem/Português e Inglês	Cultura de segurança do paciente: perspectiva de trabalhadores da saúde e apoio	Transversal
4	Zanon et al. <sup>12</sup>	Revista Brasileira de Enfermagem/Português e Inglês	Presenteísmo e cultura de segurança: avaliação de trabalhadores de saúde de um hospital universitário	Transversal
5	Carvalho et al. <sup>13</sup>	Revista de Saúde Pública/Português e Inglês	Cultura de segurança na percepção de profissionais de saúde de hospitais públicos	Transversal
6	Melo et al. <sup>14</sup>	Revista Gaúcha de Enfermagem/Português e Inglês	Cultura de segurança do paciente segundo profissionais de enfermagem de um hospital credenciado	Transversal
7	Kolankiewicz et al. <sup>15</sup>	Revista Gaúcha de Enfermagem/Português e Inglês	Cultura de segurança do paciente na perspectiva de todos os trabalhadores de um hospital geral	Transversal
8	Sanchis et al. <sup>16</sup>	Revista Brasileira de Enfermagem/Português e Inglês	Cultura de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem em instituições de alta complexidade	Transversal
9	Carvalho et al. <sup>17</sup>	Revista Brasileira de Enfermagem/Português e Inglês	Avaliação da cultura de segurança em um hospital público do Distrito Federal, Brasil	Transversal
10	Magalhães et al. <sup>18</sup>	Revista Gaúcha de Enfermagem/Português e Inglês	Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino	Transversal

11	Fassarella et al. <sup>19</sup>	Revista Brasileira de Enfermagem/Português e Inglês	Cultura de segurança do enfermeiro nos serviços de um hospital universitário	Transversal
12	Andrade et al. <sup>20</sup>	Ciência e Saúde Coletiva/Português e Inglês	Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão	Transversal
13	Mota <sup>21</sup>	Dissertação USP/Português	A percepção de profissionais de saúde sobre cultura de segurança do paciente em hospital universitário	Transversal
14	Del Corona <sup>22</sup>	Tese USP/Português	Avaliação da cultura de segurança do paciente em hospital público de ensino de Mato Grosso do Sul	Transversal
15	Prates <sup>23</sup>	Dissertação UFRGS/Português	Cultura de segurança do paciente: elementos que influenciam a percepção dos profissionais de saúde	Métodos mistos
16	Cruz et al. <sup>24</sup>	Cogitare Enfermagem/Português e Inglês	Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino	Transversal

ID	Autoria	Periódico/Idioma	Título	Delineamento
17	Silva et al. <sup>25</sup>	Journal of Human Growth and Development - Portal de Revistas da USP/Português e Inglês	Avaliação da cultura de segurança do paciente na Amazônia Ocidental	Transversal
18	Galvão et al. <sup>26</sup>	Revista Latino-Americana de Enfermagem/Português, Inglês e Espanhol	Cultura de segurança do paciente em um hospital universitário	Transversal
19	Beck et al. <sup>27</sup>	O Mundo da Saúde/Inglês	Fragilidades na cultura de segurança do paciente na perspectiva de trabalhadores de um hospital geral	Transversal
20	Carvalho et al. <sup>28</sup>	Revista Latino-Americana de Enfermagem/Português, Inglês e Espanhol	Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil	Transversal
21	Tondo e Guirardello <sup>29</sup>	Revista Brasileira de Enfermagem/Português e Inglês	Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente	Transversal

22	Toso et al. <sup>30</sup>	Revista Gaúcha de Enfermagem/Português e Inglês	Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem	Transversal
23	Barbosa et al. <sup>31</sup>	Texto e Contexto Enfermagem/Português e Inglês	Clima de segurança do paciente em hospital privado	Descritivo, exploratório, correlacional
24	Luiz et al. <sup>32</sup>	Revista Latino-Americana de Enfermagem/Português, Inglês e Espanhol	Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital universitário	Transversal

Legenda: ID = Identificação do artigo; USP = Universidade de São Paulo; UFRGS = Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Em relação aos instrumentos utilizados, 12 estudos aplicaram a HSOPSC e 13 empregaram o *Safety Attitude Questionnaire* (SAQ). Em um deles, foram consideradas as duas escalas. Observa-se que 11 (46%) estudos apresentaram fragilidades em todas as dimensões de ambas as ferramentas (Quadro 3).

