



Avaliação da cultura de segurança do paciente: estudo comparativo em hospitais universitários*

Evaluation of patient safety culture: comparative study in university hospitals

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente: estudio comparativo en hospitales universitarios

Cintia Silva Fassarella^{1,2}, Flávia Giron Camerini¹, Danielle de Mendonça Henrique¹, Luana Ferreira de Almeida^{1,3}, Maria do Céu Barbieri Figueiredo⁴

Como citar este artigo:

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. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017033803379>

* Extraído da tese: “Avaliação da cultura de segurança do paciente em ambiente hospitalar: estudo comparativo em hospital universitário e público do Rio de Janeiro e do Porto”, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Departamento Médico Cirúrgico, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy, Escola de Ciências da Saúde, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ Escola Superior de Enfermagem do Porto, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

ABSTRACT

Objective: To conduct a benchmarking comparison of the composites of patient safety culture based on the evaluation of Brazilian and Portuguese nurses working in university hospitals. **Method:** Quantitative, cross-sectional, comparative survey. Data collected between April and December 2014, in two teaching hospitals, applying the instrument *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, in the versions translated and adapted to the countries. **Results:** 762 nurses distributed in four services participated in the study, 195 Brazilians and 567 Portuguese. Seven of the 12 composites of safety culture showed significant differences between hospitals. The highlights were those related to: “management support for patient safety” (± 17); “handoffs and transitions” (± 15); “teamwork across units” (± 14); and “overall perceptions of patient safety” (± 10). **Conclusion:** The dimension that had the highest significant difference between the studied institutions was “management support for patient safety”. These data may support the managers of the study hospitals, enabling continuous improvements and advancements.

DESCRIPTORS

Patient Safety; Organizational Culture; Quality of Health Care; Hospitals; Nursing; Team.

Autor correspondente:

Cintia Silva Fassarella
Boulevard 28 de Setembro, 157 – Vila Isabel
CEP 20551-030 – Rio de Janeiro, RJ, Brasil
cintiafassarella@gmail.com

Recebido: 15/08/2017
Aprovado: 03/05/2018

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é uma dimensão da qualidade do cuidado de saúde, tanto que qualidade é o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados desejados⁽¹⁾. A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que a segurança do paciente constitui-se em uma preocupação mundial em virtude do elevado índice de incidentes oriundos dos cuidados de saúde, o que é um problema de saúde pública⁽¹⁾.

Uma das causas da dificuldade de implementar melhorias de segurança tem sido a complexidade dos sistemas de saúde. Fatores individuais, profissionais, tecnológicos, terapêuticos e organizacionais, ainda que eficazes, tornam a segurança do paciente uma questão multifatorial⁽²⁾.

Certamente, os fatores profissionais e humanos transitam pela cultura organizacional, já que a cultura é um fenômeno dinâmico, constantemente desempenhada e criada a partir das interações e moldada por comportamento de liderança. No entanto, uma organização com uma cultura de segurança forte é aquela que valoriza uma comunicação aberta, justa, efetiva e de confiança entre os profissionais, pautada no reconhecimento da segurança como prioridade e na aplicação de medidas preventivas⁽³⁾.

De modo geral, a avaliação da cultura de segurança nas organizações de saúde tem por propósito identificar a percepção do profissional acerca da segurança do paciente, diagnosticar e avaliar os pontos fortes e fracos ou passíveis de melhoria, além de realizar comparações internas e externas entre instituições⁽⁴⁾.

Recentemente, tanto as instituições governamentais de Portugal⁽⁵⁾ como as do Brasil⁽⁶⁾ publicaram o Programa de Segurança do Paciente, recomendando avaliação da cultura de segurança nas instituições de saúde. Em ambos os programas, entende-se que a cultura de segurança é transversal a todas as disciplinas e interfere diretamente no desempenho da organização e na prestação de cuidados à saúde do paciente.

