

Instrumentos para avaliação da cultura de segurança do paciente nos serviços de emergência: revisão integrativa

Questionnaire for assessing patient safety culture in emergency services: an integrative review

Instrumentos para evaluar la cultura de seguridad del paciente em los servicios de emergencia: uma revisão integradora

Gisele Torrente¹

ORCID: 0000-0002-9366-7175

Sayonara de Fátima Faria Barbosa^{II}

ORCID: 0000-0002-2342-3300

^I Universidade do Estado do Amazonas. Manaus, Amazonas, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Como citar este artigo:

Torrente G, Barbosa SFF. Questionnaire for assessing patient safety culture in emergency services: an integrative review.

Rev Bras Enferm. 2021;74(2):e20190693.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0693>

Autor Correspondente:

Gisele Torrente

E-mail: torrentegisele@gmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Margarida Vieira

Submissão: 26-11-2019 **Aprovação:** 12-11-2020

RESUMO

Objetivo: identificar os instrumentos utilizados para a avaliação da cultura de segurança do paciente no cenário da emergência. **Método:** revisão integrativa da literatura referente ao período de 2000 a 2018. **Resultados:** foram identificados 13 instrumentos para avaliar a cultura de segurança do paciente em emergência hospitalar e pré-hospitalar, compreendendo de 12 a 50 questões, agrupadas de três a 12 dimensões, prevalecendo dimensões relacionadas ao trabalho em equipe, apoio e ações da gestão para a segurança do paciente e aquelas com foco na melhoria contínua dos processos e educação permanente. Destaca-se o *Emergency Medical Service Safety Attitude Questionnaire*, exclusivo para o atendimento pré-hospitalar. **Conclusões:** a escolha e a melhor decisão quanto ao instrumento estão atreladas aos objetivos, ao ambiente e à população a ser investigada, bem como à confiabilidade do instrumento. **Descritores:** Gestão de Segurança; Cultura Organizacional; Segurança do Paciente; Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde); Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

Objective: to identify the instruments used to assess patient safety culture in emergency settings. **Method:** an integrative literature review conducted from 2000 to 2018. **Results:** 13 instruments were identified to assess patient safety culture in hospital and pre-hospital emergencies, comprising 12 to 50 questions, grouped from three to 12 dimensions, with dimensions related to teamwork, support, and management actions for patient safety and for continuous process improvement and continuing education. The Emergency Medical Service Safety Attitude Questionnaire, which is exclusive for pre-hospital care, stands out. **Conclusions:** the choice and the best decision regarding the instrument are linked to the objectives, the environment and the population to be investigated, as well as the instrument's reliability. **Descriptors:** Safety Management; Organizational Culture; Patient Safety; Process Assessment (Health Care); Emergency Medical Services.

RESUMEN

Objetivo: identificar los instrumentos utilizados para evaluar la cultura de seguridad del paciente en el contexto de urgencias. **Método:** revisión integradora de la literatura para el período 2000 a 2018. **Resultados:** Se identificaron 13 instrumentos para evaluar la cultura de la seguridad del paciente en emergencias hospitalarias y prehospitalarias, que comprenden de 12 a 50 preguntas, agrupadas entre 3 a 12 dimensiones. Dimensiones predominantes relacionadas con el trabajo en equipo, acciones de apoyo y gestión para la seguridad del paciente y aquellas enfocadas a la mejora continua de procesos y educación permanente. Destaca el *Emergency Medical Service Safety Attitude Questionnaire*, exclusivo para la atención prehospitalaria. **Conclusiones:** la elección y la mejor decisión en cuanto al instrumento están vinculadas a los objetivos, el entorno y la población a investigar, así como a la confiabilidad del instrumento.

Descritores: Administración de la Seguridad; Cultura Organizacional; Seguridad del Paciente; Evaluación de Proceso (Atención de Salud); Servicios Médicos de Urgencia.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente obteve prioridade nos sistemas de cuidados de saúde, a partir do documento do *Institute of Medicine* (IOM) intitulado *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, com relato dos erros na assistência à saúde nos Estados Unidos da América como a oitava causa de óbitos, ultrapassando mortes decorrentes de acidentes automobilísticos, câncer de mama e AIDS⁽¹⁾.

Diante deste preocupante quadro, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou, em 2004, a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente), com o objetivo de mobilizar esforços globais para melhorar a segurança dos cuidados de saúde para os pacientes em todos os países membros da OMS, estabelecendo uma ambiciosa agenda de segurança do paciente (SP)⁽²⁾.

Dentre as várias iniciativas, estimulou-se o desenvolvimento de uma cultura de SP nas organizações de saúde de tal forma que sua força de trabalho e os processos estivessem voltados para a melhoria da confiabilidade e segurança nos cuidados aos pacientes⁽¹⁾. Acredita-se que o conhecimento sobre este tema possibilita a identificação das áreas de melhoria, aumento da consciência dos conceitos de SP, avaliação da efetividade das intervenções e sua segurança ao longo do tempo, contribuindo com o estabelecimento de metas internas e externas⁽³⁾.

Tida como as atitudes e práticas dos membros de uma organização, dispostos a detectar erros e aprender a partir deles, a cultura de SP proporciona um ambiente profissional com espírito de coesão, elevado nível de comprometimento entre os diferentes profissionais, serviços e departamentos que constituem toda a rede de cuidados⁽⁴⁾.

A cultura de SP é resultado de valores individuais e grupais, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a capacidade para a gestão da saúde e segurança de uma organização. Seu aspecto positivo engloba a comunicação fundada na confiança mútua pela percepção comum da importância da segurança e pela confiança na eficácia de medidas preventivas⁽⁴⁾.

Estão disponíveis diferentes instrumentos que medem o clima ou a cultura de SP, que variam, consideravelmente, no que diz respeito a características gerais, dimensões avaliadas, psicométrica realizada e aplicabilidade⁽⁴⁻⁶⁾.

A SP e a cultura de segurança são itens pertencentes aos indicadores de qualidade nos serviços de saúde, onde a identificação dos pontos positivos e de fragilidades vai direcionar o plano estratégico da instituição para ações de melhoria e controle dos serviços de saúde ofertados ao paciente⁽⁷⁾.

OBJETIVO

Identificar os instrumentos utilizados para a avaliação da cultura de SP no cenário da emergência intra ou pré-hospitalar, pontuando o conteúdo referente às dimensões e perguntas.

MÉTODO

Estudo de revisão integrativa, de acordo com a metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)⁽⁸⁾.

Foram utilizadas as bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE/PubMed), no período compreendido entre 2000 e 2018. Utilizaram-se como palavras-chave os termos "patient", "safety", "culture", "climate", "survey", "questionnaires", associados aos operadores booleanos AND/OR, constituindo as seguintes sintaxes de busca: MEDLINE - "Patient" AND "safety" AND "culture" OR "climate" [palavras] AND "survey" AND "questionnaires" AND "emergency medical service"; CINAHL - "patient safety culture" OR "patient safety climate" AND "survey" AND "questionnaires" AND "emergency medical services".

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, com resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas e acesso ao texto na íntegra, de natureza quantitativa, abordando avaliação da cultura de SP por instrumentos validados aplicados a profissionais atuantes na emergência hospitalar e pré-hospitalar. Os critérios de exclusão foram: teses e dissertações, publicações referentes a resumos de congresso, anais, editoriais, comentários e opiniões, artigos de reflexão e revisão de literatura.

Cada fase de coleta de dados e revisão foi realizada por dois autores, de forma independente. Na primeira etapa, uma busca minuciosa da literatura foi realizada utilizando as palavras-chave com base no léxico da CINAHL e PubMed; na segunda etapa, foram avaliados os títulos e os resumos dos artigos, excluindo aqueles que não preencheram os critérios de inclusão ou apresentaram algum critério de exclusão e/ou as publicações duplicadas.

Para terceira etapa, procedeu-se a leitura na íntegra dos artigos e selecionados 21 artigos para compor este estudo. A busca foi realizada em outubro de 2018, e o fluxograma para estratégia de busca está apresentado na Figura 1.

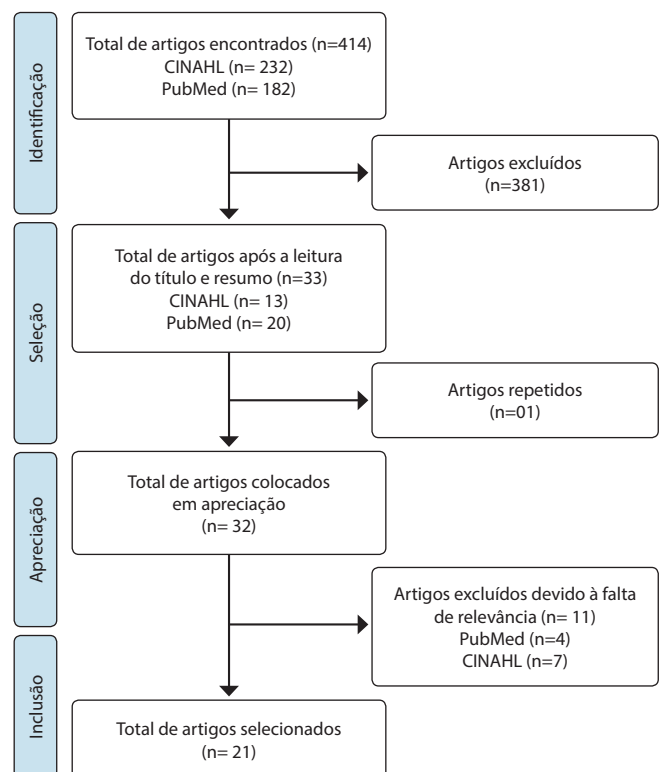


Figura 1 - Fluxograma para estratégia de busca

Os 13 instrumentos identificados nos 21 artigos selecionados serão detalhados e discutidos conforme o setor de aplicação do mesmo, com o serviço hospitalar incluindo o setor de emergência, aplicado exclusivamente ao setor de emergência intra-hospitalar e ao serviço de emergência pré-hospitalar.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 21 artigos, sendo 16 publicados no PubMed e cinco no CINAHL, com início das publicações em 2003 (1) e a maioria das publicações ocorridas entre 2012 a 2014 (10). O idioma inglês foi dominante em 19 das publicações; 11 estudos aconteceram em ambiente de pesquisa nos Estados Unidos da América do Norte; nove foram conduzidos em outros países abrangendo a Europa, a Ásia e a América do Sul.

Quadro 1 - Distribuição dos estudos analisados conforme instrumentos de avaliação da cultura de segurança do paciente, segundo país, ano de publicação, número de questões, dimensão e cenário de aplicação

Instrumentos	Nº Pesquisa/ País/Ano	Nº de questões	Nº de dimensões	Cenário	
1	HSOPSC ⁽⁹⁻¹⁴⁾	Portugal (2011), Coréia (2017), Coréia do Sul (2018), Arábia Saudita (2018), Suécia (2013)	42	12	α
	HSOPSC ⁽¹⁴⁾	Irã (2014)	42	12	β
2	SAQ ⁽¹⁵⁾	Brasil (2016)	41	6	α
3	AACN HWEAT e HSOPSC ⁽¹⁶⁾	EUA (2018)	20	6	α
4	RPPE ⁽¹⁷⁾	Chipre (2014)	39	8	α
5	PCQ-F ⁽¹⁸⁾	Suécia (2015)	17	3	δ
6	<i>Safety beliefs and practices conducted by the Air and Surface Transport Nurses Association</i> ⁽¹⁹⁾	EUA (2014)	15	4	Ω
7	ED Survey Colorado ⁽²⁰⁻²¹⁾	EUA (2012, 2009)	55	9	β
8	ED Survey Indianápolis ^(20,22)	EUA (2012, 2003)	67	10	β
9	EMS Safety Climate Scale ⁽²³⁾	EUA (2012)	20	6	Ω
10	EMS-SI ⁽²⁴⁾	EUA (2012)	44	6	Ω
11	<i>Alberta Registered Nurse Survey</i> ⁽²⁵⁾	Canadá (2011)	20	12	α
12	<i>Institute for Healthcare Improvement</i> ⁽²⁶⁾	EUA (2013)	19	4	β
13	EMS-SAQ ⁽²⁷⁾	EUA (2016)	30	6	Ω

Notas: HSOPSC - Hospital Survey on Patient Safety; SAQ - Safety Attitude Questionnaire; AACN HWEAT - American Association of Critical-Care Nurses Healthy Work Environment Assessment Tool; EMS-SAQ - Emergency Medical Service Safety Attitude Questionnaire; PCQ-F - Person-centered Climate Questionnaire - Family; RPPE - Revised Professional Practice Environment; PSCS - Patient Safety Culture Survey; ED - Emergency Department; EMS - Emergency Medical Services; EMS-SI - Emergency Medical Services - Safety Inventory; α - intra-hospitalar abrangendo serviço de emergência; β - exclusivo para emergência intra-hospitalar; Ω - atendimento pré-hospitalar terrestre e/ou aéreo; δ - familiares no serviço de emergência.

Foram identificados 13 instrumentos, que avaliaram a cultura de segurança com abordagem que incluía o serviço de emergência (SE) hospitalar, onde os profissionais dessa área variaram de quatro a 11% da amostra total. Dos 13 instrumentos, três são aplicáveis para o serviço de atendimento pré-hospitalar terrestre e aéreo.

A maioria dos artigos utilizou instrumentos de avaliação da cultura de SP com perguntas fechadas, predomínio do uso da escala tipo Likert para grau de concordância variando de três a seis pontos. O número de questões em cada instrumento variou de 12 a 55, incorporadas de três a 12 dimensões. A associação de dois instrumentos, com intenção de avaliar a cultura de segurança e outros indicadores de qualidade, estava presente em duas pesquisas. Registra-se a frequente utilização do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety* (HSOPSC) e do *Safety Attitude Questionnaire - Emergency Medical Service* (SAQ-EMS) para o ambiente pré-hospitalar, apresentado no Quadro 1.

Instrumentos e suas dimensões

Os instrumentos possuem variações importantes quanto à sua composição de dimensões e questões. Identificou-se uma diversidade de dimensões, total de 59, nos instrumentos e também a falta de uma nomenclatura universal ou glossário para caracterizá-las. Os instrumentos *Hospital Survey on Patient Safety* e o *Alberta Registered Nurse Survey* são os que possuem maior quantidade de dimensões (12).

Observou-se predomínio das dimensões de trabalho em equipe, percepção da segurança, satisfação no trabalho e clima de segurança. Algumas dimensões foram menos expressivas, manifestando-se isoladamente em único instrumento com características específicas, exemplificado pela segurança da equipe no instrumento *Safety beliefs and practices conducted by the Air and Surface Transport Nurses Association* (Quadro 2).

Quadro 2 - Distribuição das dimensões/domínios conforme instrumentos de avaliação da cultura de segurança do paciente incluídos nesta revisão

	Dimensões / Domínios	Instrumentos
1	Frequência de eventos adversos notificados	HSOPSC; PSCS
2	Trabalho em equipe	HSOPSC; PSCS; SAQ-EMS; SAQ; RPPE; ED; EMS-SI
3	Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	HSOPSC; PSCS
4	Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	HSOPSC; PSCS
5	Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	HSOPSC; PSCS
6	Percepção de segurança	HSOPSC; PSCS; SAQ-EMS; SAQ; EMS-SI
7	Feedback e comunicação sobre erros	HSOPSC; PSCS
8	Abertura para comunicações	HSOPSC; PSCS
9	Trabalho em equipe entre unidades	HSOPSC; PSCS
10	Dimensionamento de pessoal	HSOPSC; PSCS; AACN HWEAT
11	Problemas em mudança de turno e transições entre unidades/serviços	HSOPSC; PSCS
12	Resposta não punitiva aos erros	HSOPSC; PSCS

Continua

Continuação do Quadro 2

	Dimensões / Domínios	Instrumentos
13	Satisfação no trabalho	SAQ-EMS; SAQ; EMS-SI; <i>Alberta Registered Nurse Survey</i>
14	Clima de segurança	SAQ-EMS; SAQ; PCQ-F; EMS-SI; <i>Institute for Healthcare Improvement</i>
15	Stress	SAQ-EMS; SAQ; EMS-SI
16	Condições de trabalho	SAQ-EMS; SAQ; EMS-SI
17	Colaboração verdadeira (<i>true collaboration</i>)	AACN HWEAT
18	Comunicação especializada (<i>skilled communication</i>)	AACN HWEAT
19	Tomada de decisão efetiva (<i>effective decision-making</i>)	AACN HWEAT
20	Reconhecimento significativo (<i>meaningful recognition</i>)	AACN HWEAT
21	Liderança autêntica (<i>authentic leadership</i>)	AACN HWEAT
22	Clima de cotidiano (<i>climate of everydayness</i>)	PCQ-F
23	Clima de hospitalidade (<i>climate of hospitality</i>)	PCQ-F
24	Lidar com desacordo e conflito (<i>handling disagreement and conflict</i>)	RPPE
25	Liderança e autonomia na prática clínica (<i>leadership and autonomy in clinical practice</i>)	RPPE
26	Motivação interna de trabalho (<i>internal work motivation</i>)	RPPE
27	Controle sobre a prática (<i>control over practice</i>)	RPPE
28	Comunicação sobre o paciente (<i>communication about patient</i>)	RPPE
29	Relações da equipe com os médicos (<i>staff relationships with physicians</i>)	RPPE
30	Ambiente físico (<i>physical environment</i>)	ED
31	Pessoal (<i>staffing</i>)	ED
32	Enfermagem (<i>nursing</i>)	ED
33	Cultura (<i>culture</i>)	ED
34	Triagem e monitoramento (<i>triage and monitoring</i>)	ED
35	Coordenação e consulta de informação (<i>information coordination and consultation</i>)	ED
3	Coordenação de internação (<i>inpatient coordination</i>)	ED
6	Disponibilidade de equipamento de proteção individual (<i>availability of personal protective gear</i>)	EMS
37	Suporte da gestão (<i>management support</i>)	EMS
38	Ausência de impedimentos no emprego (<i>absence of job hindrances</i>)	EMS
39	Feedback e treinamentos (<i>feedback/training</i>)	EMS

Continua

Continuação do Quadro 2

	Dimensões / Domínios	Instrumentos
40	Limpeza do ambiente de trabalho (<i>cleanliness of workspace</i>)	EMS
41	Conflito mínimo e boa comunicação (<i>minimal conflict/good communication</i>)	EMS
42	Aglomeração (<i>crowding</i>)	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
43	Comunicação e coordenador de cuidados (<i>communication/coordination of care</i>)	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
44	Segurança dos medicamentos (<i>medicationsafety</i>)	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
45	Qualidade do cuidado (<i>quality of care</i>)	<i>Alberta Registered Nurse Survey</i>
46	Eventos adversos com paciente (<i>adverse patient events</i>)	<i>Alberta Registered Nurse Survey</i>
47	Trabalho integral ou parcial (<i>experience full time/part time</i>)	<i>Alberta Registered Nurse Survey</i>
48	Salário (<i>salary</i>)	<i>Alberta Registered Nurse Survey</i>
49	Educação continuada (<i>continuing education</i>)	<i>Alberta Registered Nurse Survey</i>
50	Programa de garantia de qualidade (<i>quality assurance program</i>)	<i>Alberta Registered Nurse Survey</i>
51	Preceptoria (<i>preceptorship</i>)	<i>Alberta Registered Nurse Survey</i>
52	Autonomia (<i>autonomy</i>)	<i>Alberta Registered Nurse Survey</i>
53	Controle sobre a prática clínica (<i>control over practice</i>)	<i>Alberta Registered Nurse Survey</i>
54	Relação entre enfermeiros e médicos (<i>RN-MD relationships</i>)	<i>Alberta Registered Nurse Survey</i>
55	Exaustão emocional (<i>emotional exhaustion</i>)	<i>Alberta Registered Nurse Survey</i>
56	Segurança da equipe (<i>staff crew safety</i>)	<i>Safety beliefs and practices conducted by the Air and Surface Transport Nurses Association</i>
57	Segurança do paciente (<i>patient safety</i>)	<i>Safety beliefs and practices conducted by the Air and Surface Transport Nurses Association</i>
58	Condição de voo (<i>flying status</i>)	<i>Safety beliefs and practices conducted by the Air and Surface Transport Nurses Association</i>
59	Fechamento de chamadas, quase erros e incidentes na segurança (<i>close calls, near misses, or safety incidents</i>)	<i>Safety beliefs and practices conducted by the Air and Surface Transport Nurses Association</i>

Nota: HSOPS - Hospital Survey on Patient Safety; SAQ - Safety Attitude Questionnaire; AACN HWEAT - American Association of Critical-Care Nurses Healthy Work Environment Assessment Tool; EMS-SAQ - Emergency Medical Service Safety Attitude Questionnaire; PCQ-F - Person-centered Climate Questionnaire - Family; RPPE - Revised Professional Practice Environment; PSCS - Patient Safety Culture Survey; ED - Emergency Department; EMS - Emergency Medical Services; EMS-SI - Emergency Medical Services - Safety Inventory.

Ressalta-se que alguns instrumentos não sofreram validação e adaptação transcultural para o português brasileiro. Sendo assim, no Quadro 2, são apresentadas as dimensões com proposta de tradução para o português e, entre parênteses, a escrita, na língua inglesa, conforme consta no instrumento.

Instrumentos e sua aplicabilidade nos serviços de emergência intra-hospitalar, pré-hospitalar aéreo e terrestre

Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)

Foram identificados estudos que utilizaram esse instrumento aplicado aos profissionais de saúde, para avaliar a cultura de SP no serviço de emergência intra-hospitalares associado ou não a outros setores da assistência e com modificação da sigla para PSCS, identificado no estudo de Jones, Podilha e Powers⁽¹³⁾. Proposto pela *Agency of Health Research and Quality* (ARHQ) com o objetivo de avaliar a cultura de SP, possui 42 questões distribuídas em 12 dimensões. Com ampla aplicabilidade a diferentes ambientes hospitalares, esse instrumento foi traduzido e validado para o português brasileiro⁽²⁸⁾. Suas 42 questões são respondidas em escala do tipo Likert de cinco pontos, conforme o grau de concordância adotado pelo respondente^(13,28-29).

Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)

Esse instrumento, em seu formato não específico, foi utilizado em apenas um dos artigos que compõem esta revisão e aplicado aos profissionais de saúde no ambiente intra-hospitalar. Derivado de Sexton⁽⁶⁾, o *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form*, foi criado para avaliar as percepções de profissionais em relação às questões de SP, é bastante versátil e possui adequações conforme o cenário investigado. Possui 41 questões, e as respostas a cada uma das questões seguem uma escala tipo Likert de cinco pontos para grau de concordância: discordo totalmente, discordo um pouco, neutro, concordo um pouco, concordo totalmente e não se aplica. Foi traduzido e validado para o português brasileiro⁽³⁰⁾, e possui variações para sua utilização nas áreas específicas de atenção à saúde^(6,30-33).

Association of Critical-Care Nurses (AACN) Healthy Work Environment Assessment Tool (HWEAT) e HSOPSC

O instrumento denominado *American Association of Critical-Care Nurses (AACN) Healthy Work Environment Assessment Tool (HWEAT)* tem como objetivo analisar o ambiente de trabalho saudável. O objetivo do artigo incluído nesta revisão foi validar o instrumento, para aplicação em diferentes categorias profissionais, fazendo a correlação entre ele o instrumento HSOPSC aplicado ao cenário intra-hospitalar, que incluiu o serviço de emergência. O AACN HWEAT foi desenvolvido e validado por especialistas americanos em 2009 e em 2016, avaliado quanto às suas propriedades psicométricas. É composto por 18 questões, e as respostas são obtidas por escala do tipo Likert de três intervalos, sendo de 4,00 a 5,00, "excelente"; de 3,00 a 3,99, "bom"; de 1,00 a 2,99, "precisa ser melhorada", e os valores expressos pela média de pontuação dos respondentes⁽¹⁶⁾.

Emergency Medical Service Safety Climate Scale – Emergency Medical Service Safety Climate Scale

O *Emergency Medical Service Safety Climate Scale* é um instrumento americano que objetiva avaliar o clima de segurança validado para o serviço de emergência. Os autores incluíram,

nesse estudo, profissionais de saúde atuantes no serviço de emergência pré-hospitalar, com o objetivo de explorar a relação entre a percepção do clima de segurança e a adesão aos procedimentos de segurança pelos profissionais do serviço. O instrumento é composto por três sessões. A primeira envolve questões sociodemográficas; a segunda possui questões sobre a adesão aos procedimentos de segurança; a terceira é concentrada na avaliação do clima de segurança do serviço médico de emergência, utilizando questões adaptadas de Gerhson e outros⁽³⁴⁾. O instrumento é composto por 20 questões distribuídas em seis domínios⁽²³⁾.

Alberta Registered Nurse Survey

Nesse artigo, os autores utilizaram dados obtidos por um instrumento aplicado na América do Norte, Europa e Reino Unido envolvendo 60 mil enfermeiros em relação à cultura de SP e à teoria "subculturas de especialidades em enfermagem" (*Nurse Specialty Subcultures (NSSCs)*). O estudo incluiu enfermeiros atuantes em diversos setores hospitalares, incluindo a emergência, e foi aplicado o questionário denominado *Alberta Registered Nurse Survey*, que possui 14 páginas, com respostas dadas em escala do tipo Likert, de sim ou não, ou múltiplas escolhas⁽²⁵⁾.

Institute for Healthcare Improvement

Nesse estudo, os autores apresentam um instrumento para avaliar a SP, que inclui questões para contemplar o clima de segurança envolvendo a equipe multidisciplinar, aplicado ao serviço de emergência pediátrica intra-hospitalar. As respostas foram dadas em escala do tipo Likert de cinco pontos, estabelecendo como comportamento positivo os escores calculados >75⁽²⁶⁾.

Emergency Department Survey – (ED Survey - Colorado)

Esse instrumento foi desenvolvido por pesquisadores americanos, com o objetivo de avaliar o clima de segurança do serviço de emergência intra-hospitalar, aplicado a profissionais de saúde. Envolveu duas fases, sendo uma qualitativa por entrevista e de grupo focal, a fim de emergir através dos participantes tópicos para construção do instrumento. As informações obtidas foram consolidadas e validadas para compor o instrumento com nove dimensões. As respostas foram dadas em escala do tipo Likert de grau de concordância em três pontos⁽²¹⁾.

Emergency Department Survey – (ED Survey - Indianápolis)

Nesse estudo, aplicado aos profissionais de saúde, os autores direcionaram o instrumento para o serviço de emergência intra-hospitalar, com o objetivo de avaliar o clima de SP e sua associação com o atendimento aos pacientes com comprometimento da saúde mental. Composto por questões sociodemográficas para equipe multidisciplinar e 10 dimensões para mensurar o clima organizacional. As 67 questões estão divididas nas dimensões e as respostas são obtidas por escala do tipo Likert de três pontos⁽²²⁾.

Safety beliefs and practices conducted by the Air and Surface Transport Nurses Association

Os autores tiveram como objetivo descrever a cultura de SP em cuidados aéreos nos Estados Unidos, com amostra de 236 enfermeiros e paramédicos, utilizando o questionário informatizado adaptado do questionário *Safety beliefs and practices conducted by the Air and Surface Transport Nurses Association*. O instrumento incluiu dados demográficos e 13 questões com resposta em escala do tipo Likert de 1 a 5 pontos. Compõe também a abordagem qualitativa empírica para narrativa de experiências em relação a questões de segurança, considerando o método exploratório e misto. Os autores não atribuíram “nome” ou siglas ao instrumento^(19,34).

Safety Attitudes Questionnaires – Emergency Medical Service (SAQ-EMS)

Esse instrumento foi utilizado em três artigos e tem como objetivo avaliar a cultura de segurança nos serviços médicos de emergência pré-hospitalar e respondido pela equipe multidisciplinar. É derivado do SAQ (*Safety Attitudes Questionnaire*) criado por Sexton⁽⁶⁾. Para atender ao ambiente pré-hospitalar compõe seis domínios e suas 30 questões avaliadas em escala do tipo Likert de cinco pontos. Foram realizados testes psicométricos para validação do instrumento e este compõe um manual disponível em mídia para uso e replicação.

Emergency Medical Service – Safety Inventory (EMS-SI)

Os autores complementam o instrumento SAQ-SEM com a nova proposta de instrumento denominado EMS-SI, que tem como objetivo avaliar a segurança geral, isto é, envolver além dos processos específicos do atendimento. É composto por 44 questões e as respostas obtidas pelos profissionais de saúde são apresentadas em sim ou não e cinco diferentes graus e concordância. Foi submetido à validação por especialistas utilizando a técnica Delphi. Os autores concluem que o instrumento é amplo, aplicável e está sob melhorias⁽²⁴⁾.

Revised Professional Practice Environment (RPPE)

Os autores deste artigo abordam a proposta de comparar dois instrumentos, o RPPE, com o instrumento SAQ-EMS, aplicados ao serviço de emergência intra-hospitalar, envolvendo médicos e enfermeiros, para avaliar a percepção dos profissionais sobre seu ambiente de trabalho e prática profissional. a escala RPPE foi especificamente projetada em 1998, com 39 questões distribuídas em oito dimensões, com respostas pontuadas em grau de concordância por escala do tipo Likert de cinco pontos^(17,35).

Person-Centred Questionnaire – Family (PCQ-F)

Direcionado ao contexto familiar do serviço de emergência, o *Person-Centred Climate Questionnaire – Family (PCQ-F)* tem como objetivo analisar os aspectos do clima de segurança do serviço de emergência intra-hospitalar percebidos pelos familiares dos pacientes. Derivado do *Person-Centred Climate Questionnaire – Patient (PCQ-P)*, é composto por 17 questões distribuídas. As

respostas são dadas em escala do tipo Likert de seis pontos para diferentes graus de concordância aos questionamentos⁽¹⁸⁾.

DISCUSSÃO

A preocupação com a SP tem se intensificado mundialmente frente a evidências de que a qualidade e a segurança do atendimento em hospitais podem ser melhoradas. Nos últimos anos surgiram várias iniciativas buscando-se uma assistência em saúde segura. Dentre estas iniciativas, destacam-se estudos visando identificar a cultura de SP nas instituições de saúde. O cuidado de saúde tem se tornado mais complexo e exige um esforço maior dos gestores e profissionais pela busca da qualidade em saúde. Falar em SP é falar em qualidade dos serviços de saúde⁽³⁶⁻³⁸⁾.

Na busca por esta qualidade, a cultura de SP vem desmistificar a teoria do erro e culpabilidade de apenas um profissional, envolvendo questões sobre a estrutura e os processos envolvidos na prestação do cuidado. Neste sentido, a palavra “culpa” é substituída pela palavra “busca” em identificar a causa do evento adverso e sua correlação na falha do processo.

Neste sentido, diferentes pesquisas que avaliam a cultura de SP estão disponíveis e elas variam no que diz respeito a suas características gerais, quantidade de questões e dimensões, como também em relação ao objetivo de interpretação^(16,18,35,39).

Reconhece-se uma preferência dos pesquisadores para a aplicação do instrumento proposto pela *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* que é a Agência Federal dos EUA responsável pela melhoria da qualidade, segurança, eficiência e eficácia do atendimento de prestadores de cuidados em saúde. O *Hospital Survey on Patient Safety (HSOPS)* foi desenvolvido e validado em 2004 e com aplicabilidade em território brasileiro^(3,15,40).

Já o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) é um refinamento do *Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire* e foi derivado de um questionário amplamente utilizado na aviação comercial, o *Flight Management Attitudes Questionnaire (FMAQ)*. Adaptado para uso em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), Centro Cirúrgico (CC), unidades de internação (enfermaria, bloco cirúrgico, ambulatórios e emergência). Para cada versão do SAQ, o conteúdo de cada item é o mesmo, com pequenas alterações que refletem a área clínica. Por meio dos 60 itens, avalia seis dimensões da cultura de SP como: *clima de trabalho em equipe; clima de segurança; satisfação no trabalho; percepções de gestão; condições de trabalho; reconhecimento de estresse*⁽⁶⁾.

A avaliação da cultura de SP se apresenta em paralelo a outros instrumentos, com foco na qualidade. Identificou-se um estudo em que foi realizada análise multivariada entre as dimensões da cultura de segurança e os resultados nos pacientes nas determinantes de: erro de medicação, úlcera por pressão, infecção do trato urinário, infecção de corrente sanguínea, pneumonia, satisfação do paciente e queda^(16-17,24).

Percebe-se que os instrumentos de avaliação da cultura de segurança são criados ou modificados para atender as necessidades específicas, sejam elas da região ou país, grupo específico profissional ou local de utilização⁽⁴¹⁻⁴³⁾.

Há variações e adaptações desses instrumentos, para atender as especificidades de cada realidade e os objetos de estudo. Nessas variações, percebe-se que há uma crescente preocupação

em avaliar o envolvimento do paciente e família na abordagem da cultura de SP.

Interessante observar que há uma preocupação em avaliar dimensões como relacionamento entre unidades, transferência e passagens de plantão. Apesar de incipiente, a avaliação dessas dimensões é de relevância na promoção da SP, e aponta a necessidade de realização de outros estudos com este foco⁽¹³⁾.

Nesta série de avaliação de dezoito anos de publicações referente à temática, percebeu-se uma evolução na utilização dos instrumentos. Anteriormente, objetivavam medir a cultura de segurança na sua apresentação como positiva, negativa e/ou neutra, apontando aspectos frágeis para melhoria, e evoluíram para um cenário de correlação desses resultados com diferentes itens de qualidade do serviço de saúde, relacionados aos desfechos do cuidado no paciente, problemas laborativas da equipe, impacto relacionado práticas inovadoras e programa educacionais com foco na segurança⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾.

Limitações do estudo

As limitações deste estudo estão compreendidas pela amostra incluir somente estudos disponíveis *online* e gratuitamente. As descrições pouco detalhadas pelos autores nos artigos sobre os instrumentos utilizados resultam em uma lacuna de informações neste estudo.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

A cultura de SP é parte importante na qualidade prestada nos serviços de saúde, e sua avaliação pode envolver o comportamento da equipe, paciente e familiares. O estudo apresentado trata do tema com foco no serviço de emergência, onde as atitudes/

condutas são balizadas por tempo com reflexo no desfecho final do paciente num cenário comumente caótico.

Conhecer sobre os instrumentos indicados para avaliar a cultura de segurança em ambiente específico contribui para obter evidências balizadas por instrumentos confiáveis e melhor organização do plano de ação dos serviços sobre o tema.

Politicamente, a cultura de SP está contemplada nas políticas assistenciais brasileiras por portarias ministeriais, e reflete em importante fonte de pesquisa em estudos envolvendo, principalmente, a equipe de enfermagem brasileira e mundial.

CONCLUSÕES

A avaliação da cultura de SP se reveste de grande importância para a promoção de uma assistência de saúde e de qualidade. Esta revisão apresenta 13 instrumentos utilizados no cenário da emergência intra e pré-hospitalar. Destaca-se o uso dos instrumentos HSOPS e SAQ, tendo estas possibilidades de adaptação ao cenário pré-hospitalar. Aponta-se, também, os instrumentos mais específicos para determinados cenários, como serviço de transporte aéreo e instituições de longa permanência.

O quantitativo e a nomenclatura das dimensões variam entre os instrumentos. As dimensões mais frequentes envolvem o trabalho em equipe, apoio e ações da gestão para a SP, bem como aquelas cujo foco é na melhoria contínua, na aprendizagem, na formação e nos recursos humanos para a SP. Certamente, ao escolher um instrumento de avaliação da cultura de segurança, recomenda-se optar por um que contemple esses aspectos seria um caminho.

Também há que se considerar a área de aplicação do instrumento, a população e os objetivos do pesquisador, que deve estar atento às multifacetadas dos serviços de emergência e à influência dessas dimensões sob a SP.

REFERÊNCIAS

1. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: National Academy Press; 2000.
2. World Health Organization-WHO. The World Alliance for Patient Safety. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Date; 2004.
3. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(2):ii17-23. https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
4. Rosen MA, Diaz-Granados D, Dietz AS, Benishek LE, Thompson D, Pronovost PJ, et al. Teamwork in healthcare: key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am Psychol*. 2018;73(4):433-50. <https://doi.org/10.1037/amp000298>
5. Alzahrani N, Jones R, Rizwan A, Abdel-Latif ME. Safety attitudes in hospital emergency departments: a systematic review. *Int J Health Care Qual Assur*. 2019;32(7):1042-54. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2018-0164>
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*. 2006;6(44):1-10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>
7. Reis GAX, Hayakawa LY, Murasaki ACY, Matsuda LMM, Gabriel CS, Oliveira MLF. Nurse manager perceptions of patient safety strategy implementation. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(2):e00340016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000340016>
8. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Int J Surgery*. 2010;8(5):336-41. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
9. Alquwez N, Cruz JP, Almoghairi AM, Al-Otaibi RS, Almutairi KO, Alicante JG, et al. Nurses' perceptions of patient safety culture in three hospitals in Saudi Arabia. *J Nurs Scholarship*. 2018;50(4):422-31. <https://doi.org/10.1111/jnu.12394>
10. Burström L, Letterstål A, Engström ML, Berglund A, Enlund M. The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean principles: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1):296. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-296>

11. Cho SM, Choi J. Patient safety culture associated with patient safety competencies among registered nurses. *J Nurs Scholarship*. 2018;50(5):549-57. <https://doi.org/10.1111/jnu.12413>
12. Jang HE, Song Y, Kang HY. Nurses' perception of patient safety culture and safety control in patient safety management activities. *J Korean Acad Nurs Adm*. 2017;23(4):450. <https://doi.org/10.1111/jkana.2017.23.4.450>
13. Jones F, Podila P, Powers C. Creating a culture of safety in the emergency department: the value of teamwork training. *J Nurs Adm*. 2013;43(4):194-200. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31828958cd>
14. Tourani S, Hassani M, Ayoubian A, Habibi M, Zaboli R. Analyzing and prioritizing the dimensions of patient safety culture in emergency wards using the TOPSIS Technique. *Glob J Health Sci*. 2015;7(4):143-50. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p143>
15. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Guerreiro JM, Motta APG, Atila E, Gimenes FRE. The perception of the patient safety climate by professionals of the emergency department. *Int Emerg Nurs*. 2017;33:1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.03.003>
16. Connor JA, Ziniel SI, Porter C, Doherty D, Moonan M, Dwyer P, et al. Interprofessional use and validation of the AACN Healthy Work Environment Assessment Tool. *Am J Crit Care*. 2018;27(5):363-71. <https://doi.org/10.4037/ajcc2018179>
17. Lambrou P, Papastavrou E, Merkouris A, Middleton N. Professional environment and patient safety in emergency departments. *Int Emerg Nurs*. 2015;23(2):150-5. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.07.009>
18. Lindahl J, Elmqvist C, Thulesius H, Edvardsson D. Psychometric evaluation of the Swedish language Person-centred Climate Questionnaire: family version. *Scand J Caring Sci*. 2015;29(4):859-64. <https://doi.org/10.1111/scs.12198>
19. McNeill MM, Pierce P, Dukes S, Bridges EJ. En route care patient safety: thoughts from the field. *Mil Med*. 2014;179(8 Suppl):11-8. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00522>
20. Camargo Jr CA, Tsai CL, Sullivan AF, Cleary PD, Gordon JA, Guadagnoli E, et al. Safety climate and medical errors in 62 US emergency departments. *Ann Emerg Med*. 2012;60(5):555-63.e20. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.02.018>
21. Magid DJ, Sullivan AF, Cleary PD, Rao SR, Gordon JA, Kaushal R, et al. The safety of emergency care systems: results of a survey of clinicians in 65 US Emergency Departments. *Ann Emerg Med*. 2009;53(6):715-23. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.10.007>
22. Wright ER, Linde B, Rau NL, Gayman M, Viggiano T. The effect of organizational climate on the clinical care of patients with mental health problems. *J Emerg Nurs*. 2003 Aug;29(4):314-21. <https://doi.org/10.1067/men.2003.103>
23. Eliseo LJ, Murray KA, White LF, Dyer S, Mitchell PA, Fernandez WG. EMS providers' perceptions of safety climate and adherence to safe work practices. *Prehosp Emerg Care*. 2012;16(1):53-8. <https://doi.org/10.3109/10903127.2011.621043>
24. Weaver MD, Wang HE, Fairbanks RJ, Patterson D. The association between EMS workplace safety culture and safety outcomes. *Prehosp Emerg Care*. 2012;16(1):43-52. <https://doi.org/10.3109/10903127.2011.614048>
25. Mallidou AA, Cummings GG, Estabrooks CA, Giovannetti PB. Nurse specialty subcultures and patient outcomes in acute care hospitals: a multiple-group structural equation modeling. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(1):81-93. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.06.002>
26. Shaw KN, Ruddy RM, Olsen CS, Lillis KA, Mahajan PV, Dean JM, et al. Pediatric Patient Safety in Emergency Departments: unit characteristics and staff perceptions. *Pediatrics* 2009;124(2):485-93. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2858>
27. Patterson PD, Huang DT, Fairbanks RJ, Wang HE. The Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire. *Am J Med Qual*. 2010;25(2):109-15. <https://doi.org/10.1177/1062860609352106>
28. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [Tese]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013.
29. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(11):2199-210. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>
30. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire-Short Form 2006 para o Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(3):575-82. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>
31. Lourenção DCA, Tronchin DMR. Patient safety in the surgical environment: translation and cross-cultural adaptation of validated instrument. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(1):1-8. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600002>
32. Zenere A, Zanolini ME, Negri R, Moretti F, Grassi M, Tardivo S. Assessing safety culture in NICU: psychometric properties of the Italian version of Safety Attitude Questionnaire and result implications. *J Eval Clin Pract*. 2016;22(2):275-82. <https://doi.org/10.1111/jep.12472>
33. Gerhson RRM, Stone PW, Bakken S, Larson E. Measurement of Organizational Culture and Climate in Healthcare. *JONA* 2004;34(1):33-40. <https://doi.org/10.1097/00005110-200401000-00008>
34. Frakes MA, High K, Stocking J. Transport nurse safety practices, perceptions, and experiences: the air and surface transport. *Air Med J*. 2009;28(5):250-5. <https://doi.org/10.1016/j.amj.2009.04.001>
35. Erickson JI, Duffy ME, Ditomassi M, Jones D. Psychometric evaluation of the revised professional practice environment (RPPE) scale. *J Nurs Adm*. 2009;39(5):236-43. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181a23d14>
36. Lee SE, Scott LD, Dahinten VS, Vincent C, Lopez KD, Park CG. Safety culture, patient safety, and quality of care outcomes: a literature review. *West J Nurs Res*. 2019;41(2):279-304. <https://doi.org/10.1177/0193945917747416>
37. Tan KH, Pang NL, Siau C, Foo Z, Fong KY. Building an organizational culture of patient safety. *J Patient Saf Risk Manag*. 2019;24(6):253-61. <https://doi.org/10.1177/2516043519878979>

38. Foster S. Taking the measure of safety culture. *British J Nurs*. 2019;28(20):1349–50. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.20.1349>
 39. Carvalho PA, Laundos CAS, Juliano JVS, Casulari LA, Gottems LBD. Assessment of safety culture in a public hospital in the Federal District, Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl. 1):252-258. doi:10.1590/0034-7167-2017-0716
 40. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AGG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(11):e00115614. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00115614>
 41. Ningrum E, Evans S, Soh SE. Validation of the Indonesian version of the Safety Attitudes Questionnaire: a Rasch analysis. *PLoS One*. 2019;14(4):e0215128. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215128>
 42. Bienassis K, Kristensen S, Burtscher M, Brownwood I, Klazinga NS. Culture as a cure: assessments of patient safety culture in OECD countries. *OECD Health Working Papers*, 2020;119. <https://doi.org/10.1787/6ee1aeae-en>
 43. Al Nadabi W, Faisal M, Mohammed MA. Patient safety culture in Oman: a national study. *J Eval Clin Pract*. 2019;1-10. <https://doi.org/10.1111/jep.13322>
 44. Zhao C, Chang Q, Zhang X, Wu Q, Wu N, Ele J, et al. Evaluation of safety attitudes of hospitals and the effects of demographic factors on safety attitudes: a psychometric validation of the safety attitudes and safety climate questionnaire. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):836. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4682-0>
 45. Zaheer S, Ginsburg LR, Wong HJ, Thomson K, Bain L. Importance of safety climate, teamwork climate and demographics: understanding nurses, allied health professionals and clerical staff perceptions of patient safety. *BMJ Open Quality*. 2018;7:e000433. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-000433>
-