

# Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes

Patient safety climate among nursing staff: contributing factors

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz<sup>1</sup>

Marli Maria Loro<sup>1</sup>

Catiele Raquel Schmidt<sup>1</sup>

Fabiano Pereira dos Santos<sup>1</sup>

Vanessa Adelina Casali Bandeira<sup>1</sup>

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago<sup>1</sup>

## Descritores

Condições de trabalho; Cultura organizacional; Hospital; Segurança do paciente

## Keywords

Working conditions; Organizational culture; Hospital; Patient safety

## Submetido

4 de Setembro de 2017

## Aceito

24 de Outubro de 2017

## Resumo

**Objetivo:** Mensurar o clima de segurança e os fatores contribuintes na perspectiva de trabalhadores de enfermagem de instituições hospitalares do Sul do Brasil.

**Métodos:** Estudo transversal, com 648 profissionais de três hospitais do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Para coleta dos dados, utilizou-se o Questionário de Atitudes de Segurança. A análise dos dados se deu por estatísticas descritivas (*Kolmogorov-Smirnov*, Alfa de *Cronbach*, média, desvio padrão), e analíticas (*Kruskal-Wallis* e *Manny Witney*).

**Resultados:** Participaram do estudo 648 profissionais de enfermagem, destes 66,5% trabalham em hospitais filantrópicos e 43,5% em hospital privado. Identificou-se média positiva nos domínios satisfação de trabalho, clima de trabalho em equipe e condições de trabalho, com diferença estatística nas condições de trabalho entre hospital filantrópico e público. Verificou-se melhor avaliação entre os profissionais enfermeiros, que atuam a tempo inferior a cinco anos e na pediatria.

**Conclusão:** A respeito da percepção do clima de segurança quando comparado às categorias profissionais, os enfermeiros demonstram escores maiores do que auxiliares/técnicos de enfermagem, com diferença estatística nos domínios clima de trabalho, percepção de stress e gerência da unidade. Na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem evidenciou-se escores positivos para clima de trabalho em equipe e satisfação do trabalho.

## Abstract

**Objective:** To evaluate the safety climate and contributing factors, from the perspective of nursing staff from hospitals in Southern Brazil.

**Methods:** Cross-sectional studies conducted with 648 professionals, from three hospitals located in the northwestern part of the State of Rio Grande do Sul. The Safety Attitudes Questionnaire was used for data collection. Data analysis was based on descriptive (*Kolmogorov-Smirnov*, *Cronbach's alpha*, mean, standard deviation) and analytical (*Kruskal-Wallis* and *Manny Witney*) statistics.

**Results:** Sixty-eight nursing professionals participated in the study, of whom 66.5% worked in philanthropic hospitals and 43.5% in private hospitals. A positive mean was identified in the areas of job satisfaction, teamwork climate and working conditions, with a statistical difference in working conditions between a philanthropic hospital and a public hospital. A better evaluation among nurses was identified in those who had worked less than five years, and in pediatrics.

**Conclusion:** Regarding the perception of the safety climate when compared to the professional categories, nurses demonstrated higher scores than nursing assistants/technicians, with a statistical difference in the domains of work climate, stress perception, and unit management. Positive scores for teamwork climate and job satisfaction was evidenced by nursing staff.

## Autor correspondente

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz  
Rua do Comércio, 3000,  
97800-000, Ijuí, RS, Brasil.  
adri.saudecoletiva@gmail.com

## DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700076>



<sup>1</sup>Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, RS, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

## Introdução

A segurança do paciente é tema em destaque nas discussões, com maior densidade nas publicações científicas, nos últimos anos, por ser imprescindível para o cuidado seguro. Importantes reflexões foram levantadas a partir da publicação “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, pelo instituto de medicina dos Estados Unidos (EUA). Essa publicação salienta a ocorrência de eventos adversos (EA) durante a internação hospitalar, os altos índices de mortalidade, os custos que representa para instituição, além de enfatizar que não é uma falha individual, mas sim do sistema como um todo.<sup>(1)</sup>