**Quadro 3** - Descrição das publicações quanto ao objetivo e aos principais resultados

ID	Objetivos	Amostra	Instrumento utilizado	Dimensões com culturas negativas ou frágeis
1	Analisar a CS a partir da percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário, por meio da avaliação da convergência entre a HSOPSC e o SAQ. <sup>9</sup>	Grupo de 434 profissionais de enfermagem de um hospital universitário de Porto Alegre, RS.	HSOPSC e SAQ	Neste estudo, todas as dimensões da HSOPSC e do SAQ apresentaram fragilidade.
2	Avaliar o nível da CS, sob a ótica de profissionais de saúde, em um hospital de grande porte na Região Sul do Brasil. <sup>10</sup>	Grupo de 291 colaboradores de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil.	HSOPSC	Neste estudo, todas as dimensões da HSOPSC apresentaram fragilidade.
3	Analisar a CS na perspectiva dos trabalhadores que atuam direta ou indiretamente no cuidado ao paciente hospitalizado. <sup>11</sup>	Grupo de 2.634 trabalhadores hospitalares de sete instituições do RS, Brasil.	SAQ	Neste estudo, todas as dimensões do SAQ apresentaram fragilidade.
4	Verificar associações de presenteísmo com CS entre trabalhadores de saúde. <sup>12</sup>	Grupo de 758 trabalhadores de saúde de um hospital universitário do RS.	SAQ	Quatro domínios apresentaram fragilidade: DOM2 - Clima de segurança; DOM5 - Percepção da gerência da unidade; DOM6 - Percepção da gerência do hospital; DOM7 - Condição de trabalho.
5	Avaliar a CS na percepção dos profissionais que trabalham nos hospitais públicos do SUS do	Grupo de 909 profissionais que trabalham nos	SAQ	Quatro domínios apresentaram fragilidade: DOM2 - Clima de segurança; DOM5 - Percepção

	Distrito Federal, Brasil, três anos após a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente. <sup>13</sup>	hospitais públicos do SUS do Distrito Federal, Brasil.		da gerência da unidade; DOM6 - Percepção da gerência do hospital; DOM7 - Condição de trabalho.
6	Avaliar a percepção da equipe de enfermagem quanto à CS do paciente de um hospital acreditado e identificar as diferenças entre turnos, categoria profissional e unidades. <sup>14</sup>	Grupo de 497 profissionais de enfermagem de um hospital privado e acreditado de São Paulo, Brasil.	HSOPSC	Onze domínios com fragilidade: DIM1 - Trabalho em equipe no âmbito das unidades; DIM2 - Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes; DIM4 - <i>Feedback</i> e comunicação sobre os erros; DIM5 - Abertura de comunicação; DIM6 - <i>Staffing</i> ; DIM7 - Respostas não punitivas ao erro; DIM8 - Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente; DIM9 - Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares; DIM10 - Transferências internas e passagem de plantão; DIM11 - Percepções gerais sobre segurança; DIM12 - Frequência de eventos relatados.
7	Avaliar a CS do paciente entre todos os trabalhadores de uma instituição hospitalar no Sul do Brasil. <sup>15</sup>	Grupo de 630 trabalhadores de um hospital de Santa Rosa, RS.	SAQ	DOM4 - Percepção de estresse.
8	Analisar a percepção de profissionais de enfermagem sobre a CS do paciente em três instituições hospitalares de alta complexidade. <sup>16</sup>	Grupo de 467 profissionais de enfermagem de três instituições hospitalares de alta complexidade de um município de grande porte do Paraná.	HSOPSC	Neste estudo, todas as dimensões da HSOPSC apresentaram fragilidade.
9	Avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre a CS de um hospital público de alta complexidade do Distrito Federal, Brasil. <sup>17</sup>	Grupo de 358 profissionais de saúde de um hospital público de alta complexidade do Distrito Federal, Brasil.	SAQ	Seis domínios com fragilidade: DOM1 - Clima de trabalho em equipe; DOM2 - Clima de segurança; DOM4 - Percepção de estresse; DOM5 - Percepção da gerência da unidade;

