

**Clima de segurança dos profissionais da saúde em um hospital universitário**

**Safety climate of health professionals in a university hospital**

**Clima de seguridad de los profesionales de la salud en un hospital universitario**

Recebido: 07/01/2020 | Revisado: 28/01/2020 | Aceito: 14/02/2020 | Publicado: 19/02/2020

**Rúbia Gabriela Fernandes Salgado**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4093-3270>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: [rgabifs@hotmail.com](mailto:rgabifs@hotmail.com)

**Edison Luiz Devos Barlem**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6239-8657>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: [ebarlem@gmail.com](mailto:ebarlem@gmail.com)

**Ana Luiza Muccillo Baisch**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9475-6698>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: [anabaisch@gmail.com](mailto:anabaisch@gmail.com)

**Silvana Possani Medeiros**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4053-8545>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: [silpossani@hotmail.com](mailto:silpossani@hotmail.com)

**Rochele Maria Zugno**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4480-0950>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: [rochelezugno@hotmail.com](mailto:rochelezugno@hotmail.com)

**Bruna Ruoso da Silva Neutzling**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1964-264X>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: [brunaneutzling10@gmail.com](mailto:brunaneutzling10@gmail.com)

**Resumo**

Analisar os preditores e fatores associados à cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar. Estudo quantitativo com delineamento transversal, realizado com 263 profissionais

selecionados aleatoriamente e submetidos à aplicação do Instrumento Safety Attitude Questionnaire. Realizou-se análise estatística descritiva, correlação de Pearson, análise de variância e regressão linear. Nesse contexto, o constructo que obteve a maior média foi o de Satisfação no trabalho, já a menor foi o da Percepção da atuação da gerência da unidade e da organização sob olhar do profissional. Quando comparadas as médias dos constructos, houve significância estatística entre o Clima de trabalho em equipe e a unidade de atuação, bem como o mesmo constructo com a atuação profissional; Percepção e influência do estresse na execução do trabalho e os cargos dos profissionais; Satisfação no trabalho e gênero. Na regressão linear o constructo que mais apresentou impacto foi o da Percepção da atuação da gerência da unidade e da organização sob olhar do profissional. Conclui-se que o fator preditor mais relevante foi a percepção da atuação da gerência da unidade e organização sob olhar do profissional. Tais resultados poderão servir de subsídio para novos estudos que levem em consideração a influência da cultura nas ações de segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente; Atitude do pessoal de saúde; Profissionais da saúde; Hospital; Cultura; Ética.

### **Abstract**

To analyze the predictors and factors associated with the patient safety culture in the hospital environment. Quantitative cross-sectional study, conducted with 263 professionals randomly selected and submitted to the application of the Safety Attitude Questionnaire Instrument. Descriptive statistical analysis, Pearson correlation, variance analysis and linear regression were performed. In this context, the construct that obtained the highest average was the Satisfaction at work, while the lowest was the Perception of the performance of unit and organization management under the professional's eyes. When comparing the means of the constructs, there was statistical significance between the teamwork climate and the unit of action, as well as the same construct with professional performance; Perception and influence of stress on work performance and professional positions; Job satisfaction and gender. In linear regression, the construct that most impacted was that of Perception of the performance of unit and organization management under the professional's eyes. It is concluded that the most relevant predictor factor was the perception of the performance of the unit and organization management under the professional's eyes. Such results may serve as a basis for further studies that take into account the influence of culture on patient safety actions.

**Keywords:** Patient safety; Attitude of health personnel; Health professionals; Hospitals; Culture; Ethics.

## Resumen

Analizar los predictores y factores asociados con la cultura de seguridad del paciente en el entorno hospitalario. Estudio transversal cuantitativo, realizado con 263 profesionales seleccionados al azar sometidos a la aplicación del Instrumento del Cuestionario de Actitud de Seguridad. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos, correlación de Pearson, análisis de varianza y regresión lineal. En este contexto, la construcción que obtuvo el promedio más alto fue la Satisfacción en el trabajo, mientras que la más baja fue la Percepción del desempeño de la gestión de la unidad y la organización bajo los ojos del profesional. Al comparar los medios de los constructos, hubo un significado estadístico entre el clima de trabajo en equipo y la unidad de acción, así como el mismo constructo con el desempeño profesional; Percepción e influencia del estrés en el desempeño laboral y puestos profesionales; Satisfacción laboral y género. En la regresión lineal, el constructo que más impactó fue el de Percepción del desempeño de la gestión de la unidad y la organización bajo los ojos del profesional. Se concluye que el factor predictor más relevante fue la percepción del desempeño de la unidad y la gestión de la organización ante los ojos del profesional. Dichos resultados pueden servir de base para futuros estudios que tengan en cuenta la influencia de la cultura en las acciones de seguridad del paciente.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente; Actitud del personal de salud; Profesionales de la salud; Hospitales; Cultura; Ética.

## 1. Introdução

Nas últimas duas décadas, a preocupação com a segurança do paciente tem se tornado uma prioridade, motivando propostas de políticas internacionais de saúde e levando a esforços conjuntos de instituições, profissionais de saúde e pacientes, com o intuito de reduzir e controlar, de forma eficaz, os riscos oriundos dos serviços de saúde (Pereira et al., 2015; Carlesi et al., 2017).

