

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001460015>

CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL PRIVADO¹

Maria Helena Barbosa², Daniela Rosa Floriano³, Karoline Faria de Oliveira⁴, Kleiton Gonçalves do Nascimento⁵,
Lúcia Aparecida Ferreira⁶

¹ Pesquisa com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais.

² Doutora em Enfermagem na Saúde do Adulto. Professor da Graduação em Enfermagem e no Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: mhelena331@hotmail.com

³ Graduanda em Enfermagem pela UFTM. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: danielarosa10183@hotmail.com

⁴ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da UFTM. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: karol_fm2005@yahoo.com.br

⁵ Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da UFTM. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: kleiton_uniube@yahoo.com.br

⁶ Doutora em Enfermagem. Professor do Curso de Graduação da UFTM. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: lap2ferreira@yahoo.com.br

RESUMO: Avaliar o clima de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde em hospital privado de médio porte de um município de Minas Gerais e verificar se há relação entre as variáveis sociodemográficas e a pontuação de clima de segurança. Estudo descritivo, exploratório, correlacional, realizado com 123 profissionais da saúde, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados foram coletados utilizando-se o Questionário de Atitudes de Segurança. Para análises, foram utilizados os testes *t* de Student, análise de variância e correlação de Spearman ($\alpha=0,05$). A pontuação geral do instrumento foi 67,50. O domínio com melhor pontuação foi o de satisfação no trabalho (82,79) e os domínios com menores pontos foram percepção da gerência (58,90) e condições de trabalho (59,58). Não houve diferenças entre os sexos, nível de escolaridade, presença de outro vínculo empregatício ou atuação profissional. Pontuações de clima de segurança estiveram abaixo do recomendado pela literatura.

DESCRIPTORES: Segurança do paciente. Gerenciamento de segurança. Pessoal de saúde.

PATIENT SAFETY CLIMATE AT A PRIVATE HOSPITAL

ABSTRACT: Evaluate the patient safety climate from the perspective of the health team members at a medium-sized private hospital in a city in the state of Minas Gerais, Brazil and check for relations between the sociodemographic variables and the safety climate scores. This is a descriptive, exploratory and correlational study, conducted with 123 health professionals, with approval from the Research Ethics Committee. Data were collected using the Safety Attitudes Questionnaire. For analysis, we used Student's *t*-test, analysis of variance and Spearman's correlation ($\alpha = 0.05$). The general score on the instrument was 67.50. The best domain score was found for job satisfaction (82.79) and the lowest for perceived management (58.90) and working conditions (59.58). No differences were found between the sexes, education level, presence of other employment or professional activities. The safety climate scores observed were lower than the scores recommended in the literature.

DESCRIPTORS: Patient safety. Safety management. Health personnel.

CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL PRIVADO

RESUMEN Evaluar el ambiente de seguridad del paciente en la perspectiva de los profesionales del equipo de salud en un hospital privado en una ciudad del Estado de Minas Gerais. Estudio descriptivo, exploratorio y correlacional, realizado con 123 profesionales de salud, aprobado por el Comité de Ética en Investigación. Los datos se recolectaron utilizando el *Safety Attitudes Questionnaire*. En los análisis se utilizaron los tests *t* de Student, análisis de la varianza y correlación de Spearman ($\alpha=0,05$). La puntuación general del instrumento fue de 67,50. El dominio con mejor puntuación fue el de satisfacción en el trabajo (82,79) y los dominios con menores puntajes fueron el de percepción de la gerencia (58,90) y condiciones de trabajo (59,58). No hubo diferencias entre los sexos, nivel de estudios, presencia de otro vínculo laboral o actuación profesional. Se han observado puntuaciones de clima de seguridad con valores por debajo de lo recomendado por la literatura.

DESCRIPTORES: Seguridad del paciente. Gestión de la seguridad. Personal de salud.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente, na atualidade, tornou-se assunto prioritário na área da saúde, com debates no âmbito mundial. Cada vez mais, as organizações institucionais reconhecem a importância de se oferecerem serviços com qualidade total, e com redução do risco e danos desnecessários, objetivando alcançar a satisfação e a segurança do paciente.¹ As instituições de saúde têm se tornado cada vez mais conscientes da importância de se avaliar o clima de segurança, visto que é fundamental para avaliar a qualidade da assistência prestada ao paciente.²

O clima de segurança é definido como as percepções compartilhadas entre os membros da gerência e grupo de trabalhadores em relação às políticas, procedimentos e práticas de segurança. Em suma, o clima de segurança reflete a percepção dos trabalhadores sobre o verdadeiro valor da segurança em uma organização, como um fator que contribui para a redução das lesões acidentais.³

Mensurar o clima de segurança de uma instituição permite identificar pontos fracos e fortes do comportamento dos funcionários, além de possibilitar a identificação das áreas mais afetadas, com a finalidade de organizar e programar intervenções.⁴

Assim, conhecer os fatores organizacionais e profissionais que podem influenciar na segurança do paciente em instituições de saúde faz-se imperativo para subsidiar a implementação de intervenções que possam contribuir para o clima de segurança nessas instituições, além de assegurar a qualidade da assistência.

O objetivo desta pesquisa foi avaliar o clima de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde de um hospital privado de médio porte de um município de Minas Gerais (Brasil) e verificar se há relação entre as variáveis sociodemográficas e a pontuação de clima de segurança.

MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo, exploratório, correlacional, com abordagem quantitativa dos dados.

A pesquisa foi realizada no município de Uberaba-MG, que apresentava, em sua infraestrutura, quatro hospitais com a classificação privado. Destes, apenas um aceitou participar do estudo.

Foram convidados para a coleta dos dados todos os profissionais de enfermagem (enfermei-

ros, técnicos e auxiliares de enfermagem), médicos (plantonistas e responsáveis das equipes médicas e cirúrgicas), assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e técnicos de farmácia e serviços de imagem que atuavam no atendimento aos pacientes nas unidades do hospital, campo de estudo.

Como critérios de inclusão foram considerados estar trabalhando no hospital pelo menos há um mês e trabalhar no mínimo 20 horas semanais. Foram excluídos do estudo os profissionais que encontravam-se em licença médica, com afastamento do trabalho por outros motivos, ou que não responderam ao questionário após três tentativas de abordagens.

Dos 233 profissionais que atenderam aos critérios de inclusão, 25 (10,73%) não aceitaram responder ao questionário e 85 (36,48%) não devolveram o questionário após três abordagens. Por conseguinte, 123 (52,79%) profissionais responderam ao questionário. A coleta de dados foi realizada no ano de 2014, durante três meses.

Os profissionais foram abordados em sua jornada de trabalho, sendo liberados por sua chefia imediata para participação. Após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa, foram coletados termos de consentimento ético e, posteriormente, foram entregues dois questionários para o preenchimento pelo próprio participante, sendo utilizados o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), validado para o idioma português do Brasil,² e um questionário de caracterização contendo variáveis sociodemográficas e profissionais (sexo, categoria profissional, tempo de atuação na especialidade, unidade de atuação, atuação principal e profissional, tempo de formação e de atuação na instituição, nível de escolaridade e presença de outro vínculo empregatício).

O SAQ foi utilizado após a autorização da autora responsável pela validação do instrumento para a utilização nesta pesquisa.

O questionário contém 41 itens, dos quais 36 correspondem a seis domínios, sendo: 1) Clima de Trabalho em Equipe (qualidade do relacionamento e colaboração entre os membros de uma equipe); 2) Clima de Segurança (percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente); 3) Satisfação no Trabalho (visão positiva do local de trabalho); 4) Percepção do Estresse (reconhecimento de quanto os fatores estressores podem influenciar na execução do trabalho); 5) Percepção da Gerência (aprovação das ações da gerência ou administração na unidade em que

o profissional atua ou no hospital) e; 6) Condições de Trabalho (qualidade do ambiente de trabalho).⁵ Existem, no SAQ, cinco itens que não pertencem a nenhum domínio, os quais são interpretados de forma isolada.

A resposta de cada item segue a escala de cinco pontos de Likert: 'discorda totalmente', 'discorda parcialmente', 'neutro', 'concorda parcialmente', 'concorda totalmente' e 'não se aplica'. A pontuação final da escala varia de zero a cem, sendo zero a pior percepção do clima de segurança e cem, a melhor percepção. Segundo os autores originais do instrumento, são consideradas pontuações positivas valores ≤ 75 .⁶ Para critérios de interpretação dos dados deste estudo, foi utilizado, como nivelamento, o valor de pontuação sugerido pelos idealizadores do instrumento, considerando que esses dados não foram testados no Brasil.

Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica do programa *Excel®* para *Windows®*, validados por dupla digitação e exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 19.0, para *Windows®*, para processamento e análise.

As variáveis qualitativas foram analisadas segundo estatística descritiva, por meio da distribuição de frequência absoluta e porcentual, enquanto para as variáveis quantitativas, foram utilizadas medidas descritivas de centralidade (média) e de dispersão (desvio padrão, valor mínimo e valor máximo).

Concernente ao cálculo das pontuações, por domínio, somaram-se as respostas dos itens de cada domínio e dividiu-se o resultado pelo número de itens correspondente a cada domínio, com base na fórmula $(m-1) \times 25$, na qual m é a média dos itens do domínio em questão, variando no intervalo [0-100].

Foi realizado teste de correlação de Spearman para as variáveis ordinais (tempo de formação, tempo na especialidade e tempo em que trabalha na instituição) e as pontuações de clima de segurança. Os resultados dessas correlações foram apresentados descritos, e não em tabelas. Para análise bivariada, da influência das variáveis categóricas sobre as pontuações de segurança, utilizou-se o teste t de Student (categóricas dicotômicas), análise de variância (ANOVA) para três ou mais categorias. Foram consideradas associações estatisticamente significativas aquelas com $p \leq 0,05$.

Este estudo é parte do projeto de pesquisa intitulado A cultura de segurança do paciente em hospitais de uma região de Minas Gerais, que teve apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa

do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP-UFTM), parecer número 2.306 de 25 de abril de 2012, respeitando a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos.⁷

RESULTADOS

Da população de 233 sujeitos, foram coletados dados de 123 (52,79%) profissionais, respeitando-se os critérios descritos no método. Destes profissionais, 14 (11,38%) já tinham respondido o mesmo questionário em outra instituição. Esses sujeitos foram reavaliados, pois o instrumento possui características peculiares à realidade de cada hospital.

Em relação à quantidade de vínculos institucionais, 66 (53,66%) possuíam outro vínculo empregatício. A maioria dos profissionais (97; 78,86%) era do sexo feminino. Também a maioria dos profissionais atuava com pacientes adultos (61; 49,59%). Os profissionais dos serviços de nutrição, terapia ocupacional, social, fonoaudiologia e radiologia (55; 44,71%) atuavam com pacientes adultos e pediátricos. Apenas sete profissionais (5,69%) atuavam com crianças.

A categoria profissional que mais participou foi a dos técnicos de enfermagem, com 84 (68,29%) participantes, seguida dos enfermeiros, com 26 (21,14%) e, depois, dos auxiliares de enfermagem, com cinco (4,07%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da categoria profissional segundo os participantes do estudo e a porcentagem de adesão ao estudo. Uberaba-MG, 2014. (n=123)

| Profissionais | n | % |
|------------------------|----|-------|
| Enfermeiro | 26 | 21,14 |
| Auxiliar de Enfermagem | 5 | 4,07 |
| Técnico de Enfermagem | 84 | 68,29 |
| Psicólogo | 1 | 0,81 |
| Fisioterapeuta | 2 | 1,63 |
| Assistente Social | 1 | 0,81 |
| Nutricionista | 2 | 1,63 |
| Fonoaudiólogo | 1 | 0,81 |
| Técnico em Raio X | 1 | 0,81 |

Referente ao setor de atuação, a maioria dos profissionais trabalhava em clínica médica (44; 35,77%), seguidos da unidade de terapia intensiva adulto (23; 18,70%) e do pronto-socorro (22; 17,89%). Os setores de controle de infecção hospitalar, ra-

diologia, ouvidoria e recursos humanos obtiveram participação de apenas um profissional, totalizando 0,8% cada um deles.

A média de permanência na especialidade em

que atuavam foi de 3,64 (desvio padrão DP±1,6) anos. Em média, os profissionais possuíam 3,67 (DP±1,66) anos de atuação na instituição e tempo de formação médio de 4,67 (DP±1,16) anos (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição do tempo de atuação na especialidade, tempo de formação e tempo de atuação dos participantes da pesquisa. Uberaba-MG, Brasil, 2014. (n=123)

| Tempo | Na especialidade n(%) | Formação n(%) | Atuação n(%) |
|------------------|-----------------------|---------------|--------------|
| Menos de 6 meses | 12 (9,76) | 0 | 13 (10,57) |
| 6 a 11 meses | 19 (15,45) | 3 (2,44) | 19 (15,45) |
| 1 a 2 anos | 28 (22,76) | 16 (13,01) | 31 (25,20) |
| 3 a 4 anos | 28 (22,76) | 35 (28,46) | 16 (13,01) |
| 5 a 10 anos | 21 (17,07) | 42 (34,15) | 27 (21,95) |
| 11 a 20 anos | 8 (6,50) | 19 (15,45) | 11 (8,94) |
| 21 anos ou mais | 7 (5,69) | 8 (6,50) | 6(4,88) |

A pontuação geral média obtida pelo instrumento foi 67,50 (DP±12,82), com mínimo de 37,20 e máximo de 94,38.

Na análise dos pontos por domínios, como demonstra na tabela 3, o domínio que apresentou maior pontuação foi o de número 3, relacionado à satisfação no trabalho, tendo média de 82,79 (DP±18,09) pontos, evidenciando-se que a maioria dos profissionais possuía satisfação e tinha uma

visão confiante e positiva em relação ao ambiente de trabalho.

Representando os menores pontos estiveram o domínio 5, relacionado à percepção da gerência da unidade e do hospital, com média de 58,90 (DP±18,92), e o domínio 6, o qual avaliava as condições de trabalho, com média de 59,58 (DP±27,76) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da análise univariada das pontuações por domínios. Uberaba-MG, Brasil, 2014

| Estatística | Clima de trabalho em equipe | Clima de segurança | Satisfação no trabalho | Percepção do estresse | Percepção da gerência | Condições de trabalho |
|---------------|-----------------------------|--------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Média | 63,66 | 69,03 | 82,79 | 65,32 | 58,90 | 59,58 |
| Desvio Padrão | 13,38 | 16,69 | 18,09 | 28,31 | 18,92 | 27,76 |
| Mínima | 28,57 | 25,00 | 8,33 | - | 21,43 | - |
| Máxima | 85,71 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Na tabela 4, é apresentada a frequência de respostas dos itens 14, 33, 34, 35 e 36, os quais não corresponderam a nenhum domínio apresentado,

segundo as normas do instrumento SAQ. Observou-se que a maior parte das respostas esteve concentrada em 'concordo totalmente' (Tabela 4).

Tabela 4 - Frequência de respostas dos participantes relacionada aos itens que não correspondem a nenhum domínio. Uberaba-MG, Brasil, 2014

| Itens não pertencentes a nenhum domínio | DT* n (%) | DP† n (%) | Neutro n (%) | CP ‡ n (%) | CT § n (%) | NA n (%) |
|--|-----------|-----------|--------------|------------|------------|-------------|
| 14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração. | 13 (10,6) | 15 (12,2) | 25 (20,3) | 30 (24,4) | 33 (26,8) | 7 (5,7) |
| 33. Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área. | 4 (3,3) | 13 (10,6) | 11 (8,9) | 20 (16,3) | 72 (58,5) | 3 (2,4) |
| 34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área. | 7 (5,7) | 14 (11,4) | 13 (10,6) | 24 (19,5) | 64 (52,0) | - |

| Itens não pertencentes a nenhum domínio | DT* n (%) | DP† n (%) | Neutro n (%) | CP ‡ n (%) | CT § n (%) | NA n (%) |
|--|--------------|--------------|-----------------|---------------|---------------|----------------|
| 35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área. | 13 (10,6) | 12 (9,8) | 18 (14,6) | 23 (18,7) | 48 (39,0) | 9 (7,3) |
| 36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns. | 37 (30,1) | 29 (23,6) | 14 (11,4) | 23 (18,7) | 16 (13,0) | 4 (3,3) |

*DT: Discordo totalmente; †DP: Discordo parcialmente; ‡CP: Concordo parcialmente; § CT: Concordo totalmente; || NA: Não se aplica.

Em relação à existência de correlação entre o tempo em que atuava na especialidade, foi encontrada correlação inversa significativa no instrumento de forma geral ($p=0,004$; $\rho=-0,25$) e nos domínios 1 ($p=0,004$; $\rho=-0,257$), 2 ($p=0,03$; $\rho=-0,19$), 4 ($p=0,007$; $\rho=-0,241$), e 6 ($p=0,009$; $\rho=-0,233$).

Quanto ao tempo de formação, houve correlação inversa significativa nos domínios 2 ($p=0,02$; $\rho=-0,20$) e 6 ($p=0,009$; $\rho=-0,23$). O tempo de atuação na instituição também apresentou correlações inversas

significativa na pontuação geral ($p=0,02$; $\rho=-0,21$) e nos domínios 1 ($p=0,03$; $\rho=-0,19$), 4 ($p=0,003$; $\rho=-0,26$) e 6 ($p=0,03$; $\rho=-0,20$).

Em relação à análise bivariada, não foi verificada a existência de diferenças significativas entre os sexos (feminino e masculino), nível de escolaridade (possui ou não pós-graduação) e presença de outro vínculo empregatício (possui ou não outro vínculo) em relação à pontuação geral ou em cada domínio (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição da diferença de média entre sexo, realização de pós-graduação, presença de outro vínculo empregatício e atuação profissional em relação à pontuação geral e por domínios. Uberaba-MG, Brasil, 2014

| Variável | Pontuação geral | Clima de trabalho em equipe | Clima de segurança | Satisfação no trabalho | Percepção do estresse | Percepção da gerência | Condições de trabalho |
|--------------------------|-----------------|-----------------------------|--------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sexo masculino | 60,95 | 68,13 | 63,34 | 74,38 | 56,89 | 55,87 | 40,52 |
| Média/(DP*) | (10,95) | (13,62) | (16,39) | (18,32) | (24,14) | (17,78) | (29,63) |
| Sexo feminino | 65,76 | 75,34 | 65,12 | 82,33 | 64,69 | 50,05 | 46,45 |
| Média/(DP*) | (15,40) | (15,48) | (30,80) | (23,79) | (29,91) | (12,30) | (19,97) |
| p† | 0,74 | 0,72 | 0,39 | 0,75 | 0,13 | 0,53 | 0,07 |
| Pós graduado | 65,94 | 76,23 | 70,29 | 81,15 | 62,31 | 57,78 | 40,97 |
| Média/(DP*) | (13,35) | (15,07) | (14,62) | (23,65) | (19,77) | (21,73) | (20,61) |
| Graduado | 64,34 | 72,99 | 62,79 | 80,50 | 63,33 | 48,97 | 46,71 |
| Média/(DP*) | (15,16) | (15,43) | (21,66) | (22,79) | (22,74) | (22,15) | (21,32) |
| p† | 0,76 | 0,93 | 0,35 | 0,17 | 0,91 | 0,69 | 0,89 |
| Possui outro vínculo | 64,38 | 73,19 | 67,33 | 78,99 | 62,15 | 56,00 | 45,33 |
| Média/(DP*) | (13,39) | (14,58) | (16,35) | (15,39) | (18,83) | (20,89) | (36,19) |
| Não possui outro vínculo | 65,19 | 74,58 | 61,72 | 82,63 | 64,13 | 45,73 | 45,07 |
| Média/(DP*) | (16,15) | (16,29) | (17,83) | (19,68) | (19,18) | (20,20) | (20,36) |
| p† | 0,83 | 0,25 | 0,62 | 0,85 | 0,89 | 0,94 | 0,78 |
| Assistencial | 65,31 | 75,36 | 65,79 | 80,50 | 63,23 | 48,76 | 47,79 |
| Média/(DP*) | (15,97) | (15,68) | (17,85) | (15,50) | (20,33) | (22,81) | (16,52) |
| Administrativo | 65,31 | 73,49 | 49,69 | 76,43 | 66,04 | 61,95 | 22,86 |
| Média/(DP*) | (8,12) | (11,13) | (16,81) | (18,64) | (18,96) | (10,59) | (23,32) |
| Ambos | 62,79 | 68,58 | 65,49 | 82,50 | 61,62 | 56,91 | 42,67 |
| Média/(DP*) | (11,12) | (14,48) | (16,41) | (12,51) | (16,78) | (20,78) | (22,40) |
| p† | 0,76 | 0,16 | 0,35 | 0,82 | 0,93 | 0,77 | 0,23 |

DP: Desvio Padrão; †p: valor de p (teste T Student); ‡p: valor de p (teste Anova)

Ao realizar a ANOVA em relação à atuação profissional (assistencial, administrativo ou ambos),

não foi encontrada diferença significativa entre os grupos em relação às pontuações ($p<0,05$) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Dentre os participantes do estudo, houve predomínio da equipe de enfermagem (93,49%). Na literatura, estudos utilizando o mesmo instrumento também obtiveram em suas amostras maior proporção da equipe de enfermagem: 93%,⁸ 45%⁹ e 65%.¹⁰

Houve menor participação das equipes médica e farmacêutica. A baixa frequência nas respostas dos médicos foi observada em outros estudos realizados com mesmo instrumento, correspondendo, por exemplo, a 2,4%,⁹ 7%,⁸ 6%¹⁰ da população. No entanto, pesquisa, realizada em um centro cirúrgico geral e obstétrico de um hospital de ensino encontrou grande adesão da equipe médica (67 médicos; 36,21%).¹¹ Porém, nesse hospital, o Programa Cirurgia Segura já estava instalado por um período de três anos, o que pode ter contribuído para uma maior adesão desses profissionais.

Sugere-se uma menor adesão desses profissionais em razão de a temática 'segurança do paciente', apesar de envolver todos os profissionais da saúde, ter uma maior prevalência na matriz curricular dos cursos de formação da equipe de enfermagem.

A maioria dos profissionais era do sexo feminino (78,9%), como também foi encontrado em outros estudos em diversas localidades, como Taiwan (87,2%),¹⁰ Índia (54,00%)⁹ e Suécia (89%).¹² No setor saúde, a ocupação da força de trabalho feminino ultrapassa 75%, estando particularmente concentrada nos profissionais de enfermagem. Em concordância a estes dados, no Brasil, a enfermagem, representada por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem representa a maior força de trabalho nas instituições de saúde.¹³

Em média, os profissionais deste estudo possuíam 3,67 anos de atuação na instituição e a média de permanência na especialidade em que atuavam foi de 3,64 anos. Corroborando esse dado, estudo realizado em 13 hospitais gerais na Arábia Saudita mostrou que a maioria dos profissionais também possuía menos de cinco anos na especialidade.¹⁴ O tempo de atuação profissional na instituição e no setor são importantes indicadores da segurança do paciente, uma vez que representa a rotatividade de profissionais dentro da instituição, o qual impossibilita a continuidade do cuidado efetivo ao paciente, além de melhor interação em relação à padronização das normas e rotinas do setor.²

A pontuação geral média obtida foi de 67,50, ou seja, abaixo do recomendado pela literatura, representando, assim, um clima de segurança bai-

xo. Foram encontrados, na literatura, estudos que corroboram os dados do presente estudo, como 63,8 pontos,⁸ 61,5 pontos² e 41,4 pontos,¹⁰ por exemplo.

Quanto à análise dos domínios, o primeiro domínio, o clima de trabalho em equipe, apresentou média de 63,66 pontos (DP±13,38), demonstrando, assim, uma percepção ruim quanto à qualidade do relacionamento e à colaboração entre os membros de uma equipe. Estudos também encontraram médias semelhantes.^{8,10} Isso pode refletir problemas interpessoais constantes, equipe não cooperativa e trabalhadores frustrados com seu reconhecimento profissional.⁸ Programas de formação de equipe interdisciplinar, mecanismos de comunicação eficientes e educação permanente sobre métodos automatizados levam a um melhor clima de trabalho em equipe.¹⁵⁻¹⁶

O segundo domínio, clima de segurança, obteve média de 69,03 pontos (DP±16,69), estando abaixo do recomendado e evidenciando que é incipiente o comprometimento organizacional da instituição com foco na segurança do paciente. Outros estudos mostram dados semelhantes.⁸⁻¹⁰

Quando os profissionais de saúde não percebem um bom clima de segurança, isso indica que eles não veem uma dedicação verdadeira à segurança do paciente em sua unidade.⁸ Medidas como relatos de erros sem penalização e reformulação dos processos administrativos de modo a permitirem aos trabalhadores uma situação confortável para discussão sobre segurança contribuem para melhoria e manutenção do clima de segurança nas instituições.¹⁷

O terceiro domínio do instrumento, satisfação no trabalho, apresentou 82,79 pontos, evidenciando uma percepção positiva dos profissionais em relação ao seu trabalho. Além disso, representa o domínio que obteve maior média do estudo, o que corrobora o encontrado em pesquisa realizada em dez hospitais americanos e em dois suíços, com média 77,6.⁸

Estudo de revisão integrativa, que avaliou a satisfação no trabalho da equipe de enfermagem, observou que a satisfação envolve reconhecimento profissional, bem-estar, excelência na assistência e bom relacionamento no trabalho, tendo grande influência na instituição e nos clientes. Em contrapartida, a falta de socialização e cumplicidade entre as equipes, a sobrecarga de trabalho, o desprestígio profissional, a falta de recursos materiais e os baixos salários podem gerar a insatisfação.¹⁸

O quarto domínio, a percepção do estresse, faz o reconhecimento de quanto os fatores estres-

sores podem influenciar na execução do trabalho e teve média de 65,32 pontos. Em outros estudos que utilizaram o instrumento SAQ também foram encontradas médias baixas em relação ao estresse, sendo de 30,7 a 58,7 pontos,^{8,19-21} demonstrando que esses profissionais não reconhecem que situações de tensão e estresse prejudicam seu desempenho.

Percepção da gerência constituiu o quinto domínio deste estudo, com média de 58,90 pontos. Esse domínio está relacionado à aprovação das ações da gerência ou administração, tanto da unidade quanto do hospital como um todo. Este item apresentou a pior média do estudo, demonstrando a insatisfação dos profissionais quanto às ações da gerência frente às questões de segurança. Isso pode refletir o fato de os profissionais considerarem a administração não preocupada com o bem-estar dos pacientes e da própria instituição. Valores inferiores foram encontrados em outros estudos com médias de 37 a 55 pontos.^{8,10,19,22-23}

Criar uma atmosfera no ambiente de trabalho propícia ao diálogo aberto sobre erros, oferecer um ambiente não punitivo e ter 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.¹⁵⁻¹⁶

O sexto domínio a ser discutido, aborda as condições de trabalho por meio da percepção da qualidade do ambiente, obtendo média de 59,58. Os profissionais possuem visão negativa da qualidade do local de trabalho, assim como encontrado também em outras pesquisas, com pontuações variando de 40 a 65 pontos.^{5,8,19,22-23}

Isso pode significar deficiências nos programas de treinamentos, participação não representativa nas decisões da instituição dos profissionais, sendo necessário o desenvolvimento de ações para melhorias.⁸ Condições como relação enfermeiro-paciente desequilibrada e longas jornadas de trabalho contribuem para o desgaste do profissional e a ocorrência de erros, uma vez que diminuem suas interações com os pacientes, e limitam o uso dos conhecimentos e habilidades de forma eficazes.²⁴

CONCLUSÃO

O clima de segurança do paciente, na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde do um hospital privado de Uberaba-MG, foi considerado abaixo do recomendado pela literatura, o que pode repercutir em atitudes profissionais não direcionadas às escolhas seguras ou em planejamento

de ações com lacunas em relação ao que poderia proporcionar danos aos pacientes.

Dentre as piores pontuações encontradas estiveram a de percepção da gerência da unidade e do hospital e as condições de trabalho, que seriam ferramentas fundamentais para o desenvolvimento de uma prática segura.

As variáveis sociodemográficas não interferiram na avaliação da pontuação do clima de segurança. De acordo com o perfil profissional, foi encontrada correlação inversa significativa no instrumento de forma geral e na maioria dos domínios com o tempo em que atua na especialidade. Houve também correlação inversa significativa em dois domínios com o tempo de formação, e o tempo de atuação na instituição obteve correlação inversa na pontuação geral e em três domínios.

A avaliação do clima de segurança institucional possibilita o direcionamento de ações que poderão ser realizadas com a finalidade de reduzir os fatores que contribuem para erros, promovendo, assim, uma assistência de maior qualidade, e prezando pela segurança do profissional e do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Charles V. Segurança do paciente: orientações para evitar os eventos adversos. Porto Alegre (RS): Yendis; 2010.
2. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2012 [cited 2015 Aug 5]; 20(3):. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf
3. The Nordic Council of Ministers. National Research Centre for the Working Environment Publications Questionnaires NOSACQ-50 - Safety Climate Questionnaire [Internet]. [cited 2014 Dec 09]. Available from: <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/en/publikationer/spoergeskemaer/nosacq-50> 2014
4. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: initial stage. Cad Saúde Pública. 2012 Jan-Nov; 28(1):2199-210.
5. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm [Internet]. 2012 [cited 2015 Aug 5]; 25(5):728-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/13.pdf>
6. Sexton JB, Thomas EJ. The safety attitudes questionnaire (SAQ): guidelines for administration. Huston (US): The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice; 2003.

7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 1996. Seção 1.
8. Schwendimann R, Zimmermann N, Küng K, Ausserhofer D, Sexton B. Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. *BMJ Qual Saf.* 2013 Jan; 22(1):32-41.
9. Patel, S, Wu AW. Safety Culture in Indian Hospitals: A Cultural Adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire. *J Patient Saf.* 2016 Jun; 12(2):75-81.
10. Lee WC, Wung HY, Liao HH, Lo CM, Chang FL, Wang PC, et al. Hospital safety culture in taiwan: a nation wide survey using chinese version safety attitudes questionnaire. *BMC Health Serv Res.* 2010 Aug 10;10:234
11. Cauduro FLFC. Avaliação da cultura de segurança em unidades cirúrgicas [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2013.
12. Göras C, Wallentin FY, Nilsson U, Ehrenberg A. Swedish translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operating room version). *BMC Health Serv Res.* 2013 Mar 19; 13:104.
13. Conselho Federal de Enfermagem (CFE). Atlas da Enfermagem - Profissionais de enfermagem por sexo no Brasil [Internet]. Brasília (DF): CFE; 2011 [cited 2015 Aug 5]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/pesquisaprofissionais.pdf>
14. Alahmadi HA. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Health Care.* 2010 Oct; 19(5):e17.
15. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013 Mar 5; 158(5 Pt 2):369-74.
16. Fagan MJ. Techniques to improve patient safety in hospitals: what nurse administrators need to know. *J Nurs Adm.* 2012 Sep; 42(9):426-30.
17. Mcfadden KL, Stock GN, Gowen CR. Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: impact on process quality and patient safety. *J Nurs Adm.* 2014 Oct; 44(10 Suppl):S27-37.
18. Melo MB, Barbosa MA, Souza PR. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Latino-Am Enferm [Internet].* 2011 Jul.-Ago [cited 2015 Aug 6]; 19(4):[09 telas]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_26.pdf
19. Chaboyer W, Chamberlain D, Hewson-Conroy K, Grealy B, Elderkin T, Brittin M, et al. CNE Article: Safety culture in australian intensive care units: establishing a baseline for quality improvement. *Am J Crit Care.* 2013 Mar; 22(2):93-102.
20. Profit J, Etchegaray J, Petersen LA, Sexton JB, Hysong SJ, Mei M, et al. The safety attitudes questionnaire as a tool for bench marking safety culture in the NICU. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012 Mar; 97(2):F127-32.
21. Raftopoulos V, Pavlakis A. Safety climate in 5 intensive care units: a Nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the safety attitudes questionnaire. *J Crit Care.* 2013 Feb; 28(1):51-61.
22. Marinho MM, Radünz V, Barbosa SFF. Assessment of safety culture by surgical unit nursing teams. *Texto Contexto Enferm [Internet].* 2014 [cited 2015 Aug 6]; 23(3):581-90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300581&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en
23. Gutiérrez-Cía I, De Cos Pm, Juan Ay, Obón-Azuara B, Alonso-Ovies Á, Martín-Delgado Mc, et al. Percepción de la cultura de seguridad en los servicios de medicina intensiva españoles. *Med Clínica.* 2010 Jul; 135(1):37-44.
24. Atefi N, Abdullah KL, Wong LP, Mazlom R. Factors influencing registered nurses perception of their overall job satisfaction: a qualitative study. *Int Nurs Rev.* 2014 Sep; 61(3):352-60.