No intuito de minimizar e fortalecer o cuidado seguro, a enfermagem vem buscando o fortalecimento enquanto categoria profissional por meio de redes. No ano de 2005 no Chile, foi criada a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP), que objetiva identificar as prioridades na segurança do paciente, e discutir possibilidades de cooperação e intercâmbio de conhecimentos entre países e necessidades de fortalecimento do cuidado de enfermagem.<sup>(2)</sup> Após essa iniciativa, em 2008, no Brasil foi formada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), com o intuito de fortalecer o cuidado, ensino, pesquisa, gestão, educação entre outros.<sup>(3)</sup> Marco importante, que veio ao encontro da consolidação dessas redes, foi a Portaria n° 529, de 1° de abril de 2013, que institui o Programa nacional de Segurança do paciente, e visa qualificar o cuidado em todos os estabelecimentos de saúde à nível nacional.<sup>(4)</sup>

Ainda, em 2013, no intuito de implementar as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N° 36, que define a cultura da segurança como conjunto de valores, atitudes, competências e habilidades que determinam o compromisso com a gestão da saúde e da segurança, na tentativa de substituir a culpa e a punição pela oportunidade do aprendizado coletivo e, conseqüentemente melhorar a atenção à saúde.<sup>(5)</sup>

Nessa perspectiva, a primeira iniciativa para realizar planejamento das ações que visam um cuidado seguro, é a avaliação do clima de segurança. Para tanto, o clima de segurança faz referência aos componentes mensuráveis da cultura, dentre eles o comportamento dos gestores, os sistemas de segurança e as percepções dos profissionais. Dessa maneira, a avaliação da cultura resulta do clima que é percebido pelos profissionais no ambiente de trabalho.<sup>(6)</sup> Possibilita a identificação de potencialidades e fragilidades da assistência, e permite realizar intervenções futuras.<sup>(7)</sup> Isso implica em conhecer a realidade de cada local, pois varia conforme a percepção, pensamentos, sentimentos e ações do grupo de colaboradores e gestores.<sup>(8)</sup>

No Brasil, os instrumentos validados para a mensuração do clima de segurança, são o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ)<sup>(9)</sup> e o Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC).<sup>(10)</sup> Os estudos que visam avaliar as instituições de maneira geral são incipientes.<sup>(11,12)</sup> Até o momento, parte das evidências científicas sobre a temática avaliam unidades específicas da instituição como clínica médica e cirúrgica,<sup>(13,14)</sup> Unidade de Transplante de Medula Óssea,<sup>(15)</sup> Núcleo de Centro Cirúrgico,<sup>(16)</sup> Unidades de Internação cirúrgica,<sup>(17)</sup> Pronto atendimento,<sup>(18)</sup> Emergência,<sup>(19)</sup> Unidade de Terapia Intensiva<sup>(20,21)</sup> que denota lacunas do conhecimento na literatura, quando se trata de segurança do paciente na perspectiva da instituição em sua totalidade.

Nesse sentido, a questão norteadora do estudo é: Qual é a pontuação do clima de segurança do paciente na perspectiva de trabalhadores de enfermagem de instituições hospitalares? Diante disso, o objetivo mensurar o clima de segurança e os fatores contribuintes na perspectiva de trabalhadores de enfermagem de instituições hospitalares do Sul do Brasil.

## Métodos

Estudo transversal, desenvolvido em três hospitais localizados no noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, sendo dois hospitais filantrópicos, (Hospital A), de grande porte, referência para média e

alta complexidade; (Hospital B), de pequeno porte, que atende clínica médica, cirúrgica, pediátrica e obstétrica, além da psiquiatria e dependência química e um hospital privado (Hospital C), de porte médio, que atende serviços de urgência/emergência, clínica médica, cirúrgica, obstetrícia, pediatria e quimioterapia. O hospital A tinha, no mês anterior à coleta, cerca de 599 profissionais de enfermagem, o hospital B 40, e hospital C 276, totalizando 915 profissionais.

A mensuração do clima de segurança em três hospitais de portes diferenciados possibilita o conhecimento dos fatores intervenientes no processo de trabalho que impactam na segurança dos pacientes. O diagnóstico permite a discussão desses fatores, fortalecendo as evidências científicas e auxiliando na garantia de melhor segurança para os pacientes na assistência à saúde.

Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem com carga horária semanal de 20hs ou mais e que trabalhe há pelo menos um mês naquele setor. Esta carga horária e tempo, possibilita aos profissionais maior conhecimento sobre os valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência quanto às questões de segurança do paciente na instituição que atua.<sup>(22)</sup> Foram excluídos os trabalhadores de enfermagem que se encontravam em licença saúde ou qualquer outro afastamento durante a coleta de dados.

Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, foram excluídos 37 por estar em licença maternidade ou saúde, 53 por atuar menos de 30 dias na unidade e 02 por participar da equipe de pesquisa, que resultou em 783 profissionais elegíveis. Destes, 139 (18%) não aderiram à pesquisa e 07 (1%) não responderam todas as questões. Assim, participaram 648 profissionais de enfermagem, o que corresponde a uma taxa de resposta de 82,8%.

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2014, por quatro acadêmicos de enfermagem e duas enfermeiras, previamente capacitados. A capacitação ocorreu por meio de leitura sobre o tema, pré-teste com o instrumento de pesquisa, e esclarecimento de dúvidas com relação ao questionário.

Para realizar a coleta de dados, inicialmente, foi solicitado às instituições pesquisadas, uma lista com os nomes dos trabalhadores de enfermagem e seus respectivos turno de trabalho. A seguir, foi realizada a escala de trabalho para os coletadores, nos três turnos de atuação dos profissionais. Também, foi realizado contato com os enfermeiros dos setores, a fim de estabelecer horários para a coleta.

A abordagem inicial aos trabalhadores foi realizada nos postos de enfermagem das unidades. Após explicitar os objetivos do estudo e ter o aceite para participar, os trabalhadores foram convidados a se dirigirem para uma sala reservada, para ter privacidade ao responder o questionário. Cada participante recebeu um envelope, contendo duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o instrumento de pesquisa. Os coletadores permaneceram em outra sala, a fim de esclarecer dúvidas, se necessário, e receber o questionário respondido.

Para este estudo, utilizou-se o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), desenvolvido na Universidade do Texas,<sup>(22)</sup> validado para uso no Brasil em 2011.<sup>(9)</sup> Ele é composto por duas partes: a primeira parte possui 41 itens que contemplam seis domínios (Clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gestão, condições de trabalho e reconhecimento de estresse).<sup>(9)</sup> A segunda, é composta por dados do profissional (sexo, categoria profissional, tempo de atuação e a unidade de atuação, adulto ou pediátrico).<sup>(9)</sup>

As respostas a cada uma das questões seguiram uma escala *Likert* com cinco opções: discordo totalmente (A), discordo um pouco (B), neutro (C), concordo um pouco (D), concordo totalmente e não se aplica (E).<sup>(9)</sup> A pontuação final do instrumento varia de 0 a 100, onde zero representa a pior percepção do clima de segurança e 100 representa a melhor percepção. Os valores são considerados positivos quando a pontuação total é maior ou igual a 75.<sup>(22)</sup> A pontuação é ordenada da seguinte forma: discordo totalmente (A) é igual a 0 pontos; discordo um pouco (B) é igual a 25 pontos; neutro (C) é igual a 50 pontos; concordo totalmente (D) é igual a 75 pontos e concordo totalmente (E) é igual a 100 pontos.<sup>(22)</sup>

Os dados foram organizados no programa Epi-Info® 6.04, com dupla digitação independente. Após correções de erros e inconsistências na digitação, a análise estatística foi realizada no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 18.0 for Windows. Para análise das variáveis quantitativas contínuas, de acordo com a distribuição de normalidade dos dados (teste *Kolmogorov-Smirnov*), utilizou-se a estatística descritiva representada pelas medidas de tendência central (média ou mediana) e de dispersão (desvio-padrão e intervalo de confiança de 95%- IC95%). As variáveis categóricas foram descritas pelas frequências bruta (n) e relativa (%). Para a comparação de médias para amostras não paramétricas, utilizou-se o teste de *Mann-Whitney* ou *Kruskal Whallis*. A confiabilidade do SAQ foi analisada pelo Alfa de *Cronbach*. Em todos os testes foi considerado estatisticamente significativo quando  $p < 0,05$ .

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI) sob CAAE 30449514.3.0000.5350. Os participantes assinaram o TCLE em duas vias. A pesquisa atendeu às diretrizes da Resolução n. 466/2012.

## Resultados

Participaram do estudo 648 profissionais de enfermagem, entre esses prevaleceram os do sexo feminino (89,2%), auxiliares ou técnicos de enfermagem (81,5%), sendo a atuação principal com adultos

(53,5%) e tempo de atuação na especialidade entre 5 a 10 anos (29,5%).

Entre os profissionais 66,5% trabalham em hospitais filantrópicos e 43,5% em hospital privado. Na tabela 1 estão apresentadas as médias dos domínios de avaliação do SAQ dos quais a percepção de *stress* apresentou a menor média, enquanto a satisfação com o trabalho teve a média mais elevada. Em relação a essas características elas foram semelhantes nos hospitais filantrópico e privado. Evidenciou-se diferença estatística significativa no domínio condição de trabalho entre os profissionais de hospital filantrópico e privado. Quanto ao Alfa de *Cronbach* geral foi de 0,829.

**Tabela 1.** Avaliação da média dos domínios do *Safety Atitudes Questionnaire* (SAQ) quanto ao tipo de instituição hospitalar e Alfa de *Cronbach* (n=648)

Domínios do SAQ	Filantrópico M±DP	Privado M±DP	p-value	Geral M±DP	Alfa Cronbach
Clima de trabalho em equipe	75,9±15,4	75,3±15,8	0,586	75,7±15,5	0,543
Clima de segurança	72,5±15,0	72,5±14,8	0,988	72,5±14,9	0,546
Satisfação de trabalho	87,9±13,6	87,8±13,0	0,597	87,9±13,4	0,699
Percepção de stress	58,1±27,2	59,3±28,7	0,436	58,6±27,7	0,771
Percepção da gerência					
Unidade	64,4±19,3	66,4±19,1	0,159	65,1±19,2	0,665
Hospital	63,4±19,4	64,9±19,7	0,117	63,9±19,5	0,687
Condições de trabalho	73,5±22,1	79,0±19,9	0,005*	75,3±21,6	0,524

M-média; DP- desvio padrão; *Mann-Whitney*; Alfa-*Cronbach*

Na tabela 2, estão apresentados os domínios relacionados às características de trabalho, como categoria, tempo de atuação na especialidade e público principal que assiste. Os enfermeiros obtiveram melhores médias quando comparados a auxiliares e técnicos de enfermagem. Profissionais que atuam com tempo de serviço menor que cinco anos, e trabalhadores da pediatria alcançaram médias elevadas.

**Tabela 2.** Avaliação da média dos domínios do *Safety Atitudes Questionnaire* (SAQ), quanto as características de trabalho dos profissionais de enfermagem (n=648)

Domínios do SAQ	Categoria			Tempo de atuação			Público principal			
	Auxiliar/técnico M±DP	Enfermeiro M±DP	p-value	<5anos M±DP	≥5anos M±DP	p-value	Adulto M±DP	Pediatria M±DP	Ambos M±DP	p-value
Clima de segurança	72,0±15,2	74,0±13,3	0,095	74,2±14,5	70,8±15,3	0,009*	70,9±14,5	76,3±13,2	73,8±15,8	0,008*
Clima de trabalho	74,8±15,7	79,9±14,1	0,002*	77,6±14,8	73,5±16,0	0,002*	75,8±14,9	80,1±13,6	74,2±16,6	0,023*
Satisfação no trabalho	87,3±14,0	90,4±9,9	0,084	89,4±12,1	86,1±14,6	0,001*	87,9±13,7	88,9±11,0	87,6±13,7	0,785
Percepção de stress	57,5±28,1	63,2±25,6	0,046*	57,8±27,9	59,4±27,5	0,485	57,1±28,6	58,9±27,0	60,5±26,4	0,364
Percepção da gerência										
Unidade	64,2±19,2	69,0±18,7	0,002*	66,0±18,3	64,1±20,2	0,257	63,2±18,6	72,4±18,0	65,8±19,9	0,001*
Hospital	63,2±20,2	66,6±16,3	0,071	65,2±18,9	62,4±20,1	0,056	61,5±19,2	67,6±21,1	66,4±19,1	0,003*
Condições de trabalho	74,6±22,1	78,6±18,9	0,130	76,9±19,5	73,6±23,6	0,276	75,1±21,3	79,2±18,0	74,7±22,9	0,311

M-média; DP- desvio padrão; \*categoria e tempo de atuação: *Mann-Whitney*; público principal: *Kruskalwalis*

## Discussão

A consistência interna do estudo foi avaliada por meio do alfa de Cronbach, e o resultado geral foi considerado muito positivo. Semelhante a outros estudos realizados no Brasil, o que sugere que o instrumento é válido para mensuração do construto proposto.<sup>(9,16)</sup> Os escores gerais do clima de segurança do paciente nas instituições pesquisadas apontam fragilidade, pois as médias dos mesmos foram em grande parte dos domínios negativos. Quando comparadas as instituição filantrópicas e privada, condições de trabalho foi o único domínio que apresentou diferença estatística, com média de 79,05 na instituição privada, enquanto as filantrópicas não obtiveram escore positivo (73,51). Entre os aspectos que podem refletir nesse resultado estão o aprimoramento de pessoal e treinamento dos profissionais.<sup>(17)</sup>

As condições de trabalho podem ser influenciadas, negativamente, por fatores como longas jornadas de trabalho, falta de profissionais, relação conflituosa entre equipe de enfermagem, os quais contribuem para o desgaste profissional e propensão à ocorrência de erros durante a assistência.<sup>(23)</sup> Neste sentido, o hospital privado pode ter condições financeiras melhores, para ofertar qualidade do ambiente (estrutura física e materiais), melhor dimensionamento de pessoal e maior oferta de qualificação. É possível que esses fatores tenham interferido na diferença entre as instituições.

O domínio Satisfação no trabalho foi o de melhor resultado nas instituições investigadas, com escores considerados muito positivos. Estudo realizado no Ceará/ Brasil em três hospitais apontou escore superior a 80, nos hospitais investigados. Autores deste estudo inferem que os profissionais brasileiros são mais satisfeitos no trabalho se comparados com profissionais de outros países.<sup>(24)</sup>

Neste contexto, a satisfação profissional relaciona-se diretamente com a menor ocorrência de eventos adversos e pode influenciar na cultura de segurança.<sup>(16)</sup> Ademais, os fatores que contribuem para o resultado positivo neste escore são: instituição possuir ambiente favorável ao trabalho, tra-

balhadores satisfeitos com o serviço que desempenham e, desta maneira, contribuem com atitudes de segurança.<sup>(24)</sup> Quando achados pontuam escores acima 80, este resultado evidencia que existe um forte consenso entre os profissionais a respeito do clima de segurança.<sup>(22)</sup>

O clima de trabalho em equipe nas instituições investigadas foi positivo. O resultado pode estar relacionado com canais de boa comunicação, equipes bem coordenadas que atuam de forma cooperativa e, desta maneira, dão continuidade ao cuidado.<sup>(16)</sup> Outro estudo realizado no Ceará encontrou resultado semelhante.<sup>(12)</sup>

A respeito da percepção do clima de segurança quando comparado às categorias profissionais, os enfermeiros demonstram escores maiores do que auxiliares/técnicos de enfermagem, com diferença estatística nos domínios clima de trabalho, percepção de stress e gerência da unidade. O enfermeiro enquanto líder da equipe tem percepção ampliada, quando comparado a profissionais auxiliares e de nível médio. Fator que pode facilitar a comunicação,<sup>(25)</sup> a construção coletiva em relação aos objetivos e resultados a serem atingidos pela equipe.<sup>(26)</sup>

Estes resultados sofrem influência da experiência na instituição e das melhorias nas condições de trabalho.<sup>(17)</sup> Para melhorar os escores dos profissionais auxiliares e técnicos, é importante que ocorra a sensibilização destes acerca da segurança do paciente, bem como o esclarecimento das atribuições relativas a cada categoria e o manejo adequado dos conflitos,<sup>(15)</sup> além disso, é necessário identificar potencialidades individuais para fortalecer e qualificar os trabalhadores no contexto da cultura de segurança do paciente.<sup>(19)</sup>

O clima de segurança, por trabalhadores com menos de cinco anos de atuação apresentou médias maiores, com diferença estatística nos domínios clima de segurança, clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho. Este achado diverge aos encontrados na literatura, em que os trabalhadores com 21 anos ou mais na instituição apresentaram médias maiores.<sup>(14,27)</sup> Estudo evidenciou melhor percepção em profissionais que atuam menos de seis meses na instituição e, relaciona

este resultado com a adaptação ao ambiente de trabalho, pois trabalhadores percebem de maneira positiva a organização institucional.<sup>(24)</sup>

Ainda, destaca-se que a divergência entre profissionais com tempo de atuação diferente, pode estar relacionada à novos métodos de qualificação, seleção, avaliação dos profissionais ao ingressarem no mercado de trabalho. Características como flexibilidade, conhecimento, experiência e acessibilidade estimulam profissionais para o trabalho em equipe e, desta maneira, reflete de modo positivo na satisfação dos trabalhadores.<sup>(28)</sup>

Os profissionais que atuam na pediatria alcançaram médias maiores quando comparado aos que atuam com adultos. Houve diferença significativa nos domínios clima de segurança, clima de trabalho em equipe, gerência da unidade e do hospital. Estudo infere que a autonomia profissional pode ser evidenciada a partir da coordenação do cuidado em saúde na perspectiva da comunicação entre profissionais e serviços, com vistas à um clima organizacional mais efetivo.<sup>(29)</sup> Ainda, a literatura aponta fragilidades em relação à segurança do paciente pediátrico, semelhantes às encontradas nos escores gerais deste estudo, as quais necessitam ser melhoradas com notificação de erros, momentos de qualificação e reflexão.<sup>(25)</sup> Outras características que podem influenciar de maneira positiva a percepção dos profissionais é a acessibilidade, visibilidade e a flexibilidade dos enfermeiros com suas equipes,<sup>(28)</sup> fatores que contribuem para a melhora do clima de segurança.

Como limitação deste estudo viés da temporalidade (causalidade reversa) devido ao delineamento transversal. Sugere-se novos estudos que mensuram a clima de segurança na perspectiva da equipe multiprofissional, bem como de correlacionar o número de pacientes assistidos.

Importante ressaltar que resultados tem potencial para embasar ações nas instituições de saúde de maneira a contribuir para o planejamento e organização dos serviços desde a gestão até a efetivação da assistência. Ainda, pode servir como subsídio à enfermeiros e gestores no processo de gerenciamento e assistência, com foco nas ações voltadas à segurança do paciente.

## Conclusão

Na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem evidenciou-se escores positivos para clima de trabalho em equipe e satisfação do trabalho. Já os negativos foram clima de segurança, percepção de stress, gerência unidade e hospital. Os resultados demonstram a importância dos gestores identificarem os aspectos a serem qualificados, com vistas à agregar ações com potencial de melhorar os escores negativos. O domínio condição de trabalho foi o único que apresentou diferença estatística significativa entre os hospitais avaliados, com destaque para pontuação positiva no hospital privado. Outra evidência do estudo refere-se a fato de que enfermeiros, trabalhadores com tempo de serviço menor que cinco anos e que atuam na pediatria, tiveram melhor percepção do clima de segurança, constituindo-se em fatores contribuintes.

## Colaborações

Kolankiewicz ACB, Loro MM, Schmidt CR, Santos FP, Bandeira VAC e Magnago TSBS contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

## Referências

1. Institute of Medicine. To err is human [Internet]. 1999. [cited 2017 Oct 19]. Available from: [http://www.nationalacademies.org/hmd/~/media/Files/Report Files/1999/To-Err-is-Human/To](http://www.nationalacademies.org/hmd/~/media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To).
2. Caldana G, Guirardello EB, Urbanetto JS, Peterlini MA, Gabriel CS. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente: Desafios e Perspectivas. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 24(3):906-11.
3. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP/RS). Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2013. p.1-132.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529 de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2 de abr 2013.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC nº 36 de 35 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 26 de julho de 2013.
6. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weets WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care*. 2005; 14(5): 364-6.

7. Reis CT, Martins M, Laguardia J. [Patient safety as a dimension of the quality of health care - a look at the literature]. *Cien Saúde Colet*. 2013; 18(7):2029-36. Portuguese.
8. Pires JC, Macêdo KB. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. *Rev Adm Pública*. 2006;40(1):81-105.
9. Carvalho RE, Cassiani SH. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012; 20(3):1-8.
10. 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.
11. Pinheiro MP, Junior Osair CS. [Evaluation of the patient safety culture within the hospital organization of a university hospital]. *Enferm Global*. 2017; 16( 45 ):309-52. Portuguese.
12. Netto FC, Severino FG. Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital público de ensino do Ceará. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016; 29(3): 334-41.
13. Barbosa MH, Aleixo TC, Oliveira KF, Nascimento KG, Felix MM, Barichello E. Clima de segurança do paciente em unidades de clínica médica e cirúrgica. *Rev Eletr Enferm*. 2016; 18:e1183.
14. Rigobello MC, Carvalho RE, Cassiani SH, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(5):728-35.
15. Fermo VC, Radünz V, Rosa LM, Marinho MM. [Professional attitudes toward patient safety culture in a bone marrow transplant unit]. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016; 37(1):e55716. Portuguese.
16. Carvalho PA, Göttems LB, Pires MR, Oliveira ML. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015; 23(6):1041-8. Portuguese.
17. Marinho MM, Radünz V, Barbosa SF. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(3):581-90.
18. Silva MV, Carvalho PM. Cultura de segurança do paciente: atitudes dos profissionais de enfermagem de um serviço de pronto-atendimento. *Rev Interdiscipl*. 2016; 9(1):1-12.
19. 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*. 2016; 50(5):756-62.
20. Mello JF, Barbosa SF. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. *Rev Eletr Enf*. [Internet]. 2017 [cited 2017 Out 23];19:a07. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.38760>.
21. Santiago TH, Turrini RN. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(Espec):123-30.
22. 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 Services Res*. 2006; 6:44.
23. Atefi N, Abdullah KL, Wong LP, Mazlom R. Factors influencing registered nurses perception of their overall job satisfaction: a qualitative study. *Int Nurs Rev*. 2014; 61(3):352-60.
24. Carvalho RE, Arruda LP, Nascimento NK, Sampaio RL, Cavalcante ML, Costa AC. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017; 25:e2849.
25. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJ, Predebon CM, Sanches MO, et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2016; 20(3):e20160068.
26. Santos JL, Lima MA, Pestana AL, Colomé IC, Erdmann AL. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. *Rev Gaucha Enferm*. 2016; 37(1):e50178.
27. Luiz RB, Simões AL, Barichello E, Barbosa MH. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015; 23(5):880-7.
28. Alves DF, Guirardello EB. Nursing work environment, patient safety and quality of care in pediatric hospital. *Rev Gaucha Enferm*. 2016; 37(2):e58817.
29. Sousa SM, Bernardino E, Crozeta K, Peres AM, Lacerda MR. Integrity of care: challenges for the nurse practice. *Rev Bras Enferm* 2017; 70(3): 504-50.