



CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENÁRIO HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA

CULTURE OF PATIENT SAFETY IN THE HOSPITAL SETTING: AN INTEGRATIVE REVIEW CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL MEDIO HOSPITALARIO: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Mari Angela Meneghetti Baratto¹, Thiana Sebben Pasa², Anamarta Sbeghen Cervo³, Grazielle de Lima Dalmolin⁴, Cecília Mariane Pinheiro Pedro⁵, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago⁶

RESUMO

Objetivo: identificar produções relativas à segurança do paciente e cultura organizacional, que utilizaram como instrumento de coleta de dados o *Safety Attitudes Questionnaire*. **Método:** uma revisão integrativa, nas bases de dados LILACS, MEDLINE/PubMed, SCOPUS e Web of Science, com os descritores *patient safety*, *organizational culture*, *climate*, *attitude of health personnel* e a palavra-chave *safety attitudes questionnaire*, com artigos publicados online, na íntegra, até o ano 2013. **Resultados:** obtiveram-se 16 publicações para análise e discussão, apresentadas em duas categorias. Os estudos utilizaram como sujeitos profissionais da saúde. A inserção dos demais profissionais não foi suficientemente contemplada, porém representam um papel relevante na criação de ambientes de trabalho seguros. Verificou-se associação da cultura organizacional com o clima de segurança dos profissionais nas instituições. **Conclusão:** acredita-se que este estudo trará contribuições à equipe de saúde, em especial à enfermagem, no que tange a implementação de ações de melhoria nas instituições de saúde. **Descritores:** Enfermagem; Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Atitude do Pessoal de Saúde; Revisão.

ABSTRACT

Objective: to identify productions related to patient safety and organizational culture, which used as data collection instrument the *Safety Attitudes Questionnaire*. **Method:** an integrative review, in the databases LILACS, MEDLINE/PubMed, Scopus and Web of Science, with patient safety descriptors, organizational culture, climate, attitude of health personnel and the keyword *safety attitudes questionnaire*, with articles published online, in full, by the year 2013. **Results:** we obtained 16 publications for analysis and discussion, presented in two categories. The studies used as subjects health professionals. The inclusion of other professionals was not sufficiently covered, but represents an important role in creating safe work environments. An association of organizational culture with safety environment for the professionals was verified. **Conclusion:** it is believed that this study will bring contributions to the health team, especially to nursing, regarding the implementation of improvement actions in health institutions. **Descriptors:** Nursing; Patient Safety; Organizational Culture; Attitude of Health Personnel; Review.

RESUMEN

Objetivo: identificar las producciones relacionadas con la seguridad del paciente y la cultura de la organización, que utiliza como un instrumento de recolección de datos del Cuestionario de Actitudes de Seguridad. **Método:** una revisión integradora, en las bases de datos LILACS, MEDLINE/PubMed, Scopus y Web of Science, con los descriptores de seguridad de los pacientes, la cultura organizacional, el clima, la actitud del personal de salud y el cuestionario de actitudes de palabras clave de seguridad, con artículos publicados en línea, en su totalidad, para el año 2013. **Resultados:** se obtuvieron 16 publicaciones para el análisis y la discusión, presentadas en dos categorías. Siendo utilizados como sujetos del estudio los profesionales de la salud. La inclusión de otros profesionales no estaba suficientemente cubierta, sino que representan un papel importante en la creación de ambientes de trabajo seguros. Una asociación de cultura de la organización con el entorno de la seguridad al profesional en las instituciones fue observada. **Conclusión:** se cree que este estudio aportará contribuciones al equipo de salud, sobre todo a la enfermería, en cuanto a la implementación de acciones de mejora en las instituciones de salud. **Descriptor:** Enfermería; Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Actitud del Personal de Salud; Revisión.

¹Enfermeira, Mestre, Hospital Universitário de Santa Maria/HUSM- EBSEERH. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: mariangelabaratto@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Mestre, Hospital Universitário de Santa Maria/HUSM- EBSEERH. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: thianasp@gmail.com; ³Enfermeira, Mestre, Hospital Universitário de Santa Maria/HUSM-EBSEERH. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: anamarta67@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Professora Doutora, Graduação e Pós Graduação em Enfermagem/GENf/PPGENF, Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: grazi.dalmolin@gmail.com; ⁵Enfermeira, Mestranda do PPGENF, Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: cecilia-mariane@hotmail.com; ⁶Enfermeira, Professora Doutora, Graduação e Pós Graduação em Enfermagem/GENf/PPGENF, Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: tmagnago@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A cultura de segurança tem sido identificada como de grande impacto para a melhoria da qualidade da assistência à saúde e está relacionada às taxas de eventos adversos e mortalidade.¹ Assim, iniciativas de melhorias na atenção à saúde têm sido implementadas, tanto na esfera da atenção básica, quanto hospitalar, focadas nos profissionais e na mudança de cultura, com vistas à promoção de um cuidado seguro.

A liderança e compromisso da gestão são considerados importantes, bem como as ações e atitudes são pensadas para influenciar as percepções, atitudes e comportamentos dos trabalhadores nas organizações.² Dessa forma, planos de ações devem ser construídos, repercutindo no desenvolvimento de um clima de trabalho motivador para os profissionais e na qualidade dos serviços prestados aos pacientes.

A avaliação da cultura de segurança resulta do clima que envolve o ambiente organizacional e como ele é percebido pelos profissionais. O clima de segurança, componente mensurável da cultura, retrata o comportamento da gestão, dos sistemas de segurança e as percepções de segurança dos profissionais.³ Atualmente, existe a consciência de que os erros estão relacionados a fatores organizacionais, gerenciais e humanos.³ Assim, analisar o erro e/ou quase erro nas instituições, e estimular sua notificação, favorece a compreensão das falhas ocorridas, proporciona aprendizagem organizacional e auxilia na implementação de mudanças no processo de trabalho.