No Brasil, a temática tornou-se mais evidente em 2013, com a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PSNP) (Brasil, 2013), no qual a cultura de segurança foi considerada um dos princípios da gestão de risco voltada para a qualidade e segurança do paciente. A partir de então, o reconhecimento da sua importância e o impacto nas organizações de saúde é a base para desenvolver qualquer tipo de programa de segurança, com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional (Carvalho et al., 2017).

A literatura vigente, apoia a necessidade contínua de investigação, notificação e análise das ocorrências, uma vez que auxiliam no planejamento de intervenções proativas, com a construção de barreiras de defesa para a prevenção de eventos adversos, proporcionando melhor assistência de qualidade e livre de danos aos pacientes (Sousa et al., 2013). Para que isso seja possível, a redução dos riscos, os quais podem advir de uma infecção, podendo evoluir ao obtido, nos casos mais extremos, os mesmos associados à assistência são indispensáveis, promovendo a segurança do paciente (Brasil, 2014).

Nesta perspectiva, torna-se imprescindível a participação dos profissionais e dos demais atores organizacionais em relação à cultura de segurança do paciente, definida como: produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamentos individuais e coletivos, que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização segura do paciente (Fermo et al., 2016), que segundo a ANVISA, a cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, percepções e competências, grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento de segurança da instituição, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas (Anvisa, 2013).

A ideia reforça-se no que é apresentado no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (Brasil, 2013), instituído por meio da Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, por meio, inclusive, de ações cíclicas e sistemáticas de avaliação das medidas de importância ao cuidado seguro, incluindo a cultura organizacional.

Neste contexto, observa-se que parece haver um crescente interesse por parte das instituições de saúde em pesquisas sobre avaliação da Cultura de segurança, uma vez que é considerada a primeira etapa para a construção do Núcleo de Segurança do paciente estabelecido no PNSP em todo o país (Brasil, 2013). No entanto, antes de executar qualquer ação que promova a cultura de segurança na instituição, ela deve, em primeiro lugar, ser avaliada e compreendida. Um dos principais benefícios dessa avaliação é fornecer um indicador concreto do estado atual da cultura, da mesma maneira que acompanhar a sua evolução depois da implementação de melhorias (Carvalho et al., 2017).

Para tanto, se as organizações de saúde desejam melhorar a segurança do paciente, é importante conhecer a cultura de segurança do paciente, pois trata-se de um instrumento amplamente utilizado para medir a cultura de segurança do paciente é o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) (Sexton et al., 2006; Parker et al., 2015; Gabrani et al., 2015;

Nguyen et al., 2015), sendo escolhido devido a sua praticidade e possibilidade de rápido preenchimento, demandando aproximadamente 10 minutos. Ainda, seus resultados podem ser associados aos indicadores de segurança do paciente.

Dessa forma, este estudo teve como objetivo analisar os preditores e fatores associados à cultura de segurança do paciente de um hospital universitário vinculado a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, pois, a necessidade do conhecimento acerca dos preditores da cultura de segurança do paciente ressaltou a relevância deste estudo, pois o instrumento de pesquisa deste estudo foi corretamente efetivado e, pode-se identificar informações úteis à gestão hospitalar a despeito das atitudes de segurança de seus funcionários além dos fatores organizacionais que podem interferir nas questões de segurança e, a partir desta compreensão podem ser planejadas e implementadas ações para a melhoria do serviço de saúde.

## **2. Metodologia**

Trata-se de um estudo quantitativo, com delineamento transversal (Hair et al., 2009). Realizado por meio do instrumento Safety Attitude Questionnaire (SAQ), previamente traduzido para versão brasileira (Carvalho & Cassiani, 2012). O instrumento propõe-se a avaliar a cultura de segurança por meio da mensuração do clima de segurança através das atitudes de segurança dos profissionais, uma vez que o mesmo é o fator mais propício à avaliação dentre os indicadores culturais, podendo ser analisado por intermédio da percepção dos profissionais quanto à atmosfera organizacional (Carvalho & Cassiani, 2012).

A coleta de dados foi realizada em um Hospital Universitário localizado em um município no Sul do Brasil. A instituição conta com um total de 216 leitos, desses 37 leitos são cirúrgicos, 45 leitos para internação clínica, 36 leitos destinados à Unidade de Tratamento Intensivo (UTI's) adulta, pediátrica e intermediária, 26 leitos são obstétricos, 25 leitos destinados para unidade de pediatria, 10 leitos são para outras especialidades e seis leitos são destinados ao hospital dia.

