

Cultura de segurança do paciente na perspectiva de todos os trabalhadores de um hospital geral

Patient safety culture from the perspective of all the workers of a general hospital

Cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de todos los trabajadores de un hospital general

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz^a 

Catiele Raquel Schmidt^{b,c} 

Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho^d 

Jacinta Spies^e 

Sandra Dal Pai^{a,e} 

Elisiane Lorenzini^f 

Como citar este artigo:

Kolankiewicz ACB, Schmidt CR, Carvalho REFL, Spies J, Dal Pai S, Lorenzini E. Cultura de segurança do paciente na perspectiva de todos os trabalhadores de um hospital geral. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41:e20190177. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190177>

RESUMO

Objetivo: Avaliar a cultura de segurança do paciente entre todos os trabalhadores de uma instituição hospitalar no sul do Brasil.

Método: Estudo transversal, realizado com 630 trabalhadores de um hospital de Santa Rosa, no Rio Grande do Sul, Brasil, por meio do instrumento Safety Attitudes Questionnaire, no mês de abril de 2017.

Resultados: Encontraram-se escores positivos em todos os domínios da cultura de segurança, exceto para o domínio percepção do estresse.

Conclusão: A satisfação do trabalho e o clima de trabalho em equipe demonstraram melhores escores para profissionais da enfermagem e da área da saúde, se comparado à equipe de apoio. Escolaridade, gênero, tempo de atuação e a escolha pela unidade de trabalho influenciaram positivamente o clima de segurança.

Palavras-chave: Cultura organizacional. Serviço hospitalar de admissão de pacientes. Segurança do paciente. Gestão em saúde. Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

Objective: To assess the patient safety culture among the workers of a hospital institution in southern Brazil.

Method: This is a cross-sectional study, which was performed with 630 hospital workers, at Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brazil, through the Safety Attitudes Questionnaire tool, in the month of April 2017.

Results: We found positive scores in all the safety culture domains, except for the perceived stress domain.

Conclusion: Job satisfaction and teamwork spirit showed better scores for nursing and health professionals, when compared to the support team. Schooling, gender, operation time and the choice of workplace positively influenced the safe atmosphere.

Keywords: Organizational culture. Admitting department, hospital. Patient safety. Health management. Patient care team.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la cultura de seguridad del paciente entre los trabajadores de una institución hospitalaria de Santa Rosa, Río Grande del Sur, Brasil.

Método: Estudio transversal, el cual se desarrolló con un equipo multidisciplinario de una institución hospitalaria, mediante el instrumento Safety Attitudes Questionnaire, en el mes de abril de 2017.

Resultados: Se encontraron puntuaciones positivas en todos los dominios de la cultura de seguridad, excepto para el dominio sobre la percepción del estrés.

Conclusión: La satisfacción laboral y el clima de trabajo en equipo mostraron mejores puntuaciones para profesionales de la enfermería y del área de la salud, en comparación con el equipo de apoyo. La escolaridad, el género, el tiempo activo en la profesión y la elección por el sitio de trabajo influenciaron el clima de seguridad de manera positiva.

Palabras clave: Cultura organizacional. Servicio de admisión en hospital. Seguridad del paciente. Gestión en salud. Grupo de atención al paciente.

^a Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Atenção Integral à Saúde. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^c Escola de Saúde Pública de Florianópolis. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^d Universidade Estadual do Ceará (UECE). Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde e Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente. Fortaleza, Ceará, Brasil.

^e Hospital Vida e Saúde. Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil.

^f Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

Erros e Eventos Adversos (EAs), considerados preveníveis, constituem-se a terceira causa de morte nos Estados Unidos⁽¹⁾. No Reino Unido, esses erros custam ao *National Health Service* em torno de 2 bilhões anualmente⁽²⁾.

No Brasil, estima-se que a cada 3 minutos, 2,47 brasileiros morrem em hospital público ou privado como consequência de EAs. A estimativa é de que se EAs associados à assistência hospitalar fossem um grupo de causa de óbito registrado na Classificação Internacional de Doenças (CID), a mortalidade associada a estes eventos estaria entre a 1º e 5º posição, portanto, uma das mais frequentes causas de óbito⁽³⁾. Atualmente, em âmbito global, discutem-se estratégias para tornar o cuidado em saúde livre de danos⁽¹⁾ e não apenas reduzir sua ocorrência a um mínimo aceitável.

O Brasil é país membro da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Governo Federal vem implementando medidas para melhorar a qualidade e promover a segurança do paciente, que ainda se encontra nos estágios iniciais em instituições de saúde de todo o país⁽⁴⁾. Em abril de 2013 foi implementado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que dentre outros objetivos visa a promoção da cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde. Este é um conceito que engloba o conjunto de atitudes, percepções, valores, e competências individuais e grupais e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência, quanto às questões relacionadas à segurança do paciente e a gestão da saúde em uma instituição profícua e segura⁽⁵⁾.

A cultura de segurança de uma instituição pode ser conhecida a partir da análise do clima de segurança. Esta se constitui na avaliação temporal, a qual é obtida com a aplicação de questionários validados que mensuram a percepção dos profissionais sobre segurança do paciente no seu local de trabalho⁽⁶⁾.

