

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA PELAS EQUIPES DE ENFERMAGEM DE UNIDADES CIRÚRGICAS¹

Monique Mendes Marinho², Vera Radünz³, Sayonara de Fátima Faria Barbosa⁴

¹ Resultado parcial da dissertação - Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança do paciente: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em 2012.

² Doutoranda do PEN/UFSC. Enfermeira assistencial do Hospital Universitário da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: moniquemarinho@yahoo.com.br

³ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: radunz@ccs.ufsc.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: sayonara@ccs.ufsc.br

RESUMO: O estudo teve como objetivo avaliar a cultura de segurança do paciente, sob a ótica dos profissionais de enfermagem de duas unidades de internação cirúrgica, de um hospital universitário, a partir do *Safety Attitudes Questionnaire*. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo *survey* transversal, realizado nas duas unidades de internação cirúrgica do hospital universitário em Florianópolis, SC, Brasil. Aplicou-se o *Safety Attitudes Questionnaire* a 46 profissionais de enfermagem. Para análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e inferencial. Os resultados mostravam que todas as dimensões avaliadas obtiveram valores inferiores ao mínimo positivo para a cultura de segurança, com menores escores nas dimensões “percepções da gestão” e “condições de trabalho”. Em relação à idade do profissional, os mais jovens destacaram-se com maiores escores. Quanto às categorias profissionais, os escores superiores relacionaram-se aos auxiliares de enfermagem. Assim, a avaliação da cultura de segurança, nas unidades do estudo, demonstra fragilidade nas seis dimensões consideradas.

DESCRIPTORIOS: Segurança. Enfermagem. Cuidados de enfermagem. Cultura. Unidades de internação.

ASSESSMENT OF SAFETY CULTURE BY SURGICAL UNIT NURSING TEAMS

ABSTRACT: The objective was to evaluate the patient safety culture from the perspective of the nursing teams at two surgical inpatient units of a university hospital, using the *Safety Attitudes Questionnaire*. Cross-sectional survey with quantitative approach, conducted at the two surgical inpatient units of the university hospital in Florianópolis, SC, Brazil. The *Safety Attitudes Questionnaire* was applied to 46 nursing professionals. Data analysis used descriptive and inferential statistics. The results show that all dimensions measured values scored lower than the minimum positive safety culture. The lower scores were found in the dimensions “perceptions of management” and “working conditions”. Concerning the age of the professionals, young professionals stood out with higher scores. As for the professional categories, the higher scores were related to nursing assistants. The evaluation of the safety culture in the units studied demonstrates weakness in the six dimensions assessed.

DESCRIPTORS: Safety. Nursing. Nursing care. Culture. Inpatient care units.

EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD POR EL EQUIPO DE ENFERMERÍA DE UNIDADES QUIRÚRGICAS

RESUMEN: Evaluar la cultura de la seguridad del paciente desde la perspectiva de las enfermeras de las unidades de hospitalización quirúrgica de un hospital universitario del Cuestionario de Actitudes de Seguridad (SAQ). Estudio con enfoque cuantitativo, de tipo encuesta transversal, realizada en dos unidades quirúrgicas de un hospital universitario de Florianópolis, SC, Brazil. Se aplicó el SAQ a 46 profesionales de enfermería. El análisis de datos utilizado la estadística descriptiva e inferencial. Los resultados muestran que todas las dimensiones de los valores medidos fueron inferiores a la cultura de seguridad mínima positiva, las dimensiones con puntuaciones más bajas fueron: “la percepción de la gestión” y las “condiciones laborales”. En cuanto a la edad de los profesionales, los más jóvenes se destacaron por obtener las puntuaciones más altas. En cuanto a las categorías profesionales, los puntajes más altos se relacionan con los auxiliares de enfermería. La evaluación de la cultura de la seguridad en las unidades de estudio demuestra debilidad en seis dimensiones evaluadas.

DESCRIPTORIOS: Seguridad. Enfermería. Atención de enfermería. Cultura. Unidades de internación.

INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados de saúde é considerada um desafio mundial, devido ao grande número de problemas relacionados à segurança dos pacientes. O tradicional juramento médico, baseado em Hipócrates, de “primeiro não causar dano”, raramente é violado deliberadamente por médicos, enfermeiros ou outros profissionais, mas a verdade é que os pacientes são prejudicados diariamente, em todo o mundo, no decurso do cuidado à saúde.¹

O cuidado à saúde é frequentemente desenvolvido em um ambiente que sofre pressões por resultados, e que se transforma rapidamente, devido a um vasto aparato tecnológico e a muitas decisões e julgamentos individuais por parte dos profissionais de saúde. Nestas circunstâncias os erros podem acontecer.²

A maior preocupação com a segurança do paciente surgiu há mais de 30 anos, a partir de estudos em países desenvolvidos que tiveram resultados altamente negativos, trazendo questionamentos quanto à qualidade de assistência de saúde prestada em todo mundo. Esses estudos mostraram que eventos adversos causaram lesões decorrentes do cuidado, o que levou à incapacidade temporária ou permanente, ao prolongamento da internação ou à morte do paciente. Esses eventos seriam evitáveis em torno de 30% a 60% das situações descritas.³

A publicação considerada um alerta mundial para a problemática da segurança do paciente foi o livro *To err is human: building a safer health system*, apresentado em 1999 pelo *Institute of Medicine* dos Estados Unidos da América, o qual demonstrou que de 44.000 a 98.000 americanos morriam anualmente como resultado de erros em saúde, os quais deveriam ser evitados.⁴

A segurança é um problema de grande magnitude. Deve-se compreender, assim, como os principais fatores que levam à ocorrência de erros, essenciais para se conceberem soluções eficazes e eficientes para os diferentes contextos e ambientes, e para construir sistemas de saúde mais seguros.⁵

Os estudos que demonstram o grave problema com a segurança do paciente destacam a necessidade do desenvolvimento de uma cultura de segurança, por parte das organizações de saúde, permitindo que a força de trabalho e os processos estejam voltados para a melhoria tanto da confiança quanto da segurança dos cuidados dispensados aos pacientes.³⁻⁴

Considerando-se que a Organização Mundial da Saúde recomendou atenção ao tema, no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em 1º de abril de 2013. O programa tem como objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.⁶

A iniciativa brasileira aponta a preocupação do Estado em promover a segurança do paciente. Acredita-se que, para alcançar a qualidade da assistência e garantir melhores resultados, é fundamental a ocorrência de mudanças na cultura do cuidado em saúde, na qual os erros não devem ser percebidos como o resultado da incompetência da ação humana, mas, sobretudo, como oportunidades para melhorar o sistema, promovendo uma cultura de segurança.⁷

O termo cultura de segurança foi introduzido após o acidente nuclear de Chernobyl em 1986,⁸ sendo definido como o suporte e a forma das atitudes e práticas dos membros da organização em torno da disposição desta em detectar e aprender a partir dos erros.⁹

A cultura da segurança é, cada vez mais, reconhecida como uma estratégia importante para a melhoria do déficit generalizado na segurança do paciente, sendo definida e mensurada de várias maneiras, e pode-se dizer que, em essência, a cultura é o “modo como fazemos as coisas por aqui”, sendo que o “aqui” se refere à unidade de trabalho.¹⁰

Acredita-se que a cultura punitiva que, historicamente, tem pairado nas instituições de saúde, gera mais danos do que benefícios. Além disso, acreditando-se que sempre haverá erros, a ação mais lógica e necessária para a organização deve ser dirigida para a criação de uma cultura institucional educativa, e não punitiva, tendo como ponto de partida o relatório e a análise de erros e eventos adversos.¹¹ Assim, as organizações de saúde precisam se esforçar para superar a cultura tradicional da culpa e do castigo, e incentivar a da segurança, baseada na cultura do relato e do aprendizado.¹²

A cultura de segurança pode ser mensurada subjetivamente por meio da utilização de questionários de clima de segurança, que objetivam descobrir as atitudes da força de trabalho e suas percepções em um determinado período.¹³ Acredita-se que essa prática é um passo importante para melhoria da segurança.¹⁴

Neste estudo, utilizou-se o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), um instrumento de pesquisa psicométrica, considerado a ferramenta de melhor escolha para essa mensuração, formalmente validada e utilizada em todo o mundo.¹⁵ Esse instrumento já foi validado e adaptado para a realidade brasileira.¹⁶

Acredita-se que a realização do estudo se justifica principalmente, pelo fato que por meio da avaliação da cultura de segurança de uma unidade hospitalar é possível identificar as dimensões em que há necessidade de melhoria, possibilitando o planejamento e a implementação de intervenções apropriadas, que promovam a segurança do paciente.¹⁴

Assim, o objetivo desta pesquisa foi avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica, de um hospital universitário, a partir do SAQ.

METODOLOGIA

Pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo *survey* transversal, realizado em duas unidades de internação cirúrgica do hospital universitário em Florianópolis-SC, Brasil. A população do estudo foi constituída pelos membros da equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares, que exercem suas atividades profissionais nas unidades de internação cirúrgica em estudo, totalizando 46 profissionais. A amostra foi não probabilística intencional.

Considerou-se critério de inclusão para seleção dos participantes ter atuação profissional mínima de quatro semanas nos locais onde o estudo foi realizado. Como critério de exclusão, foram considerados os afastamentos de longa duração no período da coleta de dados.

Para realização do estudo, foram respeitados os preceitos éticos dispostos na Resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde,¹⁷ sendo que o mesmo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, obtendo o certificado número 1076/10.

O instrumento para coleta de dados foi o SAQ - versão cirúrgica, traduzido para o português, com aplicação autorizada pelos autores, intitulado como Questionário de Atitudes de Segurança. O SAQ avalia as atitudes relevantes do profissional para a segurança do paciente¹⁴ e é composto por dados de informação demográfica,

64 itens expressos sob a forma de sentenças que devem ser respondidas usando uma escala *Likert* de cinco pontos, uma seção para avaliação da qualidade do grau de colaboração e comunicação com os outros profissionais da equipe de trabalho e uma questão discursiva sobre as três recomendações para melhorar a segurança do paciente na unidade de trabalho, que foram agrupadas por similaridade, sendo então estabelecidas as categorias.¹⁸

Para a avaliação, foram considerados apenas os 30 itens que fazem parte das dimensões de segurança, a saber: clima do trabalho em equipe; satisfação no trabalho; percepções da gestão; clima de segurança; condições de trabalho; e reconhecimento do estresse, conforme proposto pelos autores do instrumento.¹⁸

Para testar a compreensão da tradução do instrumento foi realizado um pré-teste do SAQ com cinco profissionais de enfermagem que já atuaram nas unidades em estudo, o que possibilitou a realização de ajustes no questionário. Durante a coleta de dados, o SAQ estava em processo de validação para a realidade brasileira, impossibilitando o uso do instrumento validado.¹⁶ Dessa forma, optou-se por realizar a tradução do instrumento original e, posteriormente, a realização de um pré-teste.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril e julho de 2011. Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa após esclarecimento do objetivo do estudo, da dinâmica da pesquisa e do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi entregue, para cada participante, um envelope contendo o questionário que, após o preenchimento, foi depositado em uma urna lacrada, disponível na unidade, garantindo o sigilo ao participante. Após o recolhimento da urna, os envelopes foram entregues para um digitador, que inseriu os dados dos instrumentos em planilha eletrônica para posterior cálculo, sendo os envelopes novamente lacrados e devolvidos à pesquisadora para arquivamento.

A organização dos dados foi realizada pelo *Software Microsoft Office Excel 2003®* e posteriormente foram exportados para a ferramenta computacional *on-line* SestatNet - Ambiente de Ensino e Aprendizagem de Estatística na *web*.¹⁹

Os dados coletados foram analisados a partir de estatística descritiva (frequência absoluta, relativa, média, desvio padrão); para a estatística inferencial, foram realizados testes entre variáveis

qualitativas e quantitativas, sendo que, devido a não normalidade de distribuição dos dados, foi realizado o teste ANOVA (análise de variância) de *Kruskal-Wallis*. Para este estudo, considerou-se o nível de significância p-valor $\leq 0,05$, para um intervalo de confiança de 95%.

Os itens do SAQ foram avaliados a partir de escores para a cultura de segurança do paciente em cada dimensão. Desta forma, o escore foi considerado positivo quando obteve uma pontuação maior ou igual a 75, em uma escala de 0-100, convertendo os cinco pontos da escala de *Likert* da seguinte forma: o item assinalado com 1- discordo totalmente, com o valor de 0; 2- discordo parcialmente, com o valor de 25; 3- neutro, com o valor de 50; 4- concordo parcialmente, com o valor de 75 e 5- concordo totalmente, com o valor de 100. Assim, foram consideradas respostas positivas as opções "concordo parcialmente" e/ou "concordo totalmente", respectivamente pontuadas como quatro e cinco, com exceção de duas questões do instrumento que são de escore reverso.

RESULTADOS

Neste estudo, 46 dos 53 profissionais de enfermagem que trabalham nas duas unidades de internação cirúrgica do hospital universitário em Florianópolis-SC, Brasil, e atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos, completaram o SAQ. Dessa forma, obteve-se uma taxa de resposta que corresponde a 86,7%. Essas duas unidades de internação são apresentadas como unidade A e unidade B, sendo que as taxas de respostas foram de 96,7%, e de 72,7%, respectivamente.

As características sociodemográficas dos participantes do estudo estão apresentadas na tabela 1. A análise dessas características revelou que a maioria dos profissionais corresponde à categoria técnico de enfermagem (52,3%), seguida por enfermeiros (31,8%) e auxiliares de enfermagem (15,9%). Houve predominância do sexo feminino, totalizando 83,7%. A idade dos profissionais variou entre 25 e 66 anos e está organizada em quatro faixas etárias. Em relação ao tempo de experiência desses profissionais nas unidades cirúrgicas, obteve-se que a maioria atua há mais de 10 anos (44,2%) nessa área.

Todos os participantes possuem carga horária média de trabalho de 30 horas semanais, dividida em plantões de seis horas (matutino e vespertino) e/ou plantões de 12 horas (diurno e noturno).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica do hospital universitário em Florianópolis-SC, Brasil

Características sociodemográficas	n (%)
Categoria profissional (n=44)	
Enfermeiro	14 (31,8)
Técnico de enfermagem	23 (52,3)
Auxiliar de enfermagem	7 (15,9)
Não respondido	2
Sexo (n=43)	
Feminino	36 (83,7)
Masculino	7 (16,3)
Não respondido	3
Idade (n=39)	
20-30	8 (20,5)
31-40	12 (30,7)
41-50	10 (25,6)
51 ou mais	9 (23,1)
Não respondido	7
Tempo de experiência profissional nas unidades cirúrgicas (n=42)	
0 - 05 anos	12 (28,6)
06 - 10 anos	14 (33,3)
11 - 15 anos	4 (9,5)
16-20 anos	7 (16,7)
> 20 anos	5(11,9)
Não respondido	4

Os resultados das diferentes dimensões, que compõem a avaliação da cultura de segurança do paciente nas unidades de internação cirúrgica, mostraram-se similares nas unidades A e B, quando analisadas em um contexto geral.

A figura a seguir, (Figura 1), apresenta os escores de cada uma das seis dimensões da cultura de segurança, conforme o SAQ. Destacam-se o escore encontrado para cada unidade e o geral, quando analisadas as unidades A e B em conjunto.

As unidades do estudo destacaram, significativamente, os escores mais altos e favoráveis em relação à dimensão "satisfação no trabalho" (71,3), na qual o orgulho de trabalhar na instituição e o contentamento se sobressaem. Nessa dimensão, verificou-se que o item com escore mais alto (92,9) está relacionado com a seguinte afirmação: gosto do meu trabalho.

Em relação aos itens que contemplam a dimensão “reconhecimento do estresse”, estes foram pontuadas pelos profissionais de enfermagem com o segundo escore mais alto do estudo (65). Porém, nesta dimensão, a unidade A obteve

o escore mais baixo, quando comparada com a unidade B, com valor de 50,5 contra 57,2. Em relação às outras dimensões, a unidade A sempre obteve o escore mais alto, quando comparada com a outra unidade.

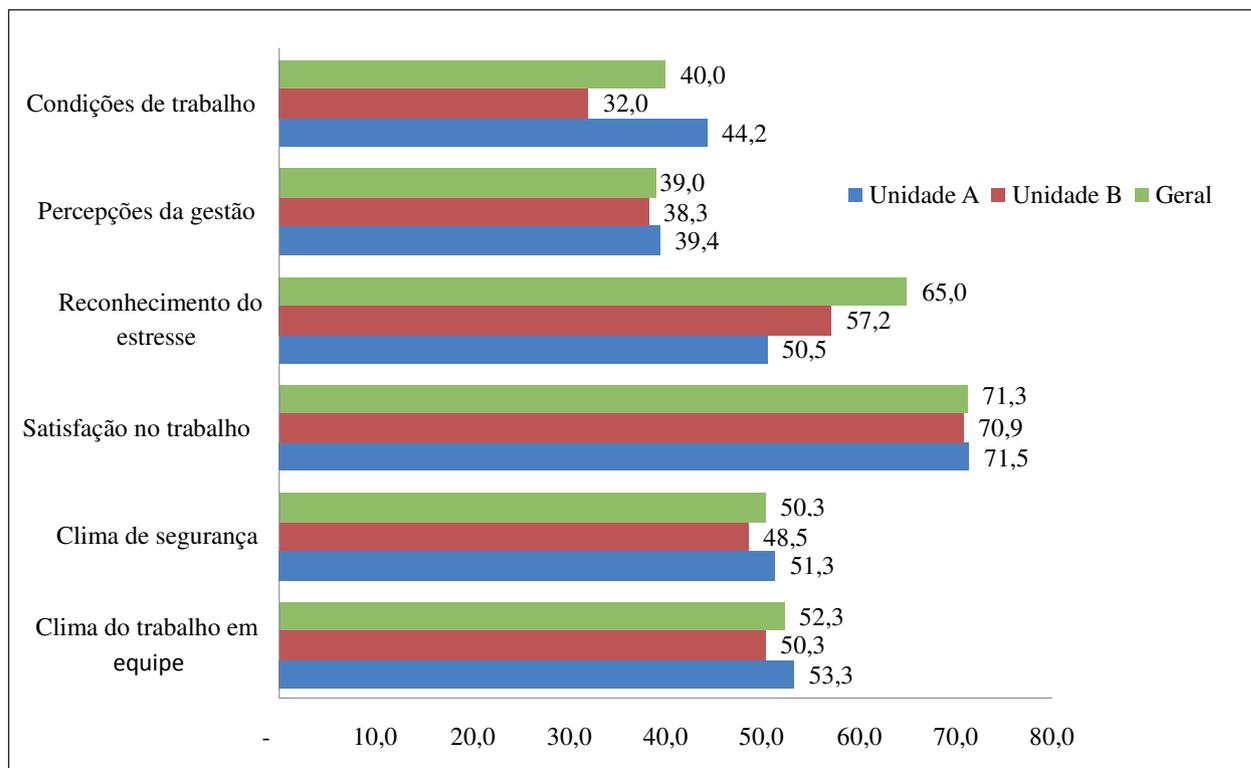


Figura 1 - Escores das dimensões da cultura de segurança, a partir da avaliação dos profissionais de enfermagem que atuam nas unidades de internação cirúrgica do estudo. Florianópolis-SC, 2011

Os participantes da pesquisa pontuaram, significativamente, de forma mais negativa em relação à dimensão “percepções da gestão” (39) e “condições de trabalho” (40). Porém, na unidade B, destacaram-se escores ainda mais baixos relacionados às “condições de trabalho” (32). O item que teve destaque negativo, nesta dimensão, foi: os profissionais em treinamento na minha área são supervisionados adequadamente, com escore de 21,7.

As dimensões “clima de segurança” (50,3) e “clima do trabalho em equipe” (52,3) se apresentaram com médias próximas. Porém, em ambas as dimensões, a unidade B obteve médias um pouco mais baixas (48,5 e 50,3), quando comparadas às da unidade A.

Para a análise dos dados deste estudo também foi aplicado o teste ANOVA, para avaliar

diferenças significativas entre as dimensões da cultura de segurança e a idade do profissional de enfermagem (Tabela 2). Um total de sete profissionais não respondeu sobre sua idade no questionário, sendo então utilizados os dados de 39 profissionais para esta análise.

Embora as médias dos escores demonstrem diferenças nas faixas etárias avaliadas, apenas a dimensão “condições de trabalho” apresentou-se estatisticamente significativa, com p-valor igual a 0,041.

Em cinco das seis dimensões avaliadas, foram identificadas médias inferiores na faixa etária de 31-40 anos. No entanto, os profissionais mais jovens, com idades entre 20-30 anos, alcançaram médias mais elevadas na maioria das dimensões.

Tabela 2 - Cultura de segurança do paciente, segundo a idade do profissional e o resultado do teste ANOVA. Florianópolis-SC, 2011

Dimensão	Categoria (anos)	n	Média do escore	Desviopadrão	H	P _{valor}
Clima do trabalho em equipe	20-30	8	57,81	13,98	2.62	0.62
	31-40	12	48,95	13,77		
	41-50	10	55,00	14,40		
	51 ou mais	9	51,38	12,67		
Clima de segurança	20-30	8	48,80	13,05	2.29	0.68
	31-40	12	44,94	14,40		
	41-50	10	49,46	8,91		
	51 ou mais	9	52,11	11,93		
Satisfação no trabalho	20-30	8	79,38	11,47	5.02	0.28
	31-40	12	67,50	7,83		
	41-50	10	70,00	20,13		
	51 ou mais	9	71,66	16,00		
Reconhecimento do estresse	20-30	8	78,90	19,46	5.75	0.21
	31-40	12	63,54	18,23		
	41-50	10	61,25	20,36		
	51 ou mais	9	61,80	12,67		
Percepções da gestão	20-30	8	38,28	16,84	4.09	0.39
	31-40	12	33,33	12,30		
	41-50	10	40,62	12,58		
	51 ou mais	9	45,13	11,17		
Condições de trabalho	20-30	8	50,00	11,08	9.93	0.04
	31-40	12	32,81	12,24		
	41-50	10	38,12	14,86		
	51 ou mais	9	47,45	13,84		

O resultado do teste ANOVA, para as diferentes categorias profissionais, não apresentou significância (Tabela 3). Porém, de acordo com a análise das médias, observaram-se, na maioria das dimensões, valores inferiores relacionadas ao

profissional enfermeiro, e superiores de acordo com a avaliação dos auxiliares de enfermagem. Foram considerados, nessa análise, 44 profissionais, porque dois não responderam a que categoria profissional pertenciam.

Tabela 3 - Cultura de segurança do paciente segundo a categoria profissional e resultado do teste ANOVA. Florianópolis-SC, 2011

Dimensão	Variável/categoria	n	Média do escore	Desvio padrão	H	P _{valor}
Clima do trabalho em equipe	Enfermeiro	14	48,21	17,11	5.52	0.13
	Téc. enfermagem	23	56,34	11,97		
	Aux. enfermagem	7	53,57	11,88		
Clima de segurança	Enfermeiro	14	45,91	14,06	3.17	0.36
	Téc. enfermagem	23	50,75	11,95		
	Aux. enfermagem	7	52,21	12,77		
Satisfação no trabalho	Enfermeiro	14	68,57	10,08	5.68	0.12
	Téc. enfermagem	23	72,60	15,21		
	Aux. enfermagem	7	76,42	16,25		
Reconhecimento do estresse	Enfermeiro	14	69,19	13,53	4.41	0.21
	Téc. enfermagem	23	63,85	22,84		
	Aux. enfermagem	7	55,35	12,19		
Percepções da gestão	Enfermeiro	14	37,50	13,64	0.78	0.85
	Téc. enfermagem	23	39,40	12,41		
	Aux. enfermagem	7	42,85	14,17		
Condições de trabalho	Enfermeiro	14	37,94	14,80	3.43	0.32
	Téc. enfermagem	23	41,12	14,06		
	Aux. enfermagem	7	47,32	18,70		

Na análise do grau de colaboração e comunicação, foi encontrado o percentual de respostas positivas para cada grupo profissional. O resultado mostra baixos percentuais de respostas positivas, que comprometem o relacionamento e o trabalho em equipe (Tabela 4). O percentual mais negativo está relacionado à equipe médica, o que incluiu tanto a chefia médica, quanto os médicos efetivos e residentes. Percentuais similares de respostas positivas também foram identificados para o grau de comunicação e colaboração com o profissional fisioterapeuta.

Algumas diferenças nas avaliações dessa seção foram identificadas entre as unidades A e B. A maior diferença está relacionada à avaliação realizada pelo escriturário, sendo que a unidade A obteve uma avaliação com 20% de respostas positivas, enquanto a unidade B apresentou 73,3% de respostas positivas.

Tabela 4 - Avaliação do percentual de respostas positivas do grau de colaboração e comunicação dos profissionais de enfermagem em relação a outros profissionais. Florianópolis-SC, 2011

Grau de colaboração e comunicação	Unidade A (%)	Unidade B (%)
Chefia Médica	5,0	16,6
Chefia de enfermagem	10,7	37,5
Enfermeiro de turno	48,1	53,3
Médicos efetivos	16,0	0
Residentes	7,1	26,6
Fisioterapeuta	3,7	12,5
Escriturário	20,0	73,3

OSAQ também contém uma questão discursiva para identificar as recomendações dos participantes do estudo, para melhorar a segurança do paciente na sua unidade de trabalho.

As recomendações dos profissionais resultaram em 17 categorias e estão apresentadas de acordo com a maior frequência nas respostas dos profissionais: 1. Realização de mais treinamentos, capacitações e aperfeiçoamentos; 2. Utilização de Materiais e equipamentos adequados; 3. Contratação de mais profissionais; 4. Atenção e responsabilidade; 5. Comunicação adequada entre os profissionais; 6. Avaliação médica aos pacientes mais criteriosa; 7. Ampliação e estruturação da área física; 8. Cooperação entre os membros da equipe; 9. Capacitação e acompanhamento de novos funcionários; 10. Orientação a pacientes e acompanhantes; 11. Adequação do serviço de

limpeza; 12. Motivação profissional; 13. Penalização do mau profissional; 14. Valorização da enfermagem; 15. Administração adequada; 16. Proibição de repasse de atividades profissionais aos acompanhantes; 17. Abstenção de longas jornadas de trabalho sem interrupção.

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo indicam que aspectos relevantes da cultura da segurança do paciente, nessas unidades de internação, precisam ser trabalhados. A avaliação da média dos escores demonstra que todas as dimensões avaliadas obtiveram valores inferiores a 75, valor considerado, neste estudo, como mínimo positivo para a cultura de segurança.

A população do estudo constitui-se, majoritariamente, de profissionais do sexo feminino, confirmando a característica da profissão.²⁰ Os profissionais de enfermagem que participaram do estudo revelaram experiência profissional na área cirúrgica, o que traduz, de acordo com outro estudo, um conhecimento adequado e útil para a avaliação da cultura de segurança.²⁰

Esses profissionais de enfermagem identificaram a fragilidade da gestão hospitalar. Esta percepção crítica chama a atenção para a necessidade de apoio da direção quanto à segurança do paciente, exigindo ações que favoreçam a qualidade do cuidado.

A experiência de outros autores revela que, quando a gestão de uma instituição de saúde está comprometida com a segurança, fornece apoio e recursos adequados, envolvendo-se na melhoria dos esforços operacionais, tais como: equipamentos, procedimentos, seleção, treinamento e horários de trabalho, que são rotineiramente avaliados e, se necessário, modificados para melhorar a segurança do paciente.²¹

Na avaliação das condições de trabalho, observou-se a necessidade de aprimoramento, principalmente em relação ao problema de pessoal e treinamento dos profissionais. Acredita-se que muitos profissionais estão predispostos a cometer erros pela carga de trabalho excessiva, muitos deles trabalham quando estão totalmente esgotados. Em tal estado, eles tendem a trabalhar de modo descuidado e acabam cometendo erros.²²

Em relação ao treinamento dos profissionais, destaca-se a concepção de que o treinamento eficaz é considerado um dos elementos-chave para uma instituição de saúde de qualidade. Uma base

de conhecimentos é essencial para melhorias na segurança do paciente, exigindo a criação de um sistema de aprendizagem, que possa garantir profissionais de saúde qualificados e conscientes dos limites de sua competência.²³

No entanto, a satisfação no trabalho foi um ponto forte evidenciado no grupo analisado. Neste sentido, é importante destacar que os profissionais estão satisfeitos em atuar na instituição para transformar o ambiente de trabalho em um local mais seguro. Para alguns autores,²⁴⁻²⁵ melhorar a satisfação no trabalho pode levar ao aumento no desempenho do trabalho e, conseqüentemente, proporcionar maior qualidade na segurança do paciente.

Quanto à faixa etária, inexistiu diferença significativa entre as dimensões clima do trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, reconhecimento do estresse e percepções da gestão em relação à idade, demonstrando que, independentemente da faixa etária do profissional, a cultura de segurança é percebida de forma homogênea.

Na dimensão condições de trabalho, observou-se diferença significativa em relação à idade dos participantes, alcançando os maiores escores a faixa etária de 20-30 anos e os menores escores, a de 31-40 anos. Os resultados de outros estudos demonstram algumas diferenças: geralmente os profissionais de enfermagem mais novos são menos positivos em suas avaliações da cultura de segurança.^{20,26-27}

Embora as diferentes categorias de profissionais de enfermagem compartilhem o mesmo espaço e tempo de jornada de trabalho, neste estudo, os auxiliares de enfermagem tiveram escores mais elevados. Esses profissionais atuam há mais tempo na instituição e essa categoria profissional não tem sido contratada nos últimos processos de seleção por força legal. Devido a sua maior experiência de trabalho na instituição, possivelmente percebem crescimento e melhoria nos recursos atuais, quando comparados com as condições de trabalho anteriores.

As diferenças na avaliação da qualidade de colaboração e comunicação entre as unidades pode ser justificada pelo fato de que apenas a unidade B possui um funcionário no cargo de escriturário, enquanto a unidade A, em alguns momentos, consegue a contratação de um bolsista que exerce a função de um escriturário, através de contratações temporárias de, no máximo, um ano. No entanto, essas avaliações não são consideradas positivas, caracterizando a fragilidade no processo de colaboração e comunicação. Com exceção da avaliação

do escriturário na unidade B, o maior percentual de respostas positivas dessa avaliação corresponde à equipe de enfermagem, principalmente em relação ao enfermeiro de turno, com 48,1% e 53,3%, respectivamente.

A baixa avaliação na qualidade de colaboração e comunicação entre os profissionais, encontrada neste estudo, pode ter implicações para a segurança do paciente, pois as falhas na comunicação e na colaboração entre os profissionais de saúde podem constituir uma fonte potencial de erro, conduzindo a quebras na continuidade dos serviços prestados, bem como a tratamentos e procedimentos inadequados ou pouco eficazes, com efeitos imediatos e potencialmente negativos para o paciente.²⁸⁻²⁹

As recomendações dos participantes para melhorar a segurança do paciente se assemelham aos baixos escores encontrados nas dimensões avaliadas, ou seja, esses profissionais sugerem que as principais ações a serem tomadas são: realização de mais treinamentos, capacitações e aperfeiçoamentos; disponibilização de materiais e equipamentos adequados; aumento do número de profissionais. Essas ações estão relacionadas com as condições de trabalho e com a atuação da gestão hospitalar, avaliadas negativamente pela equipe de enfermagem.

Assim, para que sejam superadas falhas, é necessário reconhecer a existência de pontos frágeis em toda atividade de assistência à saúde, as quais podem comprometer a segurança do paciente; além disso, a chave para reduzir o risco é criar um ambiente em que a cultura da culpa seja substituída pela cultura da vigilância e da cooperação.³⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da cultura de segurança nas unidades de internação cirúrgica do estudo demonstra fragilidade nas seis dimensões avaliadas, principalmente quanto ao trabalho da gestão hospitalar e em relação às condições de trabalho.

A partir deste estudo, percebe-se a necessidade de melhorar a cultura de segurança nesses locais. Essa mudança requer esforços e envolvimento de toda a instituição, principalmente por parte dos gestores, no sentido de incentivarem o relato dos erros e fortalecerem a cultura de não punição, proporcionando um ambiente de trabalho onde a segurança do paciente é valorizada.

Outro desafio importante está relacionado à comunicação e colaboração entre os profissio-

nais. Os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que participaram desse estudo consideraram deficiente a comunicação e o trabalho em equipe, até mesmo com o enfermeiro do turno. Esses resultados refletem que os profissionais têm pouca interação entre si, não têm apoio, nem trocam informações, mesmo quando todos estão envolvidos e trabalham pelo mesmo objetivo: o paciente. Neste sentido, ressalta-se o compromisso e o empenho individual de cada profissional para melhorar a cultura de segurança e, consequentemente, a comunicação e colaboração entre os membros da equipe.

Embora o estudo tenha sido realizado apenas com profissionais da enfermagem, obteve-se a participação da grande maioria desses profissionais, os quais correspondem ao maior contingente de trabalhadores que prestam cuidados aos pacientes. Apesar desta limitação quanto à categoria profissional, os resultados deste estudo poderão auxiliar no planejamento e desenvolvimento de estratégias para a segurança dos pacientes.

Considerando que o estudo concentrou-se em duas unidades de internação, sugere-se que esta pesquisa seja replicada em outras unidades hospitalares a fim de identificar as fragilidades e potencialidades de cada área de trabalho, visando a um planejamento de mudança baseado na avaliação dos profissionais que atuam diariamente no cuidado em saúde, e, ao mesmo tempo, objetivando sensibilizá-los para a temática da segurança do paciente e suas necessidades.

REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Geneva (CH): OMS, 2007.
2. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005. World Health Organization, Geneva. 2004 [acess 2011 Dez 17]. Available in: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
3. Zambon LS. Riscos e eventos adversos: uma realidade alarmante. Medicina Net. 2008 [acesso 2013 Jun 01]. Disponível em: http://186.202.143.44/conteudos/gerenciamento/901/introducao__primum_non_nocere.htm
4. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington (US): National Academy Press, 2000.
5. World Health Organization. Patient safety: global priorities for research in patient safety. Geneva (CH): World Health Organization; 2008.
6. Ministério da Saúde (BR) [online]. Portaria n. 529 de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [acesso 2013 Mai 24]. Brasília (DF): MS; 2013. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
7. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (US): National Academy Press; 2001.
8. Cooper MD. Towards a model of safety culture. safety Science. 2000; (36):111-36.
9. Health and Safety Commission. Organizing for safety: third report of the human factors study group of ACSNI. London (UK): HSE Books; 1993.
10. Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. Qual Saf Health Care. 2005 Aug; 14(4):231-3.
11. Franco A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. Colombia Médica. 2005 Abr; 36(2):130-3.
12. Neto AQ. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. RAS. 2006 Out; 8(33):153-8.
13. Health and Safety Executive. A review of safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit. London (UK): Human Engineering Bristol; 2005.
14. Sexton JB, Thomas EJ. The safety attitudes questionnaire (SAQ): guidelines for administration. Texas (US): University of Texas, Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice; 2003.
15. Sexton JB, Paine LA, Manfuso J, Holzmüller CG, Martinez EA, Moore D, et al. A check-up for safety culture in my patient care area. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2007 Nov; 33(11):699-703.
16. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário atitudes de segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - short form 2006 para o Brasil. Rev Latino-Am Enferm. 2012; 20(3):575-82.
17. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
18. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Serv Res. 2006 Apr 3; 6:44.
19. SEstatNet - Sistema especialista para o ensino de estatística na web [acesso 2011 Dez 17]. Disponível em: <http://www.sestat.net>
20. Fernandes AMML, Queirós PJP. Cultura de segurança do doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. Rev Enferm Referência. 2011 Jul; 3(4):37-48.

21. Wiegmann DA, Zhang H, Thaden T, Sharma G, Mitchell A. A synthesis of safety culture and safety climate research. University of Illinois at Urbana-Champaign. 2002. Prepared for Federal Aviation Administration: Technical Report ARL-02-3/FAA-02-2.
22. Leape L. Errors in medicine. *Clinica Chimica Acta*. 2009 Jun; 404(1):2-5.
23. Commission on Patient Safety and Quality Assurance. Building a culture of patient safety: report of the commission on patient safety and quality assurance. Department of Health and Children. Ireland (IR): Stationery Office; 2008.
24. Wisniewski AM, Erdley WS, Singh R, Servoss TJ, Naughton BJ, Singh G. Assessment of Safety Attitudes in a Skilled Nursing Facility. *Geriatr Nurs*. 2007 Mar-Apr; 28(2):126-36.
25. Zakari NMA. Attitude of academic ambulatory nurses toward patient safety culture in Saudi Arabia. *Life Scienc J*. 2011; 8(3):230-7.
26. Abdou HA, Saber KMM. A baseline assessment of patient safety culture among nurses at student university hospital. *World J Med Sci*. 2011; 6(1):7-26.
27. Holden LM; Watts DD, Walker PH. Patient safety climate in primary care: age matters. *J Patient Saf*. 2009 Mar; 5(1):23-8.
28. Santos MC, Grilo A, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Rev Port Saúde Pública*. 2010; Vol Temat(10):47-57.
29. Abbas HA, Bassiuni NA, Baddar FM. Perception of front-line healthcare providers toward patient safety: a preliminary study in a university hospital in egypt. *Topics Ad Pract Nursing Journal*. 2008; 8(2):1-11.
30. Camerini FG, Silva LD. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. *Texto Contexto Enferm*. 2011 Jan-Mar; 20(1):41-49.