A cultura organizacional pode ser analisada por diferentes níveis que estão interligados entre si.⁴ Os principais níveis estão divididos em três categorias: artefatos, que são constituídos pelas estruturas organizacionais visíveis, como arquitetura, tecnologia e produtos, além de processos organizacionais de trabalho. A segunda categoria está relacionada às suposições fundamentais básicas, que não são acessíveis para a medição, pois são pensamentos e sentimentos presentes de forma inconsciente. A terceira refere-se às crenças e valores assumidos, constituídos por um conjunto de estratégias, objetivos e filosofia de trabalho. As suposições básicas, que são compartilhadas e aceitas como verdadeiras, determinam valores e crenças do profissional e manifestam-se a nível dos artefatos.⁴ A cultura organizacional resulta das crenças e valores que direcionam as decisões da gestão em todos os níveis

hierárquicos e orientam qual o caminho a seguir diante de várias alternativas de ação.⁵

Ao ser mensurada a cultura de segurança nos hospitais, as dimensões que precisam ser aprimoradas serão reveladas, de forma a contribuir para um plano direcionado de melhorias. Instrumentos de pesquisa como o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), podem revelar essas dimensões. O SAQ é um importante indicador de cultura de segurança e permite avaliar e refletir sobre clima de trabalho em equipe; clima de segurança; satisfação no trabalho; percepção da gestão do hospital e da unidade; condições de trabalho e percepção do estresse.⁶ No Brasil a validação e adaptação transcultural do SAQ foram realizadas no ano de 2011.⁷ A utilização do SAQ como instrumento de pesquisa justifica-se por apresentar boas propriedades psicométricas e poder ser adaptada a diferentes unidades de saúde, com pequenos ajustes na elaboração das questões.⁶

A enfermagem, como participante efetiva em todas as ações de cuidado e gerenciamento, tem papel essencial no desenvolvimento de estratégias e promoção de um ambiente de cultura favorável à segurança do paciente, e suas ações repercutem nas atitudes dos demais trabalhadores da equipe. Concernente a isso, para um cuidado seguro em enfermagem é necessário que haja um elo entre os profissionais e gestores.⁸ Dessa forma, atitudes pró-ativas na melhoria dos processos de trabalho, mudança da cultura frente ao erro, com a notificação dos eventos e avaliação das possíveis causas, desencadeiam ações unidirecionais dos demais profissionais envolvidos no cuidado, com o foco centrado na melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente nas instituições de saúde.

Diante do exposto, a questão norteadora deste estudo foi: O que tem sido produzido sobre a temática segurança do paciente e cultura organizacional nas instituições hospitalares? Para responder a tal questionamento objetivou-se analisar as produções nacionais e internacionais relativas à segurança do paciente e cultura organizacional desenvolvidas em ambientes hospitalares, com utilização do SAQ.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa (RI), desenvolvida em cinco fases, sendo elas: formulação e identificação do problema, coleta de dados, avaliação, análise e interpretação dos dados coletados e apresentação destes.⁹

Baratto MAM, Pasa TS, Cervo AS et al.

Na primeira fase realizou-se um aprofundamento teórico sobre a temática segurança do paciente e cultura organizacional, delimitando-se a questão norteadora apresentada anteriormente. Na segunda fase, fez-se o levantamento bibliográfico, no mês de novembro de 2014, com a busca de resumos disponíveis nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), MEDLINE/PubMed (via National Library of Medicine), SCOPUS (Elsevier) e Web of Science-Coleção Principal (Thomson Reuters Scientific). Utilizaram-se os descritores *patient safety*, *organizational culture*, *climate*, *attitude of health personnel* e a palavra-chave *safety attitudes questionnaire*. Ainda nesta fase, definiram-se critérios de inclusão e exclusão para seleção do material.

Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa completos que utilizaram o SAQ como instrumento de coleta de dados, disponíveis na íntegra *online*, publicados até o ano 2013. Os critérios de exclusão foram: publicações que não tivessem relação com o objetivo do estudo; possuísem resumos incompletos ou não disponíveis; e estudos realizados em ambientes não hospitalares.

Ao realizar a busca na base LILACS, utilizando o descritor de assunto *patient safety*, encontraram-se 90 estudos. Ao acrescentar o descritor *organizational culture*, foram localizadas seis produções e, ao incluir-se o descritor *climate*, não foram encontradas produções. Na base SCOPUS, empregaram-se os termos em título, resumo e palavras-chave, em busca avançada, da seguinte forma: ("patient safety" AND "organizational culture" AND "climate" AND "attitude of health personnel" AND "safety attitudes questionnaire"), localizando-se 18 publicações. Ao serem aplicados os critérios de inclusão e exclusão, excluiu-se uma produção por não estar adequada ao espaço temporal, outra por não ser artigo e duas por não utilizarem o SAQ em ambiente hospitalar. Assim, a amostra finalizou com 14 produções.

Na *Web of Science* a busca foi realizada com a estratégia: Tópico=(patient safety and organizational culture and climate and attitude of health personnel and safety attitudes questionnaire), recuperando quatro estudos. Ao aplicarem-se os critérios de inclusão e exclusão, constatou-se que dois estudos não se adequavam ao espaço temporal e outro estava presente em mais de uma base de dados, sendo excluídos. Após a leitura crítica do resumo observou-se que um estudo não utilizou o SAQ como instrumento

Cultura de segurança do paciente no cenário hospitalar...

de pesquisa, sendo eliminado para atender aos critérios de exclusão, não restando, assim, produções.

Na base MEDLINE/PubMed a busca foi realizada com os mesmos descritores, da seguinte forma: ("patient safety") AND "organizational culture") AND climate) AND "attitude of health personnel") AND "safety attitudes questionnaire" A busca foi construída com o delimitador *"all fields"*, na função avançada. Encontraram-se 12 estudos e, após serem aplicados os critérios de inclusão e exclusão, foram excluídas nove publicações, por estarem presente na base SCOPUS, e uma delas por não ser artigo. Assim, consideraram-se dois estudos para serem adicionados na análise e discussão e chegou-se ao final de segunda fase com um total de 16 publicações para serem avaliadas.

Na terceira fase, as publicações encontradas foram avaliadas quanto à qualidade dos dados e sua relação com o problema de pesquisa, a partir da leitura na íntegra dos artigos selecionados. Para isso, realizou-se um mapeamento das mesmas, destacando-se as principais categorias. A quarta fase compreendeu as etapas de redução, visualização e comparação dos dados, e verificação e esboço da conclusão.⁹ Para isso, construiu-se um quadro sinóptico contendo as seguintes divisões: autor, área de atuação, ano de publicação, local da pesquisa, objetivos do estudo, método ou tipo de estudo, sujeitos, estratégia de coleta dos dados, tratamento dos dados, principais resultados, conclusões, limitações e nível de evidência científica do estudo.

Os artigos foram avaliados, em relação ao nível de evidência¹⁰, por dois pesquisadores independentes e, após, comparados os dados individualmente obtidos. As discordâncias foram revistas e os resultados foram incluídos na discussão do estudo.

Por fim, na última fase apresentaram-se as conclusões da revisão integrativa realizada, demonstrando sua elaboração juntamente com impressões e reflexões dos autores. A prática baseada em evidências focaliza sistemas de classificação de evidências. Geralmente esses sistemas são caracterizados de forma hierárquica, e estão condicionados pela abordagem metodológica adotada para o desenvolvimento do estudo.¹¹ A classificação adotada¹¹ é a mais utilizada pela enfermagem, por considerar não apenas os estudos que empregam a abordagem quantitativa, mas também os estudos desenvolvidos com a abordagem qualitativa, amplamente utilizados na área da enfermagem.

Baratto MAM, Pasa TS, Cervo AS et al.

Cultura de segurança do paciente no cenário hospitalar...

Com a leitura criteriosa dos artigos selecionados, e entendendo que a segurança do paciente e a cultura organizacional compreendem diversos fatores, a análise dos dados foi organizada conforme as seguintes categorias: Avaliação da cultura de segurança do paciente por meio das dimensões do SAQ, e

Segurança do paciente e cultura organizacional: fatores associados.

RESULTADOS

Os artigos selecionados para análise, que atenderam aos critérios de seleção estabelecidos, estão apresentados no Figura 1.

Ano	Autores	Título	Periódico
2013	Lyu H, Wick EC, Housman M, Freischlag JA, Makary MA ¹²	Patient satisfaction as a possible indicator of quality surgical care	<i>JAMA Surgery</i>
2013	Raftopoulos V, Pavlakis A ¹³	Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the safety attitudes questionnaire	<i>Journal of Critical Care</i>
2013	Li AT ¹⁴	Teamwork climate and patient safety attitudes: associations among nurses and comparison with physicians in Taiwan	<i>Journal of Nursing Care Quality</i>
2013	Schwendimann R, Zimmermann N, Küng K, Ausserhofer D, Sexton B ¹⁵	Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study	<i>BMJ Quality and Safety</i>
2012	Gallego B, Westbrook MT, Dunn AG, Braithwaite J ¹⁶	Investigating patient safety culture across a health system: Multilevel modelling of differences associated with service types and staff demographics.	<i>International Journal for Quality in Health Care</i>
2012	Devriendt E, Van den Heede K, Coussement J, Dejaeger E, Surmont K, Heylen D, et al ¹⁷	Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the Safety Attitudes Questionnaire: an observational study	<i>International Journal of Nursing Studies</i>
2012	Profit J, Etchegaray J, Petersen LA, Sexton JB, Hysong SJ, Mei M, et al ¹⁸	Neonatal intensive care unit safety culture varies widely	<i>Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition</i>
2011	Shie H-G, Lee W-C, Hsiao H-F, Lin H-L, Yang L-L, Jung F ¹⁹	Patient safety attitudes among respiratory therapists in Taiwan	<i>Respiratory Care</i>
2011	Poley MJ, Van Der Starre C, Van Den Bos A, Van Dijk M, Tibboel D ²⁰	Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: An evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire	<i>Pediatric Critical Care Medicine</i>
2011	Allard J, Bleakley A, Hobbs A, Coombes L ²¹	Pre-surgery briefings and safety climate in the operating theatre	<i>BMJ Quality and Safety</i>
2011	Vigorito MC, McNicoll L, Adams L, Sexton B ²²	Improving safety culture results in Rhode Island ICUs: lessons learned from the development of action-oriented plans	<i>Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety</i>
2010	Speroff T, Nwosu S, Greevy R, Weinger MB, Talbot TR, Wall RJ, et al ²³	Organizational culture: Variation across hospitals and connection to patient safety climate	<i>Quality and Safety in Health Care</i>
2010	Carney BT, West P, Neily J, Mills PD, Bagian JP ²⁴	The Effect of Facility Complexity on Perceptions of Safety Climate in the Operating Room: Size Matters	<i>American Journal of Medical Quality</i>
2009	Parry G, Horowitz L, Goldmann D ²⁵	Patient safety attitudes of paediatric trainee physicians	<i>Quality and Safety in Health Care</i>
2007	Huang DT, Clermont G, Sexton JB, Karlo CA, Weissfeld LA Miller RG, et al ²⁶	Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution	<i>Critical Care Medicine</i>
2006	Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al ⁶	The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research	<i>BMC Health Services Research</i>

Figura 1. Descrição dos artigos selecionados para análise.

A amostra desta revisão foi composta por 16 estudos, sendo dois produzidos na área da enfermagem^{14,7} e os demais, na área médica. No ano de 2013 foram encontradas quatro produções¹²⁻⁵, três em 2012¹⁶⁻⁸, quatro em 2011¹⁹⁻²², duas em 2010²³⁻⁴ e uma em cada ano de 2009²⁵, 2007²⁶ e 2006.⁶ Quanto aos países onde os estudos foram realizados, observou-se predomínio dos Estados Unidos da América (EUA), com nove estudos^{6,12,15,18,22-6}, dois do Japão^{14,19} e dois do Reino Unido^{6,21}, e os demais países com uma publicação cada: Nova Zelândia⁶, Grécia¹³, Suíça¹⁵, Austrália¹⁶,

Bélgica¹⁷ e Holanda.²⁰ Quanto à abordagem dos estudos, todos utilizaram a quantitativa.

Em relação ao tipo de estudo foi encontrado um de coorte¹², um estudo de levantamento¹⁹, dois longitudinais prospectivos²⁰⁻¹ e outro ensaio clínico não randomizado.²² As demais produções (12) apresentaram delineamentos transversais.^{6,13-8,23-6} Dos estudos analisados, um apresentou nível de evidência 3²², outro, nível 4¹², e os demais foram classificados com nível de evidência 6.

No que se refere ao cenário de estudo, seis foram produzidos em unidades de terapia

Baratto MAM, Pasa TS, Cervo AS et al.

intensiva (UTI)^{13,18,20,22-3,26}, dois em clínica médica e cirúrgica^{12,15}, dois em bloco cirúrgico²⁰⁻¹ e sete a nível hospitalar.^{6,14,16-7,19,24-5} Todos os estudos tiveram como sujeitos de pesquisa profissionais da saúde, com pequenas variações de grupos. Dois estudos foram realizados com os profissionais de saúde¹⁷⁻¹⁸; oito com toda a equipe do setor/hospital^{6,12,16,20-3,26}; dois envolvendo médicos²⁴⁻⁵; dois envolvendo médicos e enfermeiros¹⁴⁻⁵; um com enfermeiros¹³; e outro com fisioterapeutas.¹⁹ Devemos considerar que as equipes dos setores consideradas nos estudos foram similares e envolviam, geralmente, os trabalhadores de farmácia, nutrição, assistência social, secretários de unidades e profissionais do quadro administrativo.

A análise dos dados foi organizada conforme as seguintes categorias: Avaliação da cultura de segurança do paciente por meio das dimensões do SAQ, e Segurança do paciente e cultura organizacional: fatores associados, apresentadas a seguir.

• Avaliação da cultura de segurança do paciente por meio das dimensões do SAQ

Nesta categoria são apresentados os resultados da avaliação da cultura de segurança do paciente de acordo com as dimensões do SAQ, relacionadas às diferentes unidades hospitalares e profissionais da equipe de saúde, e, por fim, apresentam-se algumas propriedades psicométricas do SAQ encontradas nos estudos analisados.

O SAQ foi empregado para avaliação da cultura de segurança de unidades ou todas as áreas hospitalares. Foi utilizado como único instrumento^{6,13,15-7,19,24} ou combinado com questionários quantitativos^{12,14,18,20,23} ou qualitativos^{21,25-6} para complemento de análise da cultura de segurança. Utilizou-se, também o SAQ, nos períodos pré e pós-implantação de planos de melhorias²², para analisar a relação da cultura de segurança e eventos adversos, tempo de permanência do paciente, entre outros.

Em relação aos estudos avaliados, considerando as dimensões do SAQ, observou-se que os domínios de avaliação do questionário com escores positivos foram os relacionados com clima de segurança^{14,18}, satisfação no trabalho^{13-4,18} e condições de trabalho^{14,18} e trabalho em equipe.¹⁴ Alguns estudos apresentaram escores baixos a moderados em todos os domínios.^{13,19,26} Os domínios com escores menores foram relacionados com percepção da gestão^{12,18-9,23,26} e percepção do estresse.^{12,15-6,19,26} Outros estudos tiveram resultados divergentes em relação à percepção da gestão^{13-4,16} e dois

Cultura de segurança do paciente no cenário hospitalar...

foram associados à idade e ao tempo de serviço dos profissionais.^{13,16} Identificaram-se também, resultados negativos nos domínios clima de trabalho em equipe^{16,19,26}, satisfação no trabalho^{12,19,26} e condições de trabalho.²²

Com o intuito de avaliar se a cultura de segurança tem variação dependente do tipo de serviço e de características demográficas, encontraram-se resultados divergentes. Um estudo¹⁶, que avaliou 14054 questionários válidos em 18 tipos de serviços, com profissionais de todas as unidades, não encontrou resultados significativos entre os serviços avaliados. Os escores foram mais elevados em relação à percepção da gestão, e menores para clima de trabalho em equipe, com diferenças demográficas mais evidentes em funcionários mais antigos, que trabalhavam na clínica, e em gestores.

Já outro estudo¹² identificou variações significativas entre os 31 hospitais, de 10 estados avaliados, onde a média geral para a cultura de segurança foi de 52,3%, com variação de avaliações positivas entre 33,1% e 74,9%. A percepção da gestão da unidade e o clima de trabalho em equipe foram os domínios que mais apresentaram variação entre os hospitais, com pontuações positivas entre 24,2% e 86,7%.¹² A percepção do estresse apresentou menor variação, permanecendo entre 25,9% e 71,0%.¹²

Da mesma forma, estudo que buscou avaliar a cultura de segurança dos enfermeiros em UTI, em cinco hospitais públicos, encontrou escores negativos para todos os domínios, salvo satisfação no trabalho, com resultados distintos entre todas as UTIs avaliadas.¹³ Outra publicação¹⁵, que buscou explorar a variabilidade nas dimensões da cultura de segurança, dentro e entre as unidades clínico-cirúrgicas suíças e norte-americanas, encontrou dados relevantes. Os valores das pontuações médias foram diferentes para três, das seis dimensões do SAQ, entre instituições americanas e suíças, respectivamente: percepção do estresse (57,3; 31,4); percepção da gestão da unidade (60,1; 41,5) e clima de segurança (68,7; 58,4). A percepção dos profissionais de saúde diferiu significativamente para hospitais dos EUA e suíços. Identificaram-se diferenças nas dimensões do SAQ a nível de país, de hospitais e de unidades, com variabilidade a nível de área clínica, em geral, e de área clínica dentro de cada país.

Em pesquisa²⁵ realizada com 295 médicos residentes, as dimensões satisfação no trabalho, clima de segurança, condições de trabalho e percepção de gestão obtiveram respostas mais positivas em áreas associadas

Baratto MAM, Pasa TS, Cervo AS et al.

com cuidados independentes, com pontuação média de: 77,5; 76,1; 75,6 e 70,4, respectivamente. O clima de trabalho em equipe e a percepção do estresse tiveram pontuações mais baixas, em áreas associadas com cuidados interdependentes, com resultados de 64,6 e 59,1 respectivamente.

Em relação às dimensões do SAQ associados às categorias profissionais, foi possível averiguar que a equipe de enfermagem teve uma taxa de resposta do instrumento mais elevada do que os médicos.^{14-5,17,22,26} Os médicos de UTIs tiveram uma taxa de resposta mais elevada do que os de cuidados não críticos²⁶ ou foram excluídos do estudo devido ao baixo percentual de respondentes.¹³ Observou-se, porém, que as taxas de resposta dos médicos elevaram após implementação de planos de melhorias.²²

Avaliou-se que a equipe médica^{14,18,20} tende à cultura de segurança mais positiva, comparada aos enfermeiros.¹⁶ Outros, porém, não encontraram resultados significativos ao avaliarem categorias profissionais, comparando com dados de referência²⁰ ou na significância estatística¹⁴, quando analisado o SAQ combinado com outro instrumento.

Percebeu-se que a satisfação no trabalho foi o domínio que apresentou valores considerados positivos para os sujeitos avaliados, de diferentes cargos da equipe, como enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e fisioterapeuta.^{13,18,25} Quanto à percepção sobre a gerência hospitalar, a mesma apresentou baixos escores, o que indica a distância entre a equipe de enfermagem e os superiores hierárquicos.^{15,18-9,23,26}

No que se refere à variação de resultados entre os profissionais das equipes, nos domínios clima de trabalho em equipe, clima de segurança, percepção do estresse, os profissionais médicos tiveram melhores resultados do que os enfermeiros.^{18,20} Esses profissionais também apresentaram maiores escores em cultura de segurança em relação aos enfermeiros e auxiliares de enfermagem.¹⁸ Enquanto que, na percepção de gestão e condições de trabalho, encontraram-se dados divergentes. Um estudo²⁰ apresentou maior pontuação média com enfermeiros, e outro²⁶ apontou médias menores entre os enfermeiros, comparados aos médicos, para as condições de trabalho ($p = 0,019$), satisfação no trabalho ($p = 0,025$) e percepções de gestão ($p = 0,001$).

A idade¹³ foi fortemente correlacionada na amostra com o trabalho em equipe ($P = 0,02$), entre enfermeiros mais velhos e com maior experiência²² e suas percepções de gestão

Cultura de segurança do paciente no cenário hospitalar...

foram melhores comparadas às de enfermeiras inexperientes.¹³ Estudo realizado com fisioterapeutas¹⁹, vinculados em três níveis de hospitalares distintos, encontrou baixos resultados de atitudes positivas para todos os domínios, com variação entre 37 e 21%, e menores entre fisioterapeutas mais velhos. Profissionais que trabalhavam nos centros médicos tiveram escores mais altos, atitude positiva para a percepção do estresse, mas mais baixas pontuações para os outros cinco domínios de segurança. Os resultados variaram conforme o tipo de instituição, educação, experiência e idade.

Em estudo²² desenvolvido em 23 UTIs, com intuito de avaliar o impacto de um plano de ação, denominado Safety Attitudes Questionnaire Action Plan (SAQAP), com os resultados do SAQ, e associar às taxas de infecções de corrente sanguínea associadas a cateter central e de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), teve a colaboração de nove unidades, com profissionais que concluíram o plano (39%). Essas unidades demonstraram taxas mais elevadas em todos os domínios do SAQ, exceto condições de trabalho, com resultados próximos à significância estatística ($p=0,07$), para os domínios clima de trabalho em equipe e satisfação no trabalho. As mesmas apresentaram diminuição na taxa geral de infecção em 10,2%, enquanto que as unidades que não aderiram ao plano, apresentaram uma diminuição de 2,2% ($p= 0,59$). As taxas de PAV tiveram diminuição de 15,2% nas unidades que aderiram ao plano, comparadas às outras, que aumentaram os índices em 4,8% ($p= 0,39$). Identificou-se melhora da cultura de segurança nas unidades, que se traduziu em melhores resultados para os pacientes.²²

Por fim, em relação às características psicométricas do SAQ avaliadas nesses estudos, foi possível observar questões relacionadas à validação do instrumento. Sete estudos avaliaram os resultados do SAQ quanto à consistência interna, considerando as dimensões da cultura de segurança, e obtiveram resultados satisfatórios.^{6,13,17,19,23,25-6}

Os estudos analisados consideraram que a escala apresentava boas propriedades psicométricas, com o valor de até 0,90 para o coeficiente alpha de Cronbach. Em estudo¹⁷ com 144 profissionais belgas, que encontrou alfa de 0,90, não foi possível validar os constructos do SAQ pelo número insuficiente da amostra, baixo índice geral de respostas (52%), principalmente da equipe médica (23%), além do expressivo número de instrumento com falhas de preenchimento. Ao contrário de outra pesquisa¹³, desenvolvida

em Chipre, onde a consistência interna da versão com 30 itens de SAQ-UTI apresentou alfa de Cronbach de 0,85 e foi representado por 76,7% de todos os enfermeiros que trabalhavam no setor público pesquisado.

Outra produção¹⁹, que obteve taxa de resposta de 60%, encontrou os mais altos valores para o alfa dos estudos avaliados: clima de trabalho em equipe (0,80); clima de segurança (0,79); satisfação no trabalho (0,90); percepção do estresse (0,83) percepção da gestão (0,88) e condições de trabalho (0,75).

Em outra publicação²³, o valor do alfa Cronbach para o SAQ e suas sub-escalas foi maior que 0,70, com substanciais correlações entre os item da escala. Exceto para a percepção do estresse, as sub-escalas do SAQ mostram correlações positivas variando entre 0,67 e 0,81. O mesmo desenvolveu a pesquisa em 110 UTIs de 41 hospitais privados, com o intuito de levantar informações sobre: melhoria da qualidade, características organizacionais, além da percepção do clima de segurança por meio das dimensões do SAQ. Outra produção²⁵, que avaliou as atitudes dos médicos residentes pediatras, encontrou variação do alfa entre 0,61 e 0,83.

Estudo realizado²⁶ com 453 funcionários de quatro UTIs, buscou analisar se a cultura de segurança variavam de acordo com as UTIs de um único hospital, entre enfermeiros e médicos, e se as percepções dos diretores das UTIs equiparavam-se às atitudes dos profissionais de suas equipes, por meio das estimativas dos escores médios. A taxa de resposta global foi de 70,2% (n = 318). O alfa de Cronbach para cada fator variou de aceitável para bom nos domínios: clima de trabalho em equipe (0,813); satisfação no trabalho (0,811); percepção da gestão (0,715); condições de trabalho (0,732); percepção do estresse (0,674) e clima de segurança (0,740). No geral, escores fatoriais foram de baixos a moderados em todos os domínios (variação das UTIs: 43,4-74,9 nos escores médios, 8,6-69,4 por cento positivos) e não foram uniformes.²⁶

O último estudo⁶ analisado é o estudo de validação do SAQ, que apresentou taxa de resposta de 67,0% (10.843 questionários válidos), com média de 65,7% a 72,2% entre os três países avaliados. A confiabilidade da escala foi de 0,90, com boas propriedades psicométricas. A validade do constructo foi considerada aceitável e confiável para avaliar a cultura de segurança e percepções dos cuidadores nas instituições de saúde.

● **Segurança do paciente e cultura organizacional: fatores associados**

Nesta categoria são apresentados alguns fatores associados à segurança do paciente e cultura organizacional identificados nos estudos analisados. Percebeu-se que eles estão fortemente relacionados à forma de organização do trabalho, incluindo tipo de conduta diante de erros, nível de complexidade da instituição, tipo de gestão, comunicação no ambiente de trabalho e tempo de serviço dos profissionais.

Considerando um aspecto de fragilidade associado à temática, estudos apontam predominância na percepção de que falhas na segurança do paciente resultam apenas em ações punitivas para os profissionais e que a colaboração frente ao erro é inexistente ou insuficiente¹⁸ ou é expressa pela indiferença pelos gestores em relação ao bem-estar dos profissionais e à segurança dos pacientes.¹⁵ Um estudo identificou que aproximadamente metade das instituições hospitalares americanas e todas as suíças avaliadas apresentaram baixa percepção da gestão, onde dois dos quatro itens de gerenciamento da unidade alcançaram significância estatística. A percepção negativa dos profissionais pode ser um indicativo de problemas gerenciais reais, que podem afetar o moral dos funcionários e a qualidade do desempenho frente ao paciente.¹⁵

Com relação às diferenças do ambiente hospitalar, percebeu-se que o nível de complexidade da instituição tem influência sobre a percepção do clima de segurança do paciente. Uma produção analisada²⁴ faz referência a resultados significativos para o item *Erros médicos são tratados adequadamente neste hospital*, visto que os profissionais da média complexidade tiveram pontuações maiores do que os da alta complexidade (P = 0,0095). Em contrapartida, com relação ao item *Eu conheço os meio adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente nesta área*, os profissionais das unidades de alta complexidade tiveram pontuações significativamente maiores do que aqueles em instalações de média complexidade (P = 0,0004).²⁴

Um estudos exibiu dois temas gerais, isto é, a percepção de falta de apoio da gestão hospitalar como fragilidade; e preocupações sobre os aspectos da comunicação, trabalho em equipe e colaboração a respeito de erros, como potencialidades.¹⁸ Nessa perspectiva, outro estudo aponta diferenças nas atitudes de segurança nas instituições²², onde, após implementação de plano de melhoria em relação à segurança, os trabalhadores demonstraram aumento das atitudes positivas

para as dimensões do SAQ, exceto condições de trabalho, com diminuição das taxas de infecção geral e de PAV.

Estudo²⁶ realizado em quatro UTIs, com todos os profissionais, aponta dados divergentes em relação à percepção do profissional e da gestão. Os diretores de enfermagem, ao fazerem uma projeção da avaliação dos trabalhadores, tenderam a superestimar os escores fatoriais, com variação de até 16 %, conforme o domínio avaliado. Os domínios satisfação no trabalho e condições de trabalho foram os mais significativamente distintos entre as UTIs. No geral, os escores foram baixos a moderados. As quatro principais recomendações sugeridas pelos trabalhadores, abrangendo 71% dos comentários, foram: melhorar o quadro pessoal (35%), melhorar a educação (12%), melhorar trabalho em equipe (12%), e melhorar os equipamentos (12%). Apenas 2,1% das respostas foram relacionadas ao aumento da remuneração.²⁶

Referente à cultura organizacional²³, evidenciou-se que a cultura hierárquica foi negativamente correlacionada com o SAQ, Safety Climate Scale (SCSc) e Information and Analysis (IA), enquanto que a cultura do grupo foi positivamente correlacionada com o SAQ e suas subescalas (coeficiente de correlação $r = 0,44-0,55$, salvo percepção do estresse), SCSc ($r = 0,47$) e IA ($r = 0,33$). Dentre as 110 UTIs de 41 hospitais participantes, 37,5% tinham uma cultura hierárquica; 37,5%, uma cultura do grupo; e 25%, uma cultura equilibrada. Notou-se que a cultura organizacional variava conforme o hospital e o tipo de cultura relacionava-se com o clima de segurança na instituição.²³

Como exemplos de formas de organização do serviço, apontam-se dados de outros estudos em áreas específicas.^{19,25} Um estudo refere-se ao ambiente de trabalho, demonstrando que os profissionais atuantes em centros médicos tiveram escores mais altos, atitude positiva para a percepção do estresse, porém, mais baixas pontuações para os outros cinco domínios.¹⁹ Observou-se que as experiências pessoais e recursos dos hospitais, somados aos fatores regionais, possam ter interferido nas respostas.¹⁹ Já, na pesquisa com médicos residentes²⁵, as respostas foram mais positivas quando os profissionais atuavam de forma independente, sem interferência de preceptores nas áreas de supervisão clínica e de apoio. Outros fatores foram encontrados, como a falta de infraestrutura, tipo de instituição, educação, experiência profissional e idade.¹⁹

Quanto à classe e ao tempo de atuação dos profissionais, a percepção do clima variou conforme os domínios do SAQ, sendo possível apreender que os enfermeiros com cargos de gerência e os trabalhadores com maior tempo de serviço demonstraram melhor percepção, enquanto que os auxiliares e técnicos de enfermagem apresentaram baixos escores.¹⁸⁻⁹

Nesse sentido, outro estudo também aponta que funcionários mais velhos tenderam a ter melhores escores, mesmo considerando que o número de funcionários, a multiplicidade organizacional e a complexidade dos diferentes serviços apresentaram grande variabilidade.¹⁶ Há referência também de que atitudes positivas para todos os domínios de segurança foram menores entre fisioterapeutas mais velhos.¹⁹

Por fim, observou-se que a utilização de estratégias para melhorar a percepção de segurança do paciente e a cultura organizacional repercutem em resultados positivos, mas ainda com pouca representatividade entre os profissionais e as unidades avaliadas, visto que, para ocorrerem, necessitavam de um clima de segurança forte entre todos os profissionais envolvidos e o empenho dos gestores das unidades de saúde.²¹⁻²

DISCUSSÃO

A partir dos resultados apresentados conforme as categorias “Avaliação da cultura de segurança do paciente por meio das dimensões do SAQ” e “Segurança do paciente e cultura organizacional: fatores associados”, percebeu-se que a cultura de segurança do paciente e cultura organizacional, avaliadas por meio das dimensões do SAQ, relacionam-se, principalmente, à organização do trabalho, envolvendo diferentes fatores. Estes podem estar relacionados ao tipo de gestão e ao nível de complexidade da instituição, à conduta dos gestores e profissionais diante dos erros, à comunicação no ambiente de trabalho e ao tempo de serviço, à idade e às categorias profissionais.

Reconhecer o ambiente organizacional permite detectar e analisar os fatores intervenientes, que direcionam, de forma direta ou não, o clima de segurança nas instituições. As estruturas formais e informais das organizações devem ser identificadas, para facilitar a comunicação, o planejamento e o desenvolvimento de ações mais flexíveis, que contribuam para a satisfação no processo de trabalho.⁵

Ao se considerar os tipos de cultura organizacional, como cultura hierárquica e de grupo, onde a última foi positivamente

Baratto MAM, Pasa TS, Cervo AS et al.

associada à cultura de segurança, nota-se que a cultura organizacional varia de acordo com cada instituição e está relacionada ao clima de segurança de seus profissionais.²⁷⁻⁸ Culturas favoráveis a mudanças são mais sensíveis e flexíveis à implementação de estratégias para melhorar o clima de segurança.²⁹ A combinação dos tipos de cultura, destacando-se a de grupos, parece ser mais adequada para melhorar o clima de segurança, visto que estes, mensurados separadamente, nos aspectos da cultura organizacional, resultaram em dados três vezes menores.²⁸

No que se refere à avaliação do clima de segurança entre as dimensões do SAQ e as possíveis diferenças entre categorias profissionais e unidades de trabalho, podemos citar um editorial²⁷, que vem de encontro dos estudos analisados. Nesse estudo²⁷ considera-se pertinente a realização de intervenções a nível de unidades, visto que a cultura é percebida como local, e que podem haver variações entre unidades de trabalho e entre instituições. A avaliação da cultura, em todas as unidades de trabalho, direciona-se para esse sentido, visto que a variação em relação à cultura pode estar relacionada a fontes como: características da equipe, da instituição hospitalar, ou até mesmo de suas áreas.²⁷ Essas fontes de variação devem ser bem entendidas, a fim de direcionar com precisão as iniciativas de melhorias nas organizações.²⁷

Em relação às recomendações sugeridas pelos trabalhadores, observou-se que os mesmos direcionaram seus apontamentos para melhora das condições de trabalho e valorização pessoal e poucos respondentes consideraram o aumento da remuneração como fator importante. Esses dados vêm ao encontro do estudo que traz a constatação de que a satisfação no trabalho está condicionada aos recursos disponibilizados pela instituição, tais como equipamentos e materiais, quadro de profissionais adequado, salário digno, além das relações estabelecidas no ambiente com a equipe de trabalho, somados ao prazer e ao reconhecimento do trabalho executado.³⁰

CONCLUSÃO

Ao analisar os estudos desta revisão, notou-se a pertinência da temática cultura de segurança e da sua importância para os profissionais que atuam frente ao paciente, em especial a enfermagem. Os estudos avaliaram não somente a percepção dos profissionais de forma isolada, mas realizaram associações com eventos adversos e encontraram indícios relevantes. Observou-se,

Cultura de segurança do paciente no cenário hospitalar...

também, a relação da cultura organizacional com o clima de segurança nas instituições e que a mesma variava de acordo com o país, a instituição, o tipo de cultura organizacional e com dados demográficos. Os estudos apontaram para associações negativas relacionadas à cultura hierárquica e às atitudes e clima de segurança entre os profissionais. Demonstraram, também, associação positiva com planos de melhoria nas instituições, mesmo limitados.

É essencial aos profissionais enfermeiros atuarem como gestores e/ou com gestores nas instituições, por serem inerentes a essa categoria a sensibilização e promoção de ambientes que proporcionem a cultura de segurança ao paciente. Na vigência de uma cultura organizacional não condizente com a promoção de iniciativas de melhoria da qualidade, cabe a esse profissional se utilizar de estratégias que modifiquem esse cenário, trazendo a gestão afinada às necessidades da instituição, como agente de mudança e reflexo de transformação para os demais membros da equipe.

Quanto às limitações dos estudos, destacam-se os baixos índices de respostas, respostas incompletas, amostras pequenas e não aleatórias, déficit de conhecimento sobre o tema, a complexidade organizacional, intervenções implementadas de maneira não uniforme e o número reduzido de instituições ou setores avaliados. Essas limitações restringem os estudos e a validade dos resultados. Deve-se também considerar que os estudos destacaram, essencialmente, o ponto de vista dos profissionais da área da saúde, variando apenas quanto aos grupos. Estudos com outros sujeitos foram limitados aos relacionados às unidades, tais como secretários, serviços de apoio e gestores.

Pesquisas que envolvam não somente a equipe de saúde, mas também outros profissionais do ambiente hospitalar que atuem indiretamente no cuidado ao paciente devem ser desenvolvidas, visto que estes complementam as ações dos demais profissionais e representam um papel fundamental para a qualidade do serviço prestado ao paciente.

Devido à variabilidade do clima de segurança entre as unidades de trabalho, considera-se fundamental que as estratégias para melhorar a cultura de segurança nas instituições sejam realizadas de maneira integrada. As mesmas devem ser direcionadas aos pontos frágeis, identificados pelos profissionais e baseadas em evidências provenientes de pesquisas, realizadas com instrumentos validados e confiáveis.

REFERÊNCIAS

1. Naveh E, Katz-Navon T, Stern Z. Treatment errors in healthcare: a safety climate approach. *Manage Sci* [Internet]. 2005 June [cited 2013 Sept 27];51(6):948-60. Available from: <http://pubsonline.informs.org/doi/pdf/10.1287/mnsc.1050.0372>
2. Flin R. Measuring safety culture in health care: a case for accurate diagnosis. *Saf Sci* [Internet]. 2007 July [cited 2013 Sept 23];45(6):653-67. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753507000203#>
3. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2005 [cited 2013 Sept 30];14(5):364-6. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/14/5/364.full.pdf+html>
4. Schein EH. *Cultura organizacional e liderança*. Brandão AB, tradutor. Revisão Técnica Mariotti H. São Paulo: Atlas; 2009.
5. Jericó MC, Peres AM, Kurcgant P. Estrutura organizacional do serviço de enfermagem: reflexões sobre a incidência do poder e da cultura organizacional. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [cited 2013 Sept 8];42(3):569-77. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a21.pdf>
6. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2006 Apr [cited 2013 Sept 10];6(44):[about 5 p]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/pdf/1472-6963-6-44.pdf>
7. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012 May/June [cited 2013 May 18]; 20(3):575-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/a20v20n3.pdf>
8. Fernandes LGG, Tourinho FSV, Souza NL de. Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2014 July [cited 2014 Jan 20];8(1):2507-12. Available from: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../9853
9. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 Feb [cited 2014 Jan 21]; 52(5):546-53. Available from: http://users.php.ufl.edu/rbauer/EBPP/whittmore_knafl_05.pdf
10. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E, publishers. *Evidence-based practice in nursing and health care: a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2005. p. 3-24. [cited 2014 Nov 20]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12723829>
11. Galvão CM. Níveis de evidência. *Act paul enferm* [Internet]. 2006 [cited 2013 Sept 25]; 19(2):V. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf>
12. Lyu H, Wick EC, Housman M, Freischlag JA, Makary MA. Patient satisfaction as a possible indicator of quality surgical care. *JAMA Surg* [Internet]. 2013 [cited 2014 Dec 02]; 148(4):362-7. Available from: <http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1679648#COMMENT>
13. Raftopoulos V, Pavlakis A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the safety attitudes questionnaire. *J Crit Care* [Internet]. 2013 Feb [cited 2014 Nov 30]; 28(1):51-61. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944112001529>
14. Li AT. Teamwork climate and patient safety attitudes: associations among nurses and comparison with physicians in Taiwan. *J Nurs Care Qual*. 2013 Jan-Mar; 28(1):60-7.
15. Schwendimann R, Zimmermann N, Küng K, Ausserhofer D, Sexton B. Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2013 Jan [cited 2014 Nov 30]; 22:32-41. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/22/1/32.full.pdf+html>
16. Gallego B, Westbrook MT, Dunn AG, Braithwaite J. Investigating patient safety culture across a health system: multilevel modelling of differences associated with service types and staff demographics. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2012 [cited 2013 Aug 6]; 24(4):311-20. Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/24/4/311.full.pdf>
17. Devriendt E, Van den Heede K, Coussement J, Dejaeger E, Surmont K, Heylen D, et al. Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the Safety Attitudes Questionnaire: an observational study. *Int J Nurs Stud* [Internet].

Baratto MAM, Pasa TS, Cervo AS et al.

- 2012 Mar [cited 2013 Aug 6]; 49(3):327-37. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748911003804#>
18. Profit J, Etchegaray J, Petersen LA, Sexton JB, Hysong SJ, Mei M, et al. Neonatal intensive care unit safety culture varies widely. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* [Internet]. 2012 [cited 2013 Aug 6]; 97(2):120-6. Available from: <http://fn.bmj.com/content/97/2/F120.full.pdf+html>
19. Shie HG, Lee WC, Hsiao HF, Lin HL, Yang LL, Jung F. Patient safety attitudes among respiratory therapists in Taiwan. *Respir Care* [Internet]. 2011 Dec [cited 2013 Aug 6]; 56(12):1924-9. Available from: <http://rc.rcjournal.com/content/56/12/1924.full.pdf+html>
20. Poley MJ, van der Starre C, van den Bos A, van Dijk M, Tibboel D. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. *Pediatric Crit Care Med* [internet]. 2011 Nov [cited 2013 Aug 6];12(6):310-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21572367>
21. Allard J, Bleakley A, Hobbs A, Coombes L. Pre-surgery briefings and safety climate in the operating theatre. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 30]; 20(8):711-7 Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/20/8/711.full.pdf+html>
22. Vigorito MC, McNicoll L, Adams L, Sexton B. Improving safety culture results in Rhode Island ICUs: lessons learned from the development of action-oriented plans. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2011 Nov; 37(11):509-14.
23. Speroff T, Nwosu S, Greevy R, Weinger MB, Talbot TR, Wall RJ, et al. Organizational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2010 Dec [cited 2013 Aug 6];19(6):592-6. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/19/6/592.full.pdf+html>
24. Carney BT, West P, Neily J, Mills PD, Bagian JP. The effect of facility complexity on perceptions of safety climate in the operating room: size matters. *Am J Med Qual* [Internet]. 2010 Nov/Dec [cited 2013 Aug 6];25(6):457-61. Available from: <http://ajm.sagepub.com/content/25/6/457.1>
25. Parry G, Horowitz L, Goldmann D. Patient safety attitudes of pediatric trainee physicians. *Qual Saf Health Care* [Internet].

Cultura de segurança do paciente no cenário hospitalar...

- 2009 Dec [cited 2013 Aug 6]; 18(6):462-6. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/18/6/462.full.pdf+html>
26. Huang DT, Clermont G, Sexton JB, Karlo CA, Miller RG, Weissfeld LA, Rowan, et al. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. *Crit Care Med* [Internet]. 2007 Jan [cited 2013 Aug 6];35(1):165-76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17110876>.
27. Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2005 [cited 2013 Dec 22]; 14(4):231-3. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/14/4/231.full.pdf+html>
28. Singer SJ, Falwell A, Gaba DM, Meterko M, Rosen A, Hartmann CW, et al. Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Manage Rev* [Internet]. 2009 Oct-Dec [cited 2013 Dec 22]; 34(4):300-11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19858915>
29. Pronovost PT, Berenholtz SM, Goeschel CA, Needham DM, Sexton JB, Thompson DA, et al. Creating high reliability in health care organizations. *Health Serv Res* [Internet]. 2006 Aug [cited 2013 Oct 17];41(4):1599-617. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez47.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC1955341/pdf/hesr0041-1599.pdf>
30. Nunes CM, Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. *REE* [Internet]. 2010 [cited 2014 Oct 18];12(2):252-7. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a04.htm>

Submissão: 29/01/2015

Aceito: 14/09/2016

Publicado: 15/10/2016

Correspondência

Mari Angela Meneghetti Baratto
Rua Ceci Leite Costa, 1175
Bairro Faxinal do Soturno
CEP 97220-000 – Rio Grande do Sul (RS),
Brasil