				DOM6 - Percepção da gerência do hospital; DOM7 - Condição de trabalho.
10	Avaliar a percepção da CS do paciente pelos profissionais de saúde a partir do Questionário de Atitudes de Segurança e investigar a associação entre os escores e variáveis sociodemográficas e profissionais. <sup>18</sup>	Grupo de 198 profissionais de saúde de um hospital filantrópico de Minas Gerais.	SAQ	Seis domínios com fragilidade: DOM1 - Clima de trabalho em equipe; DOM2 - Clima de segurança; DOM4 - Percepção de estresse; DOM5 - Percepção da gerência da unidade; DOM6 - Percepção da gerência do hospital; DOM7 - Condição de trabalho.
11	Avaliar a CS dos enfermeiros de um hospital de ensino e verificar as diferenças das dimensões dessa cultura entre os serviços. <sup>19</sup>	Grupo de 195 enfermeiros de quatro serviços de um hospital de ensino do Rio de Janeiro.	HSOPSC	Neste estudo, todas as dimensões da HSOPSC apresentaram fragilidade.
12	Avaliar a CS do paciente e os fatores associados em hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão: federal, estadual e privada. <sup>20</sup>	Grupo de 1.576 profissionais de três hospitais do RN, com diferentes tipos de gestão: federal, estadual e privada.	HSOPSC	Sete dimensões com fragilidade: DIM4 - <i>Feedback</i> e comunicação sobre os erros; DIM6 - <i>Staffing</i> ; DIM7 - Respostas não punitivas ao erro; DIM9 - Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares; DIM10 - Transferências internas e passagem de plantão; DIM11 - Percepções gerais sobre segurança; DIM12 - Frequência de eventos relatados.
13	Avaliar a situação da CS do paciente em hospital universitário, por meio das percepções de seus funcionários. <sup>21</sup>	Grupo de 368 profissionais de um hospital universitário de média complexidade de São Paulo, Brasil.	HSOPSC	Neste estudo, todas as dimensões da HSOPSC apresentaram fragilidade.
14	Avaliar a CS do paciente	Grupo de 397	HSOPSC	Neste estudo, todas as

	estabelecida em um hospital público de ensino, segundo a percepção subjetiva dos profissionais de saúde. <sup>22</sup>	profissionais da saúde de um hospital público do Mato Grosso do Sul.		dimensões da HSOPSC apresentaram fragilidade.
15	Analisar a CS do paciente percebida pelos profissionais de uma instituição hospitalar de Porto Alegre e os elementos que influenciam essa percepção. <sup>23</sup>	Grupo de 618 profissionais de saúde de um hospital de Porto Alegre, RS.	HSOPSC	Neste estudo, todas as dimensões da HSOPSC apresentaram fragilidade.
16	Avaliar a CS organizacional entre os profissionais de um hospital de ensino. <sup>24</sup>	Grupo de 645 profissionais de um hospital de ensino no estado do Paraná.	HSOPSC	Neste estudo, todas as dimensões da HSOPSC apresentaram fragilidade.
17	Analisar a CS do paciente na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital de Referência do Alto Rio Juruá, na Amazônia Ocidental. <sup>25</sup>	Grupo de 280 profissionais de saúde do Hospital de Referência do Alto Rio Juruá, na Amazônia.	HSOPSC	Neste estudo, todas as dimensões da HSOPSC apresentaram fragilidade.
18	Avaliar a CS do paciente em hospital universitário. <sup>26</sup>	Grupo de 381 funcionários de um hospital universitário em Manaus, Amazonas.	HSOPSC	Neste estudo, todas as dimensões da HSOPSC apresentaram fragilidade.
19	Mensurar a CS do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional atuante em uma instituição hospitalar. <sup>27</sup>	Grupo de 86 profissionais de um hospital pequeno localizado no noroeste do RS, Brasil.	SAQ	Seis domínios com fragilidade: DOM1 - Clima de trabalho em equipe; DOM2 - Clima de segurança; DOM4 - Percepção de estresse; DOM5 - Percepção da gerência da unidade; DOM6 - Percepção da gerência do hospital; DOM7 - Condição de trabalho.
20	Avaliar a CS em três hospitais públicos. <sup>28</sup>	Grupo de 573 profissionais de saúde de três hospitais públicos brasileiros do Ceará, Brasil.	SAQ	Seis domínios com fragilidade: DOM1 - Clima de trabalho em equipe; DOM2 - Clima de segurança; DOM4 - Percepção de estresse; DOM5 - Percepção da gerência da unidade; DOM6 - Percepção da gerência do hospital; DOM7 - Condição de trabalho.

