

# Análise da convergência do *Safety Attitudes Questionnaire* e do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

*Analysis of the convergence of the Safety Attitudes Questionnaire and the Hospital Survey on Patient Safety Culture*  
*Análisis de la convergencia del Safety Attitudes Questionnaire y el Hospital Survey on Patient Safety Culture*

**Ana Laura Olsefer Rotta<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2747-3580

**Lucas Paulo de Souza<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-0935-1117

**Manuella dos Santos Garcia Vanti Carvalho<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-0139-9864

**Amanda Pestana da Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-8551-6334

**Andrea Gonçalves Bandeira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-0794-8027

**Janete de Souza Urbanetto<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-4697-1641

<sup>1</sup>Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul,  
Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

## Como citar este artigo:

Rotta ALO, Souza LP, Carvalho MSGV, Silva AP, Bandeira AG, Urbanetto JS. Analysis of the convergence of the Safety Attitudes Questionnaire and the Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rev Bras Enferm. 2023;76(1):e20210379. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0379pt>

## Autor Correspondente:

Janete de Souza Urbanetto  
E-mail: [jurbanetto@pucrs.br](mailto:jurbanetto@pucrs.br)



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa  
EDITOR ASSOCIADO: Mitzy Danski

Submissão: 07-09-2021

Aprovação: 08-08-2022

## RESUMO

**Objetivos:** analisar a cultura de segurança do paciente a partir da percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário, por meio da avaliação da convergência entre o *Safety Attitudes Questionnaire* e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. **Métodos:** estudo transversal, com 434 profissionais de enfermagem. A coleta dos dados ocorreu mediante aplicação de ambos os instrumentos. Utilizou-se estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** no *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, a dimensão “trabalho em equipe no âmbito das unidades” foi considerada uma área forte da segurança do paciente. No *Safety Attitudes Questionnaire*, os domínios “satisfação no trabalho” e “percepção de estresse” atingiram o escore para boa cultura de segurança. A percepção de cultura de segurança do paciente se correlaciona, em ambos os instrumentos, com magnitude elevada. **Conclusões:** os dois instrumentos convergem para uma avaliação semelhante da cultura de segurança do paciente. **Descritores:** Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Cultura Organizacional; Gestão de Segurança; Enfermagem.

## ABSTRACT

**Objectives:** to analyze patient safety culture from nursing professionals' perception at a university hospital, by assessing the convergence between the Safety Attitudes Questionnaire and the Hospital Survey on Patient Safety Culture. **Methods:** a cross-sectional study, with 434 nursing professionals. Data collection took place through the application of both instruments. Descriptive and inferential statistics were used. **Results:** in the Hospital Survey on Patient Safety Culture, the “teamwork within the units” dimension was considered a strong area of patient safety. In the Safety Attitudes Questionnaire, the “job satisfaction” and “perception of stress” domains reached the score for a good safety culture. Patient safety culture perception is correlated, in both instruments, with high magnitude. **Conclusions:** the two instruments converge towards a similar assessment of patient safety culture. **Descriptors:** Patient Safety; Quality of Health Care; Organizational Culture; Safety Management; Nursing.

## RESUMEN

**Objetivos:** analizar la cultura de seguridad del paciente a partir de la percepción de los profesionales de enfermería de un hospital universitario, evaluando la convergencia entre el *Safety Attitudes Questionnaire* y el *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. **Métodos:** estudio transversal, con 434 profesionales de enfermería. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de ambos instrumentos. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** en la Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente, la dimensión “trabajo en equipo dentro de las unidades” fue considerada un área fuerte de la seguridad del paciente. En el *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, los dominios “satisfacción en el trabajo” y “percepción de estrés” alcanzaron el puntaje de una buena cultura de seguridad. La percepción de cultura de seguridad del paciente se correlaciona, en ambos instrumentos, con magnitud alta. **Conclusiones:** los dos instrumentos convergen hacia una evaluación similar de la cultura de seguridad del paciente. **Descritores:** Seguridad del Paciente; Calidad de la Atención de Salud; Cultura Organizacional; Administración de la Seguridad; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O termo “cultura de segurança” foi utilizado, pela primeira vez, em 1986, no relatório de síntese sobre o acidente na usina nuclear de Chernobyl, feito pela *International Atomic Energy Agency*<sup>(1)</sup>, sendo definido, em 1933, pelo *Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations*, como “o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento de indivíduos e grupos que determinam o comprometimento e o estilo e a proficiência do gerenciamento de segurança e saúde de uma organização”<sup>(2-3)</sup>.

A Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, destaca que a cultura de segurança se configura a partir de cinco características: (a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumindo responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; (b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; (c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; (d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e (e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança<sup>(4)</sup>.

Várias estratégias envolvendo o cuidado seguro em saúde têm sido desenvolvidas no cenário mundial, demonstrando uma inquietação e comprometimento de profissionais e gestores com essa temática<sup>(5)</sup>. Ainda assim, o descaso com a cultura de uma instituição é preocupante, devido à sua influência na promoção da segurança. É importante, portanto, que as organizações mensurem e avaliem sua cultura, para identificar necessidades de melhorias para buscar um cuidado mais seguro<sup>(6)</sup>.

Dois instrumentos são utilizados com frequência para mensurar a cultura de segurança em saúde, o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). O SAQ foi desenvolvido em 2006<sup>(7)</sup>, sendo adaptado para o Brasil em 2011<sup>(8)</sup>. Já o HSOPSC foi desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), em 2004<sup>(9)</sup>, e adaptado para o Brasil em 2013<sup>(10)</sup>. Estudos recentemente realizados no Irã<sup>(11)</sup>, Irlanda<sup>(12)</sup>, Croácia<sup>(13)</sup>, China<sup>(14)</sup>, Gana<sup>(15)</sup>, França<sup>(16)</sup> e Estados Unidos da América<sup>(17)</sup> também utilizaram algum desses instrumentos para a avaliação da cultura de segurança em seus hospitais. Destaca-se, ainda, uma pesquisa realizada com profissionais de saúde de 68 países em que o instrumento utilizado foi o SAQ<sup>(18)</sup>.

A cultura de segurança tem a prevenção de erros como prioridade de todo o contexto hospitalar, envolvendo da alta gerência até os profissionais assistenciais, bem como seus pacientes e familiares. Para uma cultura efetiva, é necessário que os serviços de saúde desenvolvam barreiras que melhorem o processo de trabalho, além de uma cultura de aprendizado, ao invés de punição<sup>(19)</sup>.

Em busca livre na literatura, foram encontrados apenas dois estudos que investigaram a percepção da cultura de segurança correlacionando o HSOPSC e o SAQ, um realizado nos Estados Unidos da América<sup>(17)</sup> e outro no Brasil<sup>(20)</sup>. Ambos tinham como enfoque Unidades de Terapia Intensiva. Dessa forma, justifica-se esta investigação, com vistas a verificar se, em ambiente de internação hospitalar, os dois instrumentos analisam a percepção de cultura de segurança do paciente de forma similar, tornando mais fácil a escolha de instrumentos que possam trazer um

diagnóstico relacionado ao tema no âmbito hospitalar. Este estudo foi guiado pela questão de pesquisa: existe concordância entre os instrumentos SAQ e HSOPSC quanto à percepção da enfermagem acerca da cultura de segurança do paciente?

## OBJETIVOS

Analisar a cultura de segurança do paciente a partir da percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário, por meio da avaliação da convergência entre o SAQ e o HSOPSC.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição no ano de 2017. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ficaram com uma das vias.

### Desenho, período e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal, realizado em um hospital geral universitário de grande porte, localizado no município de Porto Alegre, Grande do Sul. Para nortear este estudo, o *checklist Strobe* foi adotado. O período da coleta dos dados foi de agosto de 2018 a julho de 2019, nos turnos manhã, tarde, noite e intermediários (manhã e tarde ou tarde e noite), durante a jornada de trabalho dos profissionais.

### População, amostra, critérios de inclusão e exclusão

A população foi composta por 1.475 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). Não foram incluídos nesta investigação os demais trabalhadores da saúde. No entanto, esse grupo é representativo, pois os profissionais de enfermagem representam a maior categoria de profissionais responsáveis pela assistência aos pacientes e desempenham um papel vital na implementação de medidas de qualidade e segurança<sup>(21)</sup>. Todos os profissionais, conforme orientação da instituição pesquisada, podem realizar notificações de incidentes de segurança.

Todos os profissionais de enfermagem abordados, com idade igual ou superior a 18 anos, que aceitaram participar foram incluídos, com exceção dos que possuíam o critério de exclusão de trabalhar na instituição havia menos de seis meses (uma vez que o pouco tempo no hospital pode se configurar em um viés, pelo desconhecimento da organização e cultura institucional). A amostra mínima calculada para este estudo seria de 428 profissionais, com base cálculo amostral realizado, considerando um erro amostral de 4%, um percentual estimado de 50% e um erro nível de significância de 5%.

Por meio de uma amostragem não probabilística, foram abordados e convidados a participar da pesquisa 655 profissionais. Foram excluídos 72 profissionais com menos de seis meses de admissão e 86 que não devolveram o instrumento de coleta dos dados (ICD). Devido a problemas identificados no preenchimento das respostas dos instrumentos, também foram excluídos 12 profissionais. Recusaram-se a participar do estudo 51 profissionais. Desta forma, a amostra da presente investigação foi composta por 434 profissionais.

## Protocolo do estudo

A equipe de coleta de dados foi composta pelos pesquisadores integrantes, todos previamente capacitados. Os dados foram coletados mediante aplicação de um instrumento de coleta de dados, preenchido pelo próprio participante, constituído por variáveis demográficas (idade e sexo), laborais (cargo, turno de trabalho, carga horária, unidade, tempo de formação no cargo, tempo de trabalho na instituição e em relação à atuação profissional em outro local), e questões relativas à cultura de segurança do paciente a partir da aplicação dos instrumentos HSOPSC e SAQ.

O HSOPSC busca obter a percepção de cultura por meio de 12 dimensões. Essas abordam pontos-chave com relação a crenças e normas da organização, valores, comunicação, liderança, gestão e comunicação de eventos adversos<sup>(10)</sup>. As dimensões somam 50 itens no total. Assim, 44 estão relacionados às questões específicas sobre cultura de segurança e os outros seis itens, relacionados às informações pessoais<sup>(9)</sup>. Dos itens existentes no instrumento, 33 são respondidos mediante uma escala Likert de cinco pontos, expressando o grau de concordância desde “discordo totalmente” até “concordo totalmente”. Nove itens, por sua vez, utilizando uma escala de cinco pontos de frequência, desde “nunca” até “sempre”. O profissional também pôde atribuir uma nota à segurança do paciente na sua unidade/área de trabalho, tendo opções desde “excelente” até “muito ruim”. Por fim, em relação ao item referente ao número de eventos relatados nos últimos 12 meses, havia opções desde “nenhum” até “11 a 20 eventos”<sup>(10)</sup>.