Este estudo pretende contribuir para a avaliação da cultura de segurança, particularmente, envolvendo enfermeiros de dois hospitais públicos e universitários, da língua portuguesa. Sabe-se que os enfermeiros têm uma enorme influência sobre a cultura organizacional de segurança, pois quantitativamente é o grupo profissional da saúde que permanece ao lado do paciente ininterruptamente⁽⁷⁾.

Avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros é uma das áreas prioritárias e pode auxiliar os gestores de risco na organização hospitalar, identificando as diferenças e estratégias de melhoria entre as diversas dimensões de cultura.

Dessa forma, este estudo teve como objetivo realizar um *benchmarking* entre as dimensões de cultura de segurança do paciente a partir da avaliação de enfermeiros brasileiros e portugueses que atuam em hospital universitário.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Estudo *survey*, transversal e comparativo – *benchmarking* – com abordagem quantitativa dos dados. O *benchmarking* é uma ferramenta de gestão com processo sistemático e contínuo de medir e comparar as práticas de uma organização com outras, no sentido de obter informações e oportunidades que possam ajudar a melhorar o nível de desempenho de tais práticas⁽⁸⁾.

Para realizar a comparação dos resultados das diferentes dimensões de cultura, utilizou-se da metodologia proposta pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)⁽⁴⁾, que recomenda análise comparativa a partir do percentual de respostas positivas, do desvio-padrão e do *rule of thumb* (regra do polegar).

A composição do percentual de respostas positivas da dimensão foi calculada usando o número de respostas positivas aos itens da dimensão, dividido pelo número total de respostas válidas (positivas, neutras e negativas) aos itens da dimensão. 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 por hospital, uma vez que a cultura é considerada uma característica de um grupo ou hospital, e não individual.

O desvio-padrão significa uma medida de dispersão ou variabilidade dos hospitais em torno da média e indica o escore em que os resultados dos hospitais diferem da média geral, ou seja, se os escores dos hospitais forem muito diferentes da média, o desvio-padrão é um número elevado. Ao usar uma diferença de 5% indicada pelo *rule of thumb*, quando o desvio-padrão da média geral dos hospitais for igual ou superior a 5%, afirma-se que há diferença significativa⁽⁴⁾.

CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em dois hospitais universitários e públicos, um no Rio de Janeiro (Brasil) e outro em Porto (Portugal). Ambas as instituições têm funções assistenciais, de ensino (graduação e pós-graduação) e investigação. Possuem também núcleo de segurança do paciente, o mais recente é o núcleo do hospital brasileiro, criado e instituído no final de 2013, após a publicação de políticas voltadas à segurança do paciente no Brasil.

INSTRUMENTO

O instrumento utilizado foi a versão traduzida e adaptada culturalmente para o Brasil⁽⁹⁾ e Portugal⁽¹⁰⁾ do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), que é auto-preenchível, contém 42 itens, distribuídos em 12 dimensões (Quadro 1), sob a forma de Likert graduada em cinco opções de respostas, de 1 (discordo fortemente) a 5 (concordo fortemente). O instrumento foi aplicado no formato papel por apresentar melhor percentual de resposta, evidenciado em outros estudos de cultura de segurança.

Quadro 1 – Dimensões de cultura de segurança do paciente do HSOPSC⁽⁴⁾ – Porto, Portugal/ Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014.

Dimensões de Cultura de Segurança do Paciente do HSOPSC
D1 – Trabalho em equipe dentro das unidades
D2 – Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores
D3 – Aprendizado organizacional
D4 – Retorno da informação e comunicação a respeito de erro
D5 – Abertura de comunicação
D6 – Adequação de pessoal
D7 – Respostas não punitivas aos erros
D8 – Suporte da gestão para a segurança do paciente
D9 – Trabalho em equipe entre as unidades
D10 – Passagem de plantão ou transferências internas
D11 – Percepções gerais sobre segurança do paciente
D12 – Frequência da notificação de eventos

COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de abril a dezembro de 2014. Os participantes do estudo foram 1.191 enfermeiros, 312 do hospital brasileiro e 879 do português. Os critérios de inclusão foram: atuar na instituição há no mínimo 6 meses e serem atuantes no cuidado de enfermagem.

As variáveis categóricas foram gênero; participação no núcleo de qualidade e segurança do paciente; quantitativo de horas trabalhadas por semana no hospital; grau de formação acadêmica; se realiza cuidado direto ao paciente; e tempo na profissão, na instituição e na unidade. Essas variáveis foram analisadas de acordo os seus valores absolutos e percentuais.

Para a variável idade, calcularam-se média, mediana, mínima e máxima em anos. Para análise e interpretação dos resultados, realizou-se recodificação da escala de Likert, sendo os escores de respostas positivas o indicador de análise.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados, armazenados e tratados de forma estatística no programa informático de estatística *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 21.0 for Windows e *Excel 2013 for Windows* 8.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi autorizado pelas Direções e Conselhos da Administração e de Enfermagem dos dois hospitais e obteve aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa em Saúde de ambos os hospitais, mediante os seguintes protocolos: português n.º 2014.032 (024-DEFI/031-CES) e brasileiro n.º 791.330/2014.

RESULTADOS

Participaram 762 enfermeiros, 195 do hospital brasileiro (HB) e 567 do hospital português (HP). O percentual de respostas foi de 62,50% no hospital brasileiro e de 64,50% no hospital português. Os profissionais estavam distribuídos em quatro serviços, cujas proporções foram respectivamente: clínica médica (24,62% e 36,68%), clínica cirúrgica (20,51% e 25,22%), obstetrícia e pediatria (26,67% e 22,22%) e terapias intensivas (28,21% e 15,87%).

Os enfermeiros eram majoritariamente do gênero feminino, apresentaram mediana de idade de 36 anos em ambos os hospitais, 5,10% dos enfermeiros do hospital brasileiro e 5,60% do hospital português referiram fazer parte do núcleo de segurança do paciente do hospital, e a maioria referiu ter contato direto com o paciente (97,40% no hospital brasileiro e 99,10% no hospital português) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos enfermeiros no hospital brasileiro e português – Porto, Portugal/Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014.

Caracterização dos Enfermeiros		HB (N=195)		HP (N=567)		Total (N=762)	
		n	%	n	%	n	%
Gênero	Feminino	175	89,70	458	80,80	633	83,07
	Masculino	20	10,30	109	19,20	129	16,93
Participação do núcleo de segurança	Sim	10	5,10	32	5,60	42	5,51
Jornada de trabalho (semana)	Até 40h	136	69,70	70	12,30	206	27,03
	Mais de 40h	59	30,30	497	87,70	556	72,97
Pós-graduação	Sim	154	79,00	265	46,70	419	54,99
Cuidado direto ao paciente	Sim	190	97,40	562	99,10	752	98,69
Tempo na profissão	Até 7 anos	110	56,41	139	24,51	249	32,68
	Mais de 8 anos	85	43,59	428	75,49	513	67,32
Tempo na instituição	Até 7 anos	144	73,80	184	32,50	328	43,04
	Mais de 8 anos	51	26,20	383	67,50	434	56,96
Tempo na unidade	Até 7 anos	154	79,00	278	49,00	432	56,69
	Mais de 8 anos	41	21,00	289	51,00	330	43,31

Ainda de acordo com a caracterização dos profissionais, evidenciou-se que 87,70% dos enfermeiros portugueses trabalhavam mais de 40 horas semanais. Quanto à formação acadêmica, no hospital brasileiro, a maioria dos enfermeiros (79,00%) possuía pós-graduação e no hospital português 46,70% dos enfermeiros informaram ter pós-graduação. No

que se refere ao tempo na profissão, na instituição e na unidade de trabalho, os enfermeiros portugueses apresentaram mais tempo do que os brasileiros para os três quesitos.

A seguir, apresentam-se a média geral dos hospitais, o desvio-padrão e o resultado do *benchmarking* a partir das respostas dos enfermeiros participantes do estudo (Tabela 2).

Tabela 2 – Avaliação das dimensões de cultura de segurança nos hospitais – Porto, Portugal/ Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014.

Dimensão	HB		HP		Média Geral		Diferença significativa $\geq 5\%$
	μ^*	σ^{**}	μ^*	σ^{**}	μ^*	σ^{**}	
Trabalho em equipe dentro das unidades	68	± 10	79	± 12	74	± 6	Sim
Expectativas e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores	69	± 7	66	± 12	68	± 2	Não
Aprendizado organizacional	57	± 10	65	± 11	61	± 4	Não
Retorno da informação e comunicação a respeito de erro	39	± 11	54	± 5	47	± 8	Sim
Abertura de comunicação	59	± 15	56	± 11	58	± 2	Não
Adequação de pessoal	34	± 6	43	± 18	39	± 5	Sim
Respostas não punitivas aos erros	23	± 8	28	± 12	26	± 3	Não
Suporte da gestão para a segurança do paciente	15	± 2	48	± 7	32	± 17	Sim
Trabalho em equipe entre as unidades	23	± 8	51	± 12	37	± 14	Sim
Passagem de plantão ou transferências internas	36	± 16	66	± 6	51	± 15	Sim
Percepções gerais sobre segurança do paciente	36	± 14	56	± 4	46	± 10	Sim
Frequência da notificação de eventos	29	± 2	30	± 6	30	± 1	Não

*Média das respostas positivas dos itens desta dimensão; **Desvio-padrão.

Observaram-se sete dimensões com uma diferença significativa entre os dois hospitais, respectivamente: “trabalho em equipe dentro das unidades”, 68% e 79% (± 6); “retorno da informação e comunicação a respeito de erro”, 39% e 54% (± 8); “adequação de pessoal”, 34% e 43% (± 5); “suporte da gestão para a segurança do paciente”, 15% e 48% (± 17); “trabalho em equipe entre as unidades”, 23% e 51% (± 14); “passagem de plantão ou transferências internas”, 36% e 66% (± 15); e “percepções gerais sobre segurança do paciente”, 36% e 56% (± 10).

DISCUSSÃO

O percentual de respostas dos hospitais foi satisfatório quando comparado com outros estudos de referência nos dois países^(9,11-12). Esse dado contrasta com os resultados de um estudo realizado no Ceará envolvendo três hospitais, cujos percentuais foram entre 18,50% e 49,60%⁽¹³⁾.

Neste estudo, constataram-se semelhanças entre enfermeiros brasileiros e portugueses no que diz respeito ao gênero e à idade, ao predomínio de enfermeiras jovens, à mediana de 36 anos de idade, à atuação direta junto aos pacientes e à não atuação no núcleo de segurança do paciente da instituição.

Entretanto, há dados diferentes, por exemplo, a carga horária trabalhada por semana. Os enfermeiros portugueses trabalham mais de 40 horas semanais (87,70%), enquanto os enfermeiros brasileiros até 40 horas semanais (69,70%). Dos enfermeiros portugueses, poucos possuem pós-graduação, porém são os que têm mais tempo na profissão, na instituição e na unidade pesquisada. Apesar de a média de idade ser similar, destaca-se que os enfermeiros portugueses possuem mais tempo de atuação (67,50%), o que pode favorecer seu

conhecimento sobre as condições de seu trabalho, quando comparados aos enfermeiros brasileiros.

O hospital brasileiro apresentou escore geral de resposta positiva inferior em comparação ao hospital português, evidenciando fragilidade da cultura de segurança do paciente, a partir da percepção dos enfermeiros. Uma possível explicação para a diferença encontrada pode ser o fato de o hospital português ser acreditado, além da existência do núcleo de qualidade e segurança do paciente por muito mais tempo neste hospital.

Evidencia-se que, das 12 dimensões de cultura de segurança mensuradas pelo instrumento do HSOPSC no hospital brasileiro, oito dimensões foram consideradas frágeis e passíveis de melhoria. Considerando que a avaliação da cultura de segurança é uns dos primeiros passos na identificação da cultura organizacional, espera-se, por conseguinte, auxiliar os gestores na implantação de processos para produzir melhor qualidade na prestação do cuidado.

O “Suporte da gestão para a segurança do paciente”, dimensão que obteve maior diferença significativa (± 17), é a mais preocupante na percepção dos enfermeiros. No hospital brasileiro foi a dimensão que apresentou menor percentual de resposta positiva (15%), resultado similar ao de estudo realizado no estado de Santa Catarina, Brasil (13%)⁽¹⁴⁾. Nesta dimensão, percebe-se que os enfermeiros dos dois hospitais, sobretudo os do hospital brasileiro, têm a percepção de que os gestores se preocupam de maneira insuficiente com questões referentes à segurança do paciente, revelando uma situação crítica para a administração hospitalar.

No contexto da saúde hospitalar, é fundamental que a direção e a gestão hospitalar adotem, como um requisito para a segurança, uma política de prevenção de incidentes, cujos principais propósitos sejam o de criar uma base consistente e segura para a tomada de decisão, assim como para o planejamento da segurança do paciente⁽¹⁵⁾. Tal gerenciamento poderá ser realizado por um comitê multidisciplinar que sistematize programas e processos que identifiquem as oportunidades e que utilizem as ações inseguras como aprendizado organizacional⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, conforme vem seguindo o hospital português.

Diante dessa problemática, passados 17 anos da divulgação do relatório do *Institute of Medicine*, o cenário atual é surpreendente, pois não se obteve grande avanço e melhoria, visto que, segundo esse instituto, em 2012, foi evidenciado que um a cada três pacientes sofre um evento adverso durante o período de internação, e um a cada cinco desses regressa ao hospital para reinternação em até 30 dias⁽¹⁸⁾.

A outra dimensão que apresentou escore elevado para diferença significativa (± 15) aos hospitais do estudo foi a “Passagem de plantão ou transferências internas”, com percentual de respostas positivas no hospital brasileiro de 36% e de 66% no hospital português. Estudos revelam que a transição é um dos momentos mais complexos da prestação de cuidado ao paciente, pois pode haver perda de informação essencial, sobretudo porque a mente humana é incapaz de lidar com tanta informação sem deixar de funcionar de forma segura e eficaz^(2,19), ainda mais quando a seleção de informação relevante é subjetiva. Para evitar equívocos e perda de informação importante, recomenda-se a implantação de técnicas e ferramentas que possam auxiliar os profissionais de saúde na passagem de informação para assegurar a qualidade da continuidade do cuidado.

Durante a coleta de dados, pôde-se perceber que o hospital português conta com um horário destinado, exclusivo e ininterrupto para o momento da transferência de turno entre a equipe da enfermagem. Acredita-se que essa estratégia possa ser uma técnica para valorizar devidamente esse momento.

Outra dimensão que evidenciou diferença significativa (± 14) entre os hospitais foi “Trabalho em equipe entre as unidades”. Hipotetiza-se que os resultados da dimensão no hospital português (51%), em comparação ao hospital brasileiro (23%), tenham sido melhores por se tratar de enfermeiros mais experientes na unidade e na instituição, corroborando a ideia de que os mais experientes possuem maiores competências e habilidades para efetivar o trabalho em equipe. O mesmo resultado foi encontrado em dois estudos realizados no Brasil^(7,13), revelando que há pouca cooperação para um efetivo trabalho em conjunto.

