

## Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino<sup>1</sup>

Raíssa Bianca Luiz<sup>2</sup>

Ana Lúcia de Assis Simões<sup>3</sup>

Elizabeth Barichello<sup>4</sup>

Maria Helena Barbosa<sup>3</sup>

**Objetivos:** verificar a associação entre os escores do clima de segurança do paciente e as variáveis sociodemográficas e profissionais. **Métodos:** estudo observacional, seccional e quantitativo, realizado em um hospital público, de ensino e grande porte. Utilizou-se o instrumento Safety Attitudes Questionnaire, traduzido e validado para o Brasil. Para análise dos dados utilizou-se o software Statistical Package for the Social Sciences. Na análise bivariada utilizou-se o teste t de Student, análise de variância e correlação de Spearman ( $\alpha=0,05$ ). Para identificação dos preditores sobre os escores do clima de segurança utilizou-se a regressão linear múltipla, tendo-se como desfecho principal o domínio clima de segurança ( $\alpha=0,01$ ). **Resultados:** a maioria dos participantes era do sexo feminino, da equipe de enfermagem, atuavam na assistência direta com pacientes adultos, em áreas críticas, não possuíam pós-graduação e nem apresentavam outro vínculo empregatício. A média e a mediana do escore geral do instrumento foram de 61,8 (DP=13,7) e 63,3, respectivamente. Encontrou-se como fator associado ao clima de segurança a variável atuação profissional para o domínio percepção da gerência da unidade e do hospital ( $p=0,01$ ). **Conclusão:** a identificação dos fatores associados ao clima de segurança permite a construção de estratégias para práticas seguras nas instituições hospitalares.

**Descritores:** Segurança do Paciente; Gerenciamento de Segurança; Pessoal de Saúde.

<sup>1</sup> Artigo extraído da dissertação de mestrado "A cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino de Minas Gerais" apresentada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil. Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil, processo nº APQ-02222-12.

<sup>2</sup> MSc.

<sup>3</sup> PhD, Professor Associado, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Professor Adjunto, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

Correspondência:

Maria Helena Barbosa

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Av. Getúlio Guaritá, 107

Bairro: Abadia

CEP: 38025-440, Uberaba, MG, Brasil

E-mail: mhelena331@hotmail.com, mhelena@enfermagem.uftm.edu.br

**Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

## Introdução

A ocorrência de eventos adversos acarreta inúmeros prejuízos relacionados ao paciente, como incapacidades, traumas físicos e psicológicos, aumento no tempo de permanência hospitalar e afastamento do convívio social e do trabalho. Estes prejuízos não se relacionam apenas ao paciente, mas aos profissionais, que sofrem danos éticos e morais, além de prejuízos na interação profissional-paciente<sup>(1)</sup>. Para as instituições de saúde, os Eventos Adversos (EAs) trazem aumento dos custos, perda da confiança na instituição, assim como, detrimientos morais e organizacionais<sup>(1)</sup>.

Todas estas implicações, causadas por práticas inseguras na saúde, faz com que a questão dos EAs torne-se um problema de saúde pública, indicando a necessidade de desenvolvimento de estratégias de monitoramento de erros e melhorias direcionadas à segurança do paciente<sup>(2)</sup>. Para que sejam implantadas estratégias seguras, em prol da segurança do paciente, é necessário que as organizações de saúde adotem um modelo de cultura de segurança.

A cultura de segurança pode ser definida como o conjunto de valores, atitudes, percepções, tanto individuais, quanto de grupos, que determinam o compromisso e o estilo, referentes às questões voltadas para a segurança do paciente em uma organização de saúde<sup>(3)</sup>.

Na literatura, alguns instrumentos têm sido desenvolvidos com objetivo de mensurar a cultura de segurança do paciente, por meio da percepção do clima de segurança pelos profissionais de saúde<sup>(4)</sup>. O clima reflete a percepção dos profissionais sobre as questões de segurança, em um determinado momento, em seu local de trabalho<sup>(5)</sup>. Entende-se como clima, a parte mensurável da cultura de segurança<sup>(5)</sup>.

Estudos mostram que percepções positivas sobre o clima de segurança estão associadas à adoção de comportamentos seguros, melhoria na comunicação, realização de programas de treinamentos, redução de eventos adversos, entre outros, contribuindo para práticas seguras no cuidado ao paciente<sup>(4,6-7)</sup>.

Outros fatores nos âmbitos institucional e ambiental podem estar relacionados à adoção do clima de segurança, tais como, estresse profissional, trabalho em equipe, satisfação com o trabalho, estrutura da gerência da instituição e condições de trabalho.

Pesquisadores citam pontos fracos e fortes que influenciam a implantação de um clima de segurança, a partir da percepção dos profissionais de enfermagem.

Entre os fatores que contribuíram para esta implantação foram: mudança organizacional, formação e desenvolvimento profissional, relacionamento com os pacientes, investigação e planejamento estratégico. Como pontos fracos foram destacados: organização e infraestrutura da instituição, deficiências na comunicação e ineficiência da formação profissional voltada à segurança<sup>(8)</sup>.

Desta forma, a identificação dos fatores que se associam ao clima de segurança do paciente é uma importante ferramenta, capaz de diagnosticar fatores que precisam de aprimoramento dentro das instituições de saúde e entre os profissionais, garantindo uma assistência segura e de qualidade aos pacientes. Percebe-se, ainda, a escassez de estudos nacionais realizados com instrumentos de mensuração do clima de segurança de instituições hospitalares. Entre os instrumentos, o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), validado no Brasil, em 2012, tem sido pouco adotado em investigações nacionais, visto que é um instrumento válido e confiável, sendo considerado um dos mais sensíveis e capazes de avaliar atitudes de segurança<sup>(9)</sup>. Observam-se outros estudos no país que avaliaram o clima de segurança, contudo com a utilização de outros instrumentos, como o realizado no estado do Paraná, com aplicação da escala denominada "Clima de Segurança", traduzida e validada para o Brasil<sup>(10)</sup>.

Frente ao exposto, o objetivo da presente pesquisa foi verificar se há associação entre escores do clima de segurança do paciente, variáveis sociodemográficas e profissionais de saúde.

## Método

Estudo observacional, seccional, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital público, de ensino e grande porte, que atende pacientes de alta complexidade, localizado na região do Triângulo Mineiro, Minas Gerais, Brasil.

Realizou-se amostragem aleatória simples, para obtenção do tamanho amostral, por meio do aplicativo Power Analysis and Sample Size (PASS), que considerou um coeficiente de determinação  $R^2=0,02$  em um modelo de regressão linear múltipla com quatro preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de  $\alpha=0,05$  e erro do tipo II de  $\beta=0,2$ . A amostra foi constituída por 556 profissionais da saúde, incluindo a equipe de enfermagem (enfermeiro, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem), médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos,

técnicos de laboratório, farmácia e radiologia, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, auxiliares de saúde e psicólogos. A coleta de dados ocorreu entre maio e julho de 2013. Participaram do estudo profissionais de saúde lotados em suas unidades de atuação há pelo menos um mês, com regime de trabalho de, no mínimo, 20 horas semanais e os que aceitaram participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os profissionais que estavam de licença médica, atestado ou afastados durante o período de coleta de dados e aqueles que não foram encontrados, após três tentativas.

Para obtenção dos dados, utilizou-se o instrumento denominado Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), validado para o idioma português do Brasil<sup>(11)</sup>. O SAQ é dividido em duas partes. A primeira parte contém 41 itens e corresponde aos seis domínios divididos em: Clima de Trabalho em Equipe, Satisfação no Trabalho, Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital, Clima de Segurança, Condições de Trabalho e Percepção do Estresse. A resposta de cada item segue a escala de cinco pontos de Likert: discorda totalmente (A), discorda parcialmente (B), neutro (C), concorda parcialmente (D), concorda totalmente (E) e não se aplica. O escore final da escala varia de 0 a 100, onde zero é a pior percepção do clima de segurança e 100 a melhor percepção. Segundo os autores do instrumento original, são considerados escores positivos, a pontuação igual ou maior a 75<sup>(12)</sup>.

A segunda parte visa coletar dados sociodemográficos e profissionais (sexo, categoria profissional, tempo de atuação na especialidade e unidade de atuação). Além destas, foram acrescentadas outras variáveis profissionais (setor de atuação, atuação principal e profissional, tempo de formação e atuação na instituição, pós-graduação e outro vínculo empregatício). Os setores de atuação do profissional foram divididos conforme Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992<sup>(13)</sup>, do Ministério da Saúde, que classifica as áreas hospitalares segundo o potencial de contaminação em críticas, semicríticas e não críticas.

O instrumento de coleta de dados foi entregue aos profissionais da equipe de saúde, para serem preenchidos e devolvidos posteriormente, com data de devolução preestabelecida, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica do programa *Excel*® para *Windows*®, validados por dupla digitação e exportados para o programa *Statistical*

*Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0, para *Windows*®, para processamento e análise.

Para verificação do clima de segurança do paciente, inicialmente foi realizada a inversão dos itens reversos do instrumento e, posteriormente, utilizou-se a fórmula  $(m(q.1, q.2r, q.3, q.4, q.5, q.6, q.7, q.8, q.9, q.10, q.11r, \dots, q.41)) - 1) \times 25$ , onde  $m$  corresponde à média dos itens do instrumento como um todo. O escore de cada domínio foi calculado com base na fórmula  $(m-1) \times 25$ , onde  $m$  é a média dos itens do domínio em questão, variando no intervalo [0-100].

Na análise bivariada preliminar, utilizou-se o teste *t* de *Student* (categóricas dicotômicas), análise de variância (ANOVA) para três ou mais categorias e o teste de correlação de Spearman, para as variáveis ordinais. Foram consideradas associações estatisticamente significativas aquelas com  $p \leq 0,05$ .

Posteriormente, utilizou-se a regressão linear múltipla, para determinação dos preditores associados ao clima de segurança. O nível de significância estatística adotado foi de 0,05.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa para apreciação e aprovado sob parecer número 2306/2012, respeitando a Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos<sup>(14)</sup>.

## Resultados

### Características sociodemográficas e profissionais

Dos 556 profissionais participantes, a maioria era do sexo feminino (426, 76,6%); pertencente à equipe de enfermagem (401, 72,1%); atuação principal com pacientes adultos (300, 54,0%); ocupava cargos somente assistenciais (393, 70,7%); trabalhava na área crítica, segundo potencial de contaminação das áreas hospitalares (287, 51,5%); não possuía nenhum curso de pós-graduação (320, 57,6%); e sem outro vínculo empregatício (394, 70,9%), conforme a Tabela 1.

Quanto ao tempo na especialidade dos profissionais houve maior proporção entre 5 e 10 anos de atuação, (134, 24,1%). Em relação ao tempo de atuação profissional na instituição campo de estudo, prevaleceu de 11 a 20 anos, (161, 29,0%). Concernente ao tempo de formação houve maior número de profissionais entre 11 e 20 anos, (177, 31,8%), de acordo com a Tabela 1.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e profissionais dos participantes (n=556) desta pesquisa.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e profissionais dos participantes da pesquisa (n=556). Uberaba, MG, Brasil, 2013

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	130	23,4
Feminino	426	76,6
Categoria profissional		
Equipe de enfermagem	401	72,1
Equipe médica	52	9,4
Outros profissionais	103	18,5
Atuação principal		
Adulto	300	54,0
Pediátrico	105	18,9
Ambos	151	27,2
Atuação profissional		
Somente assistencial	393	70,7
Somente administrativo	15	2,7
Ambos	121	21,8
Não está em contato direto com paciente	27	4,9
Setor de atuação		
Área crítica	287	51,5
Área semicrítica	242	43,8
Área não crítica	27	4,9
Tempo na especialidade		
Menos de 6 meses	6	1,1
6 a 11 meses	22	4,0
1 a 2 anos	67	12,1
3 a 4 anos	103	18,5
5 a 10 anos	134	24,1
11 a 20 anos	128	23,0
21 anos ou mais	96	17,3
Tempo que atua na instituição		
Menos de 6 meses	6	1,1
6 a 11 meses	19	3,4
1 a 2 anos	56	10,1
3 a 4 anos	67	12,1
5 a 10 anos	155	27,9
11 a 20 anos	161	29,0
21 anos ou mais	92	16,5
Tempo de formação		
Menos de 6 meses	1	0,2
6 a 11 meses	4	0,7
1 a 2 anos	30	5,4
3 a 4 anos	60	10,8
5 a 10 anos	148	26,6
11 a 20 anos	177	31,8
21 anos ou mais	136	24,5
Pós-graduação		
Sim	236	42,4
Não	320	57,6
Tipo de Pós-graduação		
<i>Lato sensu</i>		
Especialização	203	36,5

(continua...)

