

Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil¹

Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho²

Lidyane Parente Arruda³

Nayanne Karen Pinheiro do Nascimento⁴

Renata Lopes Sampaio⁵

Maria Lígia Silva Nunes Cavalcante⁵

Ana Carolina Pinto Costa⁶

Objetivo: avaliar a cultura de segurança em três hospitais públicos. Método: estudo transversal realizado em três hospitais públicos brasileiros, desenvolvido com profissionais de saúde aplicando-se o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). Foram considerados positivos escores maiores ou iguais a 75. Resultados: participaram do estudo 573 profissionais, incluindo técnicos e auxiliares de enfermagem 292 (51%), enfermeiros 105 (18,3%), médicos 59 (10,3%), e outros profissionais 117 (20,4%). A média do SAQ variou entre 65 a 69 nos três hospitais. No entanto, entre os domínios, Satisfação no trabalho apresentou maior escore e o oposto foi observado no domínio Percepção da gerência. Os profissionais terceirizados apresentaram melhor percepção da cultura de segurança do que os profissionais estatutários. Os profissionais de nível superior apresentaram melhor percepção dos fatores estressores do que os profissionais de nível médio. Conclusão: o nível de cultura de segurança encontrado é abaixo do ideal. As ações gerenciais são consideradas o principal contribuinte para a fragilidade da cultura, entretanto os profissionais demonstraram-se satisfeitos com o trabalho.

Descritores: Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Profissionais da Saúde; Hospital.

¹ Apoio financeiro Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa (FUNCAP), Brasil, processo nº 12535685-4.

² PhD, Professor Adjunto, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

³ Doutoranda, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

⁴ Aluna do curso de graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. Bolsista da Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa (FUNCAP), Brasil.

⁵ Mestranda, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

⁶ Aluna do curso de graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

Como citar este artigo

Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2849. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1600.2849>.   

Introdução

A cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, percepções e competências, grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento de segurança da instituição, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas⁽¹⁾.

No Brasil, a temática se tornou mais evidente em 2013 com a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PSNP), no qual a cultura de segurança foi considerada um dos princípios da gestão de risco voltada para a qualidade e segurança do paciente. A partir de então, o reconhecimento da sua importância e o impacto nas organizações de saúde é a base para desenvolver qualquer tipo de programa de segurança, com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional.

O PNSP instituiu nos estabelecimentos de saúde brasileiros a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) com o intuito de promover e apoiar iniciativas voltadas à segurança do paciente. Os núcleos são responsáveis pela elaboração de um plano de segurança do paciente que aponte e descreva estratégias e ações definidas pelo Serviço para a mitigação dos incidentes associados à assistência. E uma das estratégias iniciais dos NSP é estabelecer a cultura de segurança nas instituições de saúde⁽²⁾.

No entanto, antes de executar qualquer ação que promova a cultura de segurança na instituição, ela deve, em primeiro lugar, ser avaliada e compreendida. Um dos principais benefícios dessa avaliação é fornecer um indicador concreto do estado atual da cultura, da mesma maneira que acompanhar a sua evolução depois da implementação de melhorias. Esta avaliação pode ser realizada de maneira rápida e confiável, através de questionários, para obter o máximo de informações a respeito dos fatores organizacionais que interferem nas questões de segurança, e é a partir desta compreensão que as ações podem ser planejadas⁽³⁾.

Vários instrumentos em diversos idiomas estão disponíveis para avaliação da cultura de segurança. No Brasil, dois instrumentos estão sendo utilizados para essa avaliação nas instituições hospitalares⁽³⁻⁴⁾. Para esse estudo foi escolhido o *Safety Attitudes Questionnaire- SAQ* em sua versão adaptada e validada para a língua portuguesa⁽³⁻⁵⁾. Além de ser um dos instrumentos mais utilizados para avaliação da cultura de segurança em diversos países⁽⁶⁻⁸⁾, esse instrumento foi escolhido devido a sua praticidade e possibilidade de rápido preenchimento, demandando aproximadamente 10 min. Ainda, seus resultados podem ser associados aos indicadores de segurança do paciente.

A hipótese desse estudo é que a avaliação aprofundada da cultura de segurança permite uma visão ampliada dos indicadores que envolvem a segurança do paciente no contexto hospitalar. Isso implica no planejamento de ações voltadas para a qualidade da assistência ao paciente, com destaque para o aprimoramento organizacional.

Considerando a avaliação como primeiro passo para estabelecer uma cultura segura, o objetivo deste estudo foi avaliar a cultura de segurança de três hospitais do Estado do Ceará por meio do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ).

Método

Estudo transversal, desenvolvido nas enfermarias clínicas e cirúrgicas, ambulatorios, centros cirúrgicos, unidades de terapia intensiva e emergência de três hospitais do Estado do Ceará, Brasil.

A pesquisa foi financiada pelo Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS). Para a realização da pesquisa foi estabelecido pelas agências financiadoras um período de dois anos. Desta forma, o número de hospitais pesquisados foi determinado pelo tempo necessário para avaliar a cultura em hospitais com mais de 300 leitos, definido na literatura em um tempo aproximado de três meses⁽³⁾. Assim, dentre os sete hospitais de referência do Estado, dois foram excluídos por terem participado da validação do instrumento utilizado na pesquisa e os cinco restantes participaram do sorteio, onde três hospitais foram escolhidos aleatoriamente.

O hospital A é referência em saúde mental no Estado do Ceará, o hospital B é referência em atendimento a portadores de doenças infectocontagiosas e o hospital C é um hospital geral que atende diversas especialidades médicas. Todos são hospitais vinculados a universidades e desenvolvem atividades de ensino e pesquisa.

Os profissionais que participaram do estudo foram divididos em: equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) e trabalhadores de outras categorias (médico, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional e farmacêutico).

Para participar do estudo os profissionais de saúde deveriam trabalhar pelo menos 20 horas semanais e há pelo menos um mês no setor. Foram excluídos os profissionais que não estavam desenvolvendo suas atividades laborais no período da coleta de dados.

Os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento foi preenchido no ambiente de trabalho e foi disponível em papel. No total, foram

entregues 950 instrumentos para os profissionais dos três hospitais, abordados aleatoriamente no local de trabalho, no entanto 573 (60%) profissionais retornaram o questionário preenchido.

Os dados foram coletados por meio do Questionário de Atitudes de Segurança, validado e adaptado para a realidade dos hospitais brasileiros⁽³⁾. O instrumento contém 41 questões que mensuram a percepção dos profissionais sobre a cultura de segurança por meio de seis domínios: Clima de trabalho em equipe, Clima de segurança, Satisfação no trabalho, Percepção do estresse, Percepção da gerência e Condições de trabalho. A resposta de cada questão segue a escala Likert de cinco pontos. O escore final varia de 0 a 100. São considerados valores positivos escores ≥ 75 ⁽⁵⁾.

Após a coleta de dados, as informações de cada questionário foram inseridas e processadas no SPSS versão 18.0. O nível de significância considerado para o estudo foi de 0,05. As variáveis categóricas foram descritas em números absolutos e percentuais e as quantitativas expressas por média e desvio padrão. Para comparar as médias, aplicou-se o teste de Fischer bicaudal para as variáveis categóricas e o teste t ou Mann-Whitney para as quantitativas ordinais.

O estudo obteve a aprovação do comitê de ética das três instituições documentada com o número de protocolo 107.862. Todos os participantes da pesquisa tiveram o anonimato garantido.

Resultados

Nos três hospitais, obtivemos 573 instrumentos respondidos, representando taxa de retorno de 60,3%, dos quais 106 (18,5%) no Hospital A, 183 (31,9%) no Hospital B e 284 (49,6%) no Hospital C.

Quanto às características dos sujeitos do estudo, o sexo feminino predominou em todos os três hospitais, com um total de 434 (75,7%). O tempo de atuação variou

para cada hospital, no entanto, em todos os hospitais, o maior percentual dos profissionais apresentou mais de cinco anos de atuação, sendo que nos hospitais B e C o maior percentual encontra-se entre 11 e 20 anos de atuação, e no Hospital A 32,4% dos profissionais com 21 anos ou mais de atuação.

O regime de trabalho predominante foi o estatutário com 279 (48,7%) profissionais, no entanto, no hospital C o número de terceirizados e profissionais que não são estatutários e cooperados, como os residentes, foi o maior percentual (54,9%).

Quanto à categoria profissional, os técnicos e auxiliares de enfermagem foram os profissionais que mais preencheram o instrumento, com um total de 292 (51%), seguido por enfermeiros 105 (18,3%) e médicos 59 (10,3%).

Análise descritiva das respostas do Questionário de Atitudes de Segurança

A percepção do clima de segurança variou de acordo com o hospital, sexo, tempo de atuação, categoria profissional, regime de trabalho e nível de escolaridade do profissional. Com relação ao escore total obtido nenhum dos três hospitais apresentou valor positivo. No entanto, entre os domínios, Satisfação no trabalho apresentou maior escore em todos os hospitais e o oposto foi observado no domínio Percepção da gerência que apresentou valores mais baixos.

Quanto ao valor dos escores total e por domínio dos três hospitais, identificou-se um valor de média total do instrumento semelhante em dois hospitais, sendo o hospital C com uma média de quatro pontos a menos, com uma diferença estatisticamente significativa. Por domínio, a média variou entre 57 a 80 para o hospital A, 58 a 75 no hospital B e 53 a 81 no hospital C, com diferenças estatísticas nos domínios Clima de Segurança, Percepção da gerência e Condições de trabalho (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição por domínio do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) das médias dos três hospitais do estudo. Fortaleza, CE, Brasil, 2015

Domínios do SAQ	Hospitais					
	A		B		C	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
SAQ Questionário de Atitudes de Segurança total	69	13	69*	13	65	13
Clima de Trabalho em Equipe	75	17	75	18	73	18
Clima de Segurança	65	19	67*	17	63	18
Satisfação no Trabalho	80	17	83	18	81	16
Percepção do Estresse	76	25	74	25	73	27
Percepção da Gerência						
Unidade	60*	23	58	23	53	28
Hospital	61	25	64*	23	54	25
Condições de Trabalho	57	25	66*	27	64	29

*p<0,05

Quanto ao tempo de atuação, os profissionais com menos de seis meses de atuação apresentaram melhor escore em todos os domínios e no total, comparado aos outros profissionais com tempo de atuação superior a seis meses. Observou-se diferença estatisticamente significativa quanto à comparação de médias no domínio Condições de trabalho para esses profissionais

com menos de seis meses (77). Os profissionais com 21 anos ou mais de tempo de atuação foram os que apresentaram maior escore no domínio Satisfação no trabalho (85). Os domínios de Percepção da gerência foram os que apresentaram menor média com todos os profissionais (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da média por categoria e tempo de atuação por domínio e escore total do Questionário de atitudes de segurança (SAQ). Fortaleza, CE, Brasil, 2015

Tempo de atuação	Clima de segurança	Percepção do estresse	Percepção da gerência:		Condições de trabalho	Clima de trabalho em equipe	Satisfação no trabalho	SAQ* total
			Do hospital	Da unidade				
	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média
Menos de 6 meses	67	73	63	64	77*	78	82	72
6 a 11 meses	64	69	59	51	62	76	76	65
1 a 2 anos	65	77	63	60	68	74	81	68
3 a 4 anos	65	77	63	56	65	73	81	68
5 a 10 anos	64	75	56	56	58	75	80	66
11 a 20 anos	64	74	56	53	64	73	82	66
21 anos ou mais	66	72	58	54	60	74	85	67

* $p < 0,05$

Para saber se haveria diferença da percepção da Cultura de segurança quanto ao vínculo com a instituição, comparou-se as médias do SAQ com o tipo de vínculo. Os servidores terceirizados apresentaram em média o escore total do questionário maior do que os profissionais estatutários, 69 e 66, respectivamente. Essa diferença foi considerada estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Quanto aos domínios, os profissionais terceirizados apresentaram diferença entre as médias superiores aos profissionais estatutários nos domínios: Percepção da gerência da unidade e Condições de trabalho. Ambos com diferença estatisticamente significativa. A percepção do estresse foi maior entre os profissionais do estado e os domínios Satisfação profissional e Clima de trabalho em equipe obtiveram o mesmo valor para os dois tipos de regime (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da média de regime de trabalho por domínio do Questionário de atitudes de segurança (SAQ). Fortaleza, CE, Brasil, 2015

	Regime de trabalho			
	Estatutário		Terceirizados	
	Média	DP	Média	DP
Clima de segurança	63	18	66	17
Percepção do estresse	75	26	74	27
Percepção da gerência do hospital	57	26	62	23
Percepção da gerência da unidade	53	26	59*	26
Condições de trabalho	59	28	69*	26
Clima de trabalho em equipe	74	18	74	17
Satisfação no trabalho	82	18	82	15
SAQ total	66	14	69*	12

* $p < 0,05$

Foram observadas médias superiores para a equipe de enfermagem no escore total do questionário. Quanto aos domínios, Clima de segurança, Percepção da gerência da unidade e do hospital e Condições de trabalho, essa diferença foi estatisticamente significativa, quando comparada aos profissionais de outras categorias. O oposto foi observado no domínio

Percepção do estresse, no qual os profissionais de outras categorias apresentaram maior média em relação aos profissionais da enfermagem. Neste momento o domínio Percepção do estresse apresentou maior escore entre os profissionais de nível superior, com diferença estatisticamente significativa (Tabela 4).

Tabela 4 - Média dos escores dos profissionais do nível superior e médio e da equipe de enfermagem e de outras categorias. Fortaleza, CE, Brasil, 2015

	Nível superior		Nível médio		Equipe de enfermagem		Outros profissionais	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Clima de segurança	63	20	65	17	66*	17	60	21
Percepção do estresse	81*	21	69	28	71	28	85*	16
Percepção da gerência do hospital	61	25	56	25	59*	25	57	26
Percepção da gerência da unidade	53	24	57	27	57*	26	49	25
Condições de trabalho	62	25	64	30	65*	29	58	24
Clima de trabalho em equipe	75	18	73	17	74	17	75	19
Satisfação no trabalho	81	17	82	16	82	17,09	79	17
SAQ total	67	13	66	14	67	13,91	65	13

*p<0,05

Discussão

O presente estudo avaliou a percepção da cultura de segurança dos profissionais de três hospitais do estado do Ceará por meio do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) - Questionário de Atitudes de Segurança. O SAQ é um dos instrumentos mais utilizados para avaliação da cultura de segurança nas instituições de saúde⁽⁶⁾. Esse estudo apresenta a primeira avaliação quantitativa da cultura de segurança, por meio da percepção do clima de segurança realizada no estado do Ceará.

No Brasil, os profissionais que compõem a equipe de enfermagem, por ser a maioria dos profissionais nas instituições de saúde, foram também os que mais responderam o questionário. Os médicos foram os que mais se recusaram a responder, alegando falta de tempo para preencher a escala. Essa baixa frequência nas repostas dos médicos foi observada também em outros estudos com o SAQ assim como em estudos usando outros questionários com o mesmo propósito⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Nenhum dos três hospitais apresentou escore geral positivo, corroborando com pesquisas realizadas em outros estados brasileiros que obtiveram escores do SAQ total abaixo de 75. O Ceará obteve escore superior à pesquisa realizada em hospital de ensino de Brasília⁽¹¹⁾. E escore semelhante a pesquisas realizadas em hospitais públicos nos estados de São Paulo e Minas Gerais⁽¹²⁻¹³⁾.

Identificou-se diferença estatisticamente significativa na comparação das médias dos escores dos hospitais. O hospital C apresentou valor geral do SAQ inferior em relação aos demais hospitais. Refletindo fragilidade da cultura de segurança segundo a percepção dos profissionais. No entanto, uma explicação para a diferença de média entre os hospitais pode ser justificada devido ao fato do hospital C ser o maior e o único geral dos três hospitais avaliados, com diferentes especialidades.

Os profissionais são em sua maioria mulheres, sob regime de trabalho estatutário e com mais de cinco anos na instituição. Este perfil corrobora com o encontrado em outras pesquisa de avaliação da cultura de segurança⁽¹²⁻¹⁴⁾.

O domínio Satisfação no trabalho foi o que teve o melhor resultado, nos três hospitais. Quando comparada à média observada com outros estudos nacionais⁽¹¹⁻¹⁵⁾, percebe-se escores positivos, acima de 75, demonstrando que, em média os profissionais brasileiros estão satisfeitos com o trabalho que desenvolvem.

Ao comparar com estudos de referência internacionais, pode-se inferir que os profissionais brasileiros são mais satisfeitos com o seu trabalho do que os profissionais de outros países, tais como EUA e Irlanda⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. A média dos profissionais brasileiros ficou abaixo somente dos resultados na Suíça⁽¹⁸⁾. Escore acima de 80 significa que há um forte consenso entre os profissionais sobre o clima de segurança da instituição⁽⁵⁾. Em outras palavras, a instituição possui um ambiente propício para o trabalho, os profissionais estão satisfeitos com o serviço que desempenham, contribuindo com atitudes positivas para a segurança.

O contrário também foi observado, o domínio Percepção da gerência apresentou o escore mais baixo entre os seis domínios. Obtiveram resultados semelhantes pesquisas aplicadas em outras cidades brasileiras⁽¹²⁻¹⁵⁾, da mesma maneira que em estudos internacionais realizados nos EUA, na China e na Irlanda^(16-17,19).

Outro domínio que merece destaque é Percepção do estresse, no qual apresentou escore próximo ao valor positivo (74,3). Destaca-se que os profissionais do nível superior tiveram maior reconhecimento dos fatores estressores que influenciam na execução do trabalho, com escores maiores quando comparado aos profissionais de nível médio. Profissionais que participaram de uma avaliação da cultura de segurança em hospital público da capital brasileira também demonstraram, pelo valor de escore positivo, que reconhecem quando os fatores estressores influenciam na execução do trabalho⁽¹¹⁾.

Estudo conduzido na Noruega e na Hungria mostra resultados semelhantes aos estudos brasileiros, no qual os profissionais apresentam boa percepção dos fatores estressores no ambiente de trabalho⁽²⁰⁻²¹⁾. O estresse ocupacional é comumente relatado por profissionais de saúde, principalmente entre profissionais da equipe de enfermagem⁽²²⁾. Estudos têm demonstrado que os problemas relativos à carga de trabalho e as restrições à autonomia podem resultar em exaustão emocional e aversão ao paciente⁽²²⁻²³⁾. Erros de trabalho, redução da produtividade, sentimentos de desconforto, doença ou mau desempenho da equipe podem ser resultado de falhas em lidar com esses estressores. Portanto, a gestão de estresse é de grande importância e relevância para a segurança do paciente⁽²³⁾.

Quanto ao tempo de atuação, os profissionais com menos de seis meses de atuação apresentaram melhor escore em 5 dos 6 domínios, e no escore total, comparado aos outros profissionais com tempo de atuação superior a seis meses.

Essa diferença foi igualmente observada no estudo espanhol com os mesmos domínios de Satisfação no trabalho e Percepção da gerência⁽²⁴⁾. Os profissionais com menos de seis meses na instituição ainda estão tentando adaptar-se ao ambiente de trabalho e por vezes percebem a instituição de maneira positiva. Neste momento os profissionais mais antigos conseguem perceber melhor as competências individuais e coletivas que determinam o compromisso e o estilo da instituição quanto às questões de segurança.

Outro ponto investigado no estudo foi o interesse em conhecer se havia ou não diferença entre a percepção da cultura de segurança entre os profissionais estatutários e os terceirizados. Os servidores terceirizados apresentaram em média o escore total do questionário maior do que os profissionais estatutários, 69 e 66, respectivamente. Essa diferença foi considerada estatisticamente significativa. Ainda, a percepção do estresse foi maior entre os profissionais do estado e os domínios Satisfação profissional e Clima de trabalho em equipe obtiveram o mesmo valor para os dois tipos de regime.

Esse resultado pode estar associado ao fato de que o profissional cooperado e não possuindo estabilidade, apresente respostas positivas quanto à cultura de segurança por temer retaliação no ambiente de trabalho. Embora, o sigilo dos dados tenha sido ressaltado inúmeras vezes durante a pesquisa. Acredita-se que por se tratar de uma realidade muito peculiar dos trabalhadores da área de saúde do estado do Ceará, não foram identificados estudos que utilizaram a comparação dessas variáveis para confrontar com os resultados encontrados nesta pesquisa.

Os profissionais da enfermagem apresentam melhor percepção da cultura de segurança em relação aos demais. Quanto aos domínios, Clima de segurança, Percepção da gerência da unidade e do hospital e Condições de trabalho, essa diferença foi estatisticamente significativa, quando comparada aos profissionais de outras categorias. O oposto foi observado no domínio Percepção do estresse, no qual os profissionais de outras categorias apresentaram maior média em relação aos profissionais da enfermagem, mostrando que profissionais de outras categorias reconhecem melhor os fatores estressores que influenciam na execução do trabalho do que os profissionais de enfermagem. Estudo desenvolvido na Noruega comparou os escores do SAQ entre médicos e enfermeiros e identificou diferença estatisticamente significativa em todos os domínios para enfermeiros⁽²⁰⁾.

Entretanto, outro estudo nacional, realizado em Minas Gerais, encontrou que os profissionais médicos tiveram melhor percepção da gerência e das condições de trabalho quando comparados a equipe de enfermagem⁽¹²⁾.

As informações sobre a cultura de segurança podem nortear as intervenções na busca pela qualidade dos serviços de saúde. Observa-se que há um crescente interesse por parte das instituições de saúde em pesquisas sobre avaliação da Cultura de segurança, uma vez que é considerada a primeira etapa para a construção da comissão de segurança do paciente estabelecida na Portaria 529 de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente em todo o país⁽²⁵⁾.

Por fim, este foi o primeiro estudo sobre avaliação da cultura de segurança em instituições de saúde no Nordeste, o que implica dificuldade de comparação de resultados. Esse tipo de avaliação é uma medida temporal desse constructo e há a necessidade de uma avaliação com triangulação de métodos para a análise mais aprofundada.

É válido salientar que em qualquer pesquisa de avaliação, seja do clima de segurança ou do clima organizacional, os resultados gerados com aplicação de questionários não podem ser interpretados isoladamente. Devem ser avaliados em conjunto com as características organizacionais, valores e missão da instituição. Dessa forma, entendemos que o SAQ pode ser utilizado como mais uma ferramenta gerencial para tomada de decisão com o intuito de planejar e desenvolver um ambiente de trabalho favorável que propicie a satisfação e motivação dos profissionais e consequentemente garanta uma assistência de qualidade ao paciente. Assim, ressalta-se a importância da realização de novos estudos sobre a avaliação da cultura de segurança do paciente.

Conclusão

Os profissionais não apresentam uma forte concordância quanto às questões de segurança do paciente nas instituições, embora apresentem uma boa satisfação no trabalho. Os valores obtidos no domínio Percepção da gerência apresentaram valores abaixo de 60, indicando que não há aprovação das ações da gerência quanto às questões de segurança.

Os profissionais de nível superior apresentam melhor percepção dos fatores estressores do que os profissionais do nível médio e os profissionais terceirizados apresentaram melhores médias quando comparado aos profissionais de nível superior, no entanto, essa diferença pode ser atribuída a alguns fatores, como pouca estabilidade e medo de retaliação.

A equipe de enfermagem apresentou escores superiores aos outros profissionais, com exceção da Percepção do estresse, no qual os profissionais parecem não reconhecer os fatores estressores que influenciam na execução do trabalho.

O nível de cultura de segurança encontrado é abaixo do ideal. As ações gerenciais são consideradas o principal contribuinte para a fragilidade da cultura, entretanto os profissionais demonstraram-se satisfeitos com o trabalho.

Os escores abaixo do satisfatório representam um sinal de alerta para com os domínios que necessitam ser trabalhados nas instituições. Desta forma, a investigação e a discussão dos domínios que envolvem a cultura de segurança, por meio da aplicação do SAQ, contribuirão para o aperfeiçoamento do serviço de saúde prestado.

Referências

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (BR). Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA- RDC nº 36 de 35 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet], 26 de julho de 2013. [Acesso 11 jul 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
2. Ministério da Saúde (BR). Documento de Referência do Programa Nacional de Segurança do paciente. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [Acesso 11 jul 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
3. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet].2012

[Acesso 11 jul 2016].;20(3):575-82. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000300020&script=sci_abstract

4. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: initial stage. Cad Saúde Pública. [Internet].2012 [Acesso 11 jul 2016]; 28(11):2199-2210. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/19.pdf>
5. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Services Res. 2006;6:44. doi:10.1186/1472-6963-6-44.
6. Nguyen G, Gambashidze N, Ilyas SA, Pascu D. Validation of the safety attitudes questionnaire (short form 2006) in Italian in hospitals in the northeast of Italy. BMC Health Serv Res. [Internet]. 2015 [Access July 11, 2016]; 24(15):284. doi: 10.1186/s12913-015-0951-8. Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0951-8>
7. Gabrani A, Hoxha A, Simak A, Gabrani J. Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: a cross-sectional study. BMJ Open 2015;5:e006528. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/content/5/4/e006528.full>
8. Lee WC, Wung HY, Liao HH, Lo CM, Chang FL, Wang PC, Fan A, Chen HH, Yang HC, Hou SM. Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version Safety Attitude Questionnaire. BMC Health Serv Res. [Internet]. 2010 [Access July 12, 2016]; 10:234. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2924859/>
9. 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 Neonatal Ed. [Internet]. 2012 [Access July 12, 2016];97(2):127-32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4030665/>
10. Etchegaray JM, Thomas EJ. Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. BMJ Qual Saf. [Internet]. 2012 [Access July 12, 2016];21:490-9. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/21/6/490.short>
11. Carvalho PA, Göttems LBD, Pires MRGM, Oliveira MLC de. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 Dec [Access Oct 12, 2016]; 23(6):1041-8. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601041&lng=en.
12. Luiz RB, Simões ALA, Barichello E, Barbosa MHa. Factors associated with the patient safety climate at a teaching hospital. Rev. Latino-Am.

- Enfermagem [Internet]. 2015 Oct [cited 2016 Oct 12];23(5):880-887. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500880&Ing=en.
13. Santiago THR, Turrini RNT. Cultura e clima organizacional para a segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2015 [Access Oct 12, 2016]; 49(spe):123-30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700123&Ing=en
14. Rigobello MCG, Carvalho REFL de, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN de. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2012 [Access Oct 12, 2016];25(5):728-35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500013&Ing=en
15. Barbosa MH, Sousa EM, Félix MMS, Oliveira KF, Barichello E. Clima de segurança do paciente em um hospital especializado em oncologia. *Rev Eletrôn Enferm*. [Internet] 2016 [Acesso 12 julho 2016];17(4):1-9. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/34614>.
16. Taylor F, Dominici J, Agnew D, Gerin L, Morlock M. Do nurse and patient injuries share common antecedents? An analysis of associations with safety climate and working conditions. *BMJ Qual Safety*. [Internet]. 2012 [Access Ago 12, 2016]; 21:101-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22016377>
17. 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*. [Internet]. 2009 [Access Ago 17, 2016];178(4):433-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19437091>
18. Nordén-Hägg A, Sexton JB, Källemark-Sporrong S. Assessing Safety Culture in Pharmacies: The psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. *Clin Pharmacol*. [Internet]. 2010 [Access Ago 17, 2016];10(8):1-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2868807/>
19. Huang DT, Clermont G, Kong L, Weissfeld LA, Sexton JB, Rowan KM. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *Int J Qual Health Care*. [Internet]. 2010 [Access Ago 17, 2016];22(3):151-61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2868527/>
20. Bondevik GT, Hofoss D, Holm Hansen E, Deilkås EC. Patient Safety Culture in Norwegian primary care – a study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. *Scand J Primary Health Care*. [Internet]. 2014 [Access Ago 17, 2016];27:1-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206561/>
21. Bognár A, Barach P, Johnson JK, Duncan RC, Birnbach D, Woods D, Holl JL, Bacha EA. Errors and the burden of errors: attitudes, perceptions, and the culture of safety in pediatric cardiac surgical teams. *Ann Thorac Surg*. [Internet]. 2008 [Access Ago 17, 2016];85(4):1374-81. Available from: [http://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975\(07\)02358-2/pdf](http://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975(07)02358-2/pdf)
22. Biaggi P, Peter S, Ulich E. Stressors, emotional exhaustion, and aversion to patients in residents and chief residents. *Swiss Med Weekly*. [Internet]. 2003 [Access Ago 17, 2016];133: 339-46. Available from: <http://www.smw.ch/foreaders/archive/backlinks/?url=/docs/archive200x/2003/23/smw-10134.html>
23. World Health Organization (WHO). Human Factors in patient safety: review of topics and tools [Internet]. 2009. [Access Dec 13, 2014]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf
24. Gutiérrez-Cía I, Merino de Cos P, Juan A Y, Obón-Azuara B, Alonso-Ovies A, Martín-Delgado A, Rodríguez JA, Aibar-Remón C. Percepción de la cultura de seguridad en los servicios de medicina intensiva españoles. *Med Clín. (Barcelona)*. [Internet]. 2010 [Access 12 Enero 2016];135(Suppl 1):37-44. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-percepcion-cultura-seguridad-los-servicios-S0025775310700191>
25. Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA (BR). Portaria nº 359 de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2 de abril de 2013. [Access 15 ago 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf

Recebido: 25.4.2016

Aceito: 2.11.2016

Correspondência:

Rhanna Fontenele Lima de Carvalho
Universidade Estadual do Ceará
Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi
CEP: 60740-000, Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: rhanna.lima@uece.br

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.