O quadro de funcionário é composto por 315 médicos, destes 71 são médicos residentes; 133 enfermeiros, destes, um é enfermeiro do trabalho; 216 técnicos, 136 auxiliares e um atendente de enfermagem; 15 farmacêuticos; 9 fisioterapeutas; sete profissionais de educação física; três fonoaudiólogos; sete nutricionistas e três técnicos em nutrição; 10 psicólogos; 17 assistentes sociais; 28 técnicos em patologia clínica; um auxiliar de laboratório

de análises clínicas; 32 técnicos e um auxiliar em radiologia; e, dois biomédicos (Cnes, 2016). Os 936 profissionais que atuam na assistência direta foram selecionados para realização desta pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre março e junho de 2017. Para aplicação do questionário foram realizadas visitas às unidades do hospital, após cálculo amostral e sorteio aleatório entre todos os profissionais da assistência. Após treinamento da equipe, de acordo com os aspectos éticos, os questionários foram entregues diretamente a cada respondente em um envelope pardo, sem identificação e recolhidos após preenchimento junto com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), guardados separadamente por unidade do hospital para não identificação do participante.

Com o foco voltado para a assistência ao paciente nos hospitais, os participantes do estudo foram constituídos pelos profissionais médicos; enfermeiros; técnicos, auxiliares e atendente de enfermagem; farmacêuticos; fisioterapeutas; profissionais de educação física; fonoaudiólogos; nutricionistas e técnicos em nutrição; psicólogos; assistentes sociais; técnicos em patologia clínica; auxiliar de laboratório de análises clínicas; técnicos e auxiliar em radiologia; e, biomédicos que atuam no Hospital Universitário vinculado a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Como critérios de inclusão na pesquisa deveriam ser maiores de 18 anos, profissionais que trabalham no hospital há pelo menos um mês e com carga horária semanal mínima de 20 horas, com o intuito de abarcar pessoas que tenham uma vivência profissional com a equipe e com a cultura e clima organizacional. Foram excluídos os profissionais que se encontravam em licença e/ou férias no período da coleta.

Para seleção dos participantes foi utilizado sorteio empregando a amostragem probabilística aleatória (Mattar, 2014). A confiabilidade dos dados foi buscada por meio da coleta de um número mínimo de profissionais previamente calculados para esta pesquisa com 20% de perda para as recusas e perdas caracterizados respectivamente pelos que não quiserem responder ao questionário ou aqueles que não foram achados, sendo 263 profissionais o número amostral encontrado (Hill & Hill, 2009). Fornecida a listagem dos profissionais cadastrados na instituição, procedeu-se a numeração sequencial dos mesmos e sorteio dos participantes de forma aleatória com uso de aplicativo online chamado sorteio números.

Os dados coletados nesta pesquisa foram duplamente digitados em planilhas eletrônicas e posteriormente verificada a consistência da digitação. As análises dos dados foram processadas com o software estatístico SPSS versão 22.0 na etapa de análise dos dados, facilitando o processo de organização dos dados em tabelas que permitam uma melhor

visualização dos resultados e a sua interpretação. Foi adotado nível de significância  $\alpha = 0,05$ .

Realizou-se uma caracterização descritiva da amostra, segundo os dados sociodemográficos e clínicos. As variáveis numéricas foram apresentadas quanto às medidas de tendência central e de dispersão com média e desvio padrão respectivamente. Objetivando analisar o grau de relacionamento existente entre as variáveis dos constructos, recorreu-se ao uso do coeficiente de correlação linear de Pearson, a força da associação entre as variáveis foi classificada conforme indicado: associação muito forte 0,91 a 1,00; associação alta 0,71 a 0,90; associação moderada 0,41 a 0,70; associação pequena, mas definida 0,21 a 0,40; associação leve, quase imperceptível 0,01 a 0,20 (Hair et al., 2009). Para comparação das médias e identificar possíveis diferenças entre os grupos, foi utilizado a análise de variância (ANOVA). Por fim, buscando determinar o modelo que expressa a relação preditora entre as variáveis foi utilizado a regressão linear.

Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Local sob parecer de número 29/2017 e pelo Grupo de Ensino e Pesquisa do Hospital modelo.

### **3. Resultados**

Em relação aos dados sociodemográficos da amostra estudada, obteve-se um total de 263 profissionais sendo eles 43 médicos efetivos e 11 médicos residentes, 46 enfermeiros, 128 auxiliares/técnicos de enfermagem, 3 psicólogos, 3 farmacêuticos, 2 fisioterapeutas, 3 assistentes sociais, 2 nutricionistas, 20 técnicos em nutrição/radiologia/laboratório e, 2 profissionais de educação física. Desses, 194 eram mulheres e 65 homens, 4 participantes dos quais, 3 mulheres e 1 homem, não responderam.

A atuação principal estava, em sua maioria, voltada para pacientes adultos (106), 46 atendem a pediatria, 101 atendem em unidades onde se recebem pacientes adultos e pediátricos e, 10 não responderam. A maioria atuava há 21 anos ou mais em relação ao seu tempo de especialidade (67), 72 profissionais com tempo entre 11 a 20 anos de atuação, 44 entre 5 a 10 anos, 28 entre 3 a 4 anos, 23 entre 1 a 2 anos, 9 entre 6 a 11 meses, 14 com período inferior a 6 meses de atuação e, 6 participantes não responderam.

