

*Leonor Coelho da Silva<sup>1</sup>  
Célia Pereira Caldas<sup>2</sup>  
Cintia Silva Fassarella<sup>3</sup>  
Patricia Simas de Souza<sup>4</sup>*

# Efeito da cultura organizacional para a segurança do paciente em ambiente hospitalar: revisão sistemática\*

**Temática:** prática baseada em evidência.

**Contribuições para a disciplina:** neste artigo, reforça-se a importância da cultura organizacional para a segurança do paciente, demonstrando que, quando há um clima de segurança positivo, há possibilidade de melhoria da qualidade do cuidado à saúde. Assim, este estudo poderá auxiliar os profissionais de saúde a efetivar essa interação, alcançando benefícios para o cuidado em saúde.

## RESUMO

**Objetivo:** identificar o efeito da cultura organizacional para a segurança do paciente no contexto hospitalar. **Materiais e métodos:** revisão sistemática, sem metanálise, registrada no PROSPERO sob o número CRD42020162981. Foram selecionados estudos transversais e observacionais que avaliaram o clima de segurança e a cultura de segurança publicados em periódicos indexados nas bases EMBASE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Medline (Literatura

DOI: 10.5294/aqui.2021.21.2.3

### To reference this article / Para citar este artigo / Para citar este artículo

Silva LC, Caldas CP, Fassarella CS, Souza PS. Effect of the organizational culture for patient safety in the hospital setting: A systematic review. *Aquichan.* 2021;21(2):e2123. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.2.3>

\* Este artigo é derivado da tese de doutorado intitulada "Cultura de segurança na emergência de um grande hospital em tempos de pandemia covid-19", defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Financiado pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, n.º processo E-26-/010.002691/2019 e E-26-/010.100932/2018.

1 <https://orcid.org/0000-0001-5633-549X>. Marinha do Brasil, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. [leonor.silva@marinha.mil.br](mailto:leonor.silva@marinha.mil.br)

2 <https://orcid.org/0000-0001-6903-1778>. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. [ccaldas@uerj.br](mailto:ccaldas@uerj.br)

3 <https://orcid.org/0000-0002-2946-7312>. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade do Grande Rio, Brasil. [cintia.silva.fassarella@uerj.br](mailto:cintia.silva.fassarella@uerj.br)

4 <https://orcid.org/0000-0002-7700-6545>. Hospital Universitário Gaffrée Guinle, Brasil. [patricia.simas@ebserh.gov.br](mailto:patricia.simas@ebserh.gov.br)

Recebido: 28/07/2020  
Submetido a pares: 07/09/2020  
Aceito por pares: 19/04/2021  
Aprovado: 29/04/2021

Internacional em Ciências da Saúde), via PubMed e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), entre 2014 e 2020. **Resultados:** os achados demonstraram que o clima de segurança positivo impacta de forma benéfica na cultura de segurança, favorece a notificação de eventos e possibilita a melhoria da qualidade do cuidado à saúde. **Conclusões:** a efetiva interação entre cultura de segurança e cultura organizacional ainda é escassa na literatura. A maioria dos estudos realizados investiga o diagnóstico situacional e pouco se avança no sentido de aprofundar a implicação para a prática profissional e para a repercussão para a segurança do paciente hospitalizado.

**PALAVRAS-CHAVE** (FONTE: DECS)

Cultura organizacional; pessoal de saúde; segurança do paciente; hospitais; gestão da segurança.

# *Efecto de la cultura organizativa para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario: revisión sistemática\**

## RESUMEN

**Objetivo:** identificar el efecto de la cultura organizativa para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario. **Materiales y métodos:** revisión sistemática, sin metaanálisis, registrada en el PROSPERO con el número CRD42020162981. Se seleccionaron estudios transversales y observacionales que evaluaron el clima de seguridad y la cultura de seguridad publicados en revistas indexadas en las bases EMBASE, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), por medio de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Medline (Literatura Internacional en Ciencias de la Salud), vía PubMed y Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), entre 2014 y 2020. **Resultados:** los hallazgos evidencian que el clima de seguridad positivo impacta de forma benéfica en la cultura de seguridad, favorece la notificación de eventos y posibilita la mejoría de la calidad del cuidado a la salud. **Conclusiones:** la efectiva interacción entre cultura de seguridad y cultura organizativa aun es escasa en la literatura. Gran parte de los estudios realizados investiga el diagnóstico situacional y poco se avanza en el sentido de profundizar las consecuencias para la práctica profesional y la repercusión para la seguridad del paciente hospitalizado.

## PALABRAS CLAVE (FONTE: DECS)

Cultura organizacional; personal de salud; seguridad del paciente; hospitales; administración de la seguridad.

---

\* Este artículo se deriva de la tesis doctoral titulada "Cultura de seguridad en la emergencia de un gran hospital en tiempos de pandemia COVID-19", presentada al Programa de Posgrado en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Auspiciado por la Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, n.º proceso E-26-/010.002691/2019 y E-26-/010.100932/2018.

# Effect of the Organizational Culture for Patient Safety in the Hospital Setting: A Systematic Review\*

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the effect of the organizational culture on patient safety in the hospital context. **Materials and methods:** A systematic review, without meta-analysis, registered in PROSPERO with number CRD42020162981. Cross-sectional and observational studies were selected that assessed the safety environment and safety culture published between 2014 and 2020 in journals indexed in the EMBASE, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (*Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde*, LILACS) via the Virtual Health Library (*Biblioteca Virtual em Saúde*, BVS), Medline (International Literature in Health Sciences) via PubMed, and Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). **Results:** The findings show that a positive safety environment exerts a beneficial effect on the safety culture, favors the notification of events, and enables improvements in the quality of health care. **Conclusions:** The effective interaction between safety culture and organizational culture is still scarce in the literature. Most of the studies carried out investigate the situational diagnosis and little progress is made in terms of deepening the implications for the professional practice and the repercussions for the safety of hospitalized patients.

## KEYWORDS (SOURCE: DECS)

Organizational culture; health personnel; patient safety; hospitals; safety management.

---

\* This article is derived from the doctoral thesis entitled "Safety culture in the emergency department of a large size hospital in times of the COVID-19 pandemic", defended at the Graduate Program in Nursing of the Nursing School of *Universidade do Estado de Rio de Janeiro*, Brazil. Funded by the Carlos Chagas Filho Research Support Foundation of the State of Rio de Janeiro, Process No. E-26-/010.002691/2019 and E-26-/010.100932/2018.

## Introdução

A segurança do paciente envolve os vários campos de atuação profissional e engloba os níveis assistencial e gerencial, com vistas não somente a garantir a assistência adequada, mas também à manutenção da saúde e à prevenção de agravos relacionados com o cuidado em saúde.

Nesse sentido, a consolidação da cultura de segurança do paciente é um importante subsídio para as propostas de melhoria da qualidade, pois os seus constructos permitem remodelar os processos de trabalho, fazendo com que estratégias seguras aprimorem a assistência em saúde (1).

Entende-se que a cultura de segurança é caracterizada como o resultado de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura (2, 3).

As investigações acerca da avaliação da cultura de segurança e o impacto na gestão em saúde foram considerados essenciais para o desenvolvimento de uma assistência segura, com ênfase no aprendizado, na melhoria contínua e na abordagem não punitiva ao erro (4).

A cultura organizacional é definida como o sistema de ações, valores e crenças compartilhado que se desenvolve numa organização e orienta o comportamento dos seus membros. Uma organização que conta com uma cultura forte é porque tem uma história comum longa ou porque tem experiências intensas e importantes partilhadas (5).

O clima de segurança do paciente pode ser definido como uma característica mensurável da cultura organizacional, por meio da percepção e da atitude dos indivíduos, em determinado tempo (6).

Nesse contexto, desperta-se para a necessidade de conhecer a cultura de segurança organizacional, com vistas à prevenção, à detecção e à avaliação de erros e eventos adversos, bem como para a formulação e a efetivação das medidas de melhoria que fomentarão a segurança dos pacientes (7).

Estudar a cultura de segurança no hospital possibilita o conhecimento dos fatores intervenientes no processo de trabalho

que impactam na segurança dos pacientes. Nesse sentido, o desenvolvimento de pesquisas sobre a temática pode fortalecer a comunicação efetiva de evidências científicas, experiências e recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes na assistência à saúde (1).

Diante da necessidade de disseminação e fortalecimento da cultura de segurança do paciente, para a redução dos riscos aos quais são expostos durante o cuidado à saúde, este estudo buscou responder à pergunta “qual é o efeito da cultura organizacional para a segurança do paciente em ambiente hospitalar?” Além disso, teve como objetivo identificar o efeito da cultura organizacional para a segurança do paciente no contexto hospitalar.

## Materiais e métodos

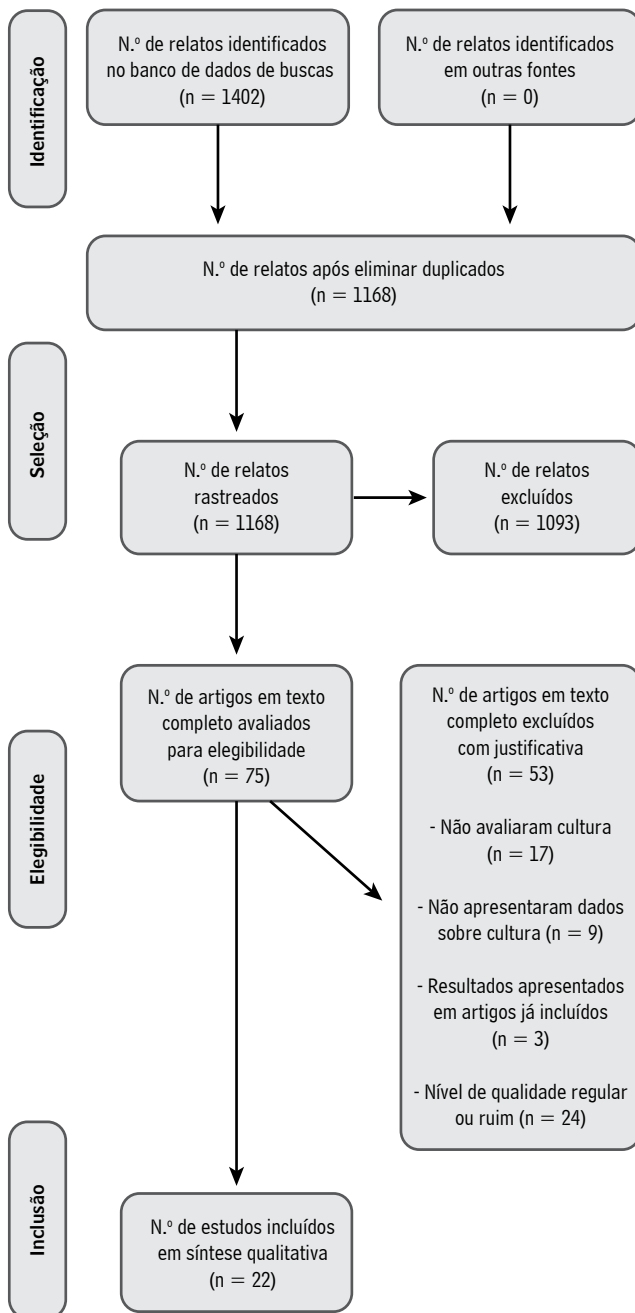
Trata-se de revisão sistemática da literatura, sem metanálise, realizada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

O relato da presente revisão cumpriu a recomendação do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma) Checklist (8). O protocolo do estudo foi registrado com o número CRD42020162981 no International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO), um banco de dados internacional no qual pesquisadores registram seus trabalhos de revisão sistemática, a fim de evitar produções replicadas, outra revisão sendo conduzida e garantir o registro de confiabilidade (9).

Foram estabelecidos como critérios de inclusão estudos transversais e observacionais, estudos que avaliaram o clima de segurança organizacional e a cultura de segurança, e estudos com acesso para a leitura íntegra em português, inglês e espanhol. Foram excluídos estudos duplicados, mantendo o artigo de uma única base de dados, aqueles que se relacionavam com uma única categoria profissional e avaliavam somente um setor específico. Os artigos identificados na busca prévia, depois de aplicados os critérios de elegibilidade, foram submetidos à checagem duplo-cega. Nos casos divergentes, um terceiro avaliador foi consultado para determinar se haveria ou não a seleção do artigo. Os detalhes da seleção se encontram na Figura 1.

Para a elaboração de revisão, utilizou-se a estratégia PICO (por seu acrônimo em inglês) (10), na qual ‘P’ são os participantes

**Figura 1.** Prisma — Fluxograma da busca na literatura e processo de seleção. Rio de Janeiro, Brasil, 2020



Fonte: adaptado de Moher *et al.* (8).

(profissionais de saúde); 'I', intervenção/exposição (cultura organizacional); 'C', comparador/controle (não há) (ou 'C', contexto (hospital)); 'O', desfecho (segurança do paciente). Foram realizadas buscas nas fontes EMBASE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), via PubMed e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), de 1 de outubro de 2014 a 21 de julho de 2020. Esse recorte temporal foi estabelecido com o intuito de alcançar evidências contemporâneas mais recentes acerca da influência da cultura organizacional na segurança do paciente hospitalizado. Houve uma busca inicial em novembro de 2019 para verificar a viabilidade do estudo.

