



Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem*

The climate of patient safety: perception of nursing professionals

Clima de seguridad del paciente: percepción de los profesionales de enfermería

Mayara Carvalho Godinho Rigobello¹, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho², Silvia Helena De Bortoli Cassiani³, Tanyse Galon⁴, Helaine Carneiro Capucho⁵, Nathália Nogueira de Deus⁶

RESUMO

Objetivo: Avaliar a percepção do clima de segurança dos profissionais de enfermagem atuantes nas clínicas médicas e cirúrgicas de um Hospital de Ensino. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo e com abordagem quantitativa. Foi utilizado o *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form 2006*, traduzido para a língua portuguesa. **Resultados:** A percepção do clima de segurança dos profissionais variou conforme o gênero, a clínica, a categoria profissional e o tempo de atuação. A satisfação no trabalho foi demonstrada por todos os profissionais, com escores acima de 75, enquanto o domínio Percepção da Gerência apresentou valores mais baixos. **Conclusão:** A satisfação do profissional, o diálogo e o suporte à equipe por parte da administração são essenciais para a garantia da segurança do paciente. Conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o clima de segurança contribui para a melhoria do cuidado em saúde e para a redução dos riscos ao paciente.

Descritores: Percepção; Cultura organizacional; Gerenciamento de segurança

ABSTRACT

Objective: To evaluate the perception of the safety climate of nursing professionals working in the medical and surgical clinics of a teaching hospital. **Methods:** A cross-sectional, descriptive study using a quantitative approach. We used the *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form 2006*, translated into the Portuguese language. **Results:** The perception of the safety climate of the professionals varied according to gender, clinic, professional category and time of work. Job satisfaction was demonstrated by all professionals, with scores above 75, while the domain of Perception of Management presented much lower values. **Conclusion:** Professional satisfaction, dialogue and support for the team on the part of the administration are essential to ensuring patient safety. To know the perception of nursing professionals about the climate of safety contributes to the improvement of health care and to the reduction of risks to the patient.

Keywords: Perception; Organizational culture; Safety management

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la percepción del clima de seguridad de los profesionales de enfermería que actúan en las clínicas médicas y quirúrgicas de un Hospital de Enseñanza. **Métodos:** Estudio transversal, descriptivo y con abordaje cuantitativo. Fue utilizado el *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form 2006*, traducido para la lengua portuguesa. **Resultados:** La percepción del clima de seguridad de los profesionales varió conforme el género, la clínica, la categoría profesional y el tiempo de actuación. La satisfacción en el trabajo fue demostrada por todos los profesionales, con scores arriba de 75, en cuanto que el dominio Percepción de la Gerencia presentó valores más bajos. **Conclusión:** La satisfacción del profesional, el diálogo y el soporte al equipo por parte de la administración son esenciales para la garantía de la seguridad del paciente. Conocer la percepción de los profesionales de enfermería sobre el clima de seguridad contribuye para la mejoría del cuidado en salud y para la reducción de los riesgos del paciente.

Descriptor: Percepción; Cultura organizacional; Administración de la seguridad

*Estudo extraído da tese de doutorado intitulada "Adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire* para o Brasil – *Questionário de Atitudes de Segurança*" – apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

¹ Acadêmica do sétimo semestre do curso de bacharelado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil. Bolsista de Iniciação Científica do PIBIC/CNPq/USP.

² Pós-graduanda (Doutorado) do Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

³ Professora Titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁴ Pós-graduanda (Doutorado) do Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁵ Pós-graduanda (Doutorado) do Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁶ Enfermeira, secretária da Rede Brasileira de Enfermagem em Segurança do Paciente – REBRAENSP/USP.

Autor Correspondente: Mayara Carvalho Godinho Rigobello

Artigo recebido em 04/08/2011 e aprovado em 08/02/2012

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre

Ribeirão Preto – SP – Brasil – CEP. 14040-902

E-mail: mcg_rigobello@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a preocupação com a segurança do paciente tornou-se assunto prioritário na área da saúde. Embora o cuidado em saúde traga enormes benefícios a todos os envolvidos, no entanto a ocorrência de erros é possível, e os pacientes podem sofrer graves consequências.

Sendo assim, a segurança do paciente pode ser definida sucintamente, como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar^(1,2).

Em 1999, o relatório publicado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (IOM), denominado *To Err is Human* trouxe à tona o assunto dos eventos adversos, resultando em maior atenção da mídia e dos profissionais de saúde. Este relatório afirmou, que cerca de 44.000 a 98.000 pessoas, morriam todos os anos, naquele país, vítimas de iatrogenias médicas e que 7.000 destes casos estavam relacionados aos erros com medicação⁽³⁾.

No Brasil, a preocupação com o impacto dos erros de medicação na segurança do paciente é evidenciada pelo número de estudos desenvolvidos na última década. Nesse sentido, estudo multicêntrico sobre erros de medicação realizado em cinco hospitais brasileiros identificou 1500 erros de medicação, ou seja, 30% das doses administradas continham algum erro⁽⁴⁾. Este resultado evidencia a fragilidade na comunicação entre os profissionais sendo que a falta de conhecimento, foi citada como um dos fatores contribuintes para os erros^(5,6).

Em resposta à crescente preocupação com a segurança do paciente, a *United Kingdom National Health Service*, a *Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations*, a *Agency for Healthcare Research and Quality* e o *United States National Quality Forum*, propuseram que as instituições de saúde adotassem modelos de Cultura de Segurança.

Na literatura, o termo Cultura de Segurança foi utilizado pela primeira vez pelo Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear (INSAG) ao publicar o relatório sobre o acidente nuclear de Chernobyl em 1986. De acordo com este grupo, cultura de segurança é um produto de valores, atitudes, percepções e competências, grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento com o gerenciamento de segurança da instituição. Desde então, o termo vem sendo utilizado por indústrias consideradas de alto risco⁽⁷⁾.

O termo Clima de Segurança ou *Safety Climate* tem sido amplamente discutido na literatura da área de segurança do paciente e utilizado como sinônimo de cultura. Clima de segurança pode ser definido, como a medida temporal do estado da cultura de segurança da instituição e pode ser medido pelas percepções individuais sobre as atitudes da organização quanto à cultura de segurança⁽⁸⁾.

Sendo assim, implementar a cultura de segurança nas instituições de saúde, pode ter associação direta com a diminuição dos eventos adversos e mortalidade, implicando melhorias na qualidade da assistência à saúde⁽⁹⁾.

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou, por meio do programa da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, diretrizes e estratégias para incentivar e divulgar práticas que garantissem a segurança do paciente. Esta agência definiu como prioritário o desenvolvimento de pesquisas baseadas em evidências científicas com melhores práticas voltadas à segurança do paciente, bem como iniciativas de pesquisas de maior impacto nos problemas de segurança. Desde então, várias pesquisas surgiram com o objetivo de avaliar o clima de segurança nas instituições de saúde⁽¹⁰⁾.

Dentre os métodos de mensuração do clima de segurança, o mais usado é a mensuração numérica por meio de escalas e questionários. Estes instrumentos avaliam a percepção dos profissionais quanto ao clima de trabalho em equipe, satisfação profissional, condições de trabalho e fatores estressores⁽¹¹⁾.

Dentre os instrumentos mais utilizados para avaliação do clima de segurança em instituições de saúde, somente dois (*Culture Safety Survey – CSS* e *Safety Attitudes Questionnaire – SAQ*) têm associação positiva dos escores obtidos com a melhora nos resultados da assistência prestada aos pacientes, ou seja, quanto maior o escore obtido na escala, menor foi o tempo de permanência do paciente na unidade e menor o número de infecções hospitalares^(12,13).

Nesta perspectiva, este estudo apresenta a seguinte questão de investigação: qual é a percepção do clima de segurança pelos profissionais de enfermagem atuantes nas clínicas médicas e cirúrgicas de um Hospital de Ensino de Ribeirão Preto – SP? A partir desta questão surgiu o objetivo deste estudo: Avaliar a percepção do clima de segurança dos profissionais da equipe de enfermagem, atuantes nas clínicas médicas e cirúrgicas de um hospital da Região Sudeste do País, por meio do *Safety Attitudes Questionnaire*, traduzido e validado para a língua portuguesa.

MÉTODOS

Estudo de abordagem quantitativa, transversal e descritivo, a coleta de dados foi realizada nas clínicas médicas e cirúrgicas de um Hospital de Ensino localizado na cidade de Ribeirão Preto – SP no mês de julho de 2010. Esse hospital é referência no ensino, na pesquisa e no atendimento de patologias clínicas em diversas áreas, tais como: medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional e informática biomédica. Este hospital oferece 851 leitos, em várias especialidades de clínica médica e cirúrgica.

Vale ressaltar que, no período de coleta de dados, havia, aproximadamente, 284 profissionais de enferma-

gem nas clínicas médicas e cirúrgicas destes, 66 eram enfermeiros, 23 técnicos de enfermagem e 195 auxiliares de enfermagem. O hospital ainda possui atendentes de enfermagem; no entanto, de acordo com o setor de Recursos Humanos, não foi possível identificar o número exato de atendentes de enfermagem que trabalham especificamente nestas unidades. A amostra foi composta pelos profissionais da equipe de enfermagem atuantes nas clínicas médicas e cirúrgicas que atenderam aos critérios de inclusão do estudo:

1. Estar, pelo menos, há um mês trabalhando no setor;
2. Trabalhar, pelo menos, 20 horas semanais no setor;
3. Aceitar participar do estudo.

Obedecendo a esses critérios, participaram da pesquisa 53 enfermeiros assistenciais, sete enfermeiros gerentes, 139 técnicos e auxiliares de enfermagem e quatro atendentes de enfermagem, totalizando, assim, 203 participantes. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado o Questionário de Atitudes de Segurança – *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)* validado e adaptado culturalmente para a realidade dos hospitais brasileiros⁽¹⁴⁾. Esta escala foi construída e validada nos Estados Unidos da América por pesquisadores da Universidade do Texas, Centro de Excelência para Segurança do Paciente. *SAQ*⁽¹²⁾ é o instrumento mais sensível para avaliar as atitudes de segurança individuais e já foi aplicado em mais de 500 hospitais nos Estados Unidos da América, Reino Unido e Nova Zelândia. Quanto ao conteúdo, este instrumento é composto por duas partes: a primeira contém 41 questões, envolvendo a percepção sobre segurança do paciente. A segunda parte visa a coletar dados do profissional: cargo exercido, gênero, atuação principal e tempo de atuação.

Assim este instrumento mensura a percepção dos profissionais de saúde por meio de seis domínios: **1. Clima de Trabalho em Equipe:** considerado como a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe (itens 1 a 6); **2. Clima de Segurança:** percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente (itens 7 a 13); **3. Satisfação no Trabalho:** visão positiva do local de trabalho (itens 15 a 19); **4. Percepção do Estresse:** reconhecimento de quanto os fatores estressores, podem influenciar na execução do trabalho (itens 20 a 23); **5. Percepção da Gerência:** aprovação das ações da gerência ou administração, tanto da unidade em que o profissional atua, quanto do hospital como um todo (itens 24 a 29) e **6. Condições de Trabalho:** percepção da qualidade do ambiente de trabalho (itens 30 a 33). Entretanto os itens 14, 34 a 36 não fazem parte de nenhum domínio no instrumento original.

A resposta de cada questão segue a escala de cinco pontos de Likert: opção A- discorda totalmente, B- discorda parcialmente, C- neutro, D- concorda parcialmente,

E- concorda totalmente e X- não se aplica. O escore final do instrumento varia de 0 a 100, no qual zero corresponde à pior percepção de atitudes de segurança pelos profissionais de saúde e 100, à melhor percepção. São considerados valores positivos quando o total do escore é igual a 75.

Quanto à pontuação, foi assim ordenada: A- discorda totalmente vale 0, B- discorda parcialmente vale 25, C- neutro vale 50, D- concorda parcialmente vale 75, E- concorda totalmente vale 100, e o X – não se aplica que vale 0.

Os escores são contados da seguinte forma: as questões são ordenadas por domínios, assim, somam-se as respostas das questões de cada domínio e divide-se pelo número de questões de cada um. Por exemplo, o domínio Percepção da Gerência é composto por quatro questões; se o profissional respondeu neutro (50 pontos), concorda parcialmente (75 pontos), neutro (50 pontos) e discorda parcialmente (25 pontos) o valor total do escore neste domínio será 50, resultado obtido por meio do seguinte cálculo: $(50 + 75 + 50 + 25)$ dividido por 4 = 50.

Para a Coleta de dados neste estudo, os pesquisadores inicialmente entraram em contato com as diretorias de enfermagem e de medicina e também as chefias dos setores (clínicas médicas e cirúrgicas), no sentido de divulgar os objetivos e a finalidade da pesquisa, tornando-os cientes do trabalho a ser desenvolvido. Em seguida, os profissionais foram abordados em seu ambiente de trabalho, nos momentos em que tinham disponibilidade para participarem do estudo. Alguns instrumentos foram entregues para serem respondidos e devolvidos, posteriormente, com a data de devolução preestabelecida. Para cada funcionário, foram entregues dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um para posse dos pesquisadores e outro para posse do próprio participante. Sendo assim, para aqueles que aceitaram participar da pesquisa, foi entregue um envelope contendo uma cópia colorida da escala, um lápis e uma borracha, e foi solicitado seu preenchimento. **Após a coleta**, os dados foram inseridos em um banco de dados eletrônico (Programa Excel da Microsoft®) e o processamento e a análise dos dados foram realizados pelo *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 11.0.

Este estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética da Instituição Hospitalar onde o estudo foi realizado, recebeu o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 0495.0.004.153-09 e foi aprovado pelo Hospital, de acordo com o processo nº 12.383/2009. Todos os participantes da pesquisa assinaram o TCLE e tiveram seu anonimato garantido.

RESULTADOS

O perfil dos 203 profissionais participantes do estudo está descrito nos dados da Tabela 1.

Dos 203 participantes do estudo, 159 (78%) eram do gênero feminino, 139 (69%) eram técnicos e auxiliares de enfermagem e a maioria dos profissionais 66(32%) apresentou tempo de atuação maior ou igual aos 5 anos trabalhando na unidade.

Os dados da tabela 2 apresentam a média de escore obtido em cada domínio distribuído pela unidade, gênero, cargo e o tempo de atuação de cada profissional de enfermagem.

Na Tabela 2 pode ser observado que os profissionais da clínica médica apresentaram melhor escore da

Tabela 1 – Perfil dos profissionais da equipe de enfermagem de um Hospital de Ensino participantes do estudo. Ribeirão Preto-SP, 2010. n=203

Categoria profissional	Enfermeiros n(%)	Aux/técnicos de enfermagem n(%)	Enfermeiro gerente n(%)	Atendente de enfermagem n(%)	Total n(%)
Gênero					
Masculino	5(2)	38(19)	-	1(0,5)	44(22)
Feminino	48(24)	101(50)	7(3)	3(1,5)	159 (78)
Total	53(26)	139(69)	7(3)	4(2)	203(100)
Tempo de atuação					
< 6 meses	3(2)	3(1,5)	-	-	6(3)
6 a 11 meses	1(0,5)	7(3)	-	-	8(4)
1 a 2 anos	12(6)	14(7)	-	-	26(13)
3 a 4 anos	6(3)	16(8)	-	-	22(11)
5 a 10 anos	21(10)	42(21)	3(1,5)	-	66(32)
11 a 20 anos	4(2)	44(22)	3(1,5)	-	51(25)
21 anos ou mais	6(3)	13(6)	1(0,5)	4(2)	24(12)
Total	53(26)	139(69)	7(3)	4(2)	203(100)

Tabela 2 – Escores por domínio, distribuídos por unidade, gênero, cargo e tempo de atuação dos profissionais de enfermagem de um Hospital de Ensino. Ribeirão Preto-SP, 2010

	DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO						
	Clima de trabalho em equipe	Clima de segurança	Satisfação no trabalho	Percepção do estresse	Percepção da gerência do hospital	Percepção da gerência da unidade	Condições de trabalho
	Média (min-máx)	Média (min-máx)	Média (min-máx)	Média (min-máx)	Média (min-máx)	Média (min-máx)	Média (min-máx)
Unidade							
Clinica médica	75 (0-100)	66 (21-100)	80 (0-100)	71 (0-100)	50 (0-100)	59 (0-100)	67 (0-100)
Clinica cirúrgica	72 (17-100)	64 (25-100)	80 (0-100)	73 (0-100)	47 (0-100)	56 (0-100)	63 (0-100)
Gênero							
Masculino	74 (33-100)	64 (25-100)	81 (20-100)	71 (0-100)	49 (0-100)	57 (0-100)	65 (0-100)
Feminino	74 (0-100)	65 (21-100)	79 (0-100)	72 (0-100)	49 (0-100)	58 (0-100)	66 (0-100)
Cargos							
Enfermeiros assistenciais	75 (16-100)	70 (32-100)	78 (0-100)	70 (6-100)	48 (0-83)	60 (0-100)	68 (0-100)
Enfermeiros gerentes	86 (33-100)	75 (50-89)	91 (70-100)	69 (37-100)	63 (45-83)	72 (50-100)	81 (41-100)
Aux./tec. de enfermagem	74 (33-100)	66 (28-100)	83 (20-100)	69 (0-100)	49 (0-100)	58 (0-100)	66 (0-100)
Atendente de enfermagem	68 (33-100)	71 (58-85)	91 (70-100)	81 (43-100)	59 (37-75)	70 (45-100)	83 (58-100)
Tempo de atuação							
Menor que 6 meses	71 (25-100)	61 (36-100)	77 (10-100)	69 (12-100)	53 (0-100)	63 (15-100)	66 (0-100)
6 a 11 meses	75 (37-100)	64 (25-93)	83 (20-100)	81 (19-100)	55 (29-100)	60 (0-100)	68 (25-100)
1 a 2 anos	72 (0-96)	61 (21-96)	74 (15-100)	72 (0-100)	45 (8-87)	53 (0-95)	60 (0-100)
3 a 4 anos	70 (21-96)	63 (25-90)	80 (45-100)	69 (12-100)	47 (12-83)	52 (10-95)	69 (25-100)
5 a 10 anos	75 (18-100)	65 (32-100)	78 (0-100)	71 (0-100)	48 (0-100)	58 (0-100)	63 (0-100)
11 a 20 anos	75 (33-100)	67 (28-100)	83 (20-100)	74 (0-100)	46 (0-87)	57 (0-100)	63 (0-100)
21 anos ou mais	76 (33-100)	71 (39-93)	88 (55-100)	68 (12-100)	56 (4-87)	63 (5-100)	78 (0-100)

Tabela 3 – Distribuição das respostas dos profissionais de enfermagem por item. Ribeirão Preto-SP, HCFMRP, 2010

Questões	Respostas		
	Discordo totalmente e parcialmente N(%)	Neutro	Concordo totalmente e parcialmente N(%)
1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área	18(9)	9(4)	173(85)
2 R*. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	66(32)	9(4)	126(62)
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	30(15)	14(7)	155(76)
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	23(11)	5(3)	173(85)
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	17(8)	5(3)	178(88)
6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	59(29)	4(2)	137(68)
7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente	23(11)	9 (4)	169(83)
8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área	35(17)	23(11)	141(70)
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	24(12)	25(12)	152(75)
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	71(35)	21(10)	105(52)
11 R*. Nesta área, é difícil discutir sobre erros	82(40)	13(6)	107(53)
12. Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	23(11)	17(8)	160(79)
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	60(30)	38(19)	101(50)
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração	67(33)	48(24)	82(40)
15. Eu gosto do meu trabalho	6(3)	3(2)	190(94)
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	31(15)	12(6)	156(77)
17. Este é um bom lugar para trabalhar	16(8)	6(3)	178(88)
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área	13(6)	4(2)	181(89)
19. O moral nesta área é alto	31(15)	32(16)	140(69)
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	19(14)	5(3)	167(82)
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)	40(20)	7(3)	155(76)
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	36(18)	9(4)	158(78)
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorespiratória, convulsões)	82(40)	9(4)	108(53)
24. A administração apóia meus esforços diários (hospital)	97(48)	43(21)	49(24)
24. A administração apóia meus esforços diários (unidade)	64(32)	29(14)	99(49)
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (hospital)	75(37)	47(23)	75(37)
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (unidade)	74(37)	36(18)	86(42)
26. A administração está fazendo um bom trabalho (hospital)	53(26)	43(21)	104(51)
26. A administração está fazendo um bom trabalho (unidade)	36(18)	35(17)	131(65)
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa (hospital)	89(44)	51(25)	56(28)
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa (unidade)	83(41)	41(20)	74(36)
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a)(hospital)	45(22)	39(19)	111(55)
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a) (unidade)	38(19)	28(14)	132(65)
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes	109(54)	10(5)	82(40)
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	37(18)	13(6)	152(75)
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	52(26)	24(12)	119(59)
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados	38(19)	22(11)	127(63)
33. Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área	24(12)	13(7)	163(80)
34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área	37(18)	17(8)	148(73)
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área	34(17)	56(28)	91(45)
36 R*. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns	119(59)	20(10)	61(30)

R: itens reversos

percepção do clima de segurança que os profissionais da clínica cirúrgica em todos os domínios, com exceção ao domínio Percepção do Estresse. Não foi observada diferença significativa da percepção do clima de segurança entre os gêneros masculino e feminino.

No entanto, os enfermeiros gerentes apresentaram escore maior ou igual a 75 em média na maioria dos domínios, enquanto, os auxiliares e técnicos de enfermagem apresentaram escores mais baixos. Vale salientar que o domínio Percepção da Gerência do hospital e da unidade, para todos os profissionais, incluindo os enfermeiros gerentes, apresentou o menor escore.

O domínio Satisfação no Trabalho foi o único que apresentou valores acima de 75 em todos os cargos, e o atendente de enfermagem foi a categoria profissional que apresentou maior escore (91) nesse domínio.

Quanto à percepção do clima de segurança, o pior resultado esteve relacionado ao domínio Percepção da Gerência (unidade e hospital), evidenciada pelos escores mais baixos, enquanto os profissionais com mais de 21 anos de atuação apresentaram melhor percepção quanto ao clima de segurança.

A seguir, nos dados da Tabela 3 são apresentadas a distribuição das respostas dos profissionais de enfermagem por item da escala.

De acordo com a Tabela 3, 62% dos profissionais de enfermagem responderam ser difícil falar abertamente quando percebem algum problema com o cuidado do paciente. Nesse sentido, 49% dos profissionais afirmaram que a cultura em seu local de trabalho não é propícia para aprender com os erros dos outros e 57% dos profissionais discordaram de que suas sugestões sobre segurança do paciente seriam postas em ação, se eles as expressassem à administração. Ainda, 45% dos profissionais responderam que não recebem retorno apropriado sobre seu desempenho.

A maioria dos profissionais (94%) afirmou que gosta de seu trabalho e 83% afirmaram que se sentiriam seguros se fossem tratados como paciente em suas clínicas. Quanto à carga de trabalho, 82% dos profissionais concordaram que, quando a carga de trabalho é excessiva, o desempenho torna-se prejudicado. No entanto, quase metade dos profissionais (44%) discordou da seguinte afirmação: “O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência?”.

Em relação à Percepção da Gerência, a maioria dos profissionais concordou que a administração da unidade está fazendo um bom trabalho, enquanto 47% dos profissionais discordaram ou colocaram neutro, como resposta. Quanto à questão “A administração do hospital apoia meus esforços diários?”, 48% discordaram e 21% preferiram a neutralidade. Ainda no domínio Percepção da Gerência, a maioria dos entrevistados expressou a opinião de que os profissionais “problemáticos” da equipe não são tratados de modo construtivo pela administração do Hospital/Unidade. Finalmente, a maioria dos profes-

sionais não concordou que o número de profissionais fosse suficiente para atender à demanda de pacientes.

DISCUSSÃO

Os últimos estudos na área de segurança do paciente têm investigado o clima de segurança entre diversos hospitais, entre áreas de um mesmo hospital e entre profissionais^(15,16). Neste estudo, nossa proposta foi investigar a percepção do clima de segurança entre profissionais de enfermagem (enfermeiros assistenciais, enfermeiros gerentes, auxiliares e técnicos de enfermagem e atendentes de enfermagem) atuantes em unidades de clínicas médicas e cirúrgicas de um Hospital de Ensino.

De acordo com os resultados deste estudo, observa-se que a percepção quanto ao clima de segurança variou, de acordo com cada domínio, local/unidade (clínica médica ou cirúrgica), categoria profissional e tempo de atuação.

A maioria dos profissionais que participou do estudo concordou parcial ou totalmente com as questões apresentadas. Vale salientar que 94% dos profissionais afirmaram que gostam do trabalho que realizam e 83% se sentiriam seguros, sendo tratados como pacientes em sua área clínica. Estas questões fazem parte do domínio Satisfação no Trabalho, que apresentou maior escore entre os profissionais do estudo (Tabela 2). A aplicação do *SAQ* em unidades de terapia intensiva identificou resultado similar a este quanto ao domínio Satisfação no trabalho entre os profissionais de enfermagem⁽¹⁶⁾.

A boa percepção dos profissionais quanto a este domínio, foi um fator considerado positivo, uma vez que a satisfação do profissional com o trabalho está diretamente relacionada com a qualidade da assistência prestada. Instituições que possuem profissionais insatisfeitos com o trabalho apresentam maiores taxas de rotatividade, e esta rotatividade está associada com a ocorrência de eventos adversos, como erros de medicação, infecções nosocomiais e quedas^(17,18).

Estudo desenvolvido nos Estados Unidos da América mostrou que 41% das enfermeiras estavam insatisfeitas com seu trabalho⁽¹⁹⁾; no Canadá, essa frequência foi de apenas 17%⁽¹⁸⁾. Na Inglaterra, a porcentagem de enfermeiras que pretendem sair da profissão é de 38,9%, e na Noruega o percentual foi de 26%^(20,21). Salário e autonomia são alguns dos fatores que podem influenciar na satisfação do profissional de enfermagem. Enfermeiros que têm a oportunidade de crescimento profissional em seu trabalho são mais satisfeitos com a profissão e têm maior intenção de permanecer na instituição⁽²¹⁾. No Brasil, estudos apontam que a insatisfação do profissional enfermeiro está relacionada ao acúmulo de atividades e às escassas perspectivas de obter novos conhecimentos, prejudicando a qualidade do seu desempenho junto com o paciente⁽²²⁾. Nesse contexto, pesquisadores apontam o conhecimento como uma das principais ferramentas que

os profissionais de saúde possuem para garantir cuidados seguros e de alta qualidade aos pacientes⁽⁴⁾.

O domínio Percepção da Gerência do hospital e da unidade foi o domínio que apresentou menores valores entre os profissionais de enfermagem. Nesse domínio, as questões como “A administração apoia meus esforços diários?” e “Profissionais “problemáticos” da equipe são tratados de modo construtivo?” Foram aquelas que apresentaram maior frequência de resposta e que variaram em “discordo totalmente”, “discordo parcialmente” e “neutro”.

A Percepção da Gerência pelo profissional é um fator importante para a garantia da segurança do paciente, uma vez que este domínio reflete a concordância do profissional quanto às ações da gerência ou da administração do hospital e da unidade relacionadas à segurança do paciente. Criar uma atmosfera no ambiente de trabalho propicia um diálogo aberto sobre erros, um ambiente não punitivo e Treinamento contínuo dos profissionais são algumas das principais ações da administração do hospital e da unidade que podem causar impacto positivo na segurança do paciente⁽²³⁾. Resultados semelhantes quanto ao domínio Percepção da Gerência entre os profissionais da saúde foram identificados também em outros estudos^(10,15).

Quanto à percepção do clima de segurança por categoria de enfermagem, observou-se que os enfermeiros gerentes apresentaram maiores escores, seguidos pelos atendentes de enfermagem, enfermeiros assistenciais, e por último, os auxiliares e técnicos de enfermagem. Sobre essa questão, um estudo evidenciou que ocorreu uma ampla variação da percepção do clima de segurança entre enfermeiras gerentes e assistenciais⁽²⁴⁾. Em um estudo de validação do *Safety Attitude Questionnaire* para o idioma chinês, identificou-se que o domínio *clima de segurança* apresentou um dos menores escores entre os domínios, acima somente do domínio *condições de trabalho*⁽²⁵⁾.

Quanto ao tempo de atuação, foi verificado que os profissionais que atuavam há 21 anos ou mais apresentaram melhor percepção quanto ao clima de segurança do paciente, considerando todos os domínios. No entanto, contrariando este resultado, um estudo identificou que profissionais com menos de 6 meses de atuação apresentaram melhor percepção do clima de segurança do que os profissionais com mais tempo de atuação⁽²⁶⁾.

Diante dos resultados desta pesquisa, evidencia-se que a maioria dos profissionais que participou deste

estudo está satisfeita com o seu trabalho. Entretanto, observou-se que a maioria deles ainda não conhece os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente. Vale ressaltar que os profissionais, em geral, não estão de acordo com as ações tomadas pela gerência do hospital e da unidade quanto às questões de segurança do paciente, afirmação esta que foi evidenciada pelos baixos escores nos domínios de Percepção da Gerência do hospital e da unidade.

CONCLUSÃO

A avaliação da percepção do clima de segurança entre os profissionais da equipe de enfermagem demonstrou uma variação de respostas, conforme cada domínio, classe profissional e tempo de atuação.

Os enfermeiros com cargos de gerência e os trabalhadores atuantes há 21 anos ou mais em seu local de trabalho demonstraram melhor percepção quanto ao clima de segurança do paciente, e, em média, os auxiliares e técnicos de enfermagem apresentaram baixos escores.

Vale ressaltar que a satisfação no trabalho foi demonstrada pela maioria dos participantes do estudo. No entanto, os baixos escores quanto à percepção desses profissionais sobre a gerência hospitalar indicam a distância entre a equipe de enfermagem e os superiores hierárquicos no que se refere ao diálogo sobre as questões de segurança do paciente. Verificou-se que ainda predomina a percepção de que falhas na segurança do paciente resultam apenas em ações punitivas para o profissional, impedindo que o assunto seja discutido de modo positivo por meio de uma ação conjunta entre os pares, visando à melhoria do cuidado em saúde e à redução de riscos ao paciente.

Sendo assim, baseados neste estudo são sugeridas que novas pesquisas possam ser desenvolvidas no Brasil a fim de conhecer o clima de segurança do paciente nos diversos setores hospitalares, propor novas ações para a discussão da temática e buscar, assim, a melhor qualidade no cuidado em saúde.

AGRADECIMENTOS

À Organização Mundial da Saúde (OMS) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo auxílio financeiro.

REFERÊNCIAS

1. Vincent C. Risk, safety and the dark side of quality BMJ. 1997; 314(7097):1775-6.
2. The National Patient Safety Foundation. Agenda for research and development in patient safety [Internet]. 2000 [cited 2012 Jun 30]. Available from: http://www.npsf.org/wpcontent/uploads/2011/10/Agenda_for_RD_in_Patient_Safety.pdf
3. Bates DW. Preventing medication errors: a summary. Am J Health Syst Pharm. 2007; 64(14 Suppl 9):S3-9; quiz S24-6. Erratum in: Am J Health Syst Pharm. 2007; 64(16):1678.
4. Reis AM, Marques TC, Opitz SP, Silva AE, Gimenes FR, Teixeira TC, et al. Errors in medicine administration – profile of medicines: knowing and preventing. Acta Paul Enferm [Internet]. 2010 [cited 2012 Jun 30]; 23 (2): 181-6. Available

- from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/05.pdf>
5. Silva AE, Cassiani SH, Miasso AI, Opitz SP. [Communication problems: a potential cause for medication error-rates]. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(3):272-6. Portuguese.
 6. de Faria LM, Cassiani SH. Medication interaction: knowledge of nurses in intensive care units. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(2): 264-70.
 7. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in healthcare. *Qual Saf Health Care.* 2006; 15(2):109-15.
 8. González-Romá V, Peiró JM, Lloret S, Zornoza A. The validity of collective climates. *J Occup Organ Psychol.* 1999; 72(1), 25-40.
 9. Naveh E, Katz-Navon T, Stern Z. Treatment errors in healthcare: a safety climate approach. *Manage Sci.* 2005; 51(6):948-60.
 10. Scott T, Mannion R, Davies H, Marshall M. The quantitative measurement of organizational culture in health care: a review of the available instruments. *Health Serv Res.* 2003; 38(3):923-45.
 11. Gershon RR, Stone PW, Bakken S, Larson E. Measurement of organizational culture and climate in healthcare. *J Nurs Adm.* 2004; 34(1):33-40.
 12. 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; 6:44.
 13. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care.* 2005; 14(5):364-6.
 14. Carvalho REFL. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2011. 143 p.
 15. France DJ, Greevy RA Jr, Liu X, Burgess H, Dittus RS, Weinger MB, et al. Measuring and comparing safety climate in intensive care units. *Med Care.* 2010; 48(3):279-84.
 16. Huang DT, Clermont G, Sexton JB, Karlo CA, Miller RG, Weissfeld LA, et al. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. *Crit Care Med.* 2007; 35(1):165-76.
 17. Sochalski J. Quality of care, nurse staffing, and patient outcomes. *Policy Polit Nurs Pract.* 2001, 2(1) 9-18.
 18. O'Brien-Pallas L, Thomson D, Hall LM, Pink G, Kerr M, Wang S, et al. Evidence-based standards for measuring nurse staffing and performance [Internet]. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2004. Available from: http://fhs.mcmaster.ca/nru/documents/_VTI_CNF/Evidence%20Based%20Standards%20for%20Measuring%20Nurse%20Staffing%20and%20Performance.pdf
 19. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med.* 2002; 346(22):1715–22.
 20. Bjørka IT, Samdal GB, Hansenc BS, Tørstad S, Hamilton GA. Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2007; 44(5): 747–57.
 21. Duffield C, Roche M, O'Brien-Pallas L, Catling-Paull C, King M. Staff satisfaction and retention and the role of the nursing unit manager. *Collegian.* 2009; 16(1):11-7.
 22. Del Cura ML, Rodrigues AR. Satisfação profissional do enfermeiro. *Rev Latinoam Enferm.* 1999; 7(4): 21-8.
 23. Carvalho VT, Cassiani SH. [Analysis of nursing professionals' behaviors in face of errors in medication administration]. *Acta Paul Enferm.* 2002;15(2): 45-54.
 24. Campbell EG, Singer S, Kitch BT, Iezzoni LI, Meyer GS. Patient safety climate in hospitals: act locally on variation across units. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010; 36(7):319-26.
 25. Lee WC, Wung HY, Liao HH, Lo CM, Chang FL, Wang PC, et al. Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version Safety Attitude Questionnaire. *BMC Health Serv Res.* 2010; 10:234.
 26. Nabhan A, Ahmed-Tawfik MS. Understanding and attitudes towards patient safety concepts in obstetrics. *Int J Gynecol Obstet.* 2007; 98(3): 212–6.