Do mesmo modo que o trabalho em equipe, também houve preocupação com relação à dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades” (± 6). Parece que o trabalho em conjunto relacionado ao apoio e à colaboração nas atividades em equipe é questionável pelos enfermeiros do estudo. Tal dado reflete uma preocupação com o bom relacionamento entre a equipe de enfermagem e demonstra o compromisso em busca de um objetivo em comum⁽²⁰⁾. Apesar de evidenciar

diferença significativa entre os hospitais, tal dimensão revelou escore de resposta positiva mais elevada (79%) no hospital português, expressando uma cultura de segurança forte, e de 68% no hospital brasileiro, que, apesar de não ser uma dimensão forte e nem frágil, pode ser passível de investimento em melhoria pelos gestores da organização, de modo a torná-la uma dimensão fortalecida.

A outra dimensão que revelou diferença significativa entre os hospitais, a partir da avaliação dos enfermeiros, foi “Percepção geral sobre segurança do paciente” (± 10), percentual de respostas positivas no HB de 36% e no HP de 56%. Esse resultado pode estar associado ao fato de que o enfermeiro que atua no HP, acreditado, dispõe de padrões preestabelecidos de processo, estrutura e resultados, visando alcançar a excelência na qualidade⁽¹⁴⁾. Pelo contrário, no hospital brasileiro, os participantes expressaram que a segurança do paciente pode ser comprometida em função do volume do trabalho, dos procedimentos e sistemas insuficientemente seguros para minimizar a ocorrência de erros, acarretando problemas sérios para a segurança dos pacientes⁽³⁾.

A dimensão “Retorno da informação e comunicação a respeito de erro” (± 8), percentual de respostas positivas no hospital brasileiro de 39% e no hospital português de 54%, revelou que há uma preocupação dos participantes quanto ao *feedback* da notificação que é realizada, sobretudo com a informação de erros que acontecem dentro da unidade que atuam. Um estudo realizado na Palestina⁽²¹⁾ envolvendo 1.460 participantes de 11 hospitais públicos identificou escore de 46%, revelando que a precariedade da comunicação a respeito do erro é um imenso desafio para as organizações hospitalares, visto que o *feedback* insuficiente e a falta de comunicação sobre o erro significam que os profissionais estão menos informados sobre os erros que ocorrem no serviço, os quais não são devidamente discutidos, e sobre as mudanças implementadas como estratégias para evitá-los. A comunicação é fundamental ao elo do trabalho em equipe nas organizações de saúde^(1,3).

É importante salientar que a gestão do hospital português inovou na implantação de um profissional da própria unidade para exercer a função de interlocutor da qualidade e segurança do paciente, com o intuito de mediar a comunicação entre os profissionais da unidade e os gestores, assegurando a continuidade das ações, o treinamento contínuo, facilitando assim a transmissão de informações.

Por fim, outra dimensão com diferença significativa entre os dois hospitais foi o dimensionamento de “Adequação de pessoal” (± 5) nos serviços para executar o trabalho diário, percentual de respostas positivas no hospital brasileiro de 34% e no hospital português de 43%. Diante desses resultados, os enfermeiros dos hospitais revelaram que inexistem, nos serviços, um número adequado de profissionais para a prestação de cuidados aos pacientes, assim, precisam trabalhar mais horas para promover o cuidado.

Estudos nacionais e internacionais encontraram resultados similares. Hospitais portugueses⁽¹⁰⁾ envolvendo 884 profissionais revelaram escore de resposta positiva de 39%, a segunda mais baixa do estudo. No Brasil, duas pesquisas, uma realizada

em dois hospitais no Rio de Janeiro, com 322 participantes⁽⁹⁾, e outra em Santa Catarina, em duas unidades de terapia intensiva, com 91 profissionais⁽¹⁴⁾, apresentaram escores de avaliação reduzidos (42% e 44%, respectivamente). Investigação na Palestina desenvolvida com 3.229 enfermeiros e médicos encontrou escore de 38% relacionado ao número reduzido de profissionais na prática de promoção do cuidado⁽²¹⁾.

Sabe-se que o dimensionamento de pessoal inadequado pode gerar danos ao paciente, comprometendo o direito de assistência à saúde livre de riscos inerentes ao cuidado⁽²²⁾. Como se pode perceber, a otimização de recursos existentes nos serviços e a alocação de pessoal de enfermagem, qualificado para a assistência, são requisitos indispensáveis para uma prestação de serviço adequada ao paciente⁽²³⁾. Destaca-se que a equipe de enfermagem superestimada implica alto custo, porém, quando reduzida, pode ocasionar menor eficiência do serviço prestado e elevado impacto na mortalidade dos pacientes⁽²⁴⁻²⁵⁾.

A principal limitação deste trabalho são os resultados, que, por terem sido evidenciados por meio da aplicação do instrumento, não devem ser analisados separadamente, mas complementados por outras técnicas e métodos. Outras limitações se referem ao provável viés de não resposta, próprio de delineamentos de estudos *survey*, prejudicando a

generalização dos achados para a população do estudo, e à delimitação de somente uma categoria profissional para realizar o diagnóstico da cultura de segurança, uma vez que esta deve ser compartilhada.

CONCLUSÃO

A partir deste estudo, foi possível realizar o *benchmarking* comparando as dimensões de cultura de segurança do paciente entre um hospital brasileiro e outro português, conforme metodologia da AHRQ.

Segundo os enfermeiros portugueses e brasileiros deste estudo, a cultura de segurança apontou diferença significativa em sete dimensões: *Suporte da gestão para a segurança do paciente; Passagem de plantão ou transferências internas; Trabalho em equipe entre as unidades; Percepções gerais sobre segurança do paciente; Retorno da informação e comunicação a respeito de erro; Trabalho em equipe dentro das unidades; e Adequação de pessoal.*

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam ser úteis e sirvam de embasamento para os gestores dos hospitais do estudo e de outros hospitais, de forma a possibilitar avanços e permitir melhoria contínua da cultura de segurança do paciente.

RESUMO

Objetivo: Realizar um *benchmarking* entre as dimensões de cultura de segurança do paciente a partir da avaliação de enfermeiros brasileiros e portugueses que atuam em hospital universitário. **Método:** Estudo quantitativo, tipo *survey* transversal, comparativo. Dados coletados entre abril e dezembro de 2014, em dois hospitais de ensino, aplicando o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, nas versões traduzidas e adaptadas aos países. **Resultados:** Participaram do estudo 762 enfermeiros, 195 brasileiros e 567 portugueses, distribuídos em quatro serviços. Sete das 12 dimensões de cultura de segurança apresentaram diferenças significativas entre os hospitais. Destacaram-se aquelas relacionadas com: “suporte da gestão para a segurança” (± 17); “passagem de plantão e transferências” (± 15); “trabalho em equipe entre as unidades” (± 14); e “percepções gerais sobre segurança do paciente” (± 10). **Conclusão:** A dimensão que evidenciou maior diferença comparativa entre as instituições estudadas foi relacionada ao “suporte da gestão para a segurança”. Esses dados poderão servir de embasamento para os gestores dos hospitais do estudo, possibilitando avanços e melhorias contínuas.

DESCRITORES

Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Qualidade da Assistência à Saúde; Hospitais; Equipe de Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Realizar un *benchmarking* entre las dimensiones de cultura de seguridad del paciente a partir de la evaluación de enfermeros brasileños y portugueses que actúan en hospital universitario. **Método:** Estudio cuantitativo, tipo *survey* transversal, comparativo. Datos recolectados entre abril y diciembre de 2014, en dos hospitales de enseñanza, aplicando el instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, en las versiones traducidas y adaptadas a los países. **Resultados:** Participaron en el estudio 762 enfermeros, 195 brasileños y 567 portugueses, distribuidos en cuatro servicios. Siete de las 12 dimensiones de cultura de seguridad presentaron diferencias significativas entre los hospitales. Se destacaron aquellas relacionadas con: “soporte de la gestión para la seguridad” (± 17); “cambio de turno y transferencias” (± 15); “trabajo en equipo entre las unidades” (± 14); y “percepciones generales sobre seguridad del paciente” (± 10). **Conclusión:** La dimensión que evidenció mayor diferencia comparativa entre los centros estudiados estuvo relacionada con el “soporte de la gestión para la seguridad”. Dichos datos podrán servir de fundamento para los gestores de los hospitales del estudio, posibilitando avances y mejorías continuas.

DESCRIPTORES

Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Calidad de la Atención de Salud; Hospitales; Grupo de Enfermería.

REFERÊNCIAS

- Germany. Federal Ministry of Health; World Health Organization. Best Practices in Patient Safety. 2nd Global Ministerial Summit on Patient Safety [Internet]. Berlin; 2017 [cited 2017 May 11]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Patientensicherheit/Best-Practice_Patient_Safety_Web_plusWHO.pdf
- Vincent C, Amalberti R. Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro: Proqualis; 2016.
- Hershey K. Culture of safety. *Nurs Clin North Am.* 2015;50(1):139-52.
- U.S. Department of Health and Human Services; Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital survey on patient safety culture: 2014 user comparative data base report [Internet]. Rockville; 2014 [cited 2015 Dec 10] Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2014/hsops14pt1.pdf>

5. Portugal. Ministério da Saúde. Despacho n. 1400-A/2015. Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020 [Internet]. Lisboa; 2015 [citado 2014 jan. 25]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?js=0&codigoms=5521&codigono=02030213AAAAAAAAAAAAAA>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2014 jan. 25]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
7. 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 02];50(5):756-62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500756
8. Anand G, Rambabu K. Benchmarking the benchmarking models. *Benchmarking An Int J*. 2008;15(3):257-91.
9. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AGG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2017 ago 11];32(11):e005614. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001104001
10. Eiras M, Escoval A, Grillo IM, Silva-Fortes C. The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: instrument validity and reliability. *Int Health Care Qual Assur Inc Leadersh* [Internet]. 2014 [cited 2015 June 06];27(2):111-22. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/0e6a/5d07ca3364f062650ba0261bae7cefc1a8ee.pdf>
11. Santiago THR, Turrini RNT. Organizational culture and climate for patient safety in Intensive Care Units. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 01];49(n.spe):123-30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700123&lng=en&nrm=iso&tlng=en
12. Portugal. Serviço Nacional de Saúde. Relatório Segurança dos Doentes: avaliação da cultura nos hospitais [Internet]. Lisboa; 2015 [citado 2014 mar. 25]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais.aspx>
13. Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2017 July 25];25:e2849. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100310
14. Mello JF, Barbosa SF. Patient safety culture in intensive care: nursing contributions. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2014 Jan 06];22(4):1124-33. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/en_31.pdf
15. James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf*. 2013;9(3):122-8.
16. Vettori E. Sistematização de processos: criando uma cultura de qualidade e segurança organizacional. In: Hinrichsen SL. *Qualidade e segurança do paciente: gestão de riscos*. Rio de Janeiro: MedBook; 2012. p. 47-65.
17. Eiras M. O papel da liderança e a cultura de segurança do doente nos hospitais. *Rev Gestão Hosp*. 2014;(1):18-21.
18. Institute of Medicine. *The healthcare imperative: lowering costs and improving outcomes*. Washington: National Academy; 2010.
19. Vincent C. *The essentials of patient safety*. 2nd ed. London: Wiley-BlackWell; 2011.
20. Fragata J, Martins L. *O erro em medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Almerinda; 2014.
21. Hamdan M, Saleem AA. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2013;25(2):167-75.
22. 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*. 2014;44(10):45-53.
23. 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*. 2014;383(9938):1824-30.
24. Hasan H, Ali F, Barker P, Treat R, Peschman J, Mohorek M, et al. Evaluating handoffs in the context of a communication framework. *J Surg*. 2016;161(3):861-8.
25. Groves PS. The relationship between safety culture and patient outcomes: results from Pilot meta-analyses. *Western J Nurs Res*. 2014;36(1):66-83.

