

Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde¹

Paloma Aparecida Carvalho²

Leila Bernarda Donato Göttems³

Maria Raquel Gomes Maia Pires⁴

Maria Liz Cunha de Oliveira⁵

Objetivo: avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, de porte especial, segundo domínios do Questionário Atitudes de Segurança (QAS). Método: pesquisa descritiva, transversal, quantitativa, com aplicação do QAS a 226 profissionais. Análise descritiva dos dados, consistência do instrumento e análise fatorial exploratória. Resultados: os participantes distribuíram-se, homoganeamente, entre os sexos feminino (49,6%) e masculino (50,4%); média de idade de 39,6 (DP± 9,9) anos e tempo de atuação de 9,9 (DP±9,2) anos. E α Cronbach de 0,84. Identificaram-se os seis domínios propostos pelo questionário: percepção do estresse (74,5) e satisfação no trabalho (70,7) apresentaram resultados satisfatórios; clima de trabalho em equipe (59,1) e segurança (48,9) apresentaram escores abaixo do mínimo recomendado (75); percepções da gerência da unidade (44,5), gerência do hospital (34,9) e condições de trabalho (41,9) apresentaram as menores médias. Conclusões: os resultados demonstraram que, na perspectiva dos profissionais, há fragilidade nos valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam a cultura de segurança em uma organização de saúde.

Descritores: Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Avaliação de Serviços de Saúde; Centros de Cirurgia.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Avaliação da cultura de segurança entre profissionais do centro cirúrgico de um hospital de porte especial: elementos para a melhoria da qualidade do cuidado aos idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos", apresentada à Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.

² MSc, Enfermeira, Hospital de Base do Distrito Federal, Secretaria de Estado de Saúde, Brasília, DF, Brasil.

³ PhD, Professor Adjunto, Escola Superior de Ciências da Saúde, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde, Brasília, DF, Brasil.

⁴ PhD, Professor Adjunto, Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

⁵ PhD, Professor Adjunto, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde, Brasília, DF, Brasil.

Correspondência:

Paloma Aparecida Carvalho
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle
Setor de Áreas Isoladas Norte - SAIN, Bloco B
CEP: 70086-900, Brasília, DF, Brasil
E-mail: paloma_carvalho@yahoo.com.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 segurança dos serviços de saúde passou a ocupar um espaço importante nas políticas públicas de saúde, desde a publicação do documento intitulado *To err is human: building a safer health system*, publicado em 1999, pelo *Institute of Medicine* (IOM), dos Estados Unidos da América (EUA). A segurança, considerada uma dimensão da qualidade e o reconhecimento de que os serviços de saúde são sistemas complexos e que os cuidados de saúde podem ser altamente danosos e letais, despertou a busca de especialistas e pesquisadores por estratégias de aperfeiçoamento contínuo dos processos de trabalho nesta área⁽¹⁾.

No Brasil, somente em 2013, a segurança dos serviços de saúde foi objeto do Programa Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde (MS), assim como, da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que instituíram diretrizes e ações específicas para a segurança do paciente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

A busca pela qualidade nos serviços de saúde tem ocupado cada vez mais espaço nas agendas nacional e internacional e nos debates sobre reforma dos sistemas de saúde. Trata-se de um processo gradual e diferenciado, que implica em reconfiguração das relações entre profissionais e pacientes, entre demanda e oferta de cuidados de saúde e que pode ser afetado, também, pela variação dos níveis de desigualdade social em saúde⁽²⁾.

Estratégias para melhoria da qualidade dos serviços de saúde demandam avaliações sistemáticas. Estas permeiam debates metodológicos sobre finalidade e utilidade da avaliação na tomada de decisões, reconhecimento do pluralismo de valores e distintos pontos de vista de grupos de interesses no processo avaliativo⁽²⁾. Desta forma, é importante que os gestores dos serviços de saúde disseminem uma cultura avaliativa nas organizações.

Os centros cirúrgicos são considerados cenários de alto risco, extremamente suscetíveis a erros. Os processos de trabalho, neste cenário, constituem-se em práticas complexas, interdisciplinares, com forte dependência da atuação individual e da equipe em condições ambientais, dominadas por pressão e estresse. As complicações cirúrgicas respondem por grande proporção das mortes e danos (temporários ou permanentes) provocados pelo processo assistencial, consideradas evitáveis⁽³⁾.

Neste sentido, conhecer a cultura de segurança do cenário em que se pretende atuar é um aspecto imprescindível para efetivar melhorias. Segundo a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), a cultura de segurança é "o produto individual ou coletivo de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde na promoção de segurança"⁽⁴⁾. Por sua vez, o clima de segurança é o componente mensurável da cultura de segurança e pode ser avaliado por meio da percepção dos profissionais, uma vez que atitudes e valores são mais difíceis de serem avaliados⁽⁵⁾.

Para tanto, o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) é um instrumento desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas (EUA), que mensura o clima de segurança percebido pelos profissionais da saúde. Foi construído com base no *Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire*, derivado do tradicional *Flight Management Attitudes Questionnaire* (FMAQ), utilizado há mais de 20 anos pela aviação comercial, para mensuração da percepção de segurança das tripulações de voos⁽⁵⁾. Os itens que compõem o SAQ mostraram-se altamente sensíveis para avaliação das atitudes de segurança individuais e exploração da relação entre os escores de clima de segurança e os resultados dos cuidados fornecidos aos pacientes. Este instrumento tem sido utilizado na avaliação das diferenças na percepção do comprometimento organizacional proativo, para segurança entre indivíduos que trabalham nas salas de cirurgia de instituições de alta e média complexidade, em diferentes países do mundo. Contribui para aumento da probabilidade de sucesso na implementação de ferramentas de gerenciamento de recursos e melhoria da segurança, tais como, a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial de Saúde⁽⁶⁻⁸⁾.

A unidade hospitalar onde realizou-se a pesquisa caracteriza-se como um serviço de alta complexidade em todas as áreas, em especial nos procedimentos cirúrgicos, da rede pública do Distrito Federal, referência na região Centro-Oeste. Está em processo de acreditação pela *Joint Commission Internacional* e de implantação de diversas estratégias para segurança do paciente, dentre elas, a implantação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS.

Este hospital foi incluído, em 2012, no projeto de Reestruturação de Hospitais Públicos (RHP) do Programa de Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS). Esta ação do Ministério da Saúde dirige-

se ao fortalecimento do SUS, em parceria com hospitais filantrópicos de qualidade reconhecida, através da capacitação de trabalhadores e profissionais, apoio aos processos de certificação e acreditação, para qualificação da gestão dos hospitais públicos.

Este estudo norteou-se pela questão: qual a percepção da cultura de segurança entre profissionais que atuam no centro cirúrgico deste hospital, segundo os domínios do QAS? O objetivo foi avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, de porte especial, segundo domínios do QAS.

Método

Realizou-se pesquisa descritiva transversal, com abordagem quantitativa. Utilizou-se o Questionário Atitudes de Segurança (QAS), na versão traduzida e validada para o Brasil. Este instrumento é composto por duas partes: a primeira contém 41 questões sobre a percepção de segurança do paciente e a segunda questões sobre a categoria profissional, sexo, idade e tempo de atuação⁽⁹⁾.

Os 41 itens do QAS estão agrupados em seis domínios: 1) Clima de Trabalho em Equipe (CTE): qualidade do relacionamento e colaboração entre os membros de uma equipe (itens 1 a 6); 2) Clima de Segurança (CS): percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente (itens 7 a 13); 3) Satisfação no Trabalho (ST): visão positiva do local de trabalho (itens 15 a 19); 4) Percepção do Estresse (PE): reconhecimento da influência dos fatores estressores na execução do trabalho (itens 20 a 23); 5) Percepção da Gerência da Unidade (PGU) e do hospital (PGH), ambos relativos à aprovação das ações da gerência ou administração (itens 24 a 29); e 6) Condições de Trabalho (CT): percepção da qualidade do ambiente de trabalho (itens 30 a 32). Os itens 14 e 34 a 36 não fazem parte de nenhum domínio no instrumento original.

Cada item do QAS segue a escala de cinco pontos de Likert, ordenada e pontuada assim: discorda totalmente (0 ponto), discorda parcialmente (25 pontos), neutro (50 pontos), concorda parcialmente (75 pontos) e concorda totalmente (100 pontos); a opção "não se aplica" não pontua. No escore final, 0 corresponde à pior percepção do clima de segurança e 100 à melhor percepção. O cálculo é feito somando-se as respostas dos itens de cada domínio e dividindo-se o resultado pelo número de itens de cada domínio⁽⁹⁾, após inversão dos itens reversos.

O estudo foi realizado no Núcleo de Centro Cirúrgico (NCC) do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), com capacidade para 855 leitos, dos quais, 482 são leitos cirúrgicos, conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

O QAS foi respondido por 226 profissionais (erro amostral de 0,05) que trabalham na unidade investigada, incluindo-se enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e médicos residentes nas áreas cirúrgica e anestesiológica, odontologistas, administrativos e profissionais do suporte ambiental. Os critérios de inclusão foram: concordância do profissional em participar do estudo e atuação no serviço há mais de seis meses. Excluíram-se os profissionais afastados das atividades laborais durante o período de coleta. Os participantes foram recrutados no próprio ambiente de trabalho, momento em que eram convidados a responder ao instrumento.

Os dados foram coletados entre maio e setembro de 2013, nos três turnos, por dois bolsistas de iniciação científica do último ano do curso de enfermagem e por duas residentes de enfermagem do bloco cirúrgico do próprio hospital, devidamente treinados pela pesquisadora, que possui ampla experiência no centro cirúrgico.

Utilizaram-se os softwares *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 20.0 e *Rstudio* 0.98.501. Realizaram-se análise descritiva, análise fatorial exploratória e comparação entre grupos. A análise descritiva do QAS foi realizada pelas médias, medianas e Desvio Padrão (DP) das respostas aos itens, calculado para cada domínio, variando entre 0 e 100. Valores maiores que 75 significam forte concordância dos profissionais sobre questões de segurança do paciente. O teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) avalia o quanto os dados se adaptam à utilização do modelo da análise fatorial e resultou 0,75, permitindo utilização desta análise para interpretação dos dados.

Com os resultados da análise fatorial, encontraram-se as cargas fatoriais, que representam as covariâncias entre os itens e os fatores estudados, permitindo identificar com qual fator o item estava associado. Para estimar os fatores, foi utilizado o método de Componentes Principais, com objetivo de reduzir a dimensão dos dados e preservar a explicação da variabilidade dos dados. Posteriormente, realizou-se uma rotação de fatores, para melhorar a interpretação dos resultados, por meio da rotação oblíqua Promax.

O coeficiente α de Cronbach foi aplicado para análise da consistência interna dos itens, também

chamada de confiabilidade do instrumento. O α varia de 0 a 1, porém, para comprovar a consistência interna deve apresentar um valor entre 0,7 e 1,0. Resultados abaixo de 0,7 indicam que o instrumento não consegue mensurar o constructo.

A pesquisa seguiu todos os cuidados éticos previstos na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP/FEPECS/SES/GDF), em 12/11/2012, sob parecer número 144.024.

Resultados

O perfil dos participantes caracterizou-se pela distribuição homogênea entre os sexos feminino (49,6%) e masculino (50,4%), conforme a Tabela 1. Em relação ao tempo de atuação, os períodos com maior número de respondentes foram entre 1 e 2 anos (26,1%) e entre 11 e 20 anos (22,1%), com média de 9,9 anos ($DP \pm 9,2$). Os médicos são os profissionais com maior tempo de atuação, seguidos dos técnicos de enfermagem. A faixa etária predominante foi entre 31 e 50 anos (63,3%), com média de 39,6 ($DP \pm 9,9$). Os médicos foram os profissionais que mais participaram (73;33,6%), seguidos dos técnicos de enfermagem (65; 27,4%) e dos médicos residentes (51; 22,6%).

Tabela 1 – Frequência dos participantes em relação ao sexo, tempo de atuação, faixa etária e cargo. Brasília, DF, Brasil, 2013

Característica	Frequência	Percentual
Sexo		
Masculino	114	50,4
Feminino	112	49,6
Tempo de atuação		
6 a 11 meses	13	5,8
1 a 2 anos	59	26,1
3 a 4 anos	18	8,0
5 a 10 anos	45	19,9
11 a 20 anos	50	22,1
21 a 39 anos	37	16,4
Ausentes	4	1,8
Faixa etária		
Até 30 anos	43	19,0
31 a 40 anos	79	35,0
41 a 50 anos	64	28,3
51 a 60 anos	27	11,9
Mais de 60 anos	4	1,8
Ausentes	9	4,0

(continua...)

Tabela 1 - *continuação*

Característica	Frequência	Percentual
Profissão/ocupação		
Administrativo	5	2,2
Enfermeiro	13	5,8
Médico	73	32,3
Médico residente	51	22,6
Odontólogo	11	4,9
Suporte ambiental	8	3,5
Técnico de enfermagem	65	28,8
Total	226	100,0

O escore total do QAS, na unidade investigada, variou entre 34,5 e 74,9, por domínio, com média de 53,5 ($DP \pm 13,9$) e mediana de 52,4 (Tabela 2). Os domínios satisfação no trabalho (0,76), percepção do estresse (0,74) e percepção da gerência do hospital (0,77) possuem consistência interna significativa, com α maior que 0,7 e, portanto, garantem a fidedignidade do constructo. No entanto, os domínios clima de trabalho em equipe (0,40), clima de segurança (0,50), percepção da gerência da unidade (0,63) e condições de trabalho (0,58) apresentaram valores de α menores que 0,7, indicando baixa correlação entre os itens.

Tabela 2 – Análise descritiva e α -Cronbach, por domínio, do Questionário Atitudes de Segurança, Brasília, DF, Brasil, 2013

Domínios	α -Cronbach	Média	Mediana	Desvio Padrão
Clima de trabalho em equipe	0,40	59,1	58	18,5
Clima de segurança	0,50	48,9	50	19,6
Satisfação no trabalho	0,76	70,6	75	22,0
Percepção do estresse	0,74	74,9	81	25,6
Percepção da gerência da unidade	0,63	44,5	46	21,6
Percepção da gerência do hospital	0,77	34,5	33	22,3
Condições de trabalho	0,58	41,9	41	25,9
Total	0,84	53,5	52,4	13,9

Os escores também oscilaram por categoria profissional, sendo que os médicos residentes apresentaram a média mais baixa (50,4), seguidos dos enfermeiros (51,1) e dos médicos (51,6). As maiores médias estiveram entre os administrativos (74,6), seguidos do suporte ambiental (62,9) (Tabela 3).

Tabela 3 – Escore das percepções dos profissionais do centro cirúrgico, por cargo, segundo os domínios e o total do Questionário Atitudes de Segurança. Brasília, DF, Brasil, 2013

Cargo	CTE*	CS†	ST‡	PE§	PGU	PGH¶	CT**	Total
Administrativo	82,5	66,7	94	64,1	77,6	55	77,5	74,6
Enfermeiros	59	49,2	77,7	68,7	63,4	46,9	22,9	51,1
Médicos	58,8	44,5	63,7	77,9	41,4	33	41,3	51,6
Médicos residentes	56,3	48,1	64,8	79,3	37,4	28,7	38	50,4
Odontologistas	56,5	45,2	67,7	68,5	46,2	35,6	44,7	52,1
Técnicos em enfermagem	66,8	47,5	89,3	70,8	65,5	54	46,3	55,9
Suporte ambiental	59,5	54	78	71,2	46,1	36,9	45,5	62,9
Total	59,1	48,9	70,6	74,8	44,5	34,4	41,9	53,5

* Clima de trabalho em equipe

† Clima de segurança

‡ Satisfação no trabalho

§ Percepção do estresse

|| Percepção da gerência da unidade

¶ Percepção da gerência do hospital

** Condições de trabalho

Discussão

Os participantes distribuíram-se de forma homogênea entre os sexos feminino (49,6%) e masculino (50,4%). O sexo feminino predominou entre os profissionais de enfermagem, enquanto o sexo masculino predominou entre os médicos. A participação dos médicos (32,3%), somados ou não aos residentes de medicina (22,6%), revela uma característica singular desta pesquisa. Nos estudos com aplicação do QAS, a proporção de médicos é menor em relação aos demais integrantes das equipes de saúde⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

No tempo de atuação, observou-se que os profissionais com mais de 5 anos de atuação somam mais de 60% do total de participantes, pelo tipo de vínculo trabalhista, de regime estatutário, dos profissionais com a instituição. A estabilidade dos profissionais pode contribuir para mudanças no processo de trabalho, uma vez que a instituição não sofre as consequências das altas taxas de substituição de pessoal (*turnover*).

Um estudo realizado em serviços de saúde norte-americanos evidenciou que as condições de trabalho estão associadas com lesões nos pacientes e nos enfermeiros. O registro de horas de enfermagem por paciente/dia mostrou associação negativa com quedas e úlceras por pressão. Por outro lado, o aumento do *turnover* de profissionais da unidade aumentou o risco de lesão em enfermeiros, enquanto a diminuição reduziu as chances de quedas de pacientes⁽¹²⁾.

O QAS, no cenário avaliado, apresentou α de Cronbach de 0,84, semelhante ao encontrado no

estudo de tradução do instrumento para o Brasil (α de 0,89). Este valor sugere que o instrumento é adequado para mensuração do construto proposto. No entanto, na análise por domínio, observa-se que α Cronbach variou entre 0,4 e 0,7. Os domínios CTE (0,4), CS (0,5) e CT (0,5) apresentaram valores de α muito abaixo do recomendado (0,7), indicando baixa correlação entre os itens destes domínios. Este resultado sinaliza a necessidade de aplicação do instrumento em outras amostras, para maior validade e confiabilidade do mesmo.

Na pesquisa realizada em Taiwan, o α de Cronbach variou entre 0,79 para o CTE, 0,81 para o CS, 0,91 para a ST, 0,87 para a percepção da gerência, e 0,78 para as CT⁽¹³⁾. Na Austrália⁽¹⁴⁾, o α Cronbach variou entre 0,65 e 0,81, assim como na Noruega⁽¹¹⁾, no qual o α de Cronbach variou entre 0,68 e 0,85, nos seis domínios que compõem o instrumento.

As pesquisas têm demonstrado que as correlações item/total entre os domínios foram consideradas de moderada a forte, com exceção do domínio PE⁽¹³⁾. Este domínio tem sido pouco correlacionado com os demais do QAS, assim, alguns pesquisadores⁽¹⁵⁾ sugerem que esta subescala seja omitida do cálculo geral do instrumento e analisada separadamente. Contudo, foram encontradas correlações moderadas deste domínio com os demais e com o total do QAS na avaliação desta unidade.

O escore total do QAS variou entre 34,4 e 74,8, por domínio, com média de 53,5. A média do escore mostra que a percepção da cultura de segurança entre os profissionais está abaixo das recomendações

internacionais, que seria de 75 para uma boa percepção da cultura de segurança. Algumas pesquisas com este instrumento, nos contextos nacional e internacional, sugerem que escores acima de 80 indicam forte consenso entre os profissionais sobre o clima de segurança. Todavia, aqueles abaixo de 60 significam um sinal de alerta para as instituições, pois indicam a necessidade de ações para implantação da cultura de segurança^(6,13). Cabe ressaltar que, um estudo realizado em seis hospitais públicos, em três regiões do Brasil, com 1301 profissionais das enfermarias clínicas e cirúrgicas, obteve média de 61,5⁽¹³⁾.

A percepção dos profissionais sobre a cultura de segurança variou em relação aos domínios avaliados. O clima de trabalho em equipe apresentou média de 59,1, com mediana de 58,3 (DP=18,5), resultado mediano quando comparado à literatura internacional. Pesquisas realizadas em Taiwan encontraram média de 48,9% de atitude positiva para o trabalho em equipe entre trabalhadores de saúde do hospital⁽¹³⁾ e 37% entre terapeutas respiratórios⁽¹⁶⁾. No entanto, na Grécia, em 2011, encontrou-se escore de 74,1 para este domínio⁽¹⁷⁾. Uma equipe coordenada, com boa comunicação, que trabalha de forma cooperativa, produz um cuidado mais humanizado e evita situações de descontinuidade e de alto risco para o paciente.

No clima de segurança a média foi de 48,9 (DP±19,6). No Brasil, encontrou-se média de 69,4⁽⁹⁾, enquanto outras pesquisas que utilizaram o mesmo instrumento na Irlanda⁽¹⁸⁾ e nos Estados Unidos da América⁽¹⁹⁾ tiveram resultados que variaram de 65,9 a 79,7, respectivamente. Já em Taiwan encontrou-se média de 21 para este domínio⁽¹⁶⁾. Os resultados encontrados no NCC revelam a necessidade de iniciativas para promoção da segurança do paciente neste ambiente.

A satisfação com o trabalho (média=70,6; DP±22,5) foi o segundo resultado mais favorável entre os profissionais do NCC, coerente com os achados de outro estudo, realizado em hospitais brasileiros (média=77,6; DP±27,8)⁽¹³⁾. Quando comparados com as pesquisas internacionais^(16-17,19) observa-se que no Brasil os profissionais são mais satisfeitos com seu trabalho. Este é um resultado bastante favorável, uma vez que a satisfação profissional influencia diretamente a cultura de segurança e está relacionada ao menor número de eventos adversos⁽¹⁷⁾.

A percepção do estresse (média 74,8; DP±25,64) está ligeiramente abaixo do recomendado, de 75. No entanto, este domínio foi o que apresentou melhor percepção pelos profissionais do NCC. Nos EUA, uma

pesquisa que avaliou as diferenças entre profissões nas percepções sobre segurança do paciente evidenciou que o reconhecimento de estresse e condições de trabalho diferem segundo o perfil dos cuidadores e dos profissionais. Anestesiologistas tinham percepções mais favoráveis de estresse (média=82) do que enfermeiros (média=69) e cirurgiões (média=65). Na sala operatória, as percepções sobre condições de trabalho foram menos favoráveis entre os enfermeiros (média=57) do que entre os cirurgiões (média=75)⁽¹⁹⁾. A pesquisa desenvolvida no Teerã, antes e após um curso de formação sobre cultura de segurança, em um hospital de ensino, evidenciou baixa percepção do estresse pelos gestores, com médias de 20,9 e 27,3⁽²⁰⁾.

O PGU (média=44,5; DP±21,6) e PGH (média=34,4; DP±22,3), domínios relacionados a gestão da unidade e do hospital, obtiveram os menores escores dentre todos os demais do QAS, seguido pelas condições de trabalho (média=41,9; DP±25,9). Os baixos escores quanto à percepção destes profissionais sobre a gerência hospitalar indicam distância entre equipe de enfermagem e superiores hierárquicos, em relação ao diálogo sobre as questões de segurança do paciente⁽²¹⁾. No estudo realizado para caracterização das percepções de cultura de segurança, em uma amostra nacional das agências de Serviços Médicos de Emergência (EMS) nos EUA e Canadá, observou-se grande oscilação na percepção da gerência (média=67,2), sugerindo que este domínio oscila de acordo com o modelo de gestão predominante no cenário avaliado⁽²²⁾.

Em relação às condições de trabalho, estudo realizados em Taiwan e Teerã obtiveram escores de 31,8 e 59,1, respectivamente, entre trabalhadores de hospitais^(13,16,20), ambos considerados baixos. No Teerã, este domínio obteve melhoria no escore, após um processo de educação, aumentando a média de 59,1 para 84,5⁽²⁰⁾.

A baixa percepção em relação à gerência da unidade, do hospital e condições de trabalho sugere que os profissionais que atuam na assistência não percebem o compromisso da gestão da instituição com os fatores latentes da cultura de segurança. Sinaliza, também, a necessidade de intervenções para mudança desta cultura, como os processos de educação permanente. Os resultados do QAS evidenciaram que os domínios PGH e PGU apresentaram baixa correlação entre os itens que os compuseram.

As organizações de saúde são sistemas altamente complexos e, portanto, precisam implementar um modelo de gestão com foco na segurança do paciente.

Estudos sugerem que, os resultados do SAQ podem fornecer um ponto de partida útil, ao avaliar a cultura de segurança, pois servem como critério para guiar as necessidades e oportunidades de melhoria da qualidade e segurança do paciente⁽²³⁾.

O acompanhamento sistemático da cultura de segurança pode contribuir para promoção do trabalho em equipe e cuidados seguros ao longo da permanência do paciente no serviço. Ressalta-se que, a interpretação e análise dos resultados são essenciais, pois o escore médio do SAQ demonstra que todos os domínios são igualmente importantes e que o mau desempenho em um domínio (clima de segurança) pode ser compensado com bom desempenho em outro (satisfação no trabalho)⁽²³⁾.

Nas organizações de alta confiabilidade, como aviação comercial e energia nuclear, o clima de segurança é uma métrica proativa, que complementa métricas tradicionais retrospectivas, como número de mortes e acidentes⁽²⁴⁾. Neste sentido, a mensuração do clima de segurança entre os profissionais da saúde complementa as métricas retrospectivas relacionadas à segurança do paciente, como o número de eventos adversos, permitindo o reconhecimento das fragilidades do sistema, assim como, as dimensões nas quais o serviço precisa investir mais intensamente. O desenvolvimento de uma cultura organizacional que priorize a segurança é fundamental para a consolidação das estratégias de melhoria da qualidade e do clima de segurança do paciente positivo⁽²⁵⁾.

Conclusão

Os resultados deste estudo demonstram, na perspectiva dos profissionais, fragilidade nos valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam a cultura de segurança em uma organização de saúde. Observou-se distanciamento da gestão do hospital e gestão da unidade, em relação aos profissionais, condições precárias de trabalho e cultura de segurança negativa. Sugerem-se intervenções consistentes nestes aspectos, para proporcionar um ambiente seguro para profissionais e pacientes. Estes resultados podem ser úteis para os gestores da área, pois apontam direções e alternativas para promoção da segurança do paciente, como comunicação entre suas equipes e introdução de novas ferramentas, como o Checklist de Segurança Cirúrgica da OMS.

As limitações deste estudo incluem o uso de percepções, em vez de comportamento pessoal

e ausência de uso dos resultados assistenciais. Sugere-se que, pesquisas de seguimento da cultura de segurança sejam empregadas para avaliar a evolução da implementação de processos de melhoria do cuidado cirúrgico e segurança do paciente, assim como, estudos sobre eventos adversos e incidentes.

Agradecimentos

Aos profissionais que participaram deste estudo.

