



REUOL

Revista de Enfermagem UFPE Online

Estratégias para a promoção da cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico: revisão sistemática

Strategies for promoting a culture of patient safety in the operating room: systematic review

Luisa Alves Pereira de Aquino¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5347-1509>

Dayara Ainne de Sousa Araújo²

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0593-2443>

Yúri de Araújo Cunha³

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2480-4797>

Viviane Euzébia Pereira Santos⁴

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8140-8320>

Cecília Olívia Paraguai de Oliveira Saraiva⁵

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4225-5194>

Quênia Camille Soares Martins⁶

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4036-2423>

^{1,2,3,4,5,6}Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN), Brasil.

Editor Científico:

Tatiane Gomes Guedes

Editor Chefe:

Maria Wanderleya de Lavor
Coriolano Marinus

Submissão: 10/01/2023

Aceito: 15/07/2024

Publicado: 03/10/2024

RESUMO

Objetivo: Identificar estratégias efetivas para a promoção da cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico. **Método:** Foi realizada uma revisão sistemática entre os meses de julho e setembro de 2022, utilizando as bases de dados LILACS, MEDLINE, CINAHL, Scopus, *Web of Science*, Embase e *Cochrane Library*. Os descritores utilizados foram: "Safety Culture", "Patient Safety", "Surgery" e "Surgicenters". A avaliação da qualidade metodológica seguiu o protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), utilizando o instrumento do Instituto Joanna Briggs, a escala de Jadad e os critérios descritos no *Critical Appraisal Skills Programme*. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, a amostra final consistiu em doze artigos. **Resultados:** As estratégias identificadas foram intervenções com o checklist de cirurgia segura, de educação permanente, *handover*, vídeos educativos, identificação de riscos latentes e tradução do conhecimento. Quanto ao risco de viés, metade dos estudos demonstraram confiabilidade e validade externa. **Conclusão:** Com base nos resultados obtidos, as estratégias mais eficazes para promover uma melhoria na cultura de segurança do paciente foram a educação permanente e o uso do Checklist de Verificação de Cirurgia Segura. Este estudo fornece subsídios para um cuidado sistematizado e qualificado.

Descritores: Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Centros Cirúrgicos; Qualidade da Assistência à Saúde; Gestão de Segurança.

ABSTRACT

Objective: To identify effective strategies for promoting a culture of patient safety in the operating room. **Method:** A systematic review was conducted between July and September 2022, using the databases LILACS, MEDLINE, CINAHL, Scopus, Web of Science, Embase, and Cochrane Library. The descriptors used were "Safety Culture," "Patient Safety," "Surgery," and "Surgicenters." Assessment of methodological quality followed the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) protocol, using the Joanna Briggs Institute tool, the Jadad scale, and the criteria described in the Critical Appraisal Skills Programme. After applying the eligibility criteria, the final sample consisted of twelve articles. **Results:** The identified strategies included interventions with the surgical safety checklist, continuous education, handover, educational videos, identification of latent risks, and knowledge translation. Regarding the risk of bias, half of the studies demonstrated reliability and external validity. **Conclusion:** Based on the obtained results, the most effective strategies for promoting an improvement in the culture of patient safety were continuous education and the use of the Surgical Safety Checklist. This study provides support for systematic and qualified care.

Descriptors: Patient Safety; Organizational Culture; Surgicenters; Quality of Health Care; Safety Management.

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Aquino LAP, Araújo DAS, Cunha YA, Santos VEP, Saraiva COPO, Martins QCS. Estratégias para a promoção da cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico: Uma revisão sistemática. Rev. enferm. UFPE on line. 2024;18:e257173 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2024.257173>

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a segurança do paciente tem sido um tema central nas investigações científicas, tornando-se uma das prioridades na saúde global. Esse enfoque aumentou especialmente após a divulgação do relatório “Errar é Humano” pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos.¹ Apesar do crescente interesse e das políticas voltadas para a segurança do paciente, os riscos e a ocorrência de eventos adversos têm aumentado significativamente, particularmente no ambiente hospitalar. Essa preocupação é ainda mais acentuada no caso dos pacientes cirúrgicos.²

Nas instituições hospitalares, o centro cirúrgico é um ambiente cuja dinâmica de funcionamento difere da maioria dos outros serviços que compõem a unidade hospitalar. Além disso, os profissionais atuantes neste setor precisam estar preparados, além de suas atribuições habituais, para lidar com situações imprevisíveis. O enfermeiro, em particular, é considerado o articulador de todo o processo gerencial neste setor.³

Na assistência perioperatória, alguns fatores, como a carga emocional atrelada aos procedimentos,³ o ambiente e a dinâmica do setor, são características do centro cirúrgico que expõem pacientes e equipes aos riscos relacionados a eventos adversos. Exemplos desses riscos incluem: administração incorreta de medicações ou transfusões, retenção de corpos estranhos no organismo do paciente, quedas, uso inadequado de equipamentos que podem causar queimaduras e falhas na identificação do paciente. Além disso, há a possibilidade de complicações relacionadas a procedimentos anestésicos e cirúrgicos, como a realização de cirurgia no local ou no paciente errado.⁴

A Organização Mundial da Saúde (OMS) relata que, na prática assistencial, é importante mencionar que procedimentos cirúrgicos são, por vezes, as únicas alternativas com possibilidade de cura ou redução do risco de morte. Contudo, mesmo com esses objetivos, equívocos durante a assistência cirúrgica podem repercutir negativamente e causar danos irreparáveis ao paciente e sua família.⁵⁻⁶

Em escala internacional, estima-se que anualmente são realizadas aproximadamente 230 milhões de cirurgias, com a ocorrência de sete milhões de eventos adversos, dos quais um milhão resultam em óbito. No entanto, estudos apontam que metade desses eventos poderiam ser evitados. No Brasil, uma pesquisa identificou que a prevalência de eventos adversos cirúrgicos foi de 21,8%, sendo que mais da metade foram detectados no retorno ambulatorial do paciente, e a maioria foi classificada como fortemente prevenível.⁷

Diante da notoriedade do tema e da constatação de danos ao paciente, a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) foi desenvolvida pela OMS como uma

alternativa para mitigar esses riscos. O objetivo principal dessa lista é subsidiar profissionais de saúde atuantes, especialmente no centro cirúrgico, na redução da ocorrência de danos ao paciente. Além disso, busca incentivar o uso de práticas de segurança reconhecidas, como a comunicação efetiva e o trabalho em equipe.⁸

Além disso, é imperativo incentivar práticas reconhecidas internacionalmente que promovam a segurança do paciente e a Cultura de Segurança do Paciente (CSP). Esse conceito tem sido disseminado nos ambientes hospitalares, especialmente nos cirúrgicos, por ser uma característica fundamental dos setores que exigem alta confiabilidade devido à complexidade das ações realizadas. A CSP favorece a adoção de práticas seguras, sendo considerada um importante indicador de qualidade. Além disso, contribui para a redução de riscos e a ocorrência de eventos adversos.⁹⁻¹⁰

Nesse contexto, o enfermeiro, na condição de líder do processo de cuidado, desempenha um papel de destaque na implementação de estratégias para promover a qualidade assistencial, visando aprimorar os processos e a qualidade do cuidado.⁴ Assim, a promoção da CSP fortalece um dos pilares fundamentais para a segurança do paciente. A CSP permite que a equipe de saúde trabalhe em conjunto para identificar fragilidades, delinear novos caminhos e processos de trabalho, e, assim, controlar os danos ao paciente e aos profissionais de saúde.¹¹

É importante mencionar que uma pesquisa brasileira, realizada com profissionais de enfermagem em três instituições hospitalares de alta complexidade, utilizou uma ferramenta para auxiliar na compreensão sobre a CSP. O estudo demonstrou que o número de respostas positivas sobre as dimensões avaliadas pelo *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) foi considerado frágil. Além disso, a pesquisa evidenciou a importância de uma gestão participativa e da integração de todos os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados que impactam na segurança do paciente.¹²

Nessa perspectiva, acredita-se que o desenvolvimento de investigações científicas com foco no centro cirúrgico, onde o enfermeiro tem participação efetiva, é essencial e atual. Além disso, essas investigações permitem orientar os profissionais de saúde na prevenção de novos eventos adversos e na implementação da CSP em todos os serviços de saúde.¹³

Portanto, a realização deste estudo alinha-se às recomendações nacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde, inseridas na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, no eixo 9 (Programas e Políticas em Saúde), que se refere à avaliação dos eventos adversos e seus impactos na saúde pública, assim como à avaliação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNPS) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, o estudo corrobora internacionalmente com o Plano de Ação Global de Segurança do Paciente da OMS, que visa eliminar danos evitáveis nos cuidados à saúde até o ano de 2030.¹⁴

OBJETIVO

O estudo teve como objetivo identificar as estratégias efetivas para a promoção da cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, elaborada com base nas recomendações do *checklist Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA).¹⁵ O estudo foi estruturado seguindo as seguintes etapas: formulação da questão de pesquisa; busca eletrônica na literatura mediante um protocolo com critérios de inclusão e exclusão; triagem dos artigos encontrados pela leitura de título e resumo; leitura completa dos estudos selecionados na etapa anterior; avaliação da elegibilidade dos estudos; extração de dados; análise crítica dos estudos; e apresentação dos resultados.¹⁶ Ressalta-se que o protocolo da pesquisa foi registrado na PROSPERO (CRD42022345597).

A revisão foi realizada de julho a setembro de 2022, utilizando as seguintes bases de dados: LILACS, MEDLINE via PubMed, CINAHL, Scopus, Web of Science, Embase e Cochrane Library. Foram utilizados os descritores do Medical Subject Headings (MeSH): “Safety Culture”, “Patient Safety”, “Surgery” e “Surgicenters”. Outras palavras-chave utilizadas foram: “Strategies”, “Tools” e “Improves”.

A questão de pesquisa foi elaborada a partir do mnemônico tradicional para revisões sistemáticas População (P), Intervenção (I), Contexto (C) e Desfecho (O) (PICO).¹⁷ Sendo:

- (P) População: Profissionais de saúde;
- Intervenção: Estratégias relacionadas à CSP;
- (C) Contexto: Centro cirúrgico;
- (O) Desfecho: Estratégias.

A questão de revisão formulada foi: “Quais são as estratégias efetivas para a promoção da cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico?”

A mesma estratégia de busca foi utilizada para todas as bases de dados, empregando os operadores booleanos OR e AND da seguinte forma: (*Strategies* OR *Tools*) AND (*Improves*) AND (*Safety Culture* OR *Patient Safety*) AND (*Surgery* OR *Surgicenters*). Na busca, não foram aplicados limites de idioma; no entanto, optou-se por utilizar o filtro de

período de publicação de 2008 a 2022 em todas as bases de dados. O limite de ano foi escolhido com base na prerrogativa de que, a partir de 2008, a segurança do paciente ganhou maior destaque com o desenvolvimento de políticas e estratégias na atenção à saúde. Destaca-se que um dos desafios mundiais para a segurança do paciente, definido pela OMS, é “Cirurgia Segura Salva Vidas”. Com isso, foi implementado um *checklist* em 2008 para reduzir a ocorrência de danos e definir padrões de segurança para pacientes cirúrgicos.¹⁸

Para este estudo, foram selecionados os seguintes critérios de inclusão: ensaios clínicos randomizados e experimentais, estudos de melhoria da qualidade, estudos observacionais que avaliassem a eficácia das estratégias para a promoção da cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico, publicados a partir de 2008 até 2022, além de publicações que respondessem à questão de pesquisa. Também foram incluídos estudos observacionais-analíticos. Foram excluídos: editoriais, cartas ao editor, artigos de opinião, artigos de reflexão, trabalhos de conclusão de curso (graduação, especialização, residência, mestrado, doutorado), capítulos de livros, livros e resumos.

Os pesquisadores realizaram leituras dos títulos e resumos dos artigos de forma independente, excluindo as publicações duplicadas. Em casos de dúvida ou discordância quanto à inclusão de algum material, um terceiro revisor foi consultado. Para confirmação da inclusão dos estudos selecionados, todos os artigos elegíveis foram lidos na íntegra.

Utilizou-se o *Software Rayyan* como forma de otimizar a revisão sistemática e fornecer uma análise preliminar dos estudos encontrados. O processo de busca e elegibilidade dos materiais foram apresentados por meio de um fluxograma, conforme preconizado pelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses 2020 Statement (PRISMA)*.^{15,19}

Para avaliar a qualidade metodológica e o risco de viés nos estudos incluídos, foram utilizados critérios descritos no Critical Appraisal Skills Programme (CASP), com o intuito de realizar uma avaliação crítica dos estudos selecionados. Essa ferramenta permite mensurar a qualidade dos artigos incluídos na amostra. Além disso, utilizou-se a ferramenta Jadad, que avalia o rigor de qualidade dos estudos, analisando aspectos como randomização, cegamento, retiradas, critérios de exclusão, intervenção, controles usados e fatores de relato de casos.²⁰⁻²¹

Quanto ao nível de evidência, adotou-se a classificação do JBI. Os estudos foram avaliados da seguinte forma: Nível I – Evidência obtida de revisão sistemática de ensaios clínicos controlados randomizados; Nível II – Evidência alcançada de ensaio clínico controlado randomizado; Nível III.1 – Evidência obtida de ensaios clínicos controlados bem

delineados, sem randomização; Nível III.2 – Evidência adquirida de estudos de coorte bem delineados ou caso-controle; Nível III.3 – Evidência atingida de séries temporais múltiplas, com ou sem intervenção e resultados dramáticos em experimentos não controlados; Nível IV – Pareceres de autoridades respeitadas, baseados em critérios clínicos e experiência, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas. Por fim, os resultados foram apresentados em figuras e quadros.^{15,22}

RESULTADOS

A seleção inicial dos estudos contou com 65.561 artigos encontrados nas bases de dados selecionadas. Após a leitura de títulos e resumos, 65.543 estudos foram excluídos por não se enquadrarem nos critérios de elegibilidade, restando 22 estudos. Após a remoção de quatro duplicatas e a exclusão de seis estudos por não atenderem aos critérios de elegibilidade, a amostra final ficou composta por 12 estudos. A Figura 1 demonstra o fluxograma de exclusão dos artigos lidos na íntegra.

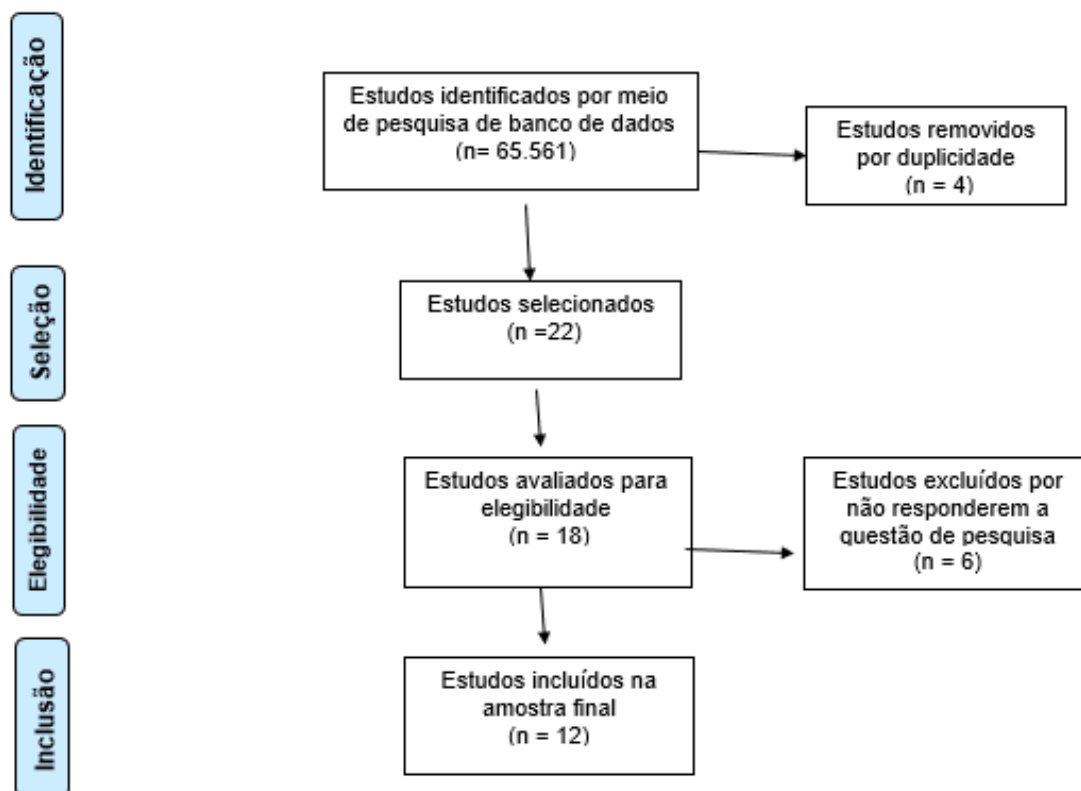


Figura 1. Fluxograma PRISMA de seleção dos estudos. Natal (RN), Brasil, 2022.

Foi possível identificar que as principais temáticas abordadas nos artigos envolviam segurança do paciente (*"Patient Safety"*) e cirurgia (*"Surgery"*). Além disso, os assuntos incluíam checklist de cirurgia segura, cultura de segurança do paciente, qualidade do cuidado e eventos adversos.

Dos 12 estudos selecionados para revisão, observou-se que foram publicados entre os anos de 2012 e 2022, sendo que 6 (50,0%) foram publicados nos últimos cinco anos. Em relação às bases de dados, 5 (41,6%) estavam indexados na MEDLINE, 2 (16,6%) na Web of Science, e 1 (8,3%) em cada uma das seguintes: Scopus, LILACS, CINAHL, Cochrane e Embase. Quanto ao local de desenvolvimento dos estudos, o Brasil (3 estudos, 25,0%) e os Estados Unidos da América (2 estudos, 16,6%) foram os países com maior frequência de publicações. Os demais estudos foram realizados na Etiópia, Irã, Holanda, Índia, Coreia do Sul, Itália e Austrália.

A Figura 2 apresenta a descrição dos estudos selecionados, detalhando autor/ano, periódico/nível de evidência, intervenção e desfecho relacionados à promoção da cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico.

Autor/ano	Periódico	Nível de evidência	Intervenção	Conclusões
Bashford et al. 2014 ²³	Patient Saf Surg	II	Uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura (LVCS) + programa combinado de ensino formal	Simulação e <i>role play</i> são ferramentas úteis durante o treinamento formal, enquanto a supervisão de suporte após o treinamento também pode ser benéfica.
Nasiri et al., 2021 ²⁴	Patient Saf Surg	III.1	<i>Handover</i> (Padronização da comunicação na passagem de plantão intraoperatória por meio de uma lista de verificação estruturada, contendo informações em seis áreas (ambiente, organização, comunicação, conteúdo, julgamento clínico, profissionalismo e competência)	Efeito positivo no aumento da qualidade do processo de comunicação, redução do percentual de omissão de informações e aumento da satisfação da equipe cirúrgica durante a entrega do plantão.
Beuzekom et al., 2012 ²⁵	BMC Surg	II	Aplicação da <i>Leiden Operating Theatre and Intensive Care Safety</i> (LOTICS).	Intervenções direcionadas a fatores de riscos latentes contribuem para a melhoria da segurança do paciente na sala de cirurgia.
Santana et al., 2016 ²⁶	BMC Res Notes	III.3	Utilização da LVCS	Avanços em relação às atitudes e opiniões sobre

				segurança cirúrgica, no entanto, foram vivenciadas dificuldades em relação a aceitação do uso do checklist pelos cirurgiões.
Santos; Domingues; Eduardo, 2019 ²⁷	Enfermeria Actual de Costa Rica	III.3	Utilização da LVCS	Os profissionais possuem conhecimento sobre a <i>checklist</i> e a reconhecem como uma ferramenta que assegura a qualidade da assistência durante o período perioperatório.
Paconstantino u et al., 2013 ²⁸	Ochsner J	III.1	LVCS adaptada à OMS de <i>Scott & White Memorial Hospital</i> (<i>check in</i> (antes de entrar na sala de cirurgia), <i>login</i> (antes da anestesia), <i>time out</i> (antes da incisão na pele) e <i>sign out</i> (antes de sair da sala de cirurgia	Melhorou as percepções de temas de segurança cirúrgica e atendimento ao paciente em todos os subgrupos de prestadores de cuidados cirúrgicos.
Crawshaw et al., 2016 ²⁹	Dis Colon Rectum	II	Adição de um vídeo instrucional (de 18 minutos de duração) pré-procedimento para melhorar a capacidade de um residente de cirurgia geral quando comparado com a preparação padrão.	Melhora tanto no desempenho geral quanto no específico. A incorporação de um vídeo instrutivo breve, mas eficaz, antes da cirurgia, pode melhorar a curva de aprendizado e a segurança.
Oak et al., 2022 ³⁰	J Postgrad Med ²⁹	III.1	Utilização da LVCS	A <i>checklist</i> pode funcionar como um alerta valioso para focar a equipe, para garantir que até as coisas simples tenham sido cuidadas.
Ahn; Lee et al., 2021 ³¹	J Nurs Res ³⁰	III.1	Aplicação de um programa em 4 sessões utilizando estratégias/ferramentas de trabalho em equipe à prática de enfermagem + Utilização da LVCS	Foi eficaz para melhorar as competências de trabalho em equipe dos enfermeiros perioperatórios e mudar positivamente o trabalho da equipe.
Gillespie et al., 2017 ³²	J Multidiscip Healthc	III.2	Avaliação do processo de implementação de quatro estratégias de tradução de	O sucesso da implementação foi moderado e as estratégias podem

			conhecimento (KT) + Utilização da LVCS	precisar de modificação antes da implementação generalizada.
Ferorelli et al., 2022 ³³	Front Public Health ³²	II	Treinamento teórico de duas aulas sobre segurança cirúrgica e ferramentas de gerenciamento de risco + utilização da LVCS	A adesão ao checklist aumentou mesmo para os operadores que não participaram do treinamento, talvez pela influência positiva dos comportamentos positivos dos colegas.
Leite et al., 2021 ³⁴	Rev Col Bras Cir	III.3	Comparação entre o preenchimento da LVCS em dois grupos: pré e pós educação continuada.	A estratégia foi relevante e associada a uma melhoria a partir das respostas dos pacientes, na disponibilização e maior completude dos dados.

Figura 2. Descrições dos artigos, segundo autor/ano, periódico, nível de evidência, intervenção e desfecho. Natal (RN), Brasil, 2022.

Quanto à mensuração do risco de viés pela escala de Jadad, identificou-se que apenas um estudo (8,3%) apresentou confiabilidade e validade externa total.²⁹ É importante mencionar que 6 (50,0%) das publicações selecionadas foram consideradas adequadas segundo a mensuração da escala.^{23-24,26,28-29,34} No entanto, para os outros 6 estudos (50,0%), considerou-se um alto risco de viés.^{25,27,30-33}

A Figura 3 apresenta as recomendações, ações e desfechos encontrados nos estudos que compuseram a amostra, com o objetivo de propor estratégias para a promoção da cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico.

Recomendações	Ações	Desfecho
Notificação de incidentes	Notificar incidentes de forma aberta	Após a intervenção, as taxas de notificação de incidentes aumentaram significativamente em comparação com as taxas pré-intervenção. No ano anterior à intervenção, foram relatados 250 erros. No ano após a intervenção, o número de erros relatados aumentou para 629. ²⁵
	Estabelecer um sistema de notificação de eventos adversos	O escore médio das atitudes de segurança dos enfermeiros do centro cirúrgico foi de 4,20 ± 0,49. As duas dimensões com menor taxa de reação positiva das atitudes de segurança dos enfermeiros de bloco operatório foram o reconhecimento do stress e as condições de trabalho. Os principais fatores que afetaram a atitude de segurança dos enfermeiros do centro cirúrgico foram os turnos noturnos, bem como a cognição e as atitudes em relação à notificação de eventos adversos. Houve uma correlação positiva entre a pontuação total do questionário e a pontuação total de

		cognição e atitudes em relação à notificação de eventos adversos ($P < 0,01$, $r = 0,445$). ³⁵
Condutas para promover a Educação em Saúde	Incorporar vídeos instrutivos	Os residentes no grupo de vídeo pontuaram significativamente mais alto na pontuação total (média: 46,8 vs 42,3; $p = 0,002$), bem como nas subseções que medem diretamente a habilidade laparoscópica (média de controle vascular: 11,3 vs 9,7, $p < 0,001$; média de mobilização: 7,6 vs. 7,0, $p = 0,03$) e pontuação de desempenho geral (média: 4,0 vs 3,1; $p < 0,001$). ²⁹
	Realizar treinamentos	Os enfermeiros que receberam treinamento anterior sobre segurança do paciente tiveram pontuações de atitude estatisticamente mais altas (de 70,97% para 96,25%) do que aqueles que não receberam. ³³
	Estabelecer um programa de melhoria do trabalho em Equipe	Identificou que o grupo experimental obteve resultados significativamente maiores do que no grupo de controle para conhecimento de trabalho em equipe ($p < 0,001$). ³¹
	Implantar um checklist de cirurgia segura	Dos 472 participantes, 257 foram entrevistados antes da intervenção) e 215 pós-intervenção. Os achados apontam que a implementação do checklist melhorou a comunicação: 92,7 % da equipe de enfermagem, 87,9 % dos anesthesiologistas e 75,6 % dos cirurgiões, com diferenças proporcionais significativas ($p < 0,001$). Pelo menos 90% dos entrevistados de cada equipe concordam que o checklist ajuda a reduzir falhas na sala cirúrgica, com diferença estatística entre as equipes ($p < 0,001$). ²⁶
Condutas para promover o ambiente e condições de trabalho	Reconhecer quando o estresse e as condições de trabalho precisam ser melhoradas.	O reconhecimento do estresse e condições de trabalho com taxa de resposta positiva (<80%) foram consideradas como as dimensões a serem melhoradas. ³⁶
Condutas para melhorar a comunicação no ambiente de trabalho	Melhorar a comunicação médico-família	Uma intervenção para padronizar a estrutura da comunicação entre o profissional de saúde e a família, identificou que a taxa de eventos adversos diminuiu 37,9% ($P < 0,001$). ³⁷
	Implementar lista de verificação	Um estudo multi métodos, do tipo antes e depois, para adaptar a lista de verificação de cirurgia segura, identificou que, aproximadamente 65% dos entrevistados perceberam que a lista de verificação melhorou a segurança do paciente e o atendimento ao paciente. ²⁸
	Padronizar a comunicação nos processos de transferência de cuidado com o paciente (<i>handover</i>)	Após a intervenção no grupo com uso do checklist, o percentual de omissão de informações no laudo cirúrgico diminuiu de 19,5% para 12,1%. ²⁴

Figura 3. Recomendações, ações e desfechos dos artigos que compuseram a amostra do estudo. Natal (RN), Brasil, 2022.

As evidências científicas encontradas a partir desta revisão indicam que o uso do *checklist* de verificação de cirurgia segura, bem como a educação continuada, foram as principais ferramentas destacadas pelas instituições para melhorar a cultura de segurança do paciente.

DISCUSSÃO

A segurança do paciente configura-se como um tema cada vez mais em evidência, especialmente nos ambientes de cuidado à saúde. Destaca-se que, além das técnicas de segurança descritas na Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e nos documentos orientadores da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), outras estratégias de segurança do paciente podem ser implementadas com o objetivo de melhorar a segurança e o cuidado em saúde.

Após analisar os estudos que compõem a revisão sistemática, percebe-se que a maioria utilizou como intervenção para alcançar níveis favoráveis de CSP as listas de verificação combinadas aos programas de ensino, apresentando desfechos positivos. Ademais, observou-se que a maioria das publicações ocorreu nos últimos cinco anos, evidenciando um panorama recente sobre a temática em questão.

Estudos que utilizaram o *Safety Attitudes Questionnaire* evidenciaram que, independentemente dos escores de cultura de segurança serem satisfatórios ou insatisfatórios no centro cirúrgico, a implementação de estratégias para melhorar a CSP é uma necessidade constante e contínua. Portanto, é fundamental avaliar os pontos positivos e negativos das equipes atuantes no centro cirúrgico, de forma a promover estratégias eficazes para a promoção da CSP.³⁶⁻³⁹

Os achados desta revisão apontam que, dentre as estratégias implementadas e os desfechos encontrados, uma intervenção utilizando a *checklist* de cirurgia segura com 470 profissionais de enfermagem resultou em um trabalho mais integrado da equipe, com maior participação da equipe cirúrgica, especialmente de enfermeiros e anestesistas. Além disso, a intervenção esteve associada à melhoria na comunicação entre as equipes, à conscientização sobre normativas e regras a serem cumpridas, e à adesão à prática de lavagem das mãos.²⁶

As *checklists* têm o potencial de melhorar a segurança cirúrgica, mas sua eficácia depende de como são implementadas. Uma abordagem colaborativa e multidisciplinar pode estar associada a altas taxas de adesão à lista de verificação e à satisfação da equipe.²³

Em relação à *checklist* de verificação de cirurgia segura, um estudo apontou que fatores como a ausência de uma cultura de segurança, falta de material necessário, resistência da equipe e fatores burocráticos relacionados à quantidade de impressos

utilizados pelos profissionais são entraves para a implementação da *checklist*. Em contrapartida, a qualificação profissional e o fato de hospitais universitários serem ambientes acadêmicos propícios ao aprendizado são considerados aspectos positivos para a implantação desse tipo de estratégia.⁴⁰

Não obstante, a educação permanente, aliada a treinamentos e capacitações sobre segurança do paciente, também se mostrou efetiva no fortalecimento da cultura de segurança, pois pode estimular a adoção de condutas proativas por parte dos profissionais de saúde.

Frente a isso, e sabendo da importância de promover um atendimento seguro nos diversos níveis de atenção à saúde, o interesse pela educação em saúde cresceu nos últimos anos. Intervenções educacionais são essenciais para garantir a melhoria na qualidade e na segurança dos cuidados prestados ao paciente.⁴¹

No tocante ao uso de tecnologias associadas ao processo educativo, um estudo conduzido com 54 residentes de cirurgia geral, do segundo ao quinto ano, em quatro hospitais universitários nos Estados Unidos da América, demonstrou que o uso de um vídeo curto, pré-cirurgia, aumentou significativamente o sucesso na realização de procedimentos cirúrgicos e contribuiu para melhorar a segurança dos pacientes. Aqueles que assistiram previamente ao vídeo obtiveram uma pontuação total superior quando comparados ao grupo com preparação padrão (média: 46,8 vs 42,3; $P = 0.002$).²⁹

Entretanto, os resultados dos estudos apontam que os treinamentos, de forma geral, independentemente do uso ou não de tecnologias, estimularam significativamente tanto o preenchimento adequado da *checklist* de cirurgia segura quanto aumentaram a adesão às boas práticas em prol da segurança do paciente.

A mensuração e avaliação dos fatores de risco latentes do ambiente hospitalar foi outra estratégia utilizada em um estudo conduzido na Holanda. Foi possível perceber que a mudança nos fatores de risco relevantes (recursos materiais e de pessoal) coincidiu com a redução das taxas de incidentes percebidos e relatados pelas categorias profissionais. Concluiu-se, portanto, que a realização de intervenções direcionadas a fatores de risco latentes desfavoráveis, detectados por um questionário específico, pode contribuir para a melhoria da segurança do paciente na sala de cirurgia.²⁵

Outra estratégia apontada foi o impacto de uma lista de verificação de transferência (*handover*) realizada em três momentos distintos (antes da intervenção estruturada para mudanças de turno das equipes no intraoperatório). Esta intervenção apresentou resultados positivos na comunicação eficaz, satisfação da equipe cirúrgica e segurança do paciente, reduzindo o índice de omissão de informações e aumentando a satisfação.²⁴

Apesar de terem sido identificados diferentes tipos de intervenção, a comunicação foi apontada em todos os estudos como um dos pilares para a segurança do paciente. É plausível reforçar que melhorar a comunicação entre profissionais é não apenas uma meta do PNSP, mas também um elemento essencial para a qualificação do cuidado. Nesse sentido, a utilização desta ferramenta de comunicação oportuna, precisa, completa, clara e compreendida pelo receptor deve ser adotada por todos os profissionais da equipe de saúde como caminho para a excelência das práticas assistenciais.⁴¹

A comunicação interpessoal entre as equipes cirúrgicas é entendida como uma ferramenta desafiadora, mas capaz de permitir a uniformização e continuidade das condutas assistenciais. Assim, tem sido uma tendência entre alguns pesquisadores internacionais incentivar a utilização de aplicativos de comunicação instantânea entre os profissionais. O objetivo é favorecer a troca de informações em tempo real e minimizar situações constrangedoras comumente vivenciadas neste setor, devido à hierarquia imposta por alguns profissionais e à tensão e estresse característicos do ambiente cirúrgico.⁴²

É importante mencionar que a qualidade da assistência, bem como as práticas positivas de segurança do paciente, está intimamente relacionada às infraestruturas e condições de trabalho impostas aos profissionais de saúde. Um estudo identificou que países desenvolvidos tendem a proporcionar uma segurança mais eficiente e direcionada quando comparados a países em desenvolvimento. Isso ocorre também porque existe uma associação entre tais condições e a ocorrência de falhas e eventos adversos.⁴²⁻⁴³

Apesar de as estratégias mencionadas neste estudo serem apontadas como eficazes para a promoção da cultura de segurança do paciente, é importante ressaltar que os estudos foram conduzidos em diferentes países, portanto, em diferentes contextos. Alguns fatores, como índice de eventos adversos, cenário de segurança do paciente e cultura da equipe, podem influenciar diretamente os resultados dessas intervenções. Portanto, esses resultados não devem ser generalizados, pois não refletem todos os cenários de um país.

Além disso, os estudos encontrados a partir desta revisão evidenciaram resultados positivos com as estratégias utilizadas, sejam elas o uso da *checklist*, a educação permanente, a *handover*, o vídeo educativo, a tradução do conhecimento e/ou a avaliação dos riscos latentes. Todavia, os estudos focaram nas estratégias, não evidenciando em suas conclusões se houve a utilização de um instrumento para mensurar o nível de melhoria na cultura de segurança dos profissionais participantes, o que pode tornar essa avaliação subjetiva.

No tocante a estratégias que envolvem os profissionais, é imperativo pensar além dos instrumentos utilizados, considerando, por exemplo, a importância de um apoio institucional, especialmente no que diz respeito à educação permanente. A ausência de suporte institucional é considerada prejudicial, pois as medidas que envolvem segurança do paciente devem contar com o engajamento desde a gerência hospitalar até os profissionais assistenciais.⁴³

Como limitações deste estudo, acredita-se que o número de estudos científicos selecionados sobre a temática pode ter sido um entrave para um maior embasamento teórico sobre a cultura de segurança do paciente em um ambiente específico como o centro cirúrgico. Outra limitação pode ter sido a utilização de apenas um cruzamento de dados para obtenção dos resultados.

Dessa forma, este estudo trouxe importantes contribuições para o avanço do conhecimento científico e a promoção da cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico, beneficiando gestores e demais profissionais com valiosas estratégias para mitigar incidentes, eventos adversos e melhorar a qualidade da assistência nos serviços de saúde. Além disso, é oportuno mencionar o enfermeiro como uma figura de destaque, uma vez que estudos apontam este profissional como protagonista e grande responsável pela garantia da promoção da cultura de segurança, desempenhando, na maioria das vezes, um papel gerencial no setor.

CONCLUSÃO

Dentre os achados desta revisão, identificou-se que as estratégias mais utilizadas para promover uma melhoria na cultura de segurança do paciente foram a educação permanente e o uso do LVCS.

Portanto, a aplicação dessas estratégias de promoção da segurança do paciente no centro cirúrgico é essencial para minimizar riscos e melhorar os resultados dos procedimentos cirúrgicos. A implementação eficaz dessas práticas requer um compromisso contínuo da liderança, treinamento adequado da equipe e uma cultura organizacional que valorize a segurança em todas as etapas do cuidado.

Diante disso, pode-se concluir que as estratégias para alcançar a cultura de segurança do paciente no centro cirúrgico fornecem importantes evidências para uma assistência de qualidade, além de subsidiar o desenvolvimento de ferramentas para reduzir os índices de eventos adversos. Isso impulsiona um cuidado sistematizado, baseado em evidências científicas.

CONTRIBUIÇÕES

¹Concepção, planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica; ²Concepção, análise e interpretação dos dados e redação; ³Concepção, análise e interpretação dos dados e redação; ⁴Análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica; ⁵Análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica; ⁶Concepção, planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Villar VCFL, Duarte SCM, Martins M. Patient safety in hospital care: a review of the patient's perspective. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [cited 2022 Oct 01];36(12). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223019>
2. Santos A, Pierobon N, Zarichen FA, Wibbelt GL, Bertoni APM, Mota C, et al. Adverse events in surgical patients: An integrative review. *RSD* [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 01];10(4). DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13896>
3. Martins KN, Bueno AA, Mazoni SR, Machado VB, Evangelista RA, Bolina AF. Management process in surgicenters from the perspective of nurses. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 12];34. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00753>
4. Rocha RC, Abreu IM, Carvalho REFL, Rocha SS, Madeira MZA, Avelino FVSD. Patient safety culture in surgical centers: nursing perspectives. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 12];55. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020034003774>
5. Gutierrez LS, Santos JLG, Barbosa LFF, Maia ARC, Koerich C, Gonçalves N. Adherence to the objectives of the Safe Surgery Saves Lives Initiative: perspective of nurses. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2019 [cited 2022 Sep 12];27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2711.3108>
6. Faria LR, Moreira TR, Carbogim FC, Bastos RR. Effect of the Surgical Safety Checklist on the incidence of adverse events: contributions from a national study. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 12]; 49. DOI: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20223286>
7. Batista J, Cruz EDA, Alpendre FT, Rocha DJM, Brandão MB, Maziero ECS. Prevalence and avoidability of surgical adverse events in a teaching hospital in Brazil. *Rev Latino-am Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2022 Oct 01];27. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2939.3171>

8. Tostes MFP, Galvão CM. Surgical safety checklist: benefits, facilitators, and barriers in the nurses' perspective. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2022 Sep 12];40(spe). DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180180>
9. Diz ABM, Lucas PRMB. Hospital patient safety at the emergency department – a systematic review. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 12];27(5):1803–12. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.22742021>
10. Magalhães EV, Paiva FO, Alves MES, Almeida MC. Patient safety culture among nursing professionals in a philanthropic hospital in Minas Gerais. *Rev Cuid* [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 12];12(3). DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1990>
11. Fagundes TE, Acosta AS, Gouvea PB, Massaroli R, Rangel RCT, Andrade PD. Patient safety culture in surgical center from perspective of the nursing team. *J Nurs Health* [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 01];11(2):1–14. Available from: <https://doi.org/10.15210/jonah.v11i2.19510>
12. Sanchis DZ, Haddad M do CFL, Girotto E, Silva AMR. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 12];73(5). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672020000500162&tlng=en
13. Rocha RC, Abreu IM, Carvalho REFL, Rocha SS, Madeira MZA, Avelino FVSD. Patient safety culture in surgical centers: nursing perspectives. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 01];55. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020034003774>
14. World Health Organization (WHO). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
15. 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. *BMJ* [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 12];372(71). DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
16. Bossonario PA, Ferreira MRL, Andrade RLP, Sousa KDL, Bonfim RO, Saita NM, et al. Risk factors for HIV infection among adolescents and the youth: a systematic review. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 12];30(spe):e3696. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6264.3696>
17. Galvão APFC, Cerqueira LTC, Aragão FBA, Martinelli CVM, Silva PLN, Santos NM. Pico strategy for scientific evidence: impact on the quality of life of hemodialysis patients. *Nursing* [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 01];24(283):6642–6655. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i283p6642-6655>

18. Beordo JR. Patient safety through proper application of the safe surgery checklist. *Glob Acad Nurs* [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 12];2(1):e88. DOI: <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200088>
19. Yu F, Liu C, Sharmin S. Performance, Usability, and User Experience of Rayyan for Systematic Reviews. *Proceedings of the Association for Information Science and Technology* [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 12]; 59:843-844. DOI: <https://doi.org/10.1002/pr2.745>
20. Stenberg M, Mangrio E, Bengtsson M, Carlson, E. Formative peer assessment in higher healthcare education programmes: a scoping review. *BMJ Open* [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 12];11. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045345>
21. Knowlden AP, Wilkerson AH, Dunlap KB, Stellefson M, Elijah OA. Systematic review of electronically delivered behavioral obesity prevention interventions targeting men. *Obesity Reviews* [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 12]; 23(9). DOI: <https://doi.org/10.1111/obr.13456>
22. Aromataris E, Munn Z. *JB I Manual for Evidence Synthesis* [Internet]. JBI; 2020 [cited 2022 Sep 12]. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>
23. Bashford T, Reshamwalla S, McAuley J, Allen NH, McNatt Z, Gebremedhen YD . Implementation of the WHO Surgical Safety Checklist in an Ethiopian Referral Hospital. *Paciente Saf Surg* [Internet]. 2014 [cited 2022 Oct 01];16. DOI: <https://doi.org/10.1186/1754-9493-8-16>
24. Nasiri E, Lotfi M, Mahdavinoor SMM, Rafiei MH. The impact of a structured handover checklist for intraoperative staff shift changes on effective communication, OR team satisfaction, and patient safety: a pilot study. *Patient Saf Surg* [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 12];15(1). DOI: : <https://doi.org/10.1186/s13037-021-00299-1>
25. Beuzekom M, Boer F, Akerboom S, Hudson P. Patient safety in the operating room: an intervention study on latent risk factors. *BMC Surg* [Internet]. 2012 [cited 2022 Sep 12];12:10. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2482-12-10>
26. Santana HT, Rodrigues MCS, Evangelista MSN. Surgical teams' attitudes and opinions towards the safety of surgical procedures in public hospitals in the Brazilian Federal District. *BMC Res Notes* [Internet]. 2016 [cited 2022 Oct 01];9(276):1-22. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13104-016-2078-3>
27. Santos EA, Domingues NA, Eduardo AHA. Lista de verificación de seguridad quirúrgica: conocimientos y desafíos para el equipo del centro quirúrgico. *Enferm Actual Costa Rica* [Internet]. 2019 [cited 2022 Sep 12];(38). Available from: <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i38.37285>
28. Papaconstantinou HT, Jo C, Reznik SI, Smythe WR, Wehbe-Janek H. Implementation of a Surgical Safety Checklist: Impact on Surgical Team Perspectives. *Ochsner J* [Internet].

2013 [cited 2022 Oct 01];13(3):299-309. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24052757/>

29. Crawshaw BP, Steele SR, Lee EC, Delaney CP, Mustain WC, Russ AJ, et al. Failing to Prepare Is Preparing to Fail: A Single-Blinded, Randomized Controlled Trial to Determine the Impact of a Preoperative Instructional Video on the Ability of Residents to Perform Laparoscopic Right Colectomy. *Dis Colon Rectum* [Internet]. 2016 [cited 2022 Sep 12];59(1):28–34. DOI: <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000503>

30. Oak SN, Dave NM, Garasia MB, Parekar SV. Surgical checklist application and its impact on patient safety in pediatric surgery. *J Postgrad Med* [Internet]. 2015 [cited 2022 Sep 12];61(2):92-4. DOI: <https://doi.org/10.4103/0022-3859.150450>

31. Ahn S, Lee NJ. Development and Evaluation of a Teamwork Improvement Program for Perioperative Patient Safety [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 12];29(6):e181. DOI: <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000460>

32. Gillespie BM, Hamilton K, Ball D, Lavin J, Gardiner T, Withers TK, et al. Unlocking the “black box” of practice improvement strategies to implement surgical safety checklists: A process evaluation. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2017 [cited 2022 Sep 12];5(10):157–66. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-000362>

33. Ferorelli D, Benevento M, Vimercati L, Spagnolo L, Maria L, Caputi A, et al. Improving Healthcare Workers’ Adherence to Surgical Safety Checklist: The Impact of a Short Training. *Front Public Health* [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 01];9:732707. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.732707>

34. Leite GR, Martins MA, Maia LG, Garcia-Zapata MTA. Safe surgery checklist: Evaluation in a neotropical region. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 12];48. DOI: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202710>

35. Liao X, Zhang P, Xu X, Zheng D, Wang J, Li Y, Xie L. Analysis of Factors Influencing Safety Attitudes of Operating Room Nurses and Their Cognition and Attitudes toward Adverse Event Reporting. *J Healthc Eng* [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 12]; 7. DOI: <https://doi.org/10.1155/2022/8315511>.

36. Cauduro FL, Sarquis LM, Cruz EDA. Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2022 Oct 01]; 20(1): 2176-9133. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i1.36645>.

37. Khan A, Spector ND, Baird JD, Ashland M, Starmer AJ, Rosenbluth G, et al. Patient safety after implementation of a coproduced family centered communication programme: multicenter before and after intervention study. *BMJ* [Internet]. 2018 [cited 2022 Sep 12]; 363. DOI: : <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k4764>.

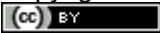
38. Dezordi CCM, Benetti SAW, Tanaka AKSR, Benetti ERR, Treviso P, Carenato RCS, et al. Clima de segurança no centro cirúrgico: atitudes dos profissionais de saúde. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 12]; 25. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.65577>
39. Oliveira Junior NJ, Lourenção DCA, Poveda VB, Riboldi CO, Martins FZ, Magalhães AMM. Safety culture in surgical centers from the perspective of the multiprofessional team. *Rev Rene* [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 01];23:e78412. Available from: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222378412>
40. Oliveira RM, Leitaó IMTA, Aguiar LL, Oliveira ACS, Gasos DM, Silva LMS. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2022 Sep 12]; 49(1):104-113. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100014>
41. Olino L, Gonçalves AC, Strada JKR, Vieira LB, Machado MLP, Molina KL, et al. Effective communication for patient safety: transfer note and Modified Early Warning Score. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2022 Sep 12];40. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180341>
42. Gutierrez LS, Santos JLG, Peiter CC, Menegon FHA, Sebold FL, Erdmann AL. Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2022 Oct 01];71(Suppl 6):2775-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0449>
43. Abreu IM, Rocha RC, Avelino FVSD, Guimarães BDO, Nogueira LT, Madeira MZA. Patient safety culture at a surgical center: the nursing perception. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2022 Sep 12];40(esp):e20180198. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>

Correspondência:

Luisa Alves Pereira de Aquino

E-mail: luisaalves_pereira@hotmail.com

Copyright© 2024 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License, a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