Os cinco constructos obtidos correspondem a diferentes atitudes de segurança que o profissional da saúde pode vivenciar no ambiente hospitalar e que podem levar a uma cultura de segurança positiva ou negativa. Nesse sentido, o constructo C1-Clima de trabalho em

equipe é definido por questões relacionadas à maneira como os profissionais trabalham no ambiente e as relações criadas entre eles para execução da assistência ao paciente e moral e ética entre si. Já o constructo C2-Percepção da atuação da gerência da unidade e da organização sob olhar do profissional, relaciona-se ao trabalho da administração tanto da unidade quanto da instituição atuantes na resolução de problemas e de forma indireta na assistência ao paciente. O constructo C3-Percepção e influência do estresse na execução do trabalho permite avaliar se os participantes percebem o quanto o estresse influencia de forma negativa na sua atuação profissional. O constructo C4-Clima de segurança abrange situações voltadas ao erro e a resolução do mesmo. E o constructo C5-Satisfação do trabalho está relacionado à realização profissional de cada indivíduo.

Conforme descritos na Tabela 1, as médias das questões de cada constructo que reflete a cultura de segurança por meio da atitude de segurança dos profissionais variaram de 3,19 (dp = 1,27) a 4,78 (dp = 0,66). Em relação às médias dos constructos, elas variam de 3,40 (dp = 0,93) a 4,68 (dp = 0,65). Assim para cada constructo as médias foram C1 3,94 (dp = 0,822); C2 3,40 (dp = 0,93); C3 3,93 (dp = 1,07); C4 3,99 (dp = 0,82) e, C5 4,68 (dp = 0,64).

Tabela 1 - Média das atitudes de segurança dos profissionais conforme os constructos que refletem a cultura de segurança. Rio Grande, RS, Brasil, 2017.

Variáveis	n	Média	dp
<i>C1 - Clima de trabalho em equipe</i>	263	3,94	0,82
q6 - Ao (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	263	3,83	1,23
q7 - Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente - q7	263	3,81	1,21
q16 - Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	263	4,05	1,20
q17 - Este é um bom lugar para trabalhar	263	4,32	0,95
q19 - O moral nesta área é alto	263	3,73	1,19
<i>C2 - Percepção da atuação da gerência da unidade e da organização sob olhar do profissional</i>	263	3,40	0,93
q24m - A administração apoia meus esforços diários	263	3,50	1,21
q25m - A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente	263	3,36	1,36
q26m - A administração está fazendo um bom trabalho	263	3,54	1,04
q27m - Profissionais problemáticos da equipe são tratados de	263	3,19	1,27



maneira construtiva por nossa administração

q28m - Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da administração	263	3,39	1,37
<i>C3 - Percepção e influência do estresse na execução do trabalho</i>	263	3,93	1,07
q20 - Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	263	4,31	1,14
q21 - Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)	263	4,07	1,26
q22 - Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	263	3,70	1,42
q23 - O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex.: reanimação cardiorrespiratória, convulsões)	263	3,67	1,68
<i>C4 - Clima de segurança</i>	263	3,99	0,82
q3 - Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex.: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	263	3,95	1,19
q5 - É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	263	4,41	1,02
q8 - Erros são tratados de modo apropriado nesta área	263	3,63	1,26
q9 - Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	263	3,99	1,29
<i>C5 - Satisfação do trabalho</i>	263	4,68	0,64
q15 - Eu gosto do meu trabalho	263	4,78	0,66
q18 - Eu me orgulho de trabalhar nesta área	263	4,59	0,84

n válido (litwise) = 263. dp= Desvio padrão.

Foram estimados os coeficientes de correlação de Pearson para as características analisadas e os resultados estão apresentados na Tabela 2, com a significância estatística ao nível de 0,01. Houve correlação entre os constructos C1 (Clima de trabalho em equipe), com C2 (Percepção da atuação da gerência da unidade e da organização sob olhar do profissional), C4 (Clima de segurança), e C5 (Satisfação do trabalho), nestes casos todos com associação moderada. Ainda foi encontrado correlação entre os constructos C2 com C4 obtendo associação moderada e, C5 com associação leve, quase imperceptível. E por fim encontrou-se correlação entre C4 e C5 com força de associação pequena, mas definida. O constructo C3 (Percepção e influência do estresse na execução do trabalho) foi único que teve correlação negativa com força de associação leve, quase imperceptível com os constructos C1 e C4.

Estes resultados claramente evidenciaram uma concordância entre os constructos do instrumento SAQ.

**Tabela 2** - Constructos analisados através da Correlação de Pearson, Rio Grande, RS, Brasil, 2017.

Variáveis	C1	C2	C3	C4	C5
C1- Clima de trabalho em equipe	1	0,401**		0,492**	0,434**
C2- Percepção da atuação da gerência da unidade e da organização sob olhar do profissional	0,401**	1		0,448**	0,204**
C3- Percepção e influência do estresse na execução do trabalho	- 0,053		1	- 0,009	
C4-Clima de segurança	0,492**	0,448**	- 0,009	1	0,365**
C5-Satisfação do trabalho	0,434**	0,204**			1

\*\* Correlação significativa no nível 0,01 (bilateral). n = 263.

Com o propósito de identificar a existência de possíveis diferenças entre as médias dos cinco constructos considerando algumas características dos profissionais participantes desta pesquisa e de seus locais de atuação, foram realizadas diferentes análises de variância (ANOVA), as quais podem ser visualizadas na tabela 3 as que obtiveram significância estatística em nível de 5%. Logo, os constructos 2 e 4 não aparecem por não apresentarem  $p < 0,05$ .

**Tabela 3** – Relações entre os constructos com características dos sujeitos e seus ambientes de trabalho, Rio Grande, RS, Brasil, 2017.

Características	Dimensões			C1			C3			C5		
	n	Média	p	n	Média	p	n	Média	p	N	Média	p
<i>Unidade de atuação</i>												
Serviço social	1	2,80	0,01									
Raio X	8	4,15										
Clínica Médica	11	3,63										
Nutrição	3	2,60										
Laboratórios	6	4,56										

Maternidade	8	3,82	
Unidade de Terapia Intensiva (UTI geral)	9	3,77	
Centro de Material Estéril	6	4,03	
UTI neonatal	21	4,35	
Centro Integrado de Diabetes	5	4,16	
Pediatria	12	3,93	
Bloco cirúrgico	17	4,16	
Centro Obstétrico	7	4,02	
Ambulatório	6	3,56	
Serviço de pronto atendimento	12	3,38	
UTI pediátrica	5	4,28	
Traumatologia	8	4,35	
Ala Verde	1	3,20	
Administrativo	7	3,65	
Clínica Cirúrgica	8	3,30	
Farmácia	1	4,20	
Supervisão de estágio	1	4,40	
Oftalmologia	1	5,00	
Substituto	1	4,60	
<i>Atuação profissional</i>			
Adulto	106	3,77	0,01
Pediatria	46	4,16	
Ambos	101	4,02	
<i>Cargos</i>			
Médico responsável		43	4,12 0,05
Médico residente		11	4,22

Chefe de enfermagem	1	5,00		
Enfermeiro	45	4,13		
Auxiliar/Técnico de enfermagem	128	3,66		
Psicólogo	3	4,16		
Farmacêutico	3	4,58		
Fisioterapeuta	2	3,62		
Assistente social	3	5,00		
Nutricionista	2	4,37		
Técnico Nutrição/Laboratório/ Raio X	20	4,22		
Profissional de Educação Físico	2	4,37		
<b>Gênero</b>				
Homem			65	4,56 0,04
Mulher			194	4,74

$p < 0,05$

Na avaliação dos efeitos dos cinco constructos em relação ao clima geral das atitudes de segurança dos profissionais participantes do estudo, mediante o modelo de regressão linear, calculou-se a média dos cinco constructos; assim o valor da média foi utilizado como variável dependente. Os resultados identificaram relação de significância ao nível de 5% em todos os constructos. O constructo que mais apresentou impacto sobre a atitude de segurança dos profissionais foi C2 - Percepção da atuação da gerência da unidade e da organização sob olhar do profissional, conforme tabela 4. O teste obteve como coeficiente de determinação ajustado ( $R^2$ ), o valor de 1,00 representando um valor de 100% de explicação das atitudes de segurança dos profissionais da saúde em ambiente hospitalar a partir do instrumento utilizado.

**Tabela 4** - Análise de regressão linear entre os constructos ( $R = 1,00$ ), Rio Grande, RS, Brasil, 2017.

Variáveis	B	p	IC 95,0%
C1 - Clima de trabalho em equipe	0,372	0,00*	(0,25 – 0,25)
C2- Percepção da atuação da gerência da unidade e da organização sob olhar do profissional	0,425	0,00*	(0,25 – 0,25)

---

C3- Percepção e influência do estresse na execução do trabalho	0,387	0,00*	(0,20 – 0,20)
C4 -Clima dessegurança	0,300	0,00*	(0,20 – 0,20)
C5-Satisfação do trabalho	0,117	0,00*	(0,10 – 0,10)

---

\* $p < 0,05$ . B Coeficientes padronizados de Beta. IC Intervalo de confiança para B.

#### 4. Discussão

Os dados sociodemográficos apresentados na presente pesquisa mostra que a maioria dos 263 profissionais entrevistados era da equipe de enfermagem (174) e da equipe médica (54), o que reflete uma grande responsabilidade por parte destes profissionais por passar maior tempo com os pacientes e tomar decisões diretas relacionadas a saúde dos mesmos. Isso é relevante porque, apesar de toda a organização de saúde ter o compromisso com o atendimento seguro, usualmente os riscos associados ao cuidado serão mais evidenciados no contato direto pela assistência (Silva-Batalha & Melleiro, 2015). Estudo realizado em Santa Catarina revela que a responsabilidade pela segurança não é compartilhada igualmente por todas as equipes (Paese & Dal Sasso, 2013). Estes dados também mostram que a maioria dos participantes eram mulheres (194) que atuam entre 11 a 20 anos (72), estes mesmos dados podem ser verificados em um estudo internacional realizado na Itália (Nguyen et al., 2015) e um estudo nacional (Marinho, Radünz & Barbosa, 2014).

Nesta linha, a Portaria MS/GM nº 529/2013 (Brasil, 2013), a qual institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), corrobora com a afirmativa anterior contextualizando que, no contexto da proteção do paciente, a cultura organizacional inclui todos os profissionais envolvidos no cuidado e gestores, os quais assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares, portanto, é a cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais.

As médias apresentadas neste estudo mostraram que entre os constructos, o que obteve a maior média (4,68) foi C5-Satisfação no trabalho e a menor média, já o menor foi para o C2-Percepção da atuação da gerência da unidade e da organização sob olhar do profissional. Pode-se dizer que tanto a assistência direta quanto a administração devem trabalhar em conjunto, com foco sempre voltado para o paciente. Nestes termos, deve-se permitir que os trabalhadores manifestem suas opiniões acerca do processo de trabalho e suas possíveis falhas, alicerçando o conhecimento da cultura de segurança institucional, e, assim, sendo

possível identificar as prováveis fragilidades no processo, bem como suas potencialidades (Nie et al., 2013).

Contudo, a gerência deve estar sempre atenta, pois um estudo chama atenção a dimensão “percepção da gerência”, ao apontar que os participantes não sentem apoio pela gestão hospitalar, não sendo incluídos nas tomadas de decisão, configurando uma fragilidade na comunicação entre os gestores e os profissionais das equipes de trabalho assistencial (Silva-Batalha & Melleiro, 2015). O que pode estar relacionado ao estudo aqui apresentado quando se percebe baixas médias no constructo referente a gerência (C2).

As médias apresentadas entre as questões colaboram com o resultado entre os constructos, uma vez que, a maior média (4,78) foi para a questão 15: Eu gosto do meu trabalho, do constructo C5 e a menor média (3,19) foi: Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa administração, no constructo C2. Esta menor média mostra que a administração ainda não sabe lidar com estes profissionais, não conseguindo êxito em resolver a situação. Nesse contexto, entende-se que o fomento da cultura de segurança do paciente positiva envolve o engajamento de toda a instituição, incluindo especialmente a ação ativa das lideranças (Kawamoto et al., 2016).

Outrossim, considerando as mudanças sociais, econômicas, epidemiológicas, além do avanço científico e tecnológico, os gestores são estimulados a viabilizarem ações que sejam convergentes à preocupação do cuidado qualificado, na busca incessante pela melhoria contínua da assistência profissional de qualidade nos serviços de saúde (Bohrer et al., 2016).

Os resultados encontrados neste estudo através da correlação de Pearson incluíram associação pequena a moderada, prevalecendo a moderada sendo todas positivas. Mas, observou-se uma associação negativa com força de associação leve. As correlações entre escalas apresentadas em um estudo realizado na Dinamarca revelaram correlações negativas entre a escala de reconhecimento de estresse e todas as outras escalas, indicando que esta escala é distinta das outras escalas e não faz parte da mesma construção subjacente, foram encontradas relações positivas fortes significativas entre todas as outras escalas, recomendando que elas pertencem à mesma construção subjacente (Kristensen, 2015).

O mesmo padrão de correlação de escala para escala foi encontrado em outros estudos de validação da SAQ (Görs et al., 2013; Sexton et al., 2016). Ademais a correlação entre fatores foi identificada no estudo de Nguyen et al., 2015, realizado na Itália, o qual mostra que a correlação entre fatores latentes alcançou bons valores, provando que eles estavam bem correlacionados um com o outro.

Através da ANOVA, quando comparado as médias houve significância estatística entre o C1 (Clima de trabalho em equipe) e a unidade de atuação bem como o mesmo constructo com a atuação profissional, este achado tem importância, pois estudos sobre o clima (Sexton, Thomas & Helmreich, 2000) e a cultura de segurança (Feng et al., 2012), apontam que o trabalho em equipe em conjunto com uma comunicação efetiva podem refletir em uma colaboração mútua entre os profissionais com resultados positivos como redução nos atrasos, satisfação com o trabalho e eficiência nas atividades ((Sexton, Thomas & Helmreich, 2000; Feng et al., 2012).

Houve ainda significância estatística entre o constructo C3 (Percepção e influência do estresse na execução do trabalho) e os cargos dos profissionais; e o C5 (Satisfação no trabalho) e gênero. Ao analisar a literatura, verifica-se ausência de dados para comparar ou divergir as duas últimas médias apresentadas. Porém, acredita-se que o estresse e os cargos podem estar interligados devido à cobrança e carga horárias das diferentes profissões, podendo gerar estresses maiores ou menores.

No modelo de regressão linear o constructo que mais apresentou impacto sobre a atitude de segurança dos profissionais foi C2-Percepção da atuação da gerência da unidade e da organização sob olhar do profissional, e o que apresentou o menor impacto foi o C5-Satisfação do trabalho. Resultados semelhantes, demonstraram uma cultura de segurança com potencial de melhoria em todas as dimensões da cultura de segurança do paciente, com destaque para o apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, para as respostas não punitivas aos erros e para o trabalho em equipe entre as unidades, dimensões que receberam as piores avaliações na percepção dessa equipe (Minuzzi, Salum & Locks, 2016).

Neste sentido, a literatura aponta que a promoção da cultura de segurança demanda empenho e comprometimento de toda a instituição, enfatizando que os gestores devem atuar incentivando a comunicação e a notificação dos erros e fortalecendo a cultura não punitiva, proporcionando um clima de trabalho que prioriza a segurança do paciente (Marinho, Radünz & Barbosa, 2014). Tal realidade contribui com os resultados do presente estudo com impacto significativo no constructo (C2), mostrando que a gestão pode investir em melhorias no ambiente hospitalar para segurança do profissional de saúde e do paciente, com o intuito de obter um clima de segurança positivo da instituição.

No entanto, adverte-se que o menor impacto em relação à satisfação do trabalho sobre o clima de segurança pode estar relacionado à satisfação pessoal dos profissionais no desempenho de ações, profissões, podendo ser um aspecto positivo na cultura de segurança local (Raftopoulos & Pavlakis, 2013; Alayed, Loof & Johansson, 2014; Scwendimann et al.,

2013; Rigobello et al., 2012). A percepção positiva do local de trabalho, demonstrada pelo domínio satisfação no trabalho, pode indicar o moral elevado, a satisfação e autonomia dos profissionais no ambiente de trabalho bem como o comprometimento e desempenho com o seu trabalho (Raftopoulos & Pavlakis, 2013; Scwendimann et al., 2013).

Como limitações do estudo destaca-se que ele foi conduzido em uma pequena amostra de profissionais da saúde atuantes em um hospital universitário de uma cidade do Sul do país, não sendo possível a generalização dos resultados. Destaca-se a necessidade de outros estudos sobre as atitudes de segurança dos profissionais da assistência à saúde em diferentes contextos, de modo a contribuir com a melhoria da prática no que diz respeito à detecção da cultura de segurança local, podendo ser positiva refletindo na maior segurança ao paciente e ao profissional.

Sabe-se que trabalhar a cultura de segurança das organizações de saúde colaboram de forma positiva para a segurança do paciente e dos trabalhadores do local e que o SAQ é um bom instrumento para detectar a situação de uma instituição em relação à cultura de segurança local existente. Um estudo com adaptação do SAQ para versão italiana mostrou que as características organizacionais e estruturais dos profissionais dos hospitais envolvidos provavelmente afetam a percepção da cultura de segurança pela equipe (Zenere et al., 2016).

Contudo, percebe-se que a utilização do SAQ serve não só para identificar a cultura de segurança local, saber onde precisa de intervenções para melhoria nos cuidados prestados, e para promover segurança ao profissional além da segurança ao próprio paciente. O SAQ pode ser utilizado para medir o clima de segurança, para identificar áreas de melhoria de acordo com as atitudes e percepções dos profissionais, a cultura de segurança da unidade de terapia intensiva é uma questão importante que os gerentes hospitalares devem priorizar (Alayed, Loof & Johansson, 2014).

A cultura de segurança é pobre em unidades de terapias intensivas, porém a conscientização é maior em hospitais menores o que fez com que alguns pontos fortes fossem identificados, como a comunicação (Souza et al., 2019). O que reforça a ideia central da presente pesquisa em utilizar o questionário para promover melhorias baseado nas atitudes dos profissionais atuantes nos hospitais.

Entretanto, os resultados deste estudo demonstram que as pesquisas científicas hospitalares podem favorecer melhorias na segurança de forma regular. Pois, entre outras, tais pesquisas medem as atitudes de segurança dos profissionais e comparar as mudanças nas atitudes de segurança após as intervenções baseadas em evidências. Durante um período de cinco anos, pequenas mudanças positivas nas atitudes em relação ao trabalho em equipe e à



segurança ocorreram em um hospital germânico após treinamento baseado em simulação com foco na assistência prestada nos serviços cirúrgicos tendo como resultado uma influência positiva na cultura de segurança avaliado através das atitudes relevantes dos profissionais para segurança de si e dos pacientes (St.Pierre et al., 2017). Outro estudo aplicou o SAQ antes das simulações em centro cirúrgico e 6 a 12 meses após treinamento de simulação com a equipe multiprofissional e seus resultados apoiam a implementação da simulação como uma intervenção útil para melhorar a cultura de segurança (Hinde et al., 2016).

Ademais, estudo verificou que após ocorrer a implementação de check list em salas de pós-operatórios também houve melhoria significativa relacionada a segurança do paciente e seus resultados foram positivos, além de ser detectado a utilização do SAQ antes e após as intervenções (Magill et al., 2017). Porém neste caso, um estudo sueco veio contrapor o estudo anterior, pois verificou que não houve mudanças significativas no clima de trabalho em equipe pelo uso de check list, que pode ser devido à implementação insuficiente, pois foi verificada a falta de adesão ao mesmo e foi ainda encontrado deficiências no trabalho em equipe e na comunicação (Erestam et al., 2017).

Portanto, nesse estudo, a utilização do SAQ demonstrou que pode colaborar tanto para a avaliação da cultura de segurança local quanto na avaliação da melhoria, além de ser identificado fragilidades, desenvolvimento de ações que melhorem a mesma, ainda que é válido ressaltar, que a combinação de mudanças na cultura de segurança e iniciativas de segurança ainda é rara em hospitais necessitando de mais estudos acerca dessa temática.

## **5. Conclusão**

Observou-se que, o constructo sobre percepção da atuação da gerência da unidade e da organização sob olhar do profissional foi o fator como maior preditor do clima de segurança do paciente no ambiente hospitalar, embora todos os constructos tenham tido significância estatística. Dessa forma, tendo em vista os múltiplos fatores determinantes do clima de segurança local, faz-se necessário promover melhorias pontuais no cenário de atuação da equipe de saúde dentro de um hospital e sua relação com a gestão da organização para que haja ajustes entre a instituição hospitalar e às necessidades dos profissionais de saúde, no intuito de contribuir para uma cultura de segurança positiva tanto para o paciente quanto para o profissional que atua na assistência diminuindo as barreiras que dificultam o dia-a-dia desses profissionais.

Vale salientar que tais resultados podem ser utilizados pelo Núcleo de Segurança do Paciente local como sugestão de mudanças para a promoção do crescimento profissional e consequentemente organizacional, além de servir de subsídio para novos estudos que levem em consideração a influência da cultura nas ações de segurança do paciente.

## **Referências**

Alayed, A. S., Loof, H. & Johansson, U. B. (2014). Saudi Arabian ICU safety culture and nurse's attitudes. *Int J Health Care Qual Assur*, 27(7):581-659.

Anvisa. (2013). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA- RDC nº 36 de 35 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 26 de julho de 2013.

Bohrer, D. C. et al. (2016). Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. *Rev. enferm. UFSM*, 6(1):50-60.

Brasil. (2012). Conselho Nacional de Saúde; Resolução n o 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília.

Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília.

Brasil. (2014). Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/ Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília.

Carlesi, K. C. et al. (2017). Patient Safety Incidents and Nursing Workload. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 25:1-8.

Carvalho, R. E. F. L. & Cassiani, S. H. B. (2012). Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. *Rev. Latino-Am. Enferm*, 20(3):1-8.

Carvalho, R. E. F. L. et al. (2017). Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 25:1-8.

Cnes. (2016). Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Relatórios. CNES.

Erestam, S. et al. (2017). Changes in safety climate and teamwork in the operating room after implementation of a revised WHO checklist: a prospective interventional study. *Patient Safety in Surgery*, 11:4.

Feng, X. et al. (2012). Factors associated with nurses' perceptions of patient safety culture in China: a cross-sectional survey study. *J Evid Based Med*, 5(2):50-56.

Fermo, V. C. et al. (2016). Atitudes profissionais em direção a cultura de segurança do paciente em uma unidade de transplante de medula óssea. *Rev. gaúch. Enferm*, 37(1):1-9.

Gabrani, A. et al. (2015). Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 5:1-11.

Görs, C. et al. (2013). Swedish translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operating room version). *BMC Health Services Research*, 13:104.

Hair, J. F. et al. (2009). Análise multivariada de dados. Tradução Adonai Schlup Sant'Anna. 6ª ed. Porto Alegre: Bookman.

Hill, M. M. & Hill, A. (2008). Investigação por questionário. 2ª ed. Lisboa: Ed Sílabo.

Hinde, T. et al. (2016). A study to assess the influence of interprofessional point of care simulation training on safety culture in the operating theatre environment of a university teaching hospital. *J Interprof Care*, 30(2): 51-53.

Kawamoto, A. M. et al. (2016). Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. *J. res.: fundam. care*, 8(2):4387-4398.

Kristensen, S. (2015). Adaption and validation of the Safety Attitudes Questionnaire for the Danish hospital setting. *Clin. Epidemiol*, 7:149-160.

Magill, S. T. et al. (2017). Changing Operating Room Culture: Implementation of a Postoperative Debrief and Improved Safety Culture. *World Neurosurgery*, 107:597-603.

Marinho, M. M., Radünz, V. & Barbosa, S. F. F. (2014). Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. *Texto Contexto Enferm*, 23(3):581-590.

Mattar, F. N. (2014). *Pesquisa de Marketing - Metodologia, Planejamento, Execução e Análise*. 7ª ed. Elsevier.

Minuzzi, A. P., Salum, N. C. & Locks, M. O. H. (2016). Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto Contexto Enferm*, 25(2):1-9.

Nguyen, G. et al. (2015). Validation of the safety attitudes questionnaire (short form 2006) in Italian in hospitals in the northeast of Italy. *BMC Health Serv Res*, 24(15):1-8.

Nie, Y. et al. (2013). Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Serv Res*, 13:228.

Paese, F. & Dal Sasso, G. T. M. (2013). Cultura da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. *Texto Contexto Enferm*, 22(2):302-310.

Parker, D. et al. (2015). Measurement tools and process indicators of patient safety culture in primary care. A mixedmethods study by the LINNEAUS collaboration onpatient safety in primary care. *Eur J Gen Pract*, 21(Sup 1):26-30.

Pereira, L. A. et al. (2015). Enfermagem e liderança: percepções de enfermeiros gestores de um hospital do sul do Brasil. *J. res.: fundam. care. Online*. 7(1):1875-1882.

Raftopoulos, V. & Pavlakis, A. (2013). Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitude Questionnaire. *J Crit Care*, 28(1):51-61.

Rigobello, M. C. G. et al. (2012). Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul. Enferm*, 25(5):728-735.

Scwendimann, R. et al. (2013). Variation in safety culture dimensions within and between Swiss hospitals units and US: an exploratory study. *BMJ Qual Saