

Cultura de segurança dos enfermeiros entre os serviços de um hospital universitário

Nurse safety culture in the services of a university hospital
La cultura de seguridad de enfermeros entre servicios en un hospital universitario

Cintia Silva Fassarella^I
ORCID:0000-0002-2946-7312

Lolita Dopico da Silva^{II}
ORCID:0000-0002-5331-0286

Flavia Giron Camerini^{III}
ORCID:0000-0002-4330-953X

Maria do Céu Aguiar Barbieri Figueiredo^{III}
ORCID: 0000-0003-0329-0325

^IUniversidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Departamento Médico-Cirúrgico e Universidade do Grande Rio. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{II}Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{III}Escola Superior de Enfermagem do Porto, Cintesis-UP e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto, Portugal.

Como citar este artigo:

Fassarella CS, Silva LD, Camerini FG, Figueiredo MCA. Nurse safety culture in the services of a university hospital. Rev Bras Enferm. 2019;72(3):767-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0376>

Autor Correspondente:

Cintia Silva Fassarella
E-mail: cintiafassarella@gmail.com



Submissão: 04-06-2018 **Aprovação:** 02-03-2019

RESUMO

Objetivo: Avaliar a cultura de segurança dos enfermeiros de um hospital de ensino e verificar as diferenças das dimensões dessa cultura entre os serviços. Método: Estudo transversal e quantitativo, realizado em outubro a dezembro de 2015, em um hospital universitário. Foi aplicado o instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture. **Resultados:** Participaram 195 enfermeiros de quatro serviços. Identificou-se diferença significativa entre os serviços para cinco dimensões de cultura de segurança: aprendizagem organizacional ($p = 0.012$); retorno da informação e comunicação a respeito de erro ($p = 0.014$); suporte da gestão para segurança do paciente ($p = 0.001$); percepções gerais sobre segurança do paciente ($p = 0.005$); e frequência da notificação de eventos ($p = 0.003$). **Conclusão:** O serviço de clínica médica apresentou maior diferença estatística entre as dimensões. Essas avaliações permitem que os gestores identifiquem as diferenças entre os serviços do mesmo hospital, servindo de alerta e aperfeiçoando os serviços.

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

ABSTRACT

Objective: To evaluate nurse safety culture in a teaching hospital, as well as to verify differences in the safety culture dimensions between services. **Method:** cross-sectional, quantitative study, conducted from October to December 2015, in a university hospital. The instrument *Hospital Survey on Patient Safety Culture* was applied. **Results:** A total of 195 nurses from four different services participated in the study. Significant difference between services were identified for five dimensions of safety culture: organizational learning ($P=0.012$); return of information and communication about error ($P=0.014$); management support for patient safety ($P=0.001$); general perceptions about patient safety ($P=0.005$); and frequency of event notification ($P=0.003$). **Conclusion:** The medical clinic service had the highest statistical difference between the dimensions. These evaluations allow managers to identify the differences between the same hospital's services, serving as a warning and assisting in the services' improvement.

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

RESUMEN

Objetivo: Analizar la cultura de seguridad de los enfermeros de un hospital escuela y examinar las diferencias de los aspectos de esa cultura entre los servicios realizados. **Método:** Estudio transversal y cuantitativo, realizado de octubre a diciembre de 2015, en un hospital universitario. Se utilizó el instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. **Resultados:** Participaron 195 enfermeros de cuatro servicios. Se identificó una diferencia significativa entre los servicios en los cinco aspectos de la cultura de seguridad: el aprendizaje organizacional ($p = 0,012$); la información de retorno y la comunicación con respecto al error ($p = 0,014$); el soporte de la gestión para la seguridad del paciente ($p = 0,001$); las percepciones generales sobre la seguridad del paciente ($p = 0,005$); y la frecuencia de comunicación de eventos ($p = 0,003$). **Conclusión:** El servicio en clínica médica presentó una mayor diferencia estadística entre los aspectos identificados. Estas evaluaciones pueden permitir que los gestores identifiquen las diferencias entre los servicios del mismo hospital, sirviendo como advertencia y perfeccionando los servicios.

Descriptor: Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Calidad de la Atención de Salud; Hospitales; Gestión de Riesgos.

INTRODUÇÃO

A cultura de segurança é o produto de crenças, valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e grupais que determinam o compromisso da organização com a qualidade e a segurança do paciente. Ela é a soma do que uma organização é e faz na busca da assistência segura^(1,2).

Desse modo, percebe-se que a cultura de segurança é uma maneira de pensar, comportar-se ou trabalhar na organização. Nesse sentido, as organizações de saúde estão sob influência de indivíduos e outras instituições de saúde. As influências individuais e institucionais podem manifestar-se no clima organizacional e impactar o ambiente de cuidados à saúde^(3,4).

No Brasil, a cultura de segurança tornou-se evidente e um dos princípios da gestão de risco após a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Desde então, observa-se uma crescente preocupação dos núcleos de segurança do paciente em avaliar a cultura de segurança, por entenderem que a fragilidade nesse quesito pode impactar a organização de saúde, sobretudo na assistência prestada e no desenvolvimento de iniciativas⁽⁵⁾.

É recomendado que uma instituição de saúde, antes de implementar qualquer ação direcionada à segurança do paciente, realize um diagnóstico situacional da cultura organizacional e dos serviços. Deste modo, será possível avaliar e compreender o status da cultura de segurança da organização, levantando as dimensões fortes e frágeis. Desenvolver e fortalecer a cultura de segurança é importante para gerenciar e minimizar os riscos nas organizações de saúde⁽⁴⁾.

Atualmente há uma preocupação com a avaliação da cultura de segurança em diversos cenários e com variados objetos de estudo, porém ainda são escassos os estudos que fazem uma comparação interna entre os serviços da mesma organização de saúde, uma vez que a cultura de segurança se mostra diferente entre os serviços⁽⁴⁾.

Sugere-se que a avaliação da cultura de segurança seja realizada com frequência, com o propósito de examinar, acompanhar as tendências ao longo do tempo e avaliar com indicadores de resultados o impacto dessa cultura, além de comparar os serviços. Existem vários instrumentos que avaliam a cultura de segurança no ambiente hospitalar, e para atender a este estudo foi selecionado o Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). A escolha se justifica por ser este um instrumento amplamente utilizado em diversos países em estudos de cultura de segurança, e traduzido, validado e adaptado culturalmente para o Brasil^(6,7), além de ser de fácil preenchimento, autoaplicável e com tempo médio de resposta de dez minutos⁽⁷⁾.

No contexto de preocupação global com a segurança do paciente, abordar a cultura de segurança nos serviços de um hospital de ensino se faz necessário, uma vez que identifica os pontos fortes e as limitações existentes em cada serviço, possibilitando implantação de estratégias que desenvolvam uma cultura de segurança⁽⁸⁾.

Os aspectos positivos ou negativos da cultura de segurança de uma organização se direcionam de forma individualizada e podem ser diferentes entre os serviços da mesma organização. Os aspectos avaliados são: o trabalho em equipe dentro e fora da própria unidade; aprendizado a partir do erro; expectativas e ações promovidas pelos gestores; *feedback* a partir de notificação

de incidentes; quantitativo de recursos humanos para promover as atividades diárias; punição por erros; comunicação nas transições dos cuidados; e frequência de notificações realizadas⁽⁵⁻⁸⁾.

Optou-se pelos enfermeiros avaliarem a cultura de segurança por serem uma das maiores forças de trabalho na organização⁽⁸⁾. Associado a isto, destaca-se que a enfermagem é a profissão que mais contribui para esse tipo de estudo e auxilia o gestor na organização hospitalar e na assistência prestada ao paciente⁽⁹⁾.

Desta forma, atendendo à temática de cultura e segurança como prioridade de investigação e necessitando conhecer a cultura de segurança da organização antes de implantar ações de segurança, recomenda-se a avaliação como primeiro passo no avanço e no estabelecimento de uma cultura justa e transparente. Diante do exposto, questiona-se: qual é a cultura de segurança dos enfermeiros de um hospital de ensino? Há diferença de avaliação de cultura de segurança dos enfermeiros entre os serviços do hospital de ensino?

OBJETIVO

Avaliar a cultura de segurança dos enfermeiros de um hospital de ensino e verificar as diferenças das dimensões dessa cultura entre os serviços.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário do Rio de Janeiro. Respeitaram-se todas as normas éticas e legais referentes às pesquisas com seres humanos conforme resolução vigente. A participação dos profissionais foi antecedida da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido e no esclarecimento da manutenção de confidencialidade das informações.

Desenho, local do estudo e período

Estudo *survey* transversal com abordagem quantitativa. A metodologia utilizada foi da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) para avaliação da cultura de segurança do paciente com o emprego da versão brasileira do instrumento HSOPSC^(6,7).

O estudo foi realizado em um hospital de ensino no município do Rio de Janeiro. Os serviços que participaram do estudo foram clínica médica (CM), clínica cirúrgica (CC), terapias intensivas (TI) e materno-infantil (MI).

População e amostra: critérios de inclusão e exclusão

A população foi composta por 200 enfermeiros, dos quais 49 são da CM, 41 da CC, 57 da TI e 53 da MI. Amostra foi intencional, não probabilística, sendo utilizados os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro, estar no exercício de suas funções no período de coleta de dados e atuar na instituição há mais de seis meses, pelo fato de se adequar e familiarizar-se com as atividades laborais. Foram excluídos os profissionais que, durante o período de coleta de dados, estavam de licença e férias.

Período de coleta e protocolo do estudo

A coleta de dados foi realizada entre outubro e dezembro de 2015 pela pesquisadora principal durante o período laboral dos enfermeiros, com duração média de 15 minutos, com a aplicação em papel do instrumento do HSOPSC traduzido, validado e adaptado culturalmente. Todos os enfermeiros dos serviços selecionados que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão foram incluídos na amostra.

O instrumento utilizado contém propriedades psicométricas favoráveis em 42 itens, distribuídos em doze dimensões e duas variáveis de resultados, sob a forma Likert graduada em cinco opções de respostas: de 1 (discordo fortemente) a 5 (concordo fortemente)^(6,7). A consistência interna do instrumento foi medida calculando o coeficiente alfa de Cronbach para as doze dimensões. Os valores encontrados foram de 0,39 para “Respostas não punitiva aos erros” e 0,91 para “Frequência de eventos notificados”. A média geral do instrumento foi de 0,67, valores similares aos observados em outros estudos^(10,11).

A escolha pelo instrumento se deu a partir de uma revisão sistemática avaliando doze instrumentos da cultura de segurança do paciente nos cuidados à saúde. No estudo, foram observadas as características de concepção do questionário, tipo de escala, validade de constructo (conteúdo, estrutura fatorial e consistência interna, validade concorrente), e nível de análise dos dados. O HSOPSC obteve a melhor avaliação e reuniu mais critérios psicométricos específicos do que os outros⁽¹²⁾.

Análise dos resultados e estatística

Para análise e interpretação dos resultados das dimensões de cultura de segurança por serviço, aplicou-se para cada questionário a recodificação da escala Likert, tendo como indicador de análise os escores de respostas positivas. As variáveis relacionadas à caracterização dos enfermeiros foram expressas em valores absolutos.

A composição do percentual de respostas positivas das doze dimensões seguiu a fórmula recomendada pela AHRQ: foi calculada usando o número de respostas positivas aos itens da dimensão, divididos pelo número de respostas válidas (positivas, neutras e negativas). O percentual de resposta positiva representa uma reação assertiva em relação à cultura de segurança do paciente e permite avaliar as áreas fortes (escores superiores a 75%) e frágeis (escores inferiores a 50%) da cultura de segurança. Os dados foram descritos e analisados por dimensão e serviço⁽⁶⁾.

Os indicadores de resultados foram: nota de segurança, variando em 1 (excelente), 2 (muito boa), 3 (regular), 4 (ruim) e 5 (muito ruim); e número de eventos notificados, sendo 1 (nenhuma notificação), 2 (1 a 2 notificações), 3 (3 a 5 notificações), 4 (6 a 10 notificações), 5 (11 a 20 notificações) e 6 (21 ou mais notificações).

Com objetivo de analisar as possíveis diferenças entre os serviços para cada dimensão de cultura de segurança, foi realizado o teste de normalidade dos dados através do teste de Shapiro-Wilk e/ou Kolmogorov-Smirnov. Em caso de normalidade aceita, utilizou-se o teste paramétrico Anova One-Way e, em caso de normalidade não aceita, o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Em caso significativo para Anova One-Way e/ou para Kruskal-Wallis, foi realizado *post hoc* de Tukey e/ou Dunn.

Em todos os casos, adotou-se como nível de significância um valor de $p < 0,05$. Os cálculos estatísticos foram realizados com auxílio do *software* Statistical Package for Social Sciences (versão 20.0).

RESULTADOS

Os participantes do estudo foram 195 enfermeiros, os quais estavam distribuídos 48 (24,61%) da CM, 40 (20,51%) da CC, 55 (28,21%) da TI e 52 (26,67%) da MI. As características dos enfermeiros do estudo foram apresentadas pelos quatro serviços do hospital de ensino (Tabela 1). A maioria do sexo feminino apresentou média de idade entre os serviços de 28 a 40 anos. O tempo de experiência apresentou uma discreta variação entre os serviços.

Para análise das dimensões de cultura de segurança entre os serviços, considerou-se a média e o erro padrão das respostas positivas, resultando em diferenças estatísticas significantes para cinco dimensões. Os resultados apontam avaliação distinta dos enfermeiros entre os serviços do mesmo hospital de ensino. A análise dos dados demonstra que cinco dimensões de cultura de segurança mostraram-se estatisticamente diferentes entre os quatro serviços do hospital. As dimensões com diferenças significantes foram: aprendizado organizacional; retorno da informação e comunicação a respeito de erro; suporte da gestão para segurança do paciente; percepções gerais sobre segurança do paciente; e frequência da notificação de eventos.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros por serviços, Rio de Janeiro, RJ, Brasil (2015)

Características dos enfermeiros	Clínica médica n=48	Clínica cirúrgica n=40	Terapias intensivas n=55	Materno-infantil n=52
Sexo				
Feminino	40	39	47	49
Masculino	8	1	8	3
Idade (média)	29	32	40	38
Horas semanais de trabalho				
Entre 20 e 39h	26	25	44	41
Entre 40 e 59h	22	15	11	11
Faz parte do núcleo de segurança				
Sim	1	1	2	6
Não	47	39	53	46
Pós-graduação				
Não	12	11	8	10
Sim	36	29	47	42
Cuidado direto ao paciente				
Sim	48	40	53	49
Não	0	0	2	3
Experiência no serviço				
Até 7 anos	41	37	34	42
Mais de 8 anos	7	3	21	10

Por conseguinte, ao identificar essas diferenças entre as cinco dimensões de cultura de segurança, foi possível perceber quais serviços do mesmo hospital eram diferentes entre si (Tabela 2).

Ao evidenciar as diferenças estatísticas entre os quatro serviços para as doze dimensões, identificou-se quais apresentavam essas diferenças. Foram observadas nove diferenças significativas entre os serviços do hospital de ensino do estudo. As diferenças predominantes foram entre os serviços de clínica médica vs. materno-infantil e de clínica cirúrgica vs. materno-infantil.

O serviço da clínica médica apresentou diferença significativa ($p < 0,05$) para cinco dimensões de cultura de segurança, todas essas diferenças foram em relação ao serviço materno-infantil, revelando melhores resultados na avaliação de cultura de segurança.

Observa-se que o serviço de clínica cirúrgica apontou duas dimensões de cultura de segurança com diferenças significativas também em relação ao serviço materno-infantil. Por conseguinte, os serviços de clínicas médica e cirúrgica expressaram diferenças significativas para mesma dimensão em relação ao serviço de terapia intensiva.

Ao analisar os dois indicadores de resultados, percebeu-se que a nota de segurança variou de forma significativa entre os serviços da clínica médica vs. terapia intensiva e clínica cirúrgica vs. terapia intensiva (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Este estudo envolveu enfermeiros, em sua maioria, do sexo feminino, jovens, que realizam cuidados diretos ao paciente e sem atuação no núcleo de segurança do hospital. Esses dados demonstram o mesmo perfil de participantes apresentado em outros estudos com o propósito de avaliar a cultura de segurança, um estudo envolveu 519 participantes em 73 hospitais nos Estados Unidos, outro estudo obteve 327 respondentes em dois estados brasileiros, e o último estudo, 75 profissionais de enfermagem de 3 hospitais de Florianópolis. Destaca-se que todos utilizaram o instrumento do HSOPSC⁽⁶⁻⁸⁾.

Quanto à predominância de ter pós-graduação, o resultado diverge de um estudo publicado na Palestina, onde mais da

metade dos enfermeiros possuía bacharelado, e converge com outro estudo com enfermeiros pós-graduados^(12,13). No que se refere à experiência dos enfermeiros no serviço, o resultado do tempo de trabalho na unidade se assemelha a outras investigações e há associação à experiência profissional com a avaliação de cultura de segurança^(8,14). Ambos os estudos transversais realizados no sul do Brasil com esse objetivo, um na emergência pediátrica na perspectiva de 75 profissionais de enfermagem de Florianópolis⁽⁸⁾ e o outro na ótica dos 33 profissionais da

saúde na unidade de transplante de medula óssea de Santa Catarina⁽¹⁴⁾, revelam que mais da metade dos enfermeiros possuem entre 5 a 7 anos de experiência da unidade.

Evidencia-se que estudos vêm sendo realizados na área da cultura de segurança com diferentes objetos, priorizando avaliação entre diferentes hospitais. No entanto, há uma escassez de investigação comparando os serviços da mesma organização de saúde hospitalar, uma vez que a cultura de segurança se mostra diferente entre os serviços^(15,16).

Na avaliação das dimensões de cultura de segurança entre os serviços do hospital de ensino deste estudo, os resultados revelaram cinco dimensões com diferenças significativas, a maioria foi entre clínica médica e materno-infantil. As cinco dimensões

Tabela 2 – Comparação das dimensões da cultura de segurança entre os serviços do hospital de ensino, Rio de Janeiro, RJ, Brasil (2015)

Dimensões do HSOPSC	Terapias intensivas	Clínica médica	Clínica cirúrgica	Materno-infantil	P valor
	Média (EP)	Média (EP)	Média (EP)	Média (EP)	
Trabalho em equipe dentro das unidades	72.27 (4.1)	58.33 (5.0)	71.66 (5.3)	70.67 (3.9)	0.125
Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores	74.54 (4.0)	64.58 (4.8)	64.37 (5.9)	70.67 (4.3)	0.459
Aprendizado organizacional	60.00 (4.8)	46.52 (5.3) ^a	49.16 (5.8)	67.94 (5.4)	0.012
Retorno da informação e comunicação a respeito de erro	44.84 (5.1)	26.38 (4.8) ^b	34.99 (5.4)	48.07 (5.2)	0.014
Abertura de comunicação	63.63 (4.5)	61.11 (4.6)	55.83 (5.5)	53.20 (4.6)	3.552
Adequação de pessoal	39.09 (4.1)	28.64 (3.4)	30.41 (4.3)	36.21 (3.8)	0.272
Respostas não punitivas aos erros	24.24 (3.2)	19.44 (3.6)	20.83 (3.7)	24.99 (3.1)	0.432
Suporte da gestão para a segurança do paciente	19.99 (4,2)	6.24 (2.7) ^{c-d}	4.99 (2.8) ^{e-f}	24.99 (4.8)	0.001
Trabalho em equipe entre as unidades	28.18 (4.2)	19.27 (2.8)	22.50 (3.8)	22.59 (3.5)	0.755
Passagem de plantão ou transferências internas	40.00 (3.8)	28.29 (4.4)	34.37 (4.1)	41.82 (4.1)	0.062
Percepções gerais sobre segurança do paciente	39.09 (4.1)	24.65 (4.1) ^g	31.25 (4.7)	44.71 (4.4)	0.005
Frequência da notificação de eventos	33.93 (6.0)	15.27 (4.5) ^h	21.66 (6.1) ⁱ	41.66 (5.9)	0.003

Legenda: EP (Erro Padrão). Análise post hoc Dunn: diferença significativa a CM vs. MI ($p = 0.019$); diferença significativa b CM vs. MI ($p = 0.019$); diferença significativa c CM vs. TI ($p = 0.026$); diferença significativa d CM vs. MI ($p = 0.003$); diferença significativa e CC vs. MI ($p = 0.002$); diferença significativa f CC vs. TI ($p = 0.017$); diferença significativa g CM vs. MI ($p = 0.005$); diferença significativa h CM vs. MI ($p = 0.003$); diferença significativa i CC vs. MI ($p = 0.046$).

Tabela 3 – Comparação dos indicadores de cultura de segurança do paciente entre os serviços do hospital de ensino, Rio de Janeiro, RJ, Brasil (2015)

Indicadores	Terapias intensivas	Clínica médica	Clínica cirúrgica	Materno-infantil	P valor
	Média (EP)	Média (EP)	Média (EP)	Média (EP)	
Nota de segurança	2.56 (0.1) ^{a,b}	3.12 (0.1)	3.20 (0.1)	2.86 (0.1)	0.001
Número de eventos notificados	1.45 (0.1)	1.53 (0.1)	1.27 (0.1)	1.23 (0.7)	1.126

Legenda: EP (Erro Padrão). Análise post hoc Dunn: a diferença significativa TI vs. CM ($p = 0.004$); b diferença significativa TI vs. CC ($p = 0.002$). Os valores atribuídos para as variáveis foram 1 (excelente), 2 (muito boa), 3 (regular), 4 (ruim) e 5 (muito ruim).

foram para o "Aprendizado organizacional" ($p = 0.012$); "Retorno da informação e comunicação a respeito de erro" ($p = 0.014$); "Suporte da gestão para a segurança do paciente" ($p = 0.001$); "Percepções gerais sobre segurança do paciente" ($p = 0.005$); e "Frequência da notificação de eventos" ($p = 0.003$). Com esse resultado foi possível evidenciar as diferentes avaliações de cultura de segurança dos enfermeiros entre os serviços do mesmo hospital.

Esses achados podem relacionar-se à média de idade entre os enfermeiros do serviço da clínica médica (29) e materno-infantil (38), corroborando com um estudo realizado em Santa Catarina ao revelar que a idade dos participantes expressou diferença estatística significativa entre as dimensões de cultura de segurança⁽¹⁴⁾. Outro estudo identificou que os enfermeiros mais jovens demonstraram uma perspectiva menos positiva da cultura de segurança, quando comparado aos enfermeiros seniores⁽¹⁷⁾.

Ao contrário também foi observado em um estudo realizado na Espanha que os profissionais mais jovens na instituição, por terem que se adaptar ao serviço e ao ambiente de trabalho, percebem-na de maneira mais positiva, quando comparados aos profissionais mais experientes⁽¹⁸⁾.

A dimensão "Aprendizado organizacional" diz respeito à aprendizagem nas organizações de saúde, que particularmente não consiste em uma única intervenção, mas um fenômeno contínuo de aprendizagem, de maneira formal e informal no contexto prático de saúde. Nesse sentido, essa dimensão no serviço da clínica médica mostrou diferença significativa em relação ao serviço materno-infantil ($p = 0,019$). Evidenciou-se em um estudo, que a ênfase no aprendizado contínuo pode afetar diretamente os resultados dos pacientes, como na redução na mortalidade evitável⁽¹⁹⁾.

É fundamental gerenciar as diferentes condições de aprendizado entre os serviços do hospital, porque o aprendizado contínuo é processo dinâmico, complexo e interconectado, em que todos têm compromissos, tarefas e responsabilidades na execução das funções atribuídas⁽²⁰⁾.

Na dimensão "Retorno da informação e comunicação a respeito de erros", o serviço de clínica médica tem avaliação de cultura de segurança mais frágil em comparação aos outros serviços e difere estatisticamente do serviço materno-infantil ($p = 0.019$). Essa diferença encontrada também foi observada em dois outros estudos^(21,22). Acredita-se que os enfermeiros da clínica médica não se sentem livres para conversar com os superiores sobre os incidentes que podem afetar o paciente.

Outra dimensão que se mostrou estatisticamente diferente foi o "Suporte da gestão para segurança do paciente", entre os serviços de clínica médica para materno-infantil e para terapias intensivas, ainda entre os serviços de clínica cirúrgica para materno-infantil e terapias intensivas. Apesar dos escores estarem inferiores a 50% para todos os serviços relacionados, expressando uma dimensão frágil de cultura de segurança, ao analisar a diferença estatística entre os quatro serviços, os enfermeiros das clínicas médica e cirúrgica deste estudo avaliaram que a gestão propicia insuficientemente o clima de trabalho e tende a se preocupar somente após a ocorrência do incidente ou do evento adverso, demonstrando que a segurança do paciente não é prioridade da gestão⁽²³⁾.

Apesar dos quatro serviços terem apresentado escore baixo do ideal em relação ao suporte da gestão, esse estudo evidencia que

houve uma diferença estatística entre os enfermeiros dos serviços de clínicas, médica e cirúrgica. Acredita-se que os enfermeiros de clínicas encontram mais dificuldades em reconhecer preocupação por parte da gestão do hospital quanto aos aspectos que envolvem a segurança do paciente. Os profissionais enfatizam a precariedade da comunicação efetiva e a necessidade de avanço em cultura de segurança. Estima-se que os líderes da organização apresentam melhores avaliações de cultura de segurança, uma vez que esses profissionais têm menos contato direto com o paciente^(8,24).

Estes resultados demonstram que os enfermeiros encontram dificuldades em reconhecer preocupação por parte dos líderes e gestores da organização quanto à segurança do paciente⁽⁸⁾. Esse fato reforça que a cultura tradicional da punição e da culpa, ainda muito presente no cotidiano da organização, impede uma cultura justa, participativa e aberta entre os profissionais e gestores.

Já com relação às dimensões "Percepções gerais sobre segurança do paciente" e "Frequência da notificação de eventos", ambas obtiveram diferenças significativas na avaliação de cultura de segurança dos enfermeiros do serviço de clínica médica para o materno-infantil. Além disso, a dimensão "Frequência da notificação de eventos" também obteve diferença estatística para o serviço de clínica cirúrgica e materno-infantil. De fato, os enfermeiros que atuam nos serviços de clínica médica e clínica cirúrgica atribuíram avaliação distinta de cultura de segurança, expressando uma diferença significativa em relação ao serviço materno-infantil. Acredita-se que esse achado se relacione com a nota crítica atribuída pelos enfermeiros clínicos e cirúrgicos aos aspectos da segurança dos pacientes no hospital e com o fato de que sejam raras as notificações de eventos na instituição do estudo.

No contexto da segurança do paciente, em que o objetivo principal é reduzir os danos dos cuidados de saúde, a dimensão "Frequência da notificação de eventos" contribui continuamente para a aprendizagem. É relevante destacar que os relatórios de incidentes de segurança nos hospitais identificam as possíveis causas de falhas nos processos e estruturas de trabalho. No entanto, neste estudo, essa dimensão se mostrou menos frágil nos serviços de terapias intensivas e materno-infantil, mas acredita-se que podem avançar na busca de melhorias contínuas.

A identificação das dimensões "Percepções gerais sobre segurança do paciente" e "Frequência da notificação de eventos" é uma importante ferramenta que, aliada às iniciativas organizacionais, permite perceber qual a maturidade da cultura organizacional, se é patológica (aquela que reage somente quando há algum incidente grave) ou aquela que reage de forma participativa envolvendo todos os profissionais da instituição⁽²⁵⁾. Observou-se que a partir da avaliação dos enfermeiros dos serviços de clínicas, essas dimensões necessitam de atenção e de investimento dos gestores, pois segurança deve ser visto como medida de prevenção de incidente.

Os estudos sobre avaliação da cultura de segurança no Brasil vêm crescendo particularmente entre organizações⁽¹⁸⁾. Vale ressaltar que há evidência da influência da cultura de segurança nos resultados clínicos dos pacientes, como reinternação e taxa de infecção relacionada ao cuidado à saúde⁽²⁶⁾, ou seja, quando uma cultura de segurança é frágil, observa-se resultados menos positivos na assistência à saúde, como destacado em um estudo envolvendo nove países europeus associando mortalidade evitável com aprendizado contínuo⁽¹⁹⁾.

Nessa perspectiva, a notificação de eventos é de extrema importância para a associação de cultura de segurança com resultados clínicos. Sabe-se que a notificação pode variar entre as categorias profissionais e os diferentes serviços de um mesmo hospital. Uma investigadora sugere que a implementação de um sistema de notificação específico para a enfermagem possibilita um mecanismo eficaz na discussão dos incidentes e oferece retorno da informação para esses profissionais em particular^(7,11). No entanto, essa perspectiva pode não ser tão efetiva para toda a organização, pois os processos institucionais são sistêmicos e não individualizados ou categorizados por profissões.

No que diz respeito ao indicador “Nota de segurança do paciente” atribuída pelos enfermeiros, os serviços das clínicas médica e cirúrgica apresentaram diferenças significativas em relação às terapias intensivas, demonstrando que os participantes deste último serviço avaliam mais positivamente a unidade. Entende-se que a cultura de segurança pode estar melhor estruturada e presente na terapia intensiva do que nas duas clínicas, corroborando com outros estudos^(17,26).

Limitações do estudo

Destaca-se como principal limitação do estudo a constituição da amostra somente por enfermeiros de um hospital de ensino, pois sugere que a cultura de segurança deve ser compartilhada com outras categorias profissionais. Outra limitação é a escassez de outros estudos com o mesmo enfoque entre os serviços do mesmo hospital de ensino, o que impossibilita comparações.

Contribuições para a área da saúde

Por fim, considera-se que a cultura de segurança pelos enfermeiros no hospital de ensino se revelou crítica e problemática no serviço de clínicas médica e cirúrgica em comparação aos outros dois serviços. Nesse contexto, verifica-se a necessidade de trabalhar

com os líderes de enfermagem e os enfermeiros as dimensões frágeis a fim de avançar no aprendizado dentro da própria organização avaliada, melhorando o retorno da informação entre os profissionais, aproximando os gestores dos profissionais que realizam assistência direta ao paciente e incentivando o processo de notificação de eventos sem o caráter punitivo.

CONCLUSÃO

Este estudo revelou diferença significativa de percepção de cultura de segurança pelos enfermeiros em quatro serviços de um hospital de ensino. Foi possível perceber que as maiores diferenças foram entre os serviços de clínica médica e materno-infantil, com cinco dimensões, e entre o serviço de clínica cirúrgica e materno-infantil, com duas dimensões.

Ressalta-se que o serviço materno-infantil apresentou maior diferença na avaliação de cultura de segurança para as dimensões de: aprendizado organizacional; retorno da informação e comunicação a respeito de erro; suporte da gestão para segurança do paciente; percepções gerais sobre segurança do paciente; e frequência da notificação de eventos. Nesse sentido, os enfermeiros deste serviço revelaram aspectos de cultura de segurança mais fortes do que os serviços da clínica médica e da clínica cirúrgica, que expressaram aspectos mais frágeis de cultura de segurança.

Acredita-se que este trabalho possa contribuir para a prática por direcionar os líderes de enfermagem e da organização hospitalar a perceberem as diferenças significativas entre os serviços avaliados do estudo. Acredita-se que esses achados possam servir de embasamento para realização de novos estudos, auxiliando outras instituições na identificação de questões significativas de cultura de segurança. Sugere-se que outros estudos sejam realizados em outras instituições de ensino, no intuito de realizar comparações internas e externas, permitindo um *benchmarking* acerca da temática e contribuir para melhores resultados de cultura de segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Conceptual Framework for the International Classification of Patient Safety Version 1.1: Final Technical Report [Internet]. Genova: WHO; 2009 [cited 2017 Dec 15]. 154 p. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
2. Godschalk B, Härtel I, Sbrzesny R, editors. Best Practices in Patient Safety. 2nd Global Ministerial Summit on Patient Safety [Internet]. Berlin (DE): Federal Ministry of Health; 2017 [cited 2017 May 11]. 76 p. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Patientensicherheit/Best-Practice_Patient_Safety_Web_plusWHO.pdf
3. Helbling NL, Huwe J. Finding the balance for a culture of safety. Nursing [Internet]. 2015 Dec [cited 2017 Sep 2];45(12):65-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.NURSE.0000473405.04919.10>
4. Ashurst A. Creating a workplace culture of learning and development. Nurs Resid Care [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 2];19(8):474-5. Available from: <https://doi.org/10.12968/nrec.2017.19.8.474>
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 529, de 1 abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil; 2013. Apr 02 [cited 2017 Jan 25]. Seção 1: [about 4 screens]. Available from: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infecoes/pasta2/portaria-msgm-n-529-de-01-04-2013.pdf>
6. Sorra J, Khanna K, Dyer N, Mardon R, Famolaro T. Exploring relationships between patient safety culture and patients' assessments of hospital care. J Nurs Adm [Internet]. 2014 [cited 2017 Aug 11];44(10 Suppl):S45-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/NNA.000000000000118>
7. 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 Saude Publica [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 11];32(11):e00115614. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-31142016001100011>

org/10.1590/0102-311x00115614

8. Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza S, Anders JC, Davis K. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 2];50(5):756-62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600007>
9. Tondo JCA, Guirardello EB. Perception of nursing professionals on patient safety culture. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 15];70(6):1284-90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0010>
10. Al-Nawafleh A, Abu-Helalah MA, Hill V, Masoud MI, Al-Mahasneh HA, Salti ETA. Patient Safety Culture in Jordanian Hospitals. *Health Sci J* [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 2];10(5:5):1-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.4172/1791-809X.1000100505>
11. Eiras M, Escoval A, Grillo IM, Silva-Fortes C. The hospital survey on patient safety culture in Portuguese Hospitals: instrument validity and reliability. *Int J Health Care Qual Assur* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jun 6];27(2):111-22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2012-0072>
12. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2006 [cited 2017 Sep 2];15(2):109-15, 2006. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2005.014761>
13. Elsous A, Akbari-Sari A, AlJeesh Y, Radwan M. Nursing perceptions of patient safety climate in the Gaza strip, Palestine. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 22];64(3):446-54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12351>
14. Fermo VC, Radünz V, Rosa LM, Marinho MM. Patient safety culture in a bone marrow transplantation unit. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 14];68(6):827-34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680620i>
15. Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 15];25:e2849. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1600.2849>
16. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. *Text Context Nursing* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 25];24(1):161-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>
17. Fernandes AMML, Queirós PJP. [Patient Safety Culture as perceived by Portuguese nurses in district hospitals]. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2011 [cited 2015 Sep 13];3(4):37-48. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200004 Portuguese.
18. Gutiérrez-Cía I, Merino PC, Juan AY, Obón-Azuara B, Alonso-Ovies A, Martín-Delgado A, et al. [Perception of safety culture in Spanish intensive care units]. *Med Clín* [Internet]. 2010 [cited 2018 Jan 19];135(Suppl 1):37-44. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(10\)70019-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(10)70019-1) Spanish.
19. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jun 1];383(9931):1824-30. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
20. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of hospital survey on patient safety culture dimensions. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2018 [cited 2018 May 24];30(9):660-77. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
21. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. The climate of patient safety: perception of nursing professionals. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2018 Jan 19];25(5):728-35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>
22. Castañeda-Hidalgo H, Hernández RG, Salinas JFG, Zúñiga MP, Porras GA, Pérez AA. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. *Ciencia Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 18];19(2):77-88. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200008>
23. Etchegaray JM, Thomas EJ. Comparing two safety culture surveys: safety attitudes questionnaire and hospital survey on patient safety. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2012 [cited 2018 Jan 19];21(6):490-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000449>
24. Luiz RB, Simões ALA, Barichello E, Barbosa MH. Factors associated with the patient safety climate at a teaching hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 23];23(5):880-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0059.2627>
25. Huang DT, Clermont G, Kong L, Weissfeld LA, Sexton JB, Rowan KM, et al. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2010 [cited 2017 Dec 12];22(3):151-61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzq017>
26. Kagan I, Barnoy S. Organizational safety culture and medical error reporting by Israeli nurses. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2013 [cited 2017 Sep 2];45(3):273-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12026>