21	Avaliar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o clima de segurança. <sup>29</sup>	Grupo de 259 profissionais de enfermagem de um hospital de ensino acreditado pela ONA e pela <i>Accreditation Canada</i> , localizado no interior de SP.	SAQ	Seis domínios com fragilidade: DOM1 - Clima de trabalho em equipe; DOM2 - Clima de segurança; DOM4 - Percepção de estresse; DOM5 - Percepção da gerência da unidade; DOM6 - Percepção da gerência do hospital; DOM7 - Condição de trabalho.
22	Avaliar o clima de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de enfermagem atuantes em hospitais no interior do estado do Rio Grande do Sul. <sup>30</sup>	Grupo de 637 profissionais de enfermagem de hospitais do noroeste do RS.	SAQ	Quatro domínios com fragilidades: DOM2 - Clima de segurança; DOM4 - Percepção de estresse; DOM5 - Percepção da gerência da unidade; DOM6 - Percepção da gerência do hospital.
23	Avaliar o clima de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde em um hospital privado de médio porte de um município de Minas Gerais e verificar se há relação entre as variáveis sociodemográficas e a pontuação de clima de segurança. <sup>31</sup>	Grupo de 123 profissionais da saúde de um hospital privado de médio porte de um município de Minas Gerais.	SAQ	Seis domínios com fragilidade: DOM1 - Clima de trabalho em equipe; DOM2 - Clima de segurança; DOM4 - Percepção de estresse; DOM5 - Percepção da gerência da unidade; DOM6 - Percepção da gerência do hospital; DOM7 - Condição de trabalho.
24	Verificar a associação entre os escores do clima de segurança do paciente e as variáveis sociodemográficas e profissionais. <sup>32</sup>	Grupo de 556 profissionais de um hospital público de grande porte e alta complexidade do Triângulo Mineiro, Minas Gerais, Brasil.	SAQ	Seis domínios com fragilidade: DOM1 - Clima de trabalho em equipe; DOM2 - Clima de segurança; DOM4 - Percepção de estresse; DOM5 - Percepção da gerência da unidade; DOM6 - Percepção da gerência do hospital; DOM7 - Condição de trabalho.

Legenda: ID = Identificação do artigo; CS = Cultura de segurança; HSOPSC = *Hospital Survey on Patient Safety Culture*; SAQ = *Safety Attitude Questionnaire*; DOM = Domínios de 1 a 7; RN = Rio Grande do Norte; DIM = Dimensões 1 a 12; RS = Rio Grande do Sul; SUS = Sistema Único de Saúde; ONA = Organização Nacional de Acreditação; SP = São Paulo.

O Quadro 4 e o Quadro 5 apresentam a sumarização das fragilidades encontradas em cada instrumento. Na HSOPSC, os domínios que mais apareceram nas publicações foram “Feedback e comunicação sobre os erros”, “Respostas não punitivas ao erro”, “Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares”, “Transferências internas e passagem de plantão”, “Percepções gerais sobre segurança” e “Frequência de eventos relatados”. Já no SAQ, foram “Clima de segurança”, “Percepção da gerência da unidade” e “Percepção da gerência do hospital”.

**Quadro 4-** Sumarização das fragilidades encontradas nas Dimensões HSOPSC

Dimensões HSOPSC (utilizada em 12 estudos)	ID Publicações com fragilidade	n
DIM1 - Trabalho em equipe no âmbito das unidades	1; 2; 6; 8; 11; 13; 14; 15; 16; 17; 18.	11
DIM2 - Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes	1; 2; 6; 8; 11; 13; 14; 15; 16; 17; 18.	11
DIM3 - Aprendizado organizacional	1; 2; 8; 11; 13; 14; 15; 16; 17; 18.	10
DIM4 - <i>Feedback</i> e comunicação sobre os erros	1; 2; 6; 8; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18.	12
DIM5 - Abertura de comunicação	1; 2; 6; 8; 11; 13; 14; 15; 16; 17; 18.	11
DIM6 - <i>Staffing</i>	1; 2; 8; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18.	11
DIM7 - Respostas não punitivas ao erro	1; 2; 6; 8; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18.	12
DIM8 - Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	1; 2; 6; 8; 11; 13; 14; 15; 16; 17; 18.	11
DIM9 - Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	1; 2; 6; 8; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18.	12
DIM10 - Transferências internas e passagem de plantão	1; 2; 6; 8; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18.	12
DIM11 - Percepções gerais sobre segurança	1; 2; 6; 8; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18.	12
DIM12 - Frequência de eventos relatados	1; 2; 6; 8; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18.	12