Referências

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MC, editors. *To Err is Human: building a safer health system*. Washington (DC): Committee on Quality of Health Care, Institute of Medicine, National Academy Press; 2000.
2. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Rev Crít Ciênc Soc*. 2009;85:65-82.
3. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Russell Localio A, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients—results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991;324:377-84.
4. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains D, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh*. 2010;42(2):156-65.
5. Sexton J, Helmreich R, Neilands T, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*. 2006;6(44):1-10.
6. Carney BT, West P, Neily J, Mills PD, Bagian JP. Changing Perceptions of Safety Climate in the Operating Room With the Veterans Health Administration Medical Team Training Program. *Am J Med Qual*. 2011;26(3):181-4.
7. Carney BT, West P, Neily J, Mills PD, Bagian JP. Differences in Nurse and Surgeon Perceptions of Teamwork: Implications for Use of a Briefing Checklist in the OR. *AORN J*. 2010;91:722-9.
8. Bleakley A, Allard J, Hobbs A. Towards culture change in the operating theatre: Embedding a complex educational intervention to improve teamwork climate. *Med Teach*. 2012;34:e635-e40.
9. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário Atitudes de Segurança: Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2012;20(3):575-82.
10. Deilkås E, Hofoss D. Patient safety culture lives in departments and wards: Multilevel partitioning of

- variance in patient safety culture. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:85.
11. Deilkas E, Hofoss D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). *BMC Health Serv Res.* 2008;8:191.
12. Taylor JA, Dominici F, Agnew J, Gerwin D, Morlock L, Miller MR. Do nurse and patient injuries share common antecedents? An analysis of associations with safety climate and working conditions. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(2):101-11.
13. 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;10:234.
14. Chaboyer W, Di Chamberlain, Hewson-Conroy K, Grealby B, Elderkin T, Brittin M, et al. Safety culture in Australian Intensive Care Units: establishing a baseline for quality improvement. *Am J Crit Care.* 2013;22:93-102.
15. Taylor JA, Pandian R. A dissonant scale: stress recognition in the SAQ. *BMC Res Notes.* 2013;6:302.
16. Shie HG, Lee WC, Hsiao HF, Lin HL, Yang LL, Jung F. Patient Safety attitudes among respiratory therapists in Taiwan. *Respir Care.* Dec. 2011;56(12):1924-9.
17. Raftopoulos V, Pavlakis A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. *J Crit Care.* 2013 Feb;28(1):51-61.
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;178:433-9.
19. Taylor J. Utility of patient safety case finding methods and associations among organizational safety climate, nurse injuries, and errors. Baltimore (MD): Johns Hopkins University; 2008.
20. Azimi L, Bahadori M. The effect of Safety Culture Education on Improvement of Managers' Attitudes towards Patients' Safety. *Int J Collab Res Intern Med Public Health.* 2012;4(3):217-26.
21. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(5):728-35.
22. Patterson PD, Huang DT, Fairbanks RJ, Simeone S, Weaver M, Wang HE. Variation in emergency medical services workplace safety culture. *Prehosp Emerg Care.* 2010;14(4): 448-60.
23. Profit J, Etchegaray J, Petersen LA, Sexton JB, Hysong SJ, Mei M, et al. The Safety Attitudes Questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the NICU. *Arch Dis Child Fetal Neonat Ed.* 2012;97:127-32.
24. Frankel A, Grillo SP, Pittman M, Thomas EJ, Horowitz L, Page M, et al. Revealing and resolving patient safety defects: The impact fo leadership walkrounds on frontline caregiver assessments of paciente safety. *Health Serv Res.* 2008;43(6):2050-66.
25. Speroff T, Nwosu S, Greevy R, Weinger MB, Talbot TR, Wall RJ, et al. Organizational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate. *Qual Saf Health Care.* 2010;19:592-6.

Recebido: 7.2.2015

Aceito: 7.6.2015