Foram utilizados os termos e os sinônimos correspondentes a cada base de dados. Para a extração dos descritores, foram consultados os vocabulários controlados da área da saúde nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), Medical Subject Headings (MeSH) e Emtree (EMBASE).

Os dados da busca na literatura foram coletados em um registro padronizado de coleta de dados, que contém as seguintes variáveis: autor, ano, país, população/amostra, coleta de dados, taxa de resposta e efeito da cultura identificada. Os dados selecionados foram organizados em uma planilha no programa Microsoft Excel® 2010 e, em seguida, analisados conforme variáveis preestabelecidas, a partir do objeto de estudo.

Para a avaliação da qualidade dos estudos, foi utilizada a Ferramenta de Avaliação de BI/Qualidade da NHL para estudos de coorte, observacional e transversal, sendo selecionados para a análise qualitativa dos dados os artigos que tiveram avaliação boa, a partir dos critérios dessa ferramenta (11).

## Resultados

Foram selecionados 22 artigos (12-33) para a análise qualitativa que foram realizados em 15 países, com diferentes níveis de desenvolvimento econômico e sociocultural, publicados entre 2014 e 2020, em inglês. Todos foram lidos na íntegra e seus dados foram coletados e apresentados no Quadro 1.

Dez artigos (13, 14, 17, 18, 20, 22, 24, 25, 27, 33) utilizaram o questionário HSOPSC como instrumento de coleta de dados; outros dez artigos (12, 15, 16, 21, 23, 26, 28, 30-32) utilizaram o SAQ, e dois (19, 29) fizeram uso do PSCHO.

**Quadro 1.** Características dos estudos incluídos (n = 22). Rio de Janeiro, Brasil, 2020

Referência, ano, país	População/ amostra	Instrumento para a coleta de dados	Taxa de resposta	Resultados	Efeito da cultura identificada
Kolankiewicz ACB, Schmidt CR, Carvalho REFL, Spies J, Dal Pai S, Lorenzini E. (12), 2020, Brasil	Amostra: 698 Participantes: 630	Safety Attitude Questionnaire (SAQ)	90,2 %	Escores positivos foram encontrados em todos os domínios da cultura de segurança, exceto para o domínio percepção do estresse. Escolaridade, gênero, tempo de atuação e escolha pela unidade de trabalho influenciaram positivamente o clima de segurança.	Positivo. Favorecimento da cultura de segurança participativa dos profissionais.
Kumbi M, Hussen A, Lette A, Nuriye S, Morka G (13), 2020, Etiópia	Amostra: 556 Participantes: 518	Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)	93,2 %	O nível geral de cultura de segurança do paciente foi de 44 % (IC = 95 %; 43,3-44,6). A análise fatorial indicou que horas trabalhadas por semana, participação em um programa de segurança do paciente, relato de eventos adversos, abertura de comunicação, trabalho em equipe dentro do hospital, aprendizagem organizacional e troca de <i>feedback</i> sobre o erro estavam entre os fatores que foram significativamente associados à cultura de segurança do paciente.	Crítico. Necessidade de fortalecimento da cultura de segurança.
Yari SN, Akbari MH, Shahsavari S. (14), 2019, Irã	Amostra: 720 Participantes: 680	Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)	94 %	O clima de segurança e a cultura de segurança foram 3,61 e 3,30, respectivamente, os quais são apropriados. Houve significância positiva nas relações entre clima de segurança e cultura de segurança, clima de segurança e qualquer um de seus componentes, e cultura de segurança e qualquer um dos componentes.	Positivo. Favorecimento da cultura de segurança.
Magalhães FHL, Pereira ICA, Luiz RB, Barbosa MH, Ferreira MBG (15), 2019, Brasil	Amostra: 206 Participantes: 198	Safety Attitude Questionnaire (SAQ)	96 %	Profissionais com percepção negativa sobre o clima de segurança do paciente (69,5). O domínio satisfação no trabalho obteve maior pontuação (81,98) e o domínio percepção da gerência (62,15), a menor.	Negativo. Prejudicial à cultura de segurança.
Jiang K, Tian L, Yan C, Li Y, Fang H, Peihang S <i>et al.</i> (16), 2019, China	Amostra: 900 Participantes: 665	SAQ	74 %	Os participantes classificaram a satisfação no trabalho o domínio mais bem avaliado, seguidos por clima de trabalho em equipe, condições de trabalho e reconhecimento do estresse. Houve diferenças significativas entre os domínios da cultura de segurança do paciente e associados a outros fatores, como sexo, idade, cargo e educação.	Positivo. Contribuição para a melhoria dos serviços.
Akologo A, Abuosi AA, Anaba EA (17), 2019, Gana	Amostra: 406 Participantes: 384	HSOPSC	94,50 %	Dois domínios com escore elevado: trabalho em equipe dentro de unidades (81,5%) e aprendizado organizacional melhoria contínua (73,1 %). Três domínios com escores inferiores profissionais, resposta não punitiva ao erro e frequência de eventos notificados. A percepção geral da segurança do paciente correlacionou-se significativamente com todas as dimensões, exceto pessoal.	Positivo. Favorecimento à cultura de segurança.
Alqattan H, Cleland J, Morrison, Z (18), 2018, Kuwait	Amostra: 1340 Participantes: 1008	HSOPSC	75,2 %	As dimensões que necessitam de melhorias foram resposta não punitiva ao erro e abertura da comunicação. As positivas foram trabalho em equipe dentro de unidades e aprendizado organizacional, melhoria contínua como dimensões fortes. As subculturas profissionais dentro das organizações devem ser consideradas ao avaliar a cultura de segurança do paciente.	Crítico. Necessidade de fortalecimento da cultura de segurança.

Referência, ano, país	População/ amostra	Instrumento para a coleta de dados	Taxa de resposta	Resultados	Efeito da cultura identificada
Zhou P, Bai F, Tang H <i>et al.</i> (19), 2018, China	Amostra: 4753 participantes: 4176	Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO)	87,86 %	A dimensões com escores universalmente altos nos diferentes departamentos foi medo de culpa e punição. Percepções sobre o clima de segurança do paciente variaram entre departamentos e tipos de trabalho.	Negativo. Prejudicial à cultura de segurança.
Najjar S, Baillien E, Vanhaecht K <i>et al.</i> (20), 2018, Bélgica e Palestina	Amostra: 2836 Participantes: 1418	HSOPSC	Bélgica 51,9 % e Palestina 53,6 %	O grau geral de segurança do paciente foi previsto por aprendizagem organizacional na Palestina ( $\beta = 0,19, p < 0,001$ ) e pessoal na Bélgica ( $\beta = 0,19, p < 0,001$ ). Número de eventos relatados foi previsto pelo pessoal na Palestina ( $\beta = -0,20, p < 0,001$ ) e <i>feedback</i> e comunicação na Bélgica.	Crítico. Necessidade de investimento nas dimensões para o fortalecimento da cultura organizacional de segurança.
Li Y, Zhao Y, Hao Y <i>et al.</i> (21), 2018, China	Amostra: 1200 Participantes: 1024	SAQ	85,33 %	O domínio condições de trabalho (80,19) obteve maior pontuação, e o clima de segurança (70,48), a menor. Houve diferenças significativas nas percepções da cultura de segurança do paciente por sexo, idade, anos de experiência, posição, <i>status</i> e nível de escolaridade.	Diferente entre profissionais. Necessidade do fortalecimento da cultura de segurança.
Verbeek-van Noord I, Smits M, Zwijnenberg N C, Spreeuwenberg P, Wagner C. (22) 2018 Holanda	Participantes: 6605	HSOPSC	62,2 %	A influência relativa dos hospitais na cultura de segurança aumentou e se tornou mais favorável após a implementação do Patient Safety Program (PSP). A percepção de segurança entre hospitais e departamentos não se tornou mais equivalente, exceto pela frequência de eventos notificados.	Positivo. Favorável após a implementação do PSP, mas com necessidade de melhoria na cultura de segurança.
Huang CH, Wu HH, Chou CY, Dai H, Lee YC (23), 2018, Taiwan	Amostra: 800 Participantes: 405	SAQ	50,6 %	Os resultados destacaram que o clima de segurança foi positivo e significativamente relacionados com o clima de trabalho em equipe e a percepção da gestão do hospital, enquanto o reconhecimento do estresse foi negativamente relacionado com o <i>burnout</i> .	Positivo. Busca pela melhoria da qualidade e pelo fortalecimento da cultura de segurança.
Rajalatchumi A, Ravikumar TS, Muruganandham K, Thulasingham M, Selvaraj K, Reddy MM <i>et al.</i> (24), 2018, Índia	Amostra: 421 Participantes: 386	HSOPSC	91,60 %	As dimensões trabalho em equipe dentro das unidades, aprendizado organizacional, melhoria contínua e expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gestores apresentaram os maiores escores de respostas positivas. A cultura de segurança ficou fortalecida após a criação de um conselho de qualidade, cujo objetivo era melhorar a segurança do paciente e a prestação de cuidados de saúde.	Positivo. Fortalecimento da cultura de segurança após a criação de um conselho de qualidade.
Burlison JD, Quillivan RR, Kath LM <i>et al.</i> (25), 2018, Estados Unidos	Os dados de 223412 pessoas foram analisados.	AHRQ-HSOPSC	51,3 %	As dimensões retorno da informação e a comunicação a respeito do erro foram a variação preditiva mais exclusiva no resultado frequência de eventos relatados. Outras dimensões significativamente associadas incluíram aprendizado organizacional-melhoria contínua, resposta não punitiva ao erro e trabalho em equipe dentro das unidades (todos $p < 0,001$ ).	Positivo. Fortalecimento da cultura de segurança do paciente e da notificação de eventos.
Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP (26), 2017, Brasil	Amostra: 573; 106 (18,5 %) Hospital A, 183 (31,9 %) Hospital B e 284 (49,6%) Hospital C	SAQ	60,3 %	O escore dos três hospitais variou entre 65 e 69. O domínio satisfação no trabalho exibiu o maior escore e o oposto foi observado no domínio percepção da gerência. Os profissionais de nível superior demonstraram melhor percepção dos fatores estressores em comparação com os profissionais de nível médio.	Positivo relacionado à satisfação no trabalho, porém cultura de segurança ainda com oportunidades de melhoria.



Referência, ano, país	População/ amostra	Instrumento para a coleta de dados	Taxa de resposta	Resultados	Efeito da cultura identificada
Cheikh AB, Bouafia N, Mahjoub M, Ezzi O, Noura A, Njah M (27), 2016, Tunísia	Participantes: médicos 116 e paramédicos 203	HSOPSC	74,1 % médicos e 100 % equipe paramédica	Os escores das dimensões variaram entre 32,7 % e 68,8 %. O maior (68,8 %) foi a frequência de eventos notificados e o menor (32,7 %) foi o suporte da gestão para a segurança do paciente, mas todas as dimensões precisam ser aprimoradas.	Crítico. Necessidade de melhoria na maioria das dimensões de cultura de segurança.
Elsous A, Sari AA, Rashidian A, Aljeesh Y, Radwan M, AbuZaydeh H (28), 2016, Palestina	Amostra: 370 Participantes: 339	SAQ	91,6 %	A pontuação média da atitude de segurança nas seis dimensões variou entre 68,5 para satisfação no trabalho e 48,5 para condições de trabalho. Trabalhadores com atitudes positivas colaboraram mais com colegas de trabalho do que aqueles sem atitudes positivas.	Positivo. Favorável à cultura de segurança a partir da cooperação entre os profissionais e melhoria dos resultados clínicos.
Zhou P, Bundorf MK, Gu J <i>et al.</i> (29), 2015, China	Amostra: não informada Participantes: 1272	PSCHO	75 %	As dimensões medo da culpa e punição (79 %), medo da vergonha (41 %) apresentaram maior percentual de respostas problemáticas, podendo ser barreiras para melhorias na segurança do paciente em hospitais chineses.	Negativo. Prejudicial à cultura de segurança.
Kristensen S, Badsberg JH, RischelV, Anhøj J, Mainz J, Bartels P (30), 2015, Dinamarca	Amostra: 867 Participantes: 544	SAQ	63 %	Não foram encontradas diferenças no percentual de percepção positiva entre enfermeiros e médicos ( $p > 0,05$ ), mas a diferença entre líderes e equipe da linha de frente foi evidente ( $p < 0,05$ ). As percepções variaram mais entre indivíduos dentro da mesma unidade do que entre as unidades do hospital e entre hospitais.	Aparece como uma construção multinível, com necessidade de fortalecimento da cultura de segurança entre algumas categorias profissionais.
Barbosa MH, Sousa EM, Felix MMS, Oliveira KF, Barichello E (31), 2015, Brasil	Amostra: 107 Participantes: 66	SAQ	61,60 %	O escore geral do instrumento foi 70,28. O melhor domínio foi satisfação no trabalho (86,74) e os domínios com escores menores foram percepção da gestão (64,99) e reconhecimento de estresse (61,74). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos, mas ela estava presente entre os que realizavam ou não graduação.	Frágil. Exigência de educação permanente.
Chakravarty A, Sahu A, Biswas M, Chatterjee K, Rath S (32), 2015, Índia	Amostra e participantes: 300	SAQ	100 %	Variações significativas na percepção do clima de segurança foram observadas entre as diferentes categorias de profissionais de saúde nos domínios clima de trabalho em equipe, percepção da gestão e reconhecimento de estresse.	Díspar. Necessidade do fortalecimento da cultura de segurança.
Al Mandhari A, Al-Zakwani I, Al-Kindi M, Tawilah J, Dorvlo A, AlAdawi S (33), 2014, Omã	Amostra: não informada Participantes: 398	HSOPSC	98 %	A média de resposta positiva foi de 58 %. A dimensão com pontuação mais elevada foi aprendizado organizacional-melhoria contínua e com a menor resposta não punitiva ao erro.	Positivo. Favorável à cultura de segurança.

Fonte: elaboração própria.

Com relação à população, os estudos 16, 19, 21 e 29 foram compostos por médicos e enfermeiros tanto gestores quanto assistenciais; somente por médicos e enfermeiros nos estudos (23, 28) e por outros profissionais de saúde nos demais estudos (12-15, 17, 18, 20, 22, 24-27, 30, 32-34). Somente enfermeiros foram incluídos em todas as pesquisas, e os médicos não foram incluídos na população de um dos estudos (31).

Em geral, os estudos apresentaram a taxa de resposta global, não especificando por categoria profissional; no entanto, no estudo que fez essa separação, os enfermeiros se destacaram com a maior taxa de resposta 85 %-91,9 %, seguidos dos médicos 81 %-91,8 % (28, 29). Em um dos estudos (27), a taxa de resposta foi de 74,1 % entre os médicos, e 100 % entre os demais profissionais de saúde. Nos demais, a taxa de resposta ficou entre 50 %-59 % (20, 23, 25), 60 %-69 % (22, 26, 30, 31), 70 %-79 % (16, 18), 80 %-89 % (19, 21), 90 %-99 % (12-15, 17, 24, 33) e 100 % (32).

Os objetivos dos estudos variaram entre investigar a interação entre clima de segurança e cultura de segurança (14), analisar a percepção do clima de segurança do paciente pelos profissionais de saúde (15, 29, 31, 32), investigar/avaliar a cultura de segurança do paciente (12, 13, 16, 26-28, 33), avaliar as percepções sobre a cultura de segurança do paciente entre os profissionais de saúde (17-19, 21, 23, 24, 30), examinar se a cultura de segurança melhorou após a implementação do programa de segurança do paciente (22), avaliar as associações entre as dimensões da cultura de segurança do paciente e as práticas de notificação percebidas de eventos de segurança de gravidade variável (25) e investigar as relações entre dimensões da cultura de segurança do paciente em diferentes culturas (20).

Nas pesquisas sobre a cultura de segurança, as dimensões que apresentaram valores elevados de resposta positiva foram trabalho em equipe dentro das unidades (13, 17, 18, 24, 33), aprendizado organizacional-melhoria contínua (17, 18, 24, 33), expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente (24), frequência de relato de eventos (22, 27).

As dimensões que registraram valores mais baixos de resposta positiva, respostas não punitivas aos erros (13, 17, 18, 22, 25, 33) e frequência de relato de eventos (17, 24), abertura da comunicação (18, 22), percepção geral da segurança do paciente (22), apoio da gestão para a segurança do paciente (13, 27).

Nos estudos que investigaram o clima de segurança, os domínios de segurança que tiveram pontuação mais alta foram satisfação no trabalho (12, 15, 16, 26, 28, 31, 32), clima de trabalho em equipe (16, 23, 28, 30) e condições de trabalho (21). No estudo 12, todos os domínios tiveram resposta positiva, exceto a dimensão percepção do estresse.

Já os domínios de segurança que tiveram pontuação mais baixa foram percepção da gerência unidade/hospital (12, 15, 26, 30, 31), percepção do estresse (12, 16, 23, 31, 32), medo da culpa e punição (19, 29), medo da vergonha (29), clima de segurança (19) e condições de trabalho (28).

Os achados demonstraram que o clima de segurança positivo impacta positivamente na cultura de segurança (14), favorece a notificação de eventos (25, 27) e possibilita a melhoria da qualidade (16, 23, 27, 32).

No sentido oposto, o clima de segurança negativo enfraquece a cultura de segurança (13, 15, 19, 29), está relacionado à diminuição do relato de eventos por fortalecer a resposta punitiva ao erro (13, 17) e ao medo da culpa e da vergonha (19, 29). O clima de segurança frágil requer educação permanente (31) e melhoria do programa de segurança do paciente (22).

O clima de segurança apareceu como uma construção multinível (30), que sofre variações entre profissionais de categorias diferentes (15, 16, 19, 21, 24, 32), com diferenças na escolaridade (12, 15, 16, 21, 26, 31), dentro da mesma unidade (22, 30) ou entre unidades (22, 30, 32).

Identificou-se que o nível de educação/treinamento tem um impacto positivo na cultura de segurança e no clima de segurança (14, 15, 16) e que existe diferença na percepção de segurança do paciente entre categorias profissionais da mesma instituição (12, 15, 16, 18, 21, 31, 32).

## Discussão

A qualidade dos serviços de saúde tem sido relacionada com a cultura de segurança do paciente; nesse sentido, os questionários HSOPSC e SAQ têm sido amplamente utilizados por diversos países para coletar dados sobre a cultura de segurança do paciente e o clima de segurança (34, 35). O PSCHO também é utilizado para obter dados sobre o clima de segurança, no entanto acrescenta

as dimensões medo da culpa, medo da vergonha e mais três itens que questionam os entrevistados se presenciaram ou estiveram envolvidos na prestação de cuidado inseguro (35, 36).

A taxa de resposta de todos os estudos foi superior a 50 %, o que é um dos critérios para a avaliação da qualidade da ferramenta utilizada neste estudo (11). Em 85 % dos estudos selecionados para esta revisão (14-19, 21, 22, 24, 26-33), a taxa foi superior a 60 %. A literatura sugere que taxas superiores a 60 % sejam representativas (37).

A dimensão trabalho em equipe dentro das unidades foi identificada como dimensão forte (38, 39), no entanto aparece também como uma dimensão com potencial de melhoria (40, 41), que, quando fortalecida, possibilitará o comprometimento entre os profissionais e o fortalecimento do clima de segurança.

Há divergências na percepção da participação de gerentes e líderes. Essa divergência pode estar relacionada com o real engajamento dos gestores no fortalecimento das ações de segurança e melhoria do clima organizacional (38, 41) ou com a reticência dos trabalhadores em expressar opiniões negativas sobre gerentes e instituições (38).

Os escores baixos identificados quanto à abertura de comunicação podem estar associados com a relação rígida entre trabalhadores e gestores, o que acarreta um comportamento passivo no que se refere à notificação de eventos (42), pois não há espaço para discutir erros (34). Essa postura se reflete em silêncio organizacional, que enfraquece iniciativas individuais. Além de desestimular a emissão de opiniões, pensamentos e sugestões que poderiam contribuir para a melhoria de processos e serviços (43).

A frequência de relato de eventos pode estar associada negativamente com respostas não punitivas aos erros, uma vez que os profissionais temem que seus erros sejam utilizados para puni-los (1, 44) ao invés de oportunidade de melhoria (44). Os estudos que apresentaram essa dimensão com resultados positivos os associaram à implementação do programa de segurança do paciente (22) e ao clima de segurança positivo (27).

Estudos apontam que a satisfação no trabalho e o clima organizacional influenciam positivamente a cultura de segurança (45, 46), exercendo um papel significativo na garantia da qualidade dos serviços de saúde (46), por conseguinte, na segurança do paciente.

Já a percepção do estresse aborda o quanto cada profissional consegue perceber que a carga de estresse favorece situações de risco para a segurança do paciente (34), uma vez que a dificuldade em perceber e em lidar com fatores estressores podem resultar em erros, redução da produtividade, sentimentos de desconforto, doença ou mau desempenho da equipe (4).

A identificação de fragilidades na cultura de segurança do paciente é considerada uma oportunidade para a melhoria da qualidade (47). Nesse contexto, identificar e monitorar as dimensões ou os domínios com menores escores pode se tornar um subsídio para o estabelecimento de estratégias para desenvolvê-los, bem como para o fortalecimento das dimensões e dos domínios mais robustos.

A interação entre o clima de segurança e a cultura de segurança merece atenção de pesquisadores, gestores e trabalhadores da saúde. O impacto da influência organizacional incide sobre todo o sistema assistencial, sendo um desafio, para a segurança do paciente, a maturidade de uma cultura de segurança que permeie todas as ações da prática assistencial (34).

O clima de segurança e a cultura de segurança tiveram um impacto positivo um sobre o outro, o que sugere que, com o aumento do clima de segurança, a cultura de segurança o acompanhe e vice-versa (14). Existe uma relação complexa entre cultura de segurança e clima de segurança, o que pode indicar que organizações com certo tipo de cultura podem desenvolver mais ou menos um clima de segurança positivo (48).

As evidências apontam que a insuficiência nos relatos de eventos está relacionada com a confiança numa cultura de culpa, ao invés de uma cultura de segurança, gerenciamento de riscos e sistema de melhoria (49), impedindo uma cultura justa, participativa e aberta entre profissionais e gestores (39). No entanto, ocasionalmente a culpabilização do profissional por erros frequentes, causados por descuido ou não adesão aos padrões de segurança, pode ser adequada (50).

Por isso, as instituições devem estimular a cultura de segurança do paciente entre todos os profissionais com vistas à melhoria da qualidade (51). A educação permanente é apresentada como uma ferramenta para a inserção da segurança do paciente no cotidiano dos profissionais de saúde (52). O treinamento interdisciplinar em equipe aparece como uma estratégia para fortale-

lecer a relação entre as equipes e resolver mal-entendidos que podem ter impacto no cuidado ao paciente (53).

Pela existência de microculturas locais dentro das organizações (34), o conhecimento da cultura organizacional permitirá que gestores identifiquem as diferenças entre os serviços do mesmo hospital, o que promove seu aperfeiçoamento (54).

Nesse contexto, é possível que a cultura de segurança seja percebida de forma distinta entre as categorias profissionais (41), o que traz à tona a necessidade de se conhecer essa diferença para tornar possível o planejamento e a implementação de ações que visem uniformizar e fortalecer a percepção da cultura de segurança.

Considera-se a segurança do paciente um dos pilares da qualidade da assistência em saúde (41), um requisito para a garantia da qualidade do cuidado (55). A implantação do Núcleo de Segurança do Paciente denota um avanço para o incentivo à cultura de segurança do paciente e da qualidade do cuidado à saúde, pois revela a preocupação e o apoio de gestores às ações de melhorias na estrutura e nos processos, cujo objetivo é a melhoria da assistência (56).

A preocupação com a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde, com foco no cuidado livre de danos, tem sido objetivo almejado por instituições no mundo inteiro. Uma cultura de segurança positiva promoverá a aprendizagem individual e organizacional, possibilitando a consecução de um atendimento de qualidade (53). Isso porque a cultura organizacional pode influenciar diretamente a cultura de segurança do paciente no que se refere a riscos, expectativas e ações (57).

Estudar o efeito da cultura organizacional sobre a cultura de segurança do paciente pode ser uma ferramenta eficaz para a redução dos danos decorrentes da assistência à saúde, uma vez que a cultura organizacional positiva proporciona um ambiente de segurança mais efetivo.

Nesse sentido, esperamos que este estudo possa contribuir para a prática profissional, pois conhecer as potencialidades e fragilidades na cultura organizacional possibilitará a identificação dos múltiplos fatores que colocam em risco a segurança do pa-

ciente, e para a pesquisa, pois a compreensão do que determina uma assistência segura pode orientar processos educativos mais efetivos e possibilitar o estabelecimento de evidências que apontem as necessidades de aprimoramento do cuidar em saúde.

## Conclusões

O objetivo proposto para esta revisão foi alcançado, pois foi possível identificar o efeito da cultura organizacional sobre a cultura de segurança do paciente hospitalizado. O efeito é positivo quando a cultura organizacional é forte, orientada para a melhoria dos processos e da qualidade, resultando em fortalecimento da cultura de segurança do paciente e consecução de resultados positivos relacionados com a assistência em saúde. Ao passo que a cultura organizacional frágil e punitiva está relacionada com a cultura de segurança deficitária em que os eventos adversos com ou sem danos podem estar mais presentes.

Ainda há um caminho longo a ser percorrido na busca de uma assistência segura, mas é incontestável que fortalecer a cultura de segurança do paciente é o rumo a ser seguido. As evidências direcionam no sentido da necessidade de se estabelecer uma cultura justa, não punitiva, orientada para o desenvolvimento da capacidade interpessoal, profissional e institucional.

Muito tem sido estudado sobre a cultura de segurança e a cultura organizacional, no entanto a efetiva interação entre ambas ainda é pouco relatada na literatura, o que possivelmente torna o tema relevante para estudos futuros, uma vez que a maioria das pesquisas realizadas investigou o diagnóstico situacional e pouco se avançou no sentido de investigar a implicação para a prática profissional e a repercussão para a segurança do paciente hospitalizado.

Como limitação deste estudo, tem-se a escolha de apenas quatro bases de dados, que foi considerada adequada para a seleção de estudos de acordo com o tema e o objetivo propostos, mas pode ter permitido que estudos elegíveis não fossem alcançados, bom como a restrição a estudos publicados em inglês, português e espanhol, além da não realização de metanálise.

**Conflito de interesse:** nenhum declarado.

## Referências

1. Silva-Batalha EMS da, Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: Diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. *Texto e Context Enferm*. 2015;24(2):432-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>
2. Fan CJ, Pawlik TM, Daniels T, Vernon N, Banks K, Westby P *et al*. Association of Safety Culture with Surgical Site Infection Outcomes. *J Am Coll Surg*. 2016;222(2):122-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2015.11.008>
3. National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety for primary care — The full reference guide [internet]. Londres; 2006. Available from: <https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/directorates/files/Seven%20steps%20to%20safety.pdf>
4. World Health Organization (WHO). Human Factors in patient safety: Review of topics and tools [internet]. 2009. Available from: [https://www.who.int/patientsafety/research/methods\\_measures/human\\_factors/human\\_factors\\_review.pdf](https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf)
5. Schein, EH. Organizational Culture. *American Psychologist*. 1990;45:109-19. Available from: [http://ciow.org/docsB/Schein\(1990\)OrganizationalCulture.pdf](http://ciow.org/docsB/Schein(1990)OrganizationalCulture.pdf)
6. Colla, JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: A review of surveys. *Qual Sf Health Care*. 2005;14(5):364-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2005.014217>
7. Silva-Batalha EM, Melleiro MM. Gestão hospitalar e cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem. *Rev. baiana saúde pública*. 2017;40(2016). DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2670>
8. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Plos Medicine*. 2009;6(7):e1000097. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
9. National Institute for Health Research (NIHR). PROSPERO International prospective register of systematic reviews. Available from: <https://www.crd.york.ac.uk/prospéro/#aboutpage>
10. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_metodologicas\\_elaboracao\\_sistematica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_sistematica.pdf)
11. National Heart Lung and Blood Institute (NIH). Ferramenta de Avaliação de BI/Qualidade da NHL para estudos de coorte, observacional e transversal. Disponível em: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/in-develop/cardiovascular-risk-reduction/tools/cohort>
12. Kolankiewicz ACB, Schmidt CR, Carvalho REFL, Spies J, Dal Pai S, Lorenzini E. Patient safety culture from the perspective of all the workers of a general hospital. *Revista Gaucha de Enfermagem [Internet]*. 2020;41:1-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190177>
13. Kumbi M, Hussen A, Lette A, Nuriye S, Morka G. Patient safety culture and associated factors among health care providers in Bale Zone Hospitals, southeast Ethiopia: An institutional based cross-sectional study. *Drug Healthc Patient Saf*. 2020;12:1-14. DOI: <https://doi.org/10.2147/DHPS.S198146>
14. Yari S, Naseri M, Akbari H, Shahsavari S, Akbari H. Interaction of safety climate and safety culture: A model for cancer treatment centers. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2019;20(3):961-9. DOI: <https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.3.961>
15. Magalhães FH, Pereira IC, Luiz RB, Barbosa MH, Ferreira MB. Patient safety atmosphere in a teaching hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp):e20180272. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180272>
16. Jiang K, Tian L, Yan C, Li Y, Fang H, Peihang S *et al*. A cross-sectional survey on patient safety culture in secondary hospitals of Northeast China. *Plos one*. 2019;14(3):e0213055. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213055>
17. Akologo A, Abuosi AA, Anaba EA. A cross-sectional survey on patient safety culture among healthcare providers in the Upper East region of Ghana. *Plos one*. 2019;14(8):e0221208. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221208>

18. Alqattan H, Cleland J, Morrison Z. An evaluation of patient safety culture in a secondary care setting in Kuwait. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 2018;13(3):272-80. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2018.02.002>
19. Zhou P, Bai F, Tang H *et al*. Patient safety climate in general public hospitals in China: Differences associated with department and job type based on a cross sectional survey. *BMJ Open*. 2018;8:e015604. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015604>
20. Najjar S, Baillien E, Vanhaecht K, Hamdan M, Euwema M, Vleugels A *et al*. Similarities and differences in the associations between patient safety culture dimensions and self-reported outcomes in two different cultural settings: A national cross-sectional study in Palestinian and Belgian hospitals. *BMJ Open*. 2018;8:e021504. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021504>
21. Li Y, Zhao Y, Hao Y, Jiau M, Ma H, Teng B *et al*. Perceptions of patient safety culture among healthcare employees in tertiary hospitals of Heilongjiang province in northern China: A cross-sectional study. *International Journal for Quality in Health Care*. *Journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2018;30(8):618-23. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy084>
22. Noord IV, Smits M, Zwijnenberg NC, Spreeuwenberg P, Wagner C. A nation-wide transition in patient safety culture: A multilevel analysis on two cross-sectional surveys. *International Journal for Quality in Health Care*. 2018;31(8):1-6. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy228>
23. Huang CH, Wu HH, Chou CY, Dai H, Lee YC. The Perceptions of physicians and nurses regarding the establishment of patient safety in a regional teaching hospital in Taiwan. *Iran J Public Health*. 2018;47(6):852-60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30087871/>
24. Rajalatchumi A, Ravikumar TS, Muruganandham K, Thulasingham M, Selvaraj K, Reddy MM *et al*. Perception of patient safety culture among health-care providers in a Tertiary Care Hospital, South India. *J Nat Sc Biol Med*. 2018;9:14-8. DOI: [https://doi.org/10.4103/jnsbm.JNSBM\\_86\\_17](https://doi.org/10.4103/jnsbm.JNSBM_86_17)
25. Burlison JD, Quillivan RR, Kath LM, Zhou YM, Courtney SC, Cheng C *et al*. A multilevel analysis of U.S. Hospital patient safety culture relationships with perceptions of voluntary event reporting. *J Patient Saf*. 2016 [published online ahead of print, 2016 Nov 3]. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000336>
26. Carvalho RE, Arruda LP, Nascimento NK, Sampaio RL, Cavalcante ML, Costa AC. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2017;25:e2849. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1600.2849>
27. Cheikh AB, Bouafia N, Mahjoub M, Ezzi O, Noura A, Njah M. Patient's safety culture among Tunisian healthcare workers: Results of a cross sectional study in university hospital. *Pan Afr Med J*. 2016;24:299. DOI: <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.24.299.8466>
28. Elsous A, Sari AA, Rashidian A, Aljeesh Y, Radwan M, AbuZaydeh H. A cross-sectional study to assess the patient safety culture in the Palestinian hospitals: A baseline assessment for quality improvement, *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2016;7(12):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1177/2054270416675235>
29. Zhou P, Bundorf MK, Gu J, He X, Xue D. Survey on patient safety climate in public hospitals in China. *BMC Health Services Research*. 2015;15(1):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0710-x>
30. Kristensen S, Badsberg JH, RischelV, Anhøj J, Mainz J, Bartels P. The patient safety climate in Danish hospital units. *Dan Med J*. 2015;62(11):A5153. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26522479/>
31. Barbosa MH, Sousa EM, Felix MM, Oliveira KF, Barichello E. Clima de segurança do paciente em um hospital especializado em oncologia, *Rev. Eletr. Enf.* [internet]. 2015;17(4). Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/34614/>
32. Chakravarty A, Sahu A, Biswas M, Chatterjee K, Rath S. A study of assessment of patient safety climate in tertiary care hospitals. *Medical Journal Armed Forces India*. 2015;71(2):152-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2015.01.007>
33. Al MandhariA, Al-Zakwani I, Al-Kindi M, Tawilah J, Dorvlo A, AlAdawi S. Patient Safety Culture Assessment in Oman. *Oman Medical Journal*. 2014;29(4):264-70. DOI: <https://doi.org/10.5001/omj.2014.70>
34. Santiago TH, Turrini RN. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. esc. enferm. USP*. 2015;49(spe):123-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>

35. Cunha MR, Guirardello EB. Patient Safety Climate in Healthcare Organizations: tradução e adaptação para a cultura brasileira. *Rev. Gaúcha Enferm.* [internet]. 2018;39:e20180010. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180010>
36. Singer S, Meterko M, Baker L, Gaba D, Falwell A, Rosen A. Workforce perceptions of hospital safety culture: Development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey. *Health Services Research.* 2007;42(5):1999-2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00706.x>
37. Hamdan M. Measuring safety culture in Palestinian neonatal intensive care units using the Safety Attitudes Questionnaire. *J CritCare.* 2013;28(5):886.e7-e14. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2013.06.002>
38. Tereanu C, Sampietro G, Sarnataro F, Siscanu D, Palaria R, Savin V, Cliscovscaia T, Pislaru V, Oglinda V, Capmare L, Ghelase M, Turcanu T. Survey on patient safety culture in the Republic of Moldova: A baseline study in three healthcare settings. *Medicine and Pharmacy Reports* [internet]. 2018;91(1):65-4. DOI: <https://doi.org/10.15386/CJMED-869>
39. Fassarella CS, Silva LD, Camerini FG, Barbieri-Figueiredo M. Indicador organizacional da cultura de segurança em um hospital universitário [Organizational indicator of safety culture in a university hospital] [Indicador organizacional de la cultura de seguridad en un hospital universitario]. *Revista Enfermagem UERJ.* 2019;27:e34073. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.34073>
40. Fassarella CS, Camerini FG, Henrique DM, Almeida LF, Figueiredo MCB. Evaluation of patient safety culture: Comparative study in university hospitals. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03379. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017033803379>
41. Notaro MK, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK, Manzo BF. Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2019;27:e3167. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>
42. Boughaba A, Aberkane S, Youcef-Oussama F, Djebabra M. Study of safety culture in healthcare institutions: Case of an Algerian hospital. *Int J Health Care Qual Assur.* 2019; 32(7):1081-97. DOI: <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-09-2018-0229>
43. Harmanci AK, Topcu İ, Bacaksiz FE, Baydin, NU, Ekici ET, Yildirim, A. Organisational silence among nurses and physicians in public hospitals. *J Clin Nurs.* 2018;27:1440-51. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14294>
44. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MO. Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente em Terapia Intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto contexto - enferm.* [internet]. 2016;25(2):e1610015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07022016001610015>
45. Merino-Plaza MJ, Carrera-Hueso FJ, Roca-Castelló MR, Morro-Martín MD, Martínez-Asensi A, Fikri-Benbrahim N. Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente. *Gac Sanit* [internet]. 2018;32(4):352-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.02.009>
46. González IB, Melo NA, Limón ML. (2014). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estudios Gerenciales.* 2015;31:8-19. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.estger.2014.08.003>
47. Andrade LE, Lopes JM, Filho MC, Júnior RF, Farias LP, Santos CC *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018;23(1):161-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>
48. Petitta L, Probst TM, Barbaranelli C, Ghezzi V. Disentangling the roles of safety climate and safety culture: Multi-level effects on the relationship between supervisor enforcement and safety compliance. *Accident Analysis & Prevention.* 2017;99:77-89. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aap.2016.11.012>
49. Shaw CD. Quality and safety of health care in the Republic of Moldova. WHO Regional Office for Europe. Republic of Moldova; 2015. (Health Policy Paper Series No. 19). Available from: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/281869/Quality-safety-of-health-care-in-MDA.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/281869/Quality-safety-of-health-care-in-MDA.pdf)
50. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: A systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions, *International Journal for Quality in Health Care.* 2018;30(9):660-77. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>

51. Siddharth V, Koushal VK, Goyal V. Patient safety is the need of the hour: A study in nursing department of a tertiary care teaching hospital. *International Journal of Research Foundation of Hospital & Healthcare Administration*. 2017;5(2):55-9. DOI: <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10035-1076>
52. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJ, Predebon CM, Sanches MO, Pedro EN. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. *Esc. Anna Nery* [internet]. 2016;20(3):e20160068. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>
53. Elmontsri M, Almashrafi A, Banarsee R *et al.* Status of patient safety culture in Arab countries: A systematic review. *BMJ Open*. 2017;7:e013487. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/2/e013487>
54. Fassarella CS, Silva LD, Camerini FG, Figueiredo MC. Nurse safety culture in the services of a university hospital. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):767-73. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0376>
55. Santos FJ, Nascimento HM, Santos JM, Cunha JO, Santos JC, Pena JA. Patient safety culture in a low-risk maternity hospital. *ABCS Health Sci*. [internet]. 2019;44(1). DOI: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v44i1.1066>
56. Santos RP, Soppa FB, Ruths JC, Rizzoto ML. Evaluation of the implantation of a patient safety nucleus. *Rev. enferm. UFPE on line*. 2019;13(2):532-7. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238189/>
57. Bishop AC, Boyle TA. The Role of safety culture in influencing provider perceptions of patient safety. *J Patient Saf*. 2016;12(4):204-9. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000092>