**Legenda:** n = quantidade total de artigos.

**Quadro 5 -** Sumarização das fragilidades encontradas nos Domínios SAQ

Domínios SAQ (utilizado em 14 estudos)	ID Publicações com fragilidade	n
DOM1 - Clima de trabalho em equipe	1; 3; 9; 10; 19; 20; 21; 23; 24.	9
DOM2 - Clima de segurança	1; 3; 4; 5; 9; 10; 19; 20; 21; 22; 23; 24.	12
DOM3 - Satisfação no trabalho	1; 3.	2
DOM4 - Percepção de estresse	1; 3; 7; 9; 10; 19; 20; 21; 22; 23; 24.	11
DOM5 - Percepção da gerência da unidade	1; 3; 4; 5; 9; 10; 19; 20; 21; 22; 23; 24.	12
DOM6 - Percepção da gerência do hospital	1; 3; 4; 5; 9; 10; 19; 20; 21; 22; 23; 24.	12
DOM7 - Condição de trabalho	1; 3; 4; 5; 9; 10; 19; 20; 21; 23; 24.	11

**Legenda:** SAQ = *Safety Attitude Questionnaire*; DOM = Domínios de 1 a 7; n = Quantidade total de artigos.

## Discussão

A segurança do paciente é um dos desafios mais urgentes nos hospitais ao redor do mundo. A identificação de fragilidades na CS do paciente revela um cenário preocupante, com possíveis impactos diretos na qualidade da assistência. Apesar dos esforços para aprimorar políticas e práticas de monitoramento de riscos, ainda existem lacunas que afetam diretamente a qualidade do atendimento. A CS, que deveria ser um pilar nas instituições de saúde, ainda encontra barreiras que impedem seu fortalecimento.<sup>4</sup>

Os resultados dos estudos revisados mostram que muitas instituições enfrentam dificuldades em diversos aspectos da CS. Em especial, os instrumentos de avaliação HSOPSC<sup>6</sup> e SAQ<sup>10</sup> destacam fatores críticos, como falta de *feedback* sobre erros, respostas punitivas a falhas, dificuldades no trabalho em equipe entre setores hospitalares, problemas na transferência de pacientes, falta de percepção sobre a importância da segurança, ausência de clima de segurança, falta de percepção da gerência da unidade e falta de percepção da gerência do hospital. Essas questões deixam claro que a mudança precisa ser estrutural e baseada no aprendizado coletivo, e não na punição de indivíduos.

A comunicação sobre erros, por exemplo, é um dos aspectos mais problemáticos e essenciais para a melhoria dos serviços. Muitos profissionais evitam relatar falhas por medo de serem responsabilizados, o que cria um ambiente de insegurança e impede o aprimoramento contínuo dos processos.<sup>11</sup> A falta de *feedbacks* estruturados dificulta a disseminação de informações sobre erros, torna os profissionais menos conscientes dos riscos e impede a adoção de práticas de correção.<sup>4</sup>

Além disso, a tendência de punir erros individuais, em vez de tratá-los como oportunidades de aprendizado, cria uma atmosfera de medo. A ausência de um canal aberto e livre para comunicação pode levar à repetição de falhas e à manutenção de práticas inseguras. Para transformar essa realidade, é primordial que os hospitais adotem canais anônimos de notificação, usem *dashboards* que facilitem o monitoramento de eventos adversos e promovam treinamentos constantes para sensibilizar gestores e funcionários sobre a importância da CS.<sup>4,33,34</sup>

Outro ponto crucial é o trabalho em equipe entre diferentes setores do hospital. A fragmentação do atendimento pode gerar falhas que comprometam o bem-estar e a segurança dos pacientes, pois dificulta a continuidade dos cuidados e aumenta o risco de erros na comunicação.<sup>12</sup> A falta de integração intersetorial tende a dificultar a troca de informações elementares sobre os pacientes, o que prejudica a coordenação do atendimento, gera atrasos no diagnóstico, aumenta os custos com exames e propicia falhas na administração de medicamentos. Treinamentos interdisciplinares, padronização dos protocolos assistenciais e sistemas eletrônicos de prontuários são estratégias fundamentais para aumentar a integração entre as equipes.<sup>2,13,35</sup>

A passagem de plantão e a transferência de pacientes são momentos críticos no cuidado hospitalar. Nessas etapas, a desorganização pode resultar em erros na administração de medicamentos, falhas no acompanhamento clínico e atrasos no atendimento. A adoção de *checklists* padronizados e o uso de registros eletrônicos têm mostrado bons resultados para minimizar os riscos. Além disso, o treinamento dos profissionais sobre boas práticas de comunicação facilita o compartilhamento de informações.<sup>5,36</sup>

Também merece atenção a participação da gestão hospitalar na CS. Quando os líderes não estão engajados na implementação de medidas eficazes, os profissionais de saúde tendem a seguir padrões inconsistentes, o que impacta a adesão às boas práticas e aumenta a exposição a riscos assistenciais. Para mudar essa realidade, os gestores precisam estar diretamente envolvidos nos programas de segurança e incentivar um ambiente de trabalho que priorize a qualidade do atendimento.<sup>2,5</sup>

O clima de segurança se refere à percepção coletiva dos profissionais de saúde sobre a prioridade dada à segurança do paciente dentro da instituição. Um clima de

segurança frágil está associado não só a uma menor adesão às práticas seguras, mas também a um ambiente de trabalho mais vulnerável a eventos adversos. Quando os profissionais acreditam que a segurança não é valorizada pela instituição, há uma tendência à negligência em relação a protocolos de segurança e de comunicação de riscos. Para que o clima se torne positivo, é imprescindível a participação ativa da gestão, que deve incentivar o aprendizado e o adequado trabalho em equipe, proporcionando treinamentos regulares e incentivando a participação dos profissionais na formulação de diretrizes de segurança, além de manter canais de comunicação abertos para discussão de melhorias assistenciais.<sup>5,37</sup>

Instituições que não enxergam a segurança do paciente como um pilar estratégico investem menos em capacitação e monitoramento de eventos adversos. Consequentemente, não aprimoram processos internos, o que dificulta a percepção acerca de melhorias na CS. Para reverter esse cenário, a alta gerência deve estabelecer a segurança como um compromisso da instituição, integrando metas organizacionais, incentivando e reconhecendo nas gerências internas as boas práticas de segurança.<sup>4,5</sup>

Apesar dos desafios, um aspecto positivo identificado nos estudos foi a satisfação dos profissionais com seu ambiente de trabalho. Mesmo enfrentando dificuldades estruturais, muitos encontram motivação para continuar atuando com dedicação. No entanto, essa satisfação precisa ser acompanhada de melhores condições de trabalho e oportunidades de capacitação para que se traduza em melhorias concretas na segurança do paciente.

É interessante notar que uma das instituições analisadas apresentou fragilidade em apenas um aspecto da CS. Esse resultado pode estar relacionado a uma gestão mais eficiente, a capacitações regulares e a uma cultura de aprendizado já consolidada. Hospitais que investem em programas estruturados para segurança do paciente tendem a reduzir a ocorrência de eventos adversos.<sup>13,38</sup>

Experiências internacionais demonstram que intervenções bem planejadas podem fazer uma grande diferença. Treinamentos baseados em simulação, análises detalhadas de eventos adversos e criação de comitês de segurança são algumas das estratégias que se mostraram eficazes em diferentes países.<sup>5</sup> A adoção dessas práticas em hospitais brasileiros pode contribuir para um ambiente mais seguro e eficiente.

Diante de todos esses achados, fica evidente que fortalecer a CS exige um esforço conjunto. Profissionais de saúde e gestores precisam atuar lado a lado para criarem um ambiente que valorize o aprendizado, a comunicação e a melhoria contínua. Investir em capacitação, tecnologia e modelos de gestão mais participativos não é apenas uma necessidade, mas um compromisso com a vida e o bem-estar dos pacientes.

Frisamos que este estudo investigou somente dados nacionais, demonstrando a realidade de um único país. Entretanto, gera implicações para a prática ao notabilizar a necessidade de melhorias em nível nacional.

## **Considerações finais**

Este estudo identificou que muitas instituições apresentam fragilidades em todos os domínios da CS, fato que possibilita riscos de eventos adversos no ambiente hospitalar, comprometendo a qualidade do cuidado e a saúde dos pacientes e

profissionais. Tal resultado é extremamente preocupante, visto que não se trata de um tema novo no cenário nacional.

Conclui-se que as lideranças precisam desenvolver estratégias para que as equipes entendam a importância da segurança do paciente, assim como fomentar ações que implantem na cultura organizacional, gradativamente, melhorias relacionadas à segurança nos processos assistenciais.

## **Agradecimento**

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

## Referências

1. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. *To Err is Human*. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000.
2. Alves DFB, Lorenzini E, Schmidt CR, Dal Pai S, Cavalheiro KA, Kolankiewicz ACB. Patient Safety Culture from the Perspective of the Multiprofessional Team: An Integrative Review. *Rev Pesqui*. 2021;13:836-42. doi: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9235.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Monitoramento Pós-Mercado: Boletim Informativo*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
4. World Health Organization. Patient Safety [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Mar 3]. Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/patient-safety>.
5. Finn M, Walsh A, Rafter N, Mellon L, Chong HY, Naji A, et al. Effect of Interventions to Improve Safety Culture on Healthcare Workers in Hospital Settings: A Systematic Review of the International Literature. *BMJ Open Qual*. 2024;13(2):e002506. doi: 10.1136/bmjopen-2023-002506.
6. Andrade LEL, Melo LOM, Silva IG, Souza RM, Lima ALB, Freitas MR, et al. Adaptação e Validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em Versão Brasileira Eletrônica. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(3):455-68. doi: 10.5123/S1679-49742017000300004.
7. Paula CC, Padoin SMM, Galvão CM. *Revisão Integrativa como Ferramenta para Tomada de Decisão na Prática em Saúde*. Porto Alegre: Moriá; 2018.
8. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 Statement: An Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews. *Syst Rev*. 2021;10(1):89. doi: 10.1186/s13643-021-01626-4.
9. Rotta ALO, Souza LP, Carvalho MSGV, Silva AP, Bandeira AG, Urbanetto JS. Analysis of the Convergence of the Safety Attitudes Questionnaire and the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(1):e20210379. doi: 10.1590/0034-7167-2021-0379.
10. Massaroli A, Rodrigues MEC, Kooke K, Pitilin ÉB, Haag FB, Araújo JS, et al. Evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente en un Hospital del Sur de Brasil. *Cienc Enferm*. 2021;27:1-12. doi: 10.29393/ce27-10acam60010.
11. Baratto MAM, Seidel EJ, Morais BX, Munhoz OL, Silva SC, Zottele C, et al. Cultura de Segurança do Paciente: Perspectiva de Trabalhadores da Saúde e Apoio. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE001595. doi: 10.37689/acta-ape/2021AO001595.

12. Zanon REB, Dalmolin GL, Magnago TSBS, Andolhe R, Carvalho REFL. Presenteeism and Safety Culture: Evaluation of Health Workers in a Teaching Hospital. *Rev Bras Enferm.* 2021;74:e20190463. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0463.
13. Carvalho PA, Amorim FF, Casulari LA, Gottens LBD. Safety Culture in the Perception of Public-hospital Health Professionals. *Rev Saúde Pública.* 2021;55:56. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055002838.
14. Melo E, Balsanelli AP, Neves VR, Bohomol E. Patient Safety Culture According to Nursing Professionals of an Accredited Hospital. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41:e20190288. doi: 10.1590/1983-1447.2020.20190288.
15. Kolankiewicz ACB, Schmidt CR, Carvalho REFL, Spies J, Dal Pai S, Lorenzini E. Cultura de Segurança do Paciente na Perspectiva de Todos os Trabalhadores de um Hospital Geral. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41:e20190177. doi: 10.1590/1983-1447.2020.20190177.
16. Sanchis DZ, Haddad MCFL, Giroto E, Silva AMR. Patient Safety Culture: Perception of Nursing Professionals in High Complexity Institutions. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(5):e20190174. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0174.
17. Carvalho PA, Laundos CAS, Juliano JVS, Casulari LA, Gottens LBD. Assessment of Safety Culture in a Public Hospital in the Federal District, Brazil. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 1):252-8. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0716.
18. Magalhães FHL, Pereira ICA, Luiz RB, Barbosa MH, Ferreira MBG. Clima de Segurança do Paciente em um Hospital de Ensino. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20180272. doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180272.
19. Fassarella CS, Silva LD, Camerini FG, Figueiredo MDCAB. Cultura de Segurança dos Enfermeiros entre os Serviços de um Hospital Universitário. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(3):767-73. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0376.
20. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira RF Jr, Farias LPC, Santos CCM, et al. Cultura de Segurança do Paciente em Três Hospitais Brasileiros com Diferentes Tipos de Gestão. *Cien Saúde Colet.* 2018;23(1):161-72. doi: 10.1590/1413-81232018231.24392015.
21. Mota GCHF. A Percepção de Profissionais de Saúde sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospital Universitário [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018.
22. Del Corona ARP. Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente em Hospital Público de Ensino de Mato Grosso do Sul [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018.

23. Prates CG. *Cultura de Segurança do Paciente: Elementos que Influenciam a Percepção dos Profissionais de Saúde* [dissertation]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018.
24. Cruz EDA, Rocha DJM, Mauricio AB, Ulbrich FDS, Batista J, Maziero EC. *Cultura de Segurança entre Profissionais de Saúde em Hospital de Ensino*. *Cogit Enferm*. 2018;23(1):1-9. doi: 10.5380/ce.v23i1.50717.
25. Silva GM, Lima MVM, Araripe MC, Vasconcelos SP, Perufo S, Opitz GZ. *Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente na Amazônia Ocidental*. *J Hum Growth Dev*. 2018;28(3):285-94. doi: 10.7322/jhgd.152192.
26. Galvão TF, Lopes MCC, Oliva CCC, Araújo MEA, Silva MT. *Patient Safety Culture in a University Hospital*. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26:e3014. doi: 10.1590/1518-8345.2257.3014.
27. Beck MK, Loro MM, Bandeira VAC, Schmidt CR, Dal Pai S, Bandeira LR, et al. *Weaknesses in Patient Safety Culture from the Perspective of Workers in a General Hospital*. *Mundo Saúde*. 2018;42(4):1062-81. doi: 10.15343/0104-7809.2018420410621081.
28. Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. *Avaliação da Cultura de Segurança em Hospitais Públicos no Brasil*. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2849. doi: 10.1590/1518-8345.1600.2849.
29. Tondo JCA, Guirardello EB. *Perception of Nursing Professionals on Patient Safety Culture*. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(6):1284-90. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0010.
30. Toso GL, Golle L, Magnago TSBS, Herr GEG, Loro MM, Aozane F, et al. *Cultura de Segurança do Paciente em Instituições Hospitalares na Perspectiva da Enfermagem*. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(4):e58662. doi: 10.1590/1983-1447.2016.04.58662.
31. Barbosa MH, Floriano DR, Oliveira KF, Nascimento KG, Ferreira LA. *Patient Safety Climate at a Private Hospital*. *Texto Contexto - Enferm*. 2016;25(3):e1460015. doi: 10.1590/0104-07072016001460015.
32. Luiz RB, Simões ALA, Barichello E, Barbosa MH. *Fatores Associados ao Clima de Segurança do Paciente em um Hospital de Ensino*. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(5):880-7. doi: 10.1590/0104-1169.0059.2627.
33. Carvalho REFL, Cassiani SHDB. *Cross-cultural Adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil*. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(3):575-82. doi: 10.1590/S0104-11692012000300020.

34. Macedo TR, Rocha PK, Silva MF, Julca CSM, Carneiro ES, Anders JC. Comunicação e Cultura de Segurança na Perspectiva da Equipe de Enfermagem de Emergências Pediátricas. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* 2020;20(2):73-9. doi: 10.31508/1676-3793202000011.
35. Abreu IM, Rocha RC, Avelino FVSD, Guimarães DBO, Nogueira LT, Madeira MZA. Cultura de Segurança do Paciente em Centro Cirúrgico: Visão da Enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20180198. doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180198.
36. Lassoued L, Gharssallah I, Tlili MA, Sahli J, Kouira M, Abid S, et al. Impact of an Educational Intervention on Patient Safety Culture Among Gynecology-obstetrics' Healthcare Professionals. *BMC Health Serv Res.* 2024;24(1):704. doi: 10.1186/s12913-024-11152-3.
37. Mistri IU, Badge A, Shahu S. Enhancing Patient Safety Culture in Hospitals. *Cureus.* 2023;15(12):e51159. doi: 10.7759/cureus.51159.
38. Ginsburg L, Norton PG, Casebeer A, Lewis S. An Educational Intervention to Enhance Nurse Leaders' Perceptions of Patient Safety Culture. *Health Serv Res.* 2005;40(4):997-1020. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00401.x.

**Autor correspondente:**

Ana Carolina Lima da Silva, Brasília-DF, (61)

98225-6311, [anna.carolinna33@gmail.com](mailto:anna.carolinna33@gmail.com)