Entre os instrumentos, temos o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), que objetiva medir a percepção do clima de segurança através de seis domínios: Clima de Trabalho em Equipe, Clima de Segurança, Satisfação no Trabalho, Percepção da Gerência da unidade e do hospital, Condições de Trabalho e Reconhecimento de Estresse. O clima é considerado positivo quando o score é ≥ 75 ⁽⁷⁾.

Seus resultados também possibilitam analisar possíveis relações, correlações ou associações com indicadores hospitalares, tais como: média de permanência, taxas de lesões por pressão e taxas de infecção hospitalar, entre outros⁽⁸⁾. Diversos estudos têm sido publicados no âmbito internacional e nacional a respeito do tema. Resultados têm mostrado escores gerais do SAQ com média 69⁽⁹⁾, 65,1⁽¹⁰⁾, 68⁽¹¹⁾.

Destaca-se que a literatura carece de estudos que expliquem o porquê os profissionais de saúde, frequentemente, avaliam de forma negativa o clima de segurança nas instituições de saúde. Denota-se, portanto, que há uma lacuna na literatura, agravada pelo fato de grande parte dos estudos têm focado apenas áreas específicas do hospital, ou ainda, abordarem apenas alguns grupos profissionais, principalmente a enfermagem. Ou seja, com base na literatura atual, por exemplo, não é possível inferir sobre as características demográficas ou laborais dos outros profissionais que atuam nas instituições hospitalares, as quais podem ou não possuir correlação com os resultados do clima de segurança de uma instituição.

Dessa forma, argumenta-se que conhecer esses fatores, por meio de estudos que envolvem a totalidade de profissionais de uma instituição, contribui, sobremaneira, para identificar essas lacunas. Além disso, constitui-se em subsídio para futuras estratégias que podem ser desenvolvidas objetivando a melhoria da cultura de segurança, as quais devem ser elaboradas, primordialmente, para suprir as carências previamente identificadas, com público e área específicas. Assim, justifica-se a execução desse estudo, que teve como questão norteadora: qual é a cultura de segurança do paciente na perspectiva de todos os trabalhadores uma instituição hospitalar? Dessa forma, o objetivo do estudo foi avaliar a cultura de segurança do paciente entre todos os trabalhadores de uma instituição hospitalar no sul do Brasil.

■ MÉTODO

Estudo transversal desenvolvido com todos os profissionais que atuam em hospital de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil, com capacidade de operação de 500 leitos.

Os critérios para participar do estudo foram: trabalhar há pelo menos um mês na unidade com carga horária semanal de 20 horas ou mais. Foram excluídos os profissionais que se encontravam em licença saúde e férias no período da coleta de dados. Participaram do estudo 630 trabalhadores, do total de uma população de 698 profissionais.

Coleta de dados realizada no mês de abril de 2017, por mestranda, pela coordenadora do projeto e duas bolsistas de iniciação científica previamente capacitadas. A capacitação englobou a leitura e discussão do SAQ desenvolvido no Texas⁽⁶⁾ e validado para uso no Brasil⁽⁹⁾. A abordagem dos profissionais ocorreu nas suas unidades de atuação, mediante convite aos mesmos. Após aceite, o participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os auxiliares de pesquisa permaneceram na sala, a fim de esclarecer dúvidas e receber o questionário respondido. Esta organização se deu nos três turnos de trabalho.

O instrumento é composto por duas partes: a primeira possui 41 itens que contemplam seis domínios, sendo eles: clima de segurança, clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gestão da unidade e do hospital, condições de trabalho e reconhecimento de estresse⁽⁹⁾. A segunda parte foi adaptada pelos pesquisadores e visa obter variáveis para caracterização do profissional (sexo, categoria profissional, escolaridade, tempo na instituição, optou trabalhar em outra unidade e se possui outro vínculo).

As respostas das questões seguem uma escala Likert de cinco pontos: discordo totalmente (0), discordo um pouco (25), neutro (50), concordo um pouco (75), concordo totalmente (100)⁽⁶⁾. Questionário contempla questões reversas (2, 11 e 36), onde a pontuação inverte de 100 a zero. Pontuação final do instrumento varia de 0 a 100, onde zero representa a pior percepção do clima de segurança e 100 representa a melhor. O ponto de corte considerado positivo é quando a pontuação total é maior ou igual a 75⁽⁶⁾.

Para melhor análise dos dados, os participantes do estudo foram classificados em três grupos independentes: Equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem); equipe de apoio (área administrativa, copa/cozinha, motoristas, contadores, porteiros, equipe da hotelaria e maqueiros); demais profissionais de saúde (médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, odontólogo, técnicos em radiologia, auxiliares de farmácia, farmacêuticos, psicólogos e assistente social).

Realizada com o uso do programa *Statistical Package for Social Sciences* versão 20.0. Os resultados foram apresentados por estatística descritiva, distribuição absoluta e relativa (n - %), medidas de tendência central e de variabilidade. Para avaliar a simetria dos dados aplicou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov*. A consistência interna do instrumento foi avaliada através do coeficiente *Alpha de Cronbach* padronizado.