O SAQ é estruturado em duas partes. A primeira possui 41 itens que estão relacionados a sete domínios. A resposta de cada item segue escala Likert de cinco pontos, desde “discorda totalmente” até “concorda totalmente”, acrescentando-se a opção “não se aplica”. A segunda parte recolhe os dados do profissional<sup>(8)</sup>. A pontuação é ordenada em “discorda totalmente”, equivalendo a zero ponto, “discorda parcialmente” – 25 pontos, “neutro” – 50 pontos, “concorda parcialmente” – 75 pontos e “concorda totalmente” – 100 pontos. Porém, os itens 2, 11 e 36 são reversos. Calcula-se, então, a soma das respostas dos itens de cada domínio, dividindo-se o resultado pelo número de itens de cada domínio<sup>(8)</sup>.

## Análise dos resultados e estatística

A percepção da cultura de segurança do paciente, conforme o HSOPSC, na versão brasileira, ocorreu mediante o percentual de respostas positivas de cada dimensão, utilizando-se a seguinte fórmula:  $[\text{n}^\circ \text{ de respostas positivas ao item da dimensão avaliada} / \text{n}^\circ \text{ total de respostas válidas aos itens da dimensão avaliada (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes)}] \times 100$ . O percentual de respostas positivas representa uma reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente, permitindo identificar áreas fortes e frágeis para a segurança do paciente. São consideradas “áreas fortes da segurança do paciente” aquelas cujos itens escritos positivamente obtiverem 75% de respostas positivas ou aquelas cujos itens escritos negativamente obtiverem 75% das respostas negativas. De modo semelhante, “áreas frágeis da segurança do paciente” e que necessitam de melhorias são aquelas cujos itens obtiverem 50% ou menos de respostas positivas<sup>(10)</sup>.

A análise descritiva do SAQ constou da média das respostas e do cálculo das respostas dos profissionais aos 41 itens. A fórmula utilizada foi  $[(m-1) \times 25]$ , onde  $m$  é a média dos itens do domínio em questão. A análise foi realizada pelo SAQ geral e pelos domínios. O escore zero representa a pior percepção, e o escore 100, a melhor. Portanto, valores iguais a 75 pontos ou maiores indicam uma forte concordância dos profissionais quanto às questões relativas à segurança do paciente<sup>(8)</sup>.

Os dados foram inseridos em planilhas do programa Excel, mediante dupla digitação, com posterior verificação e correção das incongruências. A análise foi feita no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0 para Windows. Utilizaram-se a estatística descritiva – frequências absoluta e relativa, medidas de tendência central (média e mediana) e a variabilidade (amplitude e desvio padrão) – para a caracterização dos participantes do estudo. Para análise da simetria da distribuição das variáveis contínuas, empregou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov e, sempre que em presença de dados assimétricos, na descrição, a mediana e amplitude.

Na estatística inferencial, utilizaram-se o Teste do Qui-Quadrado de Pearson ou Fisher (para análise da associação) e o Teste de Correlação de Pearson (para análise de correlação entre os instrumentos), adotando nível de significância de 5%. Quanto à magnitude de correlação, foram consideradas a magnitude baixa (0,10 a 0,30), a magnitude moderada (0,30 a 0,50) e a magnitude elevada (0,50 a 1)<sup>(22)</sup>.

A consistência interna das respostas aos dois instrumentos foi medida pelo coeficiente alfa de Cronbach, adotando-se a classificação de muito baixa (alfa  $\leq$  0,30), baixa (0,30 < alfa  $\leq$  0,60), moderada (0,60 < alfa  $\leq$  0,75), alta (0,75 < alfa  $\leq$  0,90) e muito alta (alfa > 0,90)<sup>(23)</sup>. As variáveis idade, tempo de trabalho na instituição e tempo de formação no cargo foram dicotomizadas pela mediana em função da distribuição anormal dos dados (Kolmogorov-Smirnov < 0,005).

## RESULTADOS

Os profissionais do sexo feminino compuseram 82,9% (n=360) da amostra. Ainda, 51,6% (n=223) dos profissionais tinham idade até 34 anos (mínimo de 18 e máximo de 64 anos), e 48,4% (n=209) tinham 35 anos ou mais. Em relação às variáveis laborais, os profissionais do cargo de técnico/auxiliar de enfermagem constituíram 74,9% (n=325) dos participantes. As unidades de trabalho representadas foram unidades de internação (50,5%; n=219), unidades de intensivismo (29,0%; n=126), centro cirúrgico e centro obstétrico (10,1%; n=44), unidades de emergência (8,3%; n=36) e demais unidades (2,1%; n=9).

O turno da noite foi composto por 49,1% (n=213) dos profissionais: da tarde (28,3%) (n=123); da manhã (16,1%) (n=70); e os intermediário (6,5%) (n=28). A carga horária de 12 horas compôs 49,5% (n=215), de 6 horas, 49,1% (n=213), e o restante da amostra foi composto por cargas horárias de 8 a 10 horas, com 1,4% (n=6). Em relação ao tempo de trabalho na instituição, 52,1% (n=226) da amostra atuavam havia até três anos e 47,9% (n=208) atuavam havia quatro anos ou mais (mínimo de seis meses e máximo de 33 anos). Referente à formação no cargo, 52,5% (n=228) tinham tempo de formação de até sete anos e 47,5% (n=206), de oito anos ou mais (mínimo de sete meses e máximo de 33 anos). Por fim, 88% (n=382) dos profissionais não trabalhavam em outra instituição.

Os instrumentos HSOPSC e SAQ obtiveram alta consistência interna pelo coeficiente alfa de Cronbach, de 0,828 e 0,757, respectivamente. A Tabela 1 apresenta os dados descritivos do HSOPSC (por dimensões e geral).

No HSOPSC, no que se refere à nota que o profissional atribuía à segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho, 47% (n=204) dos profissionais consideraram a segurança do paciente como “regular”, 40,3% (n=175), como “muito boa”, 5,5% (n=24), “ruim” 5,3% (n=23), “excelente” e 1,9% (n=8), “muito ruim”. Em relação à pergunta sobre o número de notificações realizadas nos últimos 12 meses, 48,2% (n=209) dos profissionais responderam que não fizeram nenhuma, 19,8% (n=86), de uma a duas notificações, 17,7% (n=77), de três a cinco notificações, 6,9% (n=30), de seis a 10 notificações, 4,2% (n=18), de 11 a 20 notificações e 3,2% (n=14), 21 notificações ou mais.

Os dados descritivos do SAQ (por domínios e geral) estão apresentados na Tabela 2. Apenas o SAQ total apresentou distribuição

normal e, portanto, está descrito em média e desvio padrão. Os domínios apresentaram distribuição anormal e estão descritos conforme mediana e amplitude.

A Tabela 3 apresenta a associação estatística entre as classificações de cultura de segurança dos instrumentos HSOPSC e SAQ.

Em relação à magnitude da correlação entre as variáveis dos dois instrumentos, as dimensões do HSOPSC “DIM2 - expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gestores” e “DIM5 - abertura de comunicação” tiveram correlação elevada com os domínios do SAQ “DOM1 - clima de trabalho em equipe” (r=0,532 e r=0,563, respectivamente) e “DOM2 - clima de segurança” (r=0,527 e r=0,500, respectivamente), além de correlação de magnitude moderada com os domínios “DOM3 - satisfação no trabalho” (r=0,378 e r=0,428, respectivamente), “DOM5 - percepção da gerência da unidade” (r=0,442 e r=0,461, respectivamente), “DOM6 - percepção da gerência do hospital” (r=0,369 e r=0,371, respectivamente) e “DOM7 - condição de trabalho” (r=0,313 e r=0,306, respectivamente).

**Tabela 1** - Análise das medidas de tendência central e variabilidade e as frequências das classificações de áreas frágeis e áreas fortes da segurança do paciente do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2018/2019 (n = 434)

HSOPSC	Mediana	Mínimo	Máximo	n	Áreas frágeis da segurança do paciente n (%)	Áreas fortes da segurança do paciente n (%)
HSOPSC* dimensões						
DIM1 <sup>†</sup> - Trabalho em equipe no âmbito das unidades	75,00	0	100,00	434	172 (39,6)	262 (60,4)
DIM2 - Expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes	50,00	0	100,00	434	248 (57,1)	186 (42,9)
DIM3 - Aprendizado organizacional	66,66	0	100,00	300	165 (55,0)	135 (45,0)
DIM4 - <i>Feedback</i> e comunicação sobre os erros	33,33	0	100,00	325	231 (71,1)	94 (28,9)
DIM5 - Abertura de comunicação	33,33	0	100,00	313	246 (78,6)	67 (21,4)
DIM6 - <i>Staffing</i>	50,00	0	100,00	433	334 (77,1)	99 (22,9)
DIM7 - Respostas não punitivas ao erro	0	0	100,00	379	366 (96,6)	13 (3,4)
DIM8 - Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	33,33	0	100,00	336	234 (69,6)	102 (30,4)
DIM9 - Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	25,00	0	100,00	434	360 (82,9)	74 (17,1)
DIM10 - Transferências internas e passagem de plantão	25,00	0	100,00	434	351 (80,9)	83 (19,1)
DIM11 - Percepções gerais sobre segurança	25,00	0	100,00	433	339 (78,3)	94 (21,7)
DIM12 - Frequência de eventos relatados	33,33	0	100,00	389	218 (56,0)	171 (44,0)
HSOPSC geral	44,44	2,08	95,14	291	257 (88,3)	34 (11,7)

\*HSOPSC - *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. <sup>†</sup>DIM - Dimensão. Observação: na classificação entre áreas frágeis e fortes do HSOPSC o “n” não atinge o total da amostra pois a pontuação entre 50% e > 75% não tem classificação.

**Tabela 2** - Análise das medidas de tendência central e variabilidade e as frequências das classificações cultura de segurança positiva ou negativa do *Safety Attitudes Questionnaire* (por domínios e geral), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2018/2019 (n = 434)

SAQ	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Cultura de segurança negativa n (%)	Cultura de segurança positiva n (%)
SAQ* domínios							
DOM1 <sup>†</sup> - Clima de trabalho em equipe			70,83	0	100,00	243 (56)	191 (44)
DOM2 - Clima de segurança			64,28	0	100,00	294 (67,7)	140 (32,3)
DOM3 - Satisfação no trabalho			80,00	0	100,00	188 (43,3)	246 (56,7)
DOM4 - Percepção de estresse			75,00	0	100,00	202 (46,5)	232 (53,5)
DOM5 - Percepção da gerência da unidade			54,16	4,2	100,00	348 (80,2)	86 (19,8)
DOM6 - Percepção da gerência do hospital			50,00	0	100,00	357 (82,3)	77 (17,7)
DOM7 - Condição de trabalho			58,33	0	100,00	270 (62,2)	164 (37,8)
SAQ geral	63,14	13,92				353 (81,3)	81 (18,7)

\*SAQ - *Safety Attitudes Questionnaire*; <sup>†</sup>DOM - Domínio.

**Tabela 3** - Associação entre as classificações de cultura de segurança pelo *Hospital Survey on Patient Safety Culture* e pelo *Safety Attitudes Questionnaire*, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2018/2019 (n = 434)

	SAQ <sup>†</sup> geral		p
	Cultura de segurança negativa n (%)	Cultura de segurança positiva n (%)	
HSOPSC* geral	Áreas frágeis da segurança do paciente	247 (96,1) <sup>‡</sup>	10 (3,9)
	Áreas fortes da segurança do paciente	6 (17,6)	28 (82,4) <sup>‡</sup>

\*HSOPSC - *Hospital Survey on Patient Safety Culture*; <sup>†</sup>SAQ - *Safety Attitudes Questionnaire*; <sup>‡</sup>Associação estatisticamente significativa. <sup>§</sup>Teste do Qui-Quadrado de Pearson.

Apresentaram, também, correlação moderada as dimensões do HSOPSC, “DIM3 - aprendizado organizacional”, “DIM4 - *feedback* e comunicação sobre os erros”, “DIM8 - apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”, “DIM9 - trabalho em equipe entre as unidades hospitalares” e “DIM10 - transferências internas e passagem de plantão” com os domínios do SAQ “DOM1 - clima de trabalho em equipe” ( $r=0,467$ ;  $r=0,429$ ;  $r=0,437$ ;  $r=0,422$ ; e  $r=0,398$ , respectivamente), “DOM2 - clima de segurança” ( $r=0,446$ ;  $r=0,483$ ;  $r=0,482$ ;  $r=0,403$ ; e  $r=0,387$ , respectivamente), “DOM3 - satisfação no trabalho” ( $r=0,432$ ;  $r=0,334$ ;  $r=0,486$ ;  $r=0,440$ ; e  $r=0,340$ , respectivamente), “DOM5 - percepção da gerência da unidade” ( $r=0,419$ ;  $r=0,447$ ;  $r=0,421$ ;  $r=0,378$ ; e  $r=0,326$ , respectivamente), “DOM6 - percepção da gerência do hospital” ( $r=0,389$ ;  $r=0,383$ ;  $r=0,472$ ;  $r=0,372$ ; e  $r=0,338$ , respectivamente) e “DOM7 - condição de trabalho” ( $r=0,328$ ;  $r=0,337$ ;  $r=0,416$ ;  $r=0,309$ ; e  $r=0,347$ , respectivamente).

Já as dimensões “DIM1 - trabalho em equipe no âmbito das unidades” e “DIM11 - percepções gerais sobre segurança” apresentaram correlação moderada em relação aos domínios “DOM1 - clima de trabalho em equipe” ( $r=0,448$  e  $r=0,444$ , respectivamente), “DOM2 - clima de segurança” ( $r=0,472$  e  $r=0,426$ , respectivamente), “DOM3 - satisfação no trabalho” ( $r=0,393$  e  $r=0,368$ , respectivamente), “DOM5 - percepção da gerência da unidade” ( $r=0,372$  e  $r=0,357$ , respectivamente) e “DOM6 - percepção da gerência do hospital” ( $r=0,330$  e  $r=0,328$ , respectivamente). Por fim, os demais domínios e dimensões não apresentaram correlações de magnitude moderada a elevada. Quando analisados os resultados gerais dos dois instrumentos, observou-se magnitude de correlação elevada, conforme apresentado na Tabela 4.

**Tabela 4** - Análise da correlação da percepção geral da cultura de segurança entre o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* e o *Safety Attitudes Questionnaire*, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019/2020 (n = 434)

	HSOPSC* geral	SAQ** geral
HSOPSC* geral	1	0,564 <sup>‡</sup>
SAQ <sup>†</sup> geral	0,564 <sup>‡</sup>	1

\*HSOPSC - *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. \*\*SAQ - *Safety Attitudes Questionnaire*.  
<sup>†</sup>Teste de Correlação de Pearson.

## DISCUSSÃO

Entre os participantes deste estudo, houve predomínio de técnicos/auxiliares de enfermagem, corroborando com diversas pesquisas<sup>(11,13,15-17,21,24-25)</sup> cujas amostras foram compostas, majoritariamente, por profissionais da equipe de enfermagem. Apenas em um estudo multinacional, com profissionais da área da saúde de 68 países<sup>(18)</sup> os médicos prevaleceram na amostra.

De acordo com o HSOPSC, menos de 10% dos participantes tinha uma percepção de cultura de segurança fortalecida. A dimensão “trabalho em equipe no âmbito das unidades” foi a única que se mostrou como uma área forte da segurança do paciente, assim como em outros estudos<sup>(15,26)</sup>.

No instrumento SAQ, algumas pesquisas trazem que o domínio “clima de trabalho em equipe” atingiu o escore para cultura de segurança positiva<sup>(12,18,27)</sup>, mas, neste estudo, o domínio não atingiu a mediana de 75 pontos, apenas se aproximou. Esses resultados traduzem uma percepção positiva, visto que uma boa relação

entre a equipe pode ter influência no clima organizacional, na produtividade, na comunicação, no cuidado prestado e na saúde dos trabalhadores<sup>(12,24)</sup>. Ainda, outro estudo brasileiro apontou que o trabalho em equipe faz com que haja união e interação entre os profissionais quando ocorre a sobrecarga de tarefas para serem executadas rapidamente<sup>(28)</sup>.

A dimensão “respostas não punitivas ao erro”, no HSOPSC, foi a que obteve menor pontuação, indicando ser uma área extremamente frágil para a segurança dos pacientes na instituição, assim como em achados de um estudo brasileiro<sup>(29)</sup>, de estudos internacionais<sup>(11,13,15)</sup> e de um estudo realizado em hospitais de Portugal e do Brasil<sup>(26)</sup>. Outro resultado, este em relação à pergunta sobre o número de notificações, mostra que quase metade dos participantes deste estudo não havia realizado nenhuma nos últimos 12 meses, dado que também se fez presente em diversas investigações<sup>(13,15,20,26,28)</sup>.

Analisando o resultado de que a dimensão com a cultura de segurança mais fragilizada foi “respostas não punitivas ao erro” e de que os profissionais não vinham notificando os incidentes de segurança, pode-se inferir que talvez existisse a presença do medo de que seus erros fossem utilizados contra eles, ao invés de ser feita uma análise para aprimoramento dos processos e evitar sua recorrência. Esse aspecto retrata a existência de uma cultura punitiva no cotidiano do processo de trabalho da enfermagem, que pode ser prejudicial para o diagnóstico situacional e o planejamento de ações de segurança do paciente, uma vez que pode levar os profissionais a não notificarem os incidentes de segurança e/ou eventos adversos, ou mesmo a uma falsa ideia de segurança<sup>(28)</sup>. Ainda sobre o HSOPSC, a maioria dos trabalhadores avaliou a segurança do paciente na sua área/unidade como “regular”, assim como em outro estudo brasileiro<sup>(28)</sup>.

Na avaliação da cultura de segurança por meio do SAQ, os domínios que atingiram o escore de 75 pontos foram “satisfação no trabalho” e “percepção de estresse”, indicando uma forte concordância dos profissionais quanto às questões relativas à segurança<sup>(8)</sup>. Esse resultado corrobora com os achados de outros estudos brasileiros<sup>(25,27,30)</sup>, um irlandês<sup>(12)</sup> e um multinacional<sup>(18)</sup>, nos quais o domínio “satisfação no trabalho” também atingiu o escore para cultura de segurança positiva.

Em contrapartida, houve estudos em que nenhum domínio atingiu 75 pontos, como um realizado no Brasil<sup>(24)</sup> e outro na China<sup>(14)</sup>, mas, ainda assim, o domínio “satisfação no trabalho” foi o que obteve maior escore. Contudo, apesar de “percepção de estresse” ser um domínio de cultura de segurança positiva nesta investigação, o resultado de nenhum outro estudo<sup>(12,14,18,24-25,27,30)</sup> foi semelhante. Esses dados refletem que os profissionais possuíam clareza de que fatores, como cansaço, sobrecarga de trabalho e situações de conflito, são condições que podem prejudicar o desempenho de suas rotinas diárias. Além disso, a satisfação do profissional com seu trabalho está intimamente ligada com o modo como ele é ouvido pela administração e tratado pelos demais membros da equipe<sup>(8)</sup>.

Os domínios “percepção da gerência do hospital” e “percepção da gerência da unidade” foram os que apresentaram menor escore, indicando uma percepção de cultura de segurança negativa, também encontrada em outras investigações<sup>(18,24,30)</sup>. Os resultados não são satisfatórios, traduzindo a necessidade de

analisar possíveis melhorias em relação à segurança do paciente nos hospitais brasileiros e internacionais. Um estudo brasileiro também apontou a insatisfação dos profissionais no que diz respeito às atividades da gestão hospitalar, com relação às questões de segurança do paciente. Esse mesmo estudo ressaltou que o apoio da gestão é fundamental para que sejam desenvolvidas ações que possibilitem melhora na qualidade do cuidado, como a criação de uma cultura de segurança não punitiva, favorecendo a discussão dos erros a fim de melhorar os processos<sup>(24)</sup>. O estudo multinacional<sup>(18)</sup>, que teve predomínio de profissionais médicos, também relatou que uma colaboração mais estreita entre a gerência hospitalar e os profissionais de saúde pode ser um dos objetivos para a melhoria da cultura de segurança.

Quando analisado o SAQ geral, os profissionais demonstraram uma percepção de cultura de segurança negativa. Em outras investigações<sup>(14,24,30)</sup>, o SAQ geral também não atingiu o escore de 75 pontos, considerado satisfatório. Houve associação estatística das áreas frágeis da segurança do paciente (HSOPSC) com cultura de segurança negativa (SAQ) e, inversamente, da cultura de segurança positiva (SAQ) com as áreas fortes (HSOPSC). Ainda, chama a atenção que a classificação “áreas intermediárias da segurança do paciente” (HSOPSC) se aproximou mais da classificação cultura de segurança positiva (SAQ). Neste estudo, o SAQ geral apresentou uma correlação de magnitude elevada com o HSOPSC geral ( $r=0,564$ ;  $p<0,001$ ), ou seja, os dois instrumentos convergem para uma avaliação da percepção de cultura de segurança do paciente semelhante.

Apesar de os achados serem distintos do que foi encontrado em um estudo brasileiro<sup>(20)</sup>, ambos os instrumentos apresentaram alta consistência interna de acordo com o alfa de Cronbach. A investigação<sup>(20)</sup> também relevou uma cultura de segurança do paciente fragilizada, apresentando, assim como neste estudo, uma associação estatística ( $p<0,001$ ) e correlação de magnitude elevada ( $r=0,66$ ); valores esses que se aproximam dos que foram apresentados na presente investigação. Ressalta-se que o critério de exclusão “menos de seis meses de admissão” se fez presente em ambos os estudos.

Ao contrário dos resultados desta investigação, o estudo brasileiro<sup>(20)</sup> não encontrou nenhuma correlação de magnitude elevada. Entretanto, em consonância com os resultados deste estudo, os autores também encontraram associação moderada entre a dimensão “*feedback* e comunicação sobre os erros”, do HSOPSC, e as dimensões “clima de segurança” e “condição de trabalho”, do SAQ. O retorno aos profissionais sobre os erros que acontecem na unidade, sobre as mudanças implementadas a partir dos relatórios de incidentes de segurança, assim como diálogos sobre como evitar a recorrência de incidentes de segurança, são fundamentais e influenciam o clima de segurança, repercutindo na comunicação sobre questões relacionadas à segurança dos pacientes. Além disso, uma instituição com essa perspectiva tende a oferecer melhores condições de trabalho aos seus colaboradores.

No estudo realizado nos Estados Unidos da América<sup>(17)</sup>, que também avaliou a correlação entre os dois instrumentos, o domínio “clima de segurança” apresentou magnitude elevada de correlação com a dimensão “percepções gerais sobre segurança” ( $r=0,72$ ,  $p<0,001$ ), diferente desta investigação, em que o domínio “clima

de segurança” se correlacionou com magnitude elevada com as dimensões “expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gestores” ( $r=0,52$ ) e “abertura de comunicação” ( $r=0,50$ ). Esse mesmo estudo americano<sup>(17)</sup> encontrou correlação de magnitude moderada do domínio “clima de trabalho em equipe” do SAQ com a dimensão “trabalho em equipe no âmbito das unidades” do HSOPSC ( $r=0,67$ ). Nesta investigação, também foi encontrada magnitude de correlação moderada entre este domínio do SAQ e a dimensão do HSOPSC ( $r=0,42$ ).

### Limitações do estudo

Considera-se como limitação deste estudo a investigação em uma única instituição e somente com os profissionais da enfermagem.

### Contribuições para a área da enfermagem

Este estudo contribui para a construção de evidências, que poderão ser agregadas a outras existentes com um ou os dois instrumentos investigados, possibilitando análises comparativas até que tenhamos estudos de maior abrangência no país.

### CONCLUSÕES

Conclui-se que os instrumentos HSOPSC e SAQ convergem para uma avaliação semelhante da cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar, respondendo positivamente à questão de pesquisa. Esse achado foi também alicerçado por uma consistência interna alta em ambos os instrumentos. Destacou-se a avaliação da dimensão “respostas não punitivas ao erro” como a área mais frágil da segurança do paciente, dado esse que corrobora com o baixo relato de notificações nos últimos 12 meses. Portanto, estudos que analisem baixa adesão às notificações de incidentes de segurança, seja pelo medo da punição, por falhas nos processos ou por outros fatores, são necessários. Nesse contexto, ressalta-se o papel de liderança do enfermeiro no gerenciamento dos processos e pessoas com o intuito de desenvolver uma cultura não punitiva, estimulando a notificação com ênfase no aprendizado e desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente.

A relevância dos resultados deste estudo está na identificação de que os dois instrumentos utilizados no Brasil, e em outros países, possuem uma avaliação convergente, o que garante uma análise mais unificada, rigorosa e precisa, independente de qual deles seja utilizado, podendo-se, inclusive, comparar com maior segurança os resultados entre diversos hospitais.

Ainda, sugerem-se que os serviços de saúde invistam no desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente, com estratégias de conhecimento sistêmico das lacunas que levam à ocorrência de incidentes de segurança, o que pode reverter em ambientes seguros, não somente para os pacientes, mas também para os profissionais. Identificou-se, neste estudo e em outros apresentados, que a enfermagem possui o “trabalho em equipe no âmbito das unidades” como uma área forte no HSOPSC e que os domínios “satisfação no trabalho” e “percepção de estresse” no SAQ atingiram os percentuais exigidos para a cultura de segurança positiva. Investigar os elementos dessas dimensões pode ser um

caminho a seguir na busca de um melhor desempenho para atingir uma atenção em saúde apropriada, com análise permanente da realidade, mitigação de riscos e incidentes, para promover um desenvolvimento organizacional que priorize o cuidado seguro.

## FOMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

## COLABORAÇÕES

Urbanetto JS contribuiu com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Rotta ALO, Souza LP, Carvalho MSGV, Silva AP, Bandeira AG e Urbanetto JS contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Rotta ALO, Souza LP, Carvalho MSGV, Silva AP, Bandeira AG e Urbanetto JS contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Agency IAE. Summary report on the post-accident review meeting on the Chernobyl accident. Vienna: International Atomic Energy Agency [Internet]. 1986 [cited 2020 May 15]. Available from: <https://www.nrc.gov/docs/ML0716/ML071690245.pdf>
2. Health and Safety Commission. Advisory committee on the safety of nuclear installations. Study Group on Human Factors: Organizing for safety. London: Her Majesty's Stationery Office. 1993.
3. World Health Organization (WHO). Human Factors in Patient Safety Review of Topics and Tools [Internet]. 2009 [cited 2020 May 14]. Available from: [https://www.who.int/patientsafety/research/methods\\_measures/human\\_factors/human\\_factors\\_review.pdf](https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf)
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União [Internet]. 2013 [cited 2020 May 14]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
5. Urbanetto JS, Magnago TSB. Patient Safety: Some Reflections. *Rev Enferm UFSM*. 2014;4(3). <https://doi.org/10.5902/2179769216202>
6. Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. Patient safety 2030. London: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre [Internet]. 2016 [cited 2020 May 15]. Available from: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/centre-for-health-policy/Patient-Safety-2030-Report-VFinal.pdf>
7. 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(1):44. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>
8. Carvalho R. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil: Questionário de Atitudes de Segurança [Tese] [Internet]. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto [Internet]. 2011 [cited 2020 May 10]. 173p. Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-30112011-085601/publico/RhannaEmanuelaFonteneleLimadeCarvalho.pdf>
9. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Hospital survey on patient safety culture: publication no 04-0041 [Internet]. 2004 [cited 2020 May 10]. Available from: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>
10. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [Tese] [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2013 [cited 2020 May 10]. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>
11. Chegini Z, Janati A, Afkhami M, Behjat M, Shariful ISM. A comparative study on patient safety culture among emergency nurses in the public and private hospitals of Tabriz, Iran *Nurs Open*. 2020;7(3):768-75. <https://doi.org/10.1002/nop2.449>
12. Gleeson LL, Tobin L, O'Brien GL, Crowley EK, Delaney A, O'Mahony D, et al. Safety culture in a major accredited Irish university teaching hospital: a mixed methods study using the safety attitudes questionnaire. *Ir J Med Sci*. 2020. <https://doi.org/10.1007/s11845-020-02228-0>
13. Brborović O, Brborović H, Nola IA, Milošević M. Culture of Blame: an ongoing burden for doctors and patient safety. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(23):4826. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234826>
14. Zhao C, Chang Q, Zhang X, Wu Q, Wu N, He 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>
15. Akologo A, Abuosi AA, Anaba EA. A cross-sectional survey on patient safety culture among healthcare providers in the Upper East region of Ghana. *PLoS ONE*. 2019;14(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221208>
16. Boussat B, Kamalanavin K, François P. The contribution of open comments to understanding the results from the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS): a qualitative study. *PLoS ONE*. 2018;13(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196089>
17. Profit J, Lee HC, Sharek PJ, Kan P, Nisbet CC, Thomas EJ, et al. Comparing NICU teamwork and safety climate across two commonly used survey instruments. *BMC Health Serv Res*. 2016;25(12):954-61. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003924>
18. Gadjradj PS, Harhangi BS. Safety culture and attitudes among spine professionals: results of an international survey. *Glob Spine J*. 2019;9(6):642-9. <https://doi.org/10.1177%2F2192568218825247>
19. Costa TM, Silvino ZR. Scientific production of the nursing of teaching hospitals about patient safety culture. *Rev Enferm Atual Derm*. 2019;79(17). <https://doi.org/10.31011/reaid-2016-v.79-n.17-art.335>

20. Santiago THR, Turrini RNT. Organizational culture and climate for patient safety in Intensive Care Units. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(esp):123-30. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>
  21. Tondo JCA, Guirardello EB. Perception of nursing professionals on patient safety culture. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(6):1284-90. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0010>
  22. Cohen J, Cohen P, West S, Aiken L. *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Routledge; 2003
  23. Freitas ALP, Rodrigues SG. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. *Simpósio de Engenharia de produção* [Internet]. 2005 [cited 2020 Jun 15]. Available from: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1012/o/ISAAC\\_DE\\_ABREU\\_GASPAR\\_2\\_-\\_email.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1012/o/ISAAC_DE_ABREU_GASPAR_2_-_email.pdf)
  24. Barradas NNUF, Guimarães DBO, Mendes PM, Abreu IM, Avelino FVSD, Dias SRS, et al. Safety attitudes of the nursing team in the hospital environment. *Rev Enferm UFPE*. 2019;13:1-6. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239908>
  25. Beck MK, Loro MM, Casali VAB, Schmidt CR, Dal Pai S, Bandeira LR, et al. Weaknesses in patient safety culture from the perspective of workers in a general hospital. *Mundo Saúde*. 2018;42(4):1062-81. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.2018420410621081>
  26. Fassarella CS, Camerini FG, Henrique DM, Almeida LF, Figueiredo MCB. Evaluation of patient safety culture: comparative study in university hospitals. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03379. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017033803379>
  27. Golle L, Ciotti D, Herr GEG, Aozane F, Schmidt CR, Kolankiewicz ACB. Culture of patient safety in hospital private. *Rev Pesqui: Cuid Fundam*. 2018;10(1):85-9. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.85-89>
  28. Serrano ACFF, Santos DF, Matos SS, Goveia VR, Mendoza IYQ, Lessa AC. Evaluating patient safety culture in a philanthropic hospital. *REME Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1183. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190031>
  29. Lemos GC. *Cultura de segurança do paciente na perspectiva de profissionais de enfermagem: fatores laborais e institucionais relacionados*[Dissertação] [Internet]. Universidade Federal De São João Del Rei. 2018 [cited 2020 Jun 13]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005616>
  30. Magalhães FHL, Pereira ICA, Luiz RB, Barbosa MH, Ferreira MBG. Patient safety atmosphere in a teaching hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp):e20180272. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180272>
-