Tabela 1 - *continuação*

Variáveis	n	%
<i>Stricto Sensu</i>		
Maestria	27	4,9
Doctorado	9	1,6
Postdoctorado	1	0,2
No se aplica	316	56,8
Otro vínculo laboral		
Sí	162	29,1
No	394	70,9

### Análise descritiva dos escores do Questionário de Atitudes de Segurança

A média e a mediana do escore geral do instrumento foram de 61,8 (DP=13,7) e 63,3, respectivamente. Quanto maior o escore do instrumento, melhor é a percepção dos profissionais em relação ao clima de segurança. Entretanto, segundo os autores originais do SAQ, são considerados valores positivos, quando o total do escore é igual ou maior a 75, indicando, no presente estudo, que a percepção geral do clima de segurança foi negativa.

Por domínios, a média (escore) variou entre 52,4 (DP=19,5) e 80,5 (DP=17,7) e mediana entre 50,0 e 85,0. Percebeu-se que, o domínio 5, percepção da gerência da unidade e do hospital, apresentou o pior escore (média 52,4; DP=19,5), enquanto o domínio 3, satisfação no trabalho, apresentou o maior escore (média 80,5; DP=17,7) entre os profissionais estudados, conforme a Tabela 2.

A Tabela 2 mostra o escore geral e por domínios e análise descritiva do SAQ.

Tabela 2 - Análise descritiva do escore geral e por domínios do SAQ (n=556). Uberaba, MG, Brasil, 2013

Escore	Média	Mediana	Valor Min-Máx		Desvio Padrão
Geral	61,8	63,3	10,9	95,7	13,7
Domínio1- Clima de trabalho em equipe	68,3	70,8	4,17	100	19,0
Domínio 2- Clima de segurança	63,5	67,8	7,1	100	18,2
Domínio 3- Satisfação no trabalho	80,5	85,0	0	100	17,7
Domínio 4- Percepção do estresse	64,9	68,7	0	100	27,2
Domínio 5- Percepção da gerência da unidade e do hospital	52,4	52,3	0	100	19,5
Domínio 6- Condições de trabalho	53,5	50,0	0	100	26,3

### Fatores associados ao clima de segurança

Na análise bivariada preliminar, as variáveis que apresentaram associações estatisticamente significativas foram: atuação profissional, categoria profissional, tempo de atuação profissional, tempo de formação e tempo na instituição.

Para variável atuação profissional (assistencial e não assistencial) as associações foram significativas para o domínio percepção da gerência da unidade e do hospital ( $p=0,01$ ), onde os profissionais não assistenciais obtiveram melhor escore, em relação aos assistenciais.

Quanto à variável categoria profissional, relações estatisticamente significativas foram encontradas para o escore geral ( $p=0,02$ ), para o domínio percepção da gerência da unidade e do hospital ( $p=0,03$ ) e domínio condições de trabalho ( $p=0,05$ ). Percebeu-se que, a

equipe médica apresentou melhor percepção comparada à categoria equipe de enfermagem, nestas três variáveis.

Em relação à variável tempo de atuação profissional foi encontrado  $p=0,01$  para o domínio percepção do estresse, demonstrando que os profissionais com menos de seis meses de atuação possuíam melhor percepção em relação ao reconhecimento dos fatores estressantes.

Para variável tempo de formação, associações significativas foram evidenciadas para os domínios satisfação no trabalho ( $p=0,005$ ) e percepção do estresse ( $p=0,005$ ), sendo que os profissionais com menos de seis meses de formação também apresentaram melhores percepções para este domínio, em relação às outras categorias.

Para a variável tempo na instituição, a significância estatística foi encontrada no domínio satisfação no

trabalho ( $p=0,01$ ) e domínio percepção do estresse ( $p=0,03$ ), sendo que os profissionais com 21 anos ou mais apresentaram melhores percepções, comparados aos demais.

Contudo, após análise multivariada, por meio da regressão linear múltipla, percebeu-se que a única variável preditora estatisticamente significativa ( $p=0,01$ ) associada aos escores do SAQ foi atuação profissional, para o domínio percepção da gerência da unidade e do

hospital. De fato, esta variável já apresentava associação significativa na análise bivariada preliminar. Tal resultado demonstra que os profissionais não assistenciais (média 58,0) apresentam melhor percepção da gerência, quando comparados aos profissionais assistenciais (média 53,1), segundo a Tabela 3.

A tabela 3 mostra a análise de regressão linear múltipla das variáveis estatisticamente significativas na análise bivariada associadas aos escores do SAQ.

Tabela 3 - Regressão linear múltipla dos fatores associados aos escores do SAQ dos profissionais participantes do estudo ( $n=556$ ). Uberaba, MG, Brasil, 2013

Variáveis	Escore Geral		Escore Dom. 1- Clima de trabalho em equipe		Escore Dom. 2- Clima de segurança		Escore Dom.3- Satisfação no trabalho		Escore Dom. 4- Percepção do estresse		Escore Dom. 5- Percepção da gerência da unidade e do hospital		Escore Dom. 6- Condições de trabalho	
	$\beta^*$	$P^\dagger$	$\beta^*$	$P^\dagger$	$\beta^*$	$P^\dagger$	$\beta^*$	$P^\dagger$	$\beta^*$	$P^\dagger$	$\beta^*$	$P^\dagger$	$\beta^*$	$P^\dagger$
Atuação profissional	-0,07	0,07	-0,06	0,13	-0,01	0,78	-0,03	0,39	0,05	0,23	-0,10	0,01	-0,04	0,25
Equipe de enfermagem	-0,05	0,25	0,04	0,38	0,00	0,94	-0,05	0,26	-0,09	0,07	-0,06	0,23	-0,08	0,11
Equipe médica	0,06	0,21	0,09	0,06	-0,01	0,76	-0,01	0,83	0,02	0,69	-0,06	0,23	-0,08	0,11
Tempo atuação	0,03	0,51	0,00	0,91	0,02	0,73	-0,03	0,53	0,01	0,75	0,05	0,36	0,07	0,22
Tempo instituição	0,05	0,37	-0,09	0,13	-0,04	0,41	0,10	0,09	0,07	0,20	-0,03	0,55	-0,10	0,08

\* $\beta$ : Coeficiente de regressão padronizado;  $\dagger P$ : Valor de  $P$ .

## Discussão

O escore do clima de segurança do paciente, no presente estudo, obteve média de 61,8 ( $DP=13,7$ ) e mediana de 63,3. Na literatura foram encontradas investigações cujas médias também ficaram abaixo do valor aceitável, de 75<sup>(15-18)</sup>. Ressalta-se que, escores abaixo de 60 são considerados um sinal de alerta para as organizações de saúde, indicando urgência na promoção do clima de segurança na instituição<sup>(11)</sup>.

Na presente investigação, a variável atuação profissional (assistencial e não assistencial), foi considerada preditora para o domínio percepção da gerência da unidade e do hospital ( $p=0,01$ ). Corroborando com este achado, um estudo realizado com objetivo de identificar o clima de segurança em hospitais dos EUA, encontrou associações significativas entre profissionais assistenciais e profissionais da gerência, demonstrando que os profissionais ligados à gerência tiveram uma percepção mais positiva, quando comparados aos profissionais assistenciais<sup>(19)</sup>.

Uma pesquisa realizada com profissionais ambulatoriais do Texas, EUA, também encontrou diferenças significativas entre atuação profissional (assistencial e não assistencial) e domínios do SAQ.

Tal estudo demonstrou que, para o domínio percepção da gerência da unidade e do hospital, os profissionais envolvidos com gerência (não assistenciais) obtiveram melhores escores, quando comparados aos profissionais médicos<sup>(20)</sup>, demonstrando que os profissionais não assistenciais obtiveram melhor percepção em relação às ações da gerência, quanto às questões de segurança do paciente.

Os achados de um estudo, realizado com profissionais de saúde, em uma unidade de internação de um hospital de ensino da Irlanda, demonstraram que as enfermeiras gerenciais apresentaram para os domínios clima de trabalho em equipe ( $p<0,05$ ) e clima de segurança ( $p<0,01$ ), escores superiores em relação aos profissionais da saúde assistenciais<sup>(18)</sup>.

Autores sugerem que, a melhor percepção da gerência em relação aos profissionais assistenciais pode ser explicada pelo senso de propriedade e responsabilidade dos gerentes, sobre seus papéis nas enfermarias hospitalares. Além disso, os profissionais assistenciais podem se sentir excluídos dos processos de decisões administrativas, assim como, a falta de participação na elaboração e implantação de estratégias, diminuindo sua autonomia e gerando insatisfação em relação às ações da gerência<sup>(18)</sup>.

Outra explicação para estes achados pode relacionar-se à vivência dos profissionais assistenciais acerca dos riscos de segurança, fazendo-os apresentar piores percepções em relação à gerência, uma vez que estes profissionais têm menos contato com o cuidado direto ao paciente. Além disso, existe uma cultura de ocultação de informações negativas (ocorrência de erros, incidentes e eventos adversos) pelos profissionais, dificultando que os problemas relacionados à segurança cheguem a gerência hospitalar. Outra questão apontada relaciona-se à vontade dos profissionais gerentes de serem visto como uma organização compromissada com a segurança, fazendo com que suas percepções sejam positivas<sup>(19)</sup>. Entretanto, tal situação pode apresentar-se como um problema, quando esta visão positiva não reflete a verdadeira realidade institucional<sup>(20)</sup>.

Entretanto, na literatura foram encontrados estudos que identificaram outros preditores para o clima de segurança do paciente. Dentre os mais citados estão a idade do profissional, sexo e categoria profissional<sup>(17,21-22)</sup>.

Hospitais de Cyprus, Grécia, encontraram que as variáveis idade e relato de cansaço no trabalho foram consideradas preditoras para os domínios clima de trabalho em equipe, clima de segurança e condições de trabalho<sup>(17)</sup>.

Uma investigação, com objetivo de verificar a relação entre sexo e percepções da cultura de segurança, encontrou que, profissionais mais velhos tiveram melhor percepção do clima de trabalho em equipe que os mais novos; e que o sexo masculino obteve melhores percepções quanto à satisfação e condições no ambiente de trabalho, comparado ao sexo feminino<sup>(21)</sup>.

Já um estudo realizado em centros obstétricos dos EUA encontrou associações estatisticamente significativas entre o domínio clima de trabalho em equipe e categoria profissional, sendo que os médicos apresentaram melhor escore, comparados aos enfermeiros<sup>(22)</sup>. Tal estudo demonstrou que houve diferenças de pontos de vista e opiniões entre médicos e enfermeiros, relacionados às questões de segurança, sendo que o profissional médico apresentou maior consciência no relato de potenciais danos ao paciente, em relação aos enfermeiros<sup>(22)</sup>.

Como limitação deste estudo, embora tenha sido utilizada amostragem aleatória simples para obtenção do tamanho amostral, o coorte transversal para obtenção dos dados pode limitar o espectro da análise, contudo, os objetivos propostos foram atingidos. Sugere-se, assim, que estudos longitudinais sejam realizados futuramente.

## Conclusão

Observou-se que o escore geral do instrumento foi de 61,8 (DP=13,7) e mediana de 63,3, demonstrando uma percepção negativa dos profissionais do estudo, quanto ao clima de segurança do paciente.

A análise bivariada, as variáveis que apresentaram associações estatisticamente significativas foram: atuação profissional para o domínio percepção da gerência da unidade e do hospital ( $p=0,01$ ); categoria profissional para o escore geral ( $p=0,02$ ), para o domínio percepção da gerência da unidade e do hospital ( $p=0,03$ ) e para o domínio condições de trabalho ( $p=0,05$ ); variável tempo de atuação profissional para o domínio percepção do estresse ( $p=0,01$ ); variável tempo de formação, para os domínios satisfação no trabalho ( $p=0,005$ ) e percepção do estresse ( $p=0,005$ ); e variável tempo na instituição para o domínio satisfação no trabalho ( $p=0,01$ ) e percepção do estresse ( $p=0,03$ ). Contudo, verificou-se que, a atuação do profissional foi a variável considerada preditora para o domínio percepção da gerência da unidade e do hospital, sendo que os profissionais não assistenciais apresentaram melhor percepção, comparados aos profissionais assistenciais.

A identificação de preditores sobre os escores de segurança do paciente é uma importante ferramenta, que aliada às ações organizacionais, permite diagnosticar, planejar, intervir e executar atividades, a partir dos domínios que precisam ser aprimorados (condições de trabalho e ações gerenciais) e dos fatores intrínsecos e extrínsecos dos profissionais que necessitam de atenção (estresse, trabalho em equipe e satisfação). Todos estes esforços contribuem para implementação do clima de segurança na instituição, tendo como resultado final a promoção à segurança do paciente.

## Referências

1. Kho ME, Perri D, McDonald E, Waugh L, Orlicki C, Monaghan E, et al. The climate of patient safety in a Canadian intensive care unit. *J Crit Care*. 2009;24(3):7-13.
2. Dias MAE, Martins M, Navarro N. Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4):719-29.
3. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003;2(Suppl 2):17-23.
4. Lee WC, Wung HY, Liao HH, Lo CM, Chang FL, Wang PC, et al. Hospital safety culture in Taiwan: a

- nationwide survey using Chinese version safety attitude questionnaire. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:1-8.
5. 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;44(6):1-10.
6. Alahmadi HA. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Health Care.* 2010;9(17):1-5.
7. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *Qual Saf Health Care.* 2011;11(45):4-12.
8. Ques AAM, Montoro CH, Gonzáles MG. Strengths and threats regarding the patient's safety:nursing professionals' opinion. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18(3): 339-45.
9. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care.* 2005;14(5):364-6.
10. Ribeiro PHV, Brevidei MM, Tipple AFV, Ribeiro RP, Gir E. Clima de segurança organizacional e a adesão às precauções padrão entre dentistas. *Acta Paul. Enferm.* 2013;26(2):192-7.
11. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012; 20(3):575-82.
12. Sexton JB, Thomas EJ, Grillo SP. The safety attitudes questionnaire (SAQ) Guidelines for administration. The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice; 2003. Technical Report. Sponsored by the Agency for Healthcare Research and Quality.
13. Lei nº 9962, de 22 de Fevereiro de 2000 (BR). Resolve expedir normas para controle das infecções hospitalares. *Diário Oficial da União, Brasília n. 38, Seção 1, p. 35, 23 fev. 2000.*
14. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília: CNS; 1996.
15. Davenport DL, Henderson WG, Hogan S, Mentzer RM Jr, Zwischenberger JB. Surgery resident working conditions and job satisfaction. *Surgery.* 2008;144(2):332-8.
16. Modak I, Sexton JB, Thomas RL, Helmreich RL, Thomas EJ. Measuring safety culture in the ambulatory settings: the safety attitudes questionnaire – ambulatory version. *J Gen Intern Med.* 2007;22(1):1-5.
17. Raftopoulos V, Savva N, Papadopoulou M. Safety culture in the maternity units: a census survey using the safety attitudes questionnaire. *BMC Health Serv Res.* 2011; 11(Suppl. 1):1-10.
18. Relihan E, Glynn S, Daly D, Silke B, Ryder S. Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit. *Ir J Med Sci.* 2009;178(4):433-9.
19. Singer SJ, Fawell A, Gaba DM, Baker LC. Patient safety climate in US hospitals: variation by management level. *Med Care.* 2008;46(11):1149-56.
20. Thomas E J, Sexton JB, Helmreich EL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med.* 2003;31(1):956-59.
21. Carney BT, Mills PD, Bagian JP, Weeks WB. Sex differences in operating room care giver perceptions of patient safety: a pilot study from the Veterans Health Administration Medical Team Training Program. *Qual Saf Health Care.* 2010;19(2): 128-31.
22. Lyndon A, Sexton JB, Simpson KR, Rosenstein A, Lee KA, Wachter RM. Predictors of likelihood of speaking up about safety concerns in labour and delivery. *BMJ Qual Saf.* 2011;22(2):791-9.

Recebido: 6.4.2014

Aceito: 21.2.2015