Na comparação das médias entre os domínios, foi empregada a Análise de Variância para Medidas Repetidas - *Post-Hoc de Bonferroni*, com estudo da esfericidade através do teste de *Mauchly*. Na comparação dos escores dos domínios SAQ foram utilizados os testes t-Student para grupos independentes ou *Mann Whitney U*. Quando a comparação dos escores envolveu três ou mais grupos independentes foram empregados Análise de Variância *One Way – Post Hoc Tukey*. A hipótese de homogeneidade de variância foi verificada pelo teste de *Levene* e, quando rejeitada, usou-se a correção de *Brown-Forsythe – Post Hoc Scheffé*. Para a decisão sobre os

testes de hipóteses serem significativos adotou-se o nível de significância de 5%. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem sob o CAEE nº 30449514.3.00.

■ RESULTADOS

A taxa de resposta deste estudo foi de 75%. Dos 230 (48,5%) profissionais da equipe de enfermagem, 37 eram enfermeiros, 191 técnicos de enfermagem e dois auxiliares de enfermagem; na equipe de apoio, 197 (41,6%) responderam o questionário. Desses, 99 eram trabalhadores da área administrativa, 24 copa/cozinha, 36 higienização, 13 auxiliares de lavanderia, sete porteiros, quatro hoteleiras, sete motoristas, dois contadores e dois maqueiros. Quanto aos outros profissionais de saúde 47 (9,9%), quatro eram nutricionistas, quatro fisioterapeutas, um odontólogo, sete técnicos em radiologia, 19 auxiliares de farmácia, quatro farmacêuticos, dois psicólogos, um assistente social e cinco médicos.

Como mostra a Tabela 1, todos os domínios do SAQ apresentaram escore positivo, exceto o domínio percepção de estresse. A média de escore do domínio satisfação no trabalho apresentou diferença estatística quando comparada às demais médias, exceto na comparação com a média do domínio condições de trabalho. A análise de consistência interna geral do SAQ apresentou coeficiente alfa de 0,859.

A classificação dos valores considerados positivos para a cultura de segurança (≥ 75)⁽⁷⁾ foram predominantes, com prevalência máxima de 91,1% (n=432) no domínio satisfação no trabalho e mínima de 48,8% (n=231) no domínio da percepção da gerência unidade.

Na comparação dos escores médios dos domínios entre as três áreas profissionais, os resultados apontaram que os profissionais com maior nível de escolaridade apresentaram médias de escores significativamente mais elevados, quando comparados aos níveis de escolaridade menores. Identificou-se diferença significativa no domínio satisfação no trabalho ($p < 0,001$), onde a média na enfermagem e de outros profissionais, mostraram-se significativamente maiores quando comparada ao grupo da equipe de apoio ($p < 0,01$). Ainda, a diferença significativa se configurou na comparação dos escores médios do domínio clima de trabalho em equipe ($p = 0,022$), e no domínio clima de segurança, sendo que a equipe de apoio apresentou média inferior quando comparada aos demais grupos, conforme tabela 2.

Tabela 1 – Média, desvio padrão, mediana e alfa de Cronbach dos domínios do SAQ* na perspectiva da equipe multiprofissional de um hospital. Santa Rosa, RS, Brasil, 2017

| Domínios do SAQ* | Classificação | | | | | Alfa Cronbach |
|---|--|---------------|---------|-------------|-------------|---------------|
| | Média | Desvio padrão | Mediana | Baixo (<75) | Alto (≥75) | |
| Clima de trabalho em equipe | 80,4 | 14,4 | 83,3 | 164 (35,1%) | 303 (63,9%) | 0,572 |
| Clima de segurança | 77,8 | 13,8 | 78,6 | 208 (43,9%) | 266 (56,1%) | 0,602 |
| Satisfação no trabalho | 92,7 | 12,1 | 95,0 | 42 (8,9%) | 432 (91,1%) | 0,812 |
| Percepção de estresse | 60,5 | 27,9 | 66,7 | 332 (70,3%) | 338 (71,5%) | 0,802 |
| Percepção da gerência Hospital | 75,2 | 16,1 | 75,0 | 255 (53,8%) | 219 (46,2%) | 0,583 |
| Percepção da gerência unidade | 75,6 | 17,0 | 75,0 | 242 (51,2%) | 231 (48,8) | 0,632 |
| Condições de trabalho | 85,7 | 16,4 | 91,7 | 135 (28,5%) | 338 (71,5%) | 0,552 |
| Comparação entre as médias dos domínios | $F_{5;2784} = 189,661; p < 0,001; (1-\beta) = 0,952^{\dagger}$ | | | | | |

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

*Safety Attitudes Questionnaire; †ANOVA para Medidas Repetidas [$F_{5;2784} = 189,661; p < 0,001; (1-\beta) = 0,952$].

Tabela 2 – Média, desvio padrão por área na perspectiva da equipe multiprofissional que atua em um hospital. Santa Rosa, RS, Brasil, 2017

| Domínios do SAQ* | Equipe de Enfermagem (n=230) | | Outros profissionais (n=47) | | Equipe de apoio (n=197) | | p |
|-----------------------------|------------------------------|------|-----------------------------|------|-------------------------|------|-------------------|
| | Média | DP† | Média | DP† | Média | DP† | |
| Clima de trabalho em equipe | 81,7 | 13,6 | 82,5 | 13,5 | 78,2 | 15,2 | 0,022‡ |
| Clima de segurança | 79,3 | 12,5 | 81,0 | 11,2 | 75,3 | 15,3 | 0,002‡ |
| Satisfação no trabalho | 94,8 | 8,1 | 94,7 | 7,5 | 89,7 | 15,8 | <0,001§ |
| Percepção de estresse | 60,0 | 27,6 | 62,2 | 29,2 | 60,8 | 28,0 | 0,875‡ |
| Gerencia Hospital | 75,9 | 14,6 | 74,8 | 14,4 | 74,4 | 18,2 | 0,634§ |
| Gerencia Unidade | 75,2 | 16,6 | 80,2 | 15,2 | 74,9 | 17,8 | 0,146§ |
| Condições de trabalho | 86,6 | 14,5 | 86,1 | 14,6 | 84,5 | 18,7 | 0,423§ |

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

*Safety Attitudes Questionnaire; †DP= Desvio Padrão; ‡Teste Anova One Way (Correção de Welch) – Post Hoc Sheffé; §Teste Anova One Way – Post Hoc Tukey

Quanto ao sexo, observou-se diferença significativa nos domínios percepção do estresse e da gerência, sendo que as mulheres apresentaram melhor percepção dos fatores que podem levar ao estresse, assim como melhor percepção sobre as ações gerenciais quanto à segurança do paciente.

Quanto ao nível de escolaridade, evidenciou-se que os profissionais com maior escolaridade apresentaram melhores escores nos domínios clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção do estresse e gerência do hospital. Tabelas 3 e 4.

Tabela 3 – Média, desvio padrão segundo a caracterização laboral na perspectiva da equipe multiprofissional que atua em um hospital. Santa Rosa, RS, Brasil, 2017

| Variáveis | N† | Domínios do SAQ* | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----|-----------------------------|------|--------------------|------|------------------------|------|-----------------------|------|
| | | Clima de trabalho em equipe | | Clima de segurança | | Satisfação no trabalho | | Percepção de estresse | |
| | | Média | DP‡ | Média | DP‡ | Média | DP‡ | Média | DP‡ |
| Sexo | | | | | | | | | |
| Feminino | 380 | 80,3 | 14,7 | 77,6 | 13,6 | 92,4 | 12,6 | 62,1 | 27,8 |
| Masculino | 87 | 80,9 | 13,0 | 78,8 | 14,7 | 93,7 | 9,8 | 53,7 | 27,4 |
| P | | 0,726§ | | 0,482§ | | 0,363§ | | 0,011 | |
| Idade (anos) | | | | | | | | | |
| De 18 a 30 | 197 | 79,9 | 14,4 | 78,5 | 13,2 | 92,7 | 10,2 | 58,7 | 25,8 |
| De 31 a 50 | 248 | 81,0 | 14,3 | 77,6 | 14,3 | 92,3 | 14,0 | 61,3 | 29,0 |
| 51 anos ou mais | 29 | 77,7 | 14,5 | 75,5 | 12,6 | 95,2 | 5,1 | 66,5 | 31,2 |
| P | | 0,425¶ | | 0,494¶ | | 0,490¶ | | 0,297** | |
| Escolaridade | | | | | | | | | |
| Ensino Fundamental Completo | 20 | 77,9 | 13,3 | 70,1 | 12,0 | 89,5 | 17,5 | 58,6 | 30,4 |
| Ensino médio | 305 | 78,9 | 15,3 | 77,5 | 13,5 | 92,1 | 12,7 | 57,6 | 28,8 |
| Graduação | 88 | 82,1 | 12,3 | 77,0 | 14,8 | 92,0 | 11,8 | 65,0 | 24,1 |
| Especialização (Lato Sensu) | 50 | 87,0 | 10,0 | 84,2 | 11,6 | 98,0 | 3,4 | 68,8 | 25,6 |
| Mestrado | 4 | 89,6 | 5,4 | 81,3 | 9,9 | 97,5 | 5,0 | 81,3 | 13,5 |
| P | | 0,002¶ | | 0,001¶ | | 0,013¶ | | 0,015** | |
| Tempo na instituição | | | | | | | | | |
| Menos de 1 ano | 99 | 83,0 | 14,3 | 80,4 | 12,6 | 93,5 | 10,5 | 56,9 | 27,4 |
| 1 a 3 anos | 108 | 82,1 | 13,0 | 78,7 | 13,2 | 90,9 | 13,7 | 59,3 | 27,6 |
| 3 a 5 anos | 61 | 76,5 | 14,9 | 77,8 | 12,3 | 92,7 | 7,9 | 64,3 | 25,8 |
| 5 a 10 anos | 101 | 79,0 | 15,4 | 76,3 | 14,4 | 93,5 | 10,4 | 59,0 | 27,6 |
| 10 a 20 anos | 74 | 81,3 | 13,2 | 76,2 | 14,4 | 92,6 | 16,9 | 62,5 | 29,9 |
| 20 anos ou mais | 31 | 75,6 | 14,7 | 75,5 | 17,4 | 93,2 | 9,6 | 69,2 | 29,6 |
| P | | 0,015¶ | | 0,229¶ | | 0,659¶ | | 0,246** | |
| Optou em trabalhar na unidade | | | | | | | | | |
| Sim | 370 | 81,0 | 13,8 | 78,7 | 13,6 | 93,3 | 11,6 | 60,2 | 27,4 |
| Não | 102 | 78,2 | 16,1 | 74,8 | 13,9 | 90,5 | 13,8 | 61,6 | 29,8 |
| P | | 0,079§ | | 0,011§ | | 0,040§ | | 0,640§ | |
| Possui outro vínculo | | | | | | | | | |
| Sim | 64 | 80,7 | 13,7 | 77,2 | 13,3 | 93,8 | 10,3 | 59,4 | 24,8 |
| Não | 409 | 80,3 | 14,5 | 77,9 | 13,9 | 92,5 | 12,4 | 60,7 | 28,4 |
| P | | 0,837§ | | 0,691§ | | 0,436§ | | 0,740 | |

Fonte: autores, 2017.

*Safety Attitudes Questionnaire; †N= Número total de participantes; ‡DP= Desvio Padrão; §Teste t-Student; ||Teste de Mann Whitney; ¶Teste Anova One Way – Post Hoc Tukey; **Teste Anova One Way (Correção de Welch) – Post Hoc Sheffé

Ainda, quanto ao tempo na instituição, os profissionais com um a três anos de atuação e de cinco a 10 anos apresentaram escores médios significativamente mais elevados quando comparados aos demais no domínio clima de trabalho em equipe ($p < 0,015$).

Quando indagado se o profissional teve a possibilidade de escolha da unidade de atuação, as médias foram significativamente mais elevadas nos domínios clima de segurança ($p = 0,011$), satisfação no trabalho ($p = 0,040$), e gerência da unidade ($p = 0,038$) para os profissionais que tiveram a

oportunidade de escolher a unidade na qual trabalhariam. Não se identificou diferenças significativas de médias para as variáveis idades e outros vínculos empregatícios, em nenhum dos domínios.

Quanto ao sexo, sobre a atuação da gerência hospitalar e as condições de trabalho, os dados mostram que a percepção de profissionais homens foi melhor, quando comparado à avaliação do sexo feminino sobre esses domínios, conforme tabela 4.

Tabela 4 – Média, desvio padrão segundo a caracterização sócio profissional na perspectiva da equipe multiprofissional que atua em um hospital. Santa Rosa, RS, Brasil, 2017

| Variáveis | N† | Domínios do SAQ* | | | | | |
|-----------------------------|-----|-------------------|------|------------------|------|-----------------------|------|
| | | Gerência Hospital | | Gerência Unidade | | Condições de trabalho | |
| | | Média | DP‡ | Média | DP‡ | Média | DP‡ |
| Sexo | | | | | | | |
| Feminino | 380 | 74,1 | 16,1 | 74,7 | 17,0 | 85,3 | 16,9 |
| Masculino | 87 | 80,0 | 15,4 | 79,2 | 16,6 | 87,3 | 13,7 |
| P | | 0,002§ | | 0,026§ | | 0,291§ | |
| Idade (anos) | | | | | | | |
| De 18 a 30 | 197 | 74,0 | 16,4 | 74,3 | 18,1 | 85,9 | 15,5 |
| De 31 a 50 | 248 | 75,5 | 16,2 | 76,2 | 16,4 | 85,1 | 17,3 |
| 51 anos ou mais | 29 | 80,6 | 12,9 | 78,1 | 14,6 | 88,8 | 14,1 |
| P | | 0,103 | | 0,346 | | 0,491 | |
| Escolaridade | | | | | | | |
| Fundamental Completo | 20 | 82,5 | 15,6 | 77,6 | 14,9 | 88,3 | 14,7 |
| Ensino médio | 305 | 74,5 | 16,3 | 75,3 | 17,5 | 85,9 | 16,6 |
| Graduação | 88 | 73,9 | 16,0 | 74,4 | 17,1 | 84,3 | 17,2 |
| Especialização | 50 | 79,4 | 14,6 | 79,3 | 14,5 | 84,8 | 15,7 |
| Mestrado | 4 | 82,5 | 9,6 | 73,3 | 12,6 | 79,2 | 8,4 |
| P | | 0,048 | | 0,514 | | 0,763 | |
| Tempo na instituição | | | | | | | |
| Menos de 1 ano | 99 | 75,7 | 15,4 | 77,0 | 16,8 | 86,2 | 14,8 |
| 1 ano a 3 anos | 108 | 74,3 | 16,6 | 75,7 | 16,4 | 88,1 | 16,4 |
| 3 anos a 5 anos | 61 | 74,5 | 16,4 | 74,7 | 16,2 | 85,3 | 17,6 |
| 5 anos a 10 anos | 101 | 74,9 | 16,0 | 73,6 | 18,3 | 84,6 | 17,4 |
| 10 anos a 20 anos | 74 | 75,8 | 15,0 | 75,8 | 16,5 | 83,3 | 15,5 |
| 20 anos ou mais | 31 | 77,1 | 19,9 | 78,1 | 18,6 | 85,3 | 17,7 |
| P | | 0,953 | | 0,725 | | 0,472 | |

Tabela 4 – Cont.

| Variáveis | N† | Domínios do SAQ* | | | | | |
|--------------------------------------|-----|-------------------|------|------------------|------|-----------------------|------|
| | | Gerência Hospital | | Gerência Unidade | | Condições de trabalho | |
| | | Média | DP‡ | Média | DP‡ | Média | DP‡ |
| Optou em trabalhar na unidade | | | | | | | |
| Sim | 370 | 75,9 | 15,9 | 76,5 | 16,6 | 86,1 | 16,4 |
| Não | 102 | 73,1 | 17,0 | 72,5 | 18,2 | 84,2 | 16,3 |
| P | | 0,122§ | | 0,038§ | | 0,293§ | |
| Possui outro vínculo | | | | | | | |
| Sim | 64 | 75,4 | 14,9 | 74,6 | 17,7 | 83,9 | 14,3 |
| Não | 409 | 75,2 | 16,4 | 75,7 | 16,9 | 85,9 | 16,7 |
| P | | 0,908§ | | 0,651§ | | 0,345§ | |

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

*Safety Attitudes Questionnaire; †N= Número total de participantes; ‡DP= Desvio Padrão; §Teste t-Student; ||Teste Anova One Way – Post Hoc Tukey

■ DISCUSSÃO

O estudo evidencia resultados positivos relacionados à segurança do paciente na instituição inquirida. Neste sentido, aponta-se que no local investigado, o tema é pauta de discussões e planos de ação, haja vista a taxa de retorno do questionário (75%). Resultados encontrados na avaliação dos domínios configuram uma cultura de segurança positiva. Esses resultados convergem com alguns estudos realizados em diferentes países com o mesmo instrumento⁽¹²⁻¹³⁾, no entanto, divergem dos resultados da avaliação da cultura em pesquisas brasileiras, que com frequência, ainda é negativa.

Destaca-se que o hospital em estudo, visa obter a certificação de qualidade de serviços de saúde e passou pela primeira etapa da avaliação em 2016. Acredita-se que os resultados positivos se devem às modificações que estão ocorrendo no serviço desde então. A exemplo, cita-se a implementação de protocolos de segurança do paciente, a implantação de indicadores, a reorganização de rotinas e a implementação de novos treinamentos. O intuito é constituir-se em instituição reconhecida como de excelente atuação, pela avaliação externa, o que demanda dos profissionais envolvimento e participação em diferentes capacitações.

Sabe-se que a avaliação externa contribui para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente positiva, uma vez que a instituição se dedica para aperfeiçoar de forma contínua os processos de cuidado, re/avaliar os resultados obtidos e, desta forma, busca o caminho para o melhorar o gerenciamento da qualidade no serviço, que também se dá por meio da educação continuada⁽¹²⁾. Destarte, certamente isto tem influenciado a cultura de segurança na instituição e portanto, reflete nos resultados deste estudo.

Acredita-se que o envolvimento dos trabalhadores da instituição nesse processo de qualificação também contribui para a qualidade de suas ações, bem como, para sua satisfação no trabalho, o que pode explicar o resultado positivo obtido no domínio satisfação no trabalho, o qual apresentou diferença estatística quando comparado aos demais. Tais resultados convergem com resultados encontrados em estudo brasileiro⁽¹⁴⁾, no qual esse domínio é o que, frequentemente apresenta o melhor escore, diferente de profissionais de outras nacionalidades⁽¹⁵⁾. É importante manter o envolvimento dos trabalhadores, pois sentir-se parte do processo faz com que o trabalhador atue de forma comprometida, pois o resultado da instituição passa a ser o resultado do colaborador e desta maneira as mudanças/implementações na empresa ocorrerem com a participação dos funcionários, e de modo mais positivo e mais próximo das gerências⁽¹⁶⁾.

Estudo realizado em hospitais da Tunísia, evidenciou que é necessário um plano de ação dos gestores para garantir comunicação aberta entre todos profissionais da equipe, de maneira horizontal. Isto também é necessário para alcançar o objetivo de ofertar cuidado ininterrupto, com potencial para identificar as ameaças à segurança do paciente, delegar responsabilidades para todos membros da equipe com intuito de reduzir os erros, ainda, garantir treinamento contínuo aos profissionais⁽¹⁷⁾.

Destacamos que neste estudo, os domínios percepção da gerência do hospital e da unidade apresentaram escore positivo. Isso denota que os profissionais reconhecem o trabalho dos gestores, recebem *feedback* sobre seu desempenho e os problemas na equipe são tratados de maneira construtiva, tanto na gerência de unidade, quanto hospitalar. Esse resultado positivo sobre a gerência mostra

o início da consolidação da segurança do paciente, pois o relacionamento próximo da gerência com sua equipe, respeito, substituição da punição pelo crescimento coletivo e o entendimento dos erros como uma falha no sistema, são iniciativas que fortalecem o cuidado seguro. Este resultado diverge de outros estudos publicados, onde a percepção sobre a gerência é insatisfatória⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

O único domínio avaliado com escores abaixo do esperado foi a percepção de estresse, resultado que também é encontrado em outras pesquisas de cultura de segurança de paciente⁽¹⁸⁾. Os profissionais pesquisados discordam que seu desempenho é prejudicado em situações como carga de trabalho excessiva, cansaço físico e que há maiores chances de cometerem erros em situações de emergência, tensas ou hostis, quando estão cansados. Portanto, não reconhecem os fatores externos como possíveis influenciadores para a ocorrência de EA. Este é um aspecto negativo, portanto, não contribui para a segurança do paciente. Assim, é necessário que a instituição inicie a discussão sobre fatores estressores no trabalho e sua possível influência sobre os resultados assistenciais. É importante que os profissionais se apropriem desse conhecimento/reconhecimento para, então, sentirem-se confortáveis ao manifestar livremente sua condição física ou mental de estresse, sem medo de sofrer algum tipo de punição ou discriminação.

A análise dos escores divididos por grupos profissionais mostrou que a equipe de apoio, que engloba os profissionais do administrativo, obtiveram pontuações positivas em grande parte dos domínios, porém quando comparada aos demais grupos (equipe de enfermagem e demais profissionais da área da saúde), obtiveram médias significativamente menores nos domínios de satisfação do trabalho, clima de trabalho em equipe e clima de segurança. Estes resultados podem apontar que as ações que visam a segurança do paciente ainda são voltadas apenas para profissionais da área da saúde, principalmente aos que atuam de maneira direta ao cuidado ao paciente. No entanto, sabe-se que para promover a segurança do paciente não basta esforço individual ou de apenas um grupo. Pelo contrário, é requerido um objetivo estruturado em toda a organização⁽¹⁷⁾.

De maneira geral, os escores dos domínios foram positivos. Além disso, evidenciou-se associação da percepção positiva quanto à cultura de segurança da instituição com variáveis como sexo, qualificação profissional, tempo na instituição e a opção de escolher a unidade na qual o profissional desempenha suas atividades laborais.

As trabalhadoras mulheres perceberam melhor o estresse, o que indica que conseguem identificar melhor os fatores que influenciam negativamente em sua rotina de trabalho, enquanto os homens acreditam que conseguem desenvolver

seu trabalho independente das adversidades que possam vir enfrentar. Estudo realizado em hospital de Minas Gerais no Brasil, não foi verificada a existência de diferenças significativas entre os sexos, nível de escolaridade e presença de outro vínculo empregatício em relação à pontuação geral ou em cada domínio⁽¹⁹⁾.

Este estudo evidenciou que a qualificação é um aliado da segurança do paciente, pois profissionais com maior escolaridade, alcançaram médias melhores, o que reflete a importância da qualificação dos trabalhadores que prestam assistência, bem como daqueles que gerenciam o serviço.

O tempo de trabalho na instituição também influenciou na segurança do paciente. Os profissionais com um a três anos de atuação e de cinco a 10 anos apresentaram escores médios significativamente mais elevados quando comparados aos demais, no domínio clima de trabalho em equipe ($p < 0,015$). Outro estudo evidenciou relação semelhante para os domínios percepção do estresse e satisfação profissional associados a ter menos de seis meses ou mais de 20 anos de atuação. Ou seja, mostrou que os profissionais recém-admitidos na instituição percebem melhor os fatores estressores e os profissionais com mais tempo tendem a serem mais satisfeitos com as atividades que desempenham⁽²⁰⁾.

Sentir-se satisfeito com o trabalho, também pode ser influenciado pela escolha da unidade de atuação, pois o profissional se identifica com o local de trabalho, o que pode explicar a melhor percepção do clima de segurança do paciente nos casos onde os trabalhadores atuam nas locais que optaram. Nesse sentido, a administração do hospital deve levar em consideração as preferências dos profissionais para a organização das equipes de trabalho, pois situações de insatisfação e de conflito influenciam negativamente a segurança do paciente.

Os resultados deste estudo mostram que pode estar ocorrendo alguns avanços na cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde brasileiros. Talvez estes resultados possam ser atribuídos à política destinada à melhoria da qualidade da assistência implementada desde 2013 com o PNSP. Ademais, vale ressaltar os esforços da instituição em estudo por estar em processo de acreditação, fator que pode ser determinante para os resultados positivos encontrados na pesquisa.

■ CONCLUSÃO

Na perspectiva de todos os trabalhadores de um hospital de grande porte, encontrou-se escores positivos em todos os domínios da cultura de segurança, exceto para o domínio percepção do estresse. A média do domínio satisfação do trabalho para a enfermagem e outros profissionais da equipe

multiprofissional, mostrou-se significativamente maior quando comparado à equipe de apoio. Outros profissionais da equipe multiprofissional obtiveram média superior, com diferença significativa no domínio clima de trabalho em equipe, comparado à média da equipe de apoio.

Profissionais do sexo feminino apresentaram maior escore médio no domínio Percepção de estresse. Em contrapartida, os trabalhadores do sexo masculino apontam para médias mais elevadas nos domínios da Gerência Hospital e Unidade. Profissionais com maior escolaridade possuem melhor percepção acerca dos domínios quando comparados aos níveis de escolaridade mais baixos.

Quanto ao tempo de atuação, trabalhadores com menos de três anos e aqueles com 10 a 20 anos de atuação apresentaram escores significativamente mais elevados quando comparados aos períodos de três a cinco anos e mais de 20 anos. A escolha do profissional pela sua unidade de trabalho associou-se significativamente às médias elevadas nos domínios clima de segurança, satisfação no trabalho e gerência de unidade.

Para tanto, cabe salientar que a avaliação da cultura de segurança do paciente é um importante indicador, para as instituições de saúde, haja vista que pode evidenciar em quais dimensões as instituições necessitam investir mais, realizar planejamento, no intuito de melhorar a gestão e assistência ao paciente, reduzindo os EAs. Ainda, este estudo contribui sobremaneira com educadores dos cursos de formação desde o nível técnico à pós-graduação, gestores e profissionais da saúde, os quais não devem medir esforços para ter uma cultura de segurança positiva em suas instituições, e, conseqüentemente, cuidado seguro.

Este estudo foi realizado em uma única instituição com características específicas, o que pode configurar uma limitação para a generalização dos seus resultados. Ainda assim, a análise desses dados contribui para expandir o conhecimento sobre este tema, pois dados semelhantes não são encontrados na literatura. Ademais, sugere-se que sejam realizadas pesquisas futuras, aplicando métodos mistos, os quais permitem investigar a segurança do paciente, considerando diferentes fatores do contexto local.

■ REFERÊNCIAS

- Makary MA, Daniel M. Medical error: the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;353:i2139. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
- Frontier Economics Ltd, London. Exploring the costs of unsafe care in the NHS: a report prepared for the department of health. London: Frontier Economics;2014 cited 2019 Feb 28. Available from: <https://www.frontier-economics.com/media/2459/exploring-the-costs-of-unsafe-care-in-the-nhs-frontier-report-2-2-2-2.pdf>
- Couto RC, Pedrosa TGM, Rosa MB. Erros acontecem: a força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados. Belo Horizonte: Instituto de Saúde Suplementar; 2016 [cited 2019 Feb 28]. Available from: <http://documents.scribd.com.s3.amazonaws.com/docs/5x511j985c5jwscsp.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF); 2013 [citado 2019 mar 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
- Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(1):11-8. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000582>
- 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 Heal Serv Res*. 2006;04/06. 2006;6:44. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>
- Thomas A, Lomas JP. Establishing the use of a safety attitudes questionnaire to assess the safety climate across a critical care network. *J Intensive Care Soc*. 2018;19(3):219-25. doi: <https://doi.org/10.1177/1751143717750788>
- Norden-Hagg A, Sexton JB, Kalvemark-Sporrong S, Ring L, Kettis-Lindblad A. Assessing safety culture in pharmacies: the psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. *BMC Clin Pharmacol*. 2010;10:8. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6904-10-8>
- Carvalho RE, Cassiani SH. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2012;20(3):575-82. doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-11692012000300020>
- Lorenzini E. Cultura de segurança do paciente: estudo com métodos mistos [tese]. Porto Alegre (RS): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017.
- Oliveira ICL, Cavalcante MLSN, Aires SF, Freitas RJM, Silva BV, Marinho DMF, et al. Cultura de segurança: percepção dos profissionais de saúde em um hospital mental. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 5):2316-22. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0125>
- Li Y, Zhao X, Zhang X, Zhang C, Ma H, Jiao M, et al. Validation study of the safety attitudes questionnaire (SAQ) in public hospitals of Heilongjiang province, China. *PLOS One*. 2017;12(6):1-11. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179486>
- Saraiva DMRF, Almeida AA. Validation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 to Portugal. *Int J Nurs*. 2015;2(1):103-12. doi: <https://doi.org/10.15640/ijn.v2n1a11>
- Carvalho RE, Arruda LP, Nascimento NK, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2017;25:e2849. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1600.2849>
- Gabrani A, Hoxha A, Simaku A, Gabrani JC. Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2015;5:e006528. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006528>
- Lorenzini E, Oelke ND, Marck PB. Researching safety culture: deliberative dialogue through a restorative lens. *Int J Qual Health Care*. 2017;29(5):745-9. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx080>
- Cheikh AB, Bouafia N, Mahjoub M, Ezzi O, Noura A, Njah M. Patient's safety culture among Tunisian healthcare workers: results of a cross sectional study in university hospital. *Pan Afr Med J*. 2016;24:299. doi: <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.24.299.8466>

18. Kolankiewicz ACB, Loro MM, Schmidt CR, Santos FP, Bandeira VAC, Magnago TSBS. Patient safety climate among nursing staff: contributing factors. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(5):531-7. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700076>
19. Barbosa MH, Floriano DR, Oliveira KF, Nascimento KG, Ferreira LA. Patient safety climate at a private hospital. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(3)1-8. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001460015>
20. Luiz RB, Simões ALS, Barichello E, Barbosa MH. Factors associated with the patient safety climate at a teaching hospital. *Rev Lat-Am Enfermagem.* 2015;23(5):880-7. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0059.2627>

Agradecimentos:

À instituição pesquisada, à universidade e ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) pela concessão de bolsas.

■ **Autor correspondente:**

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz
E-mail: adriane.bernat@unijui.edu.br

Recebido: 22.05.2019

Aprovado: 16.09.2019

Editores associados:

Marta Georgina Oliveira de Goes
Cecília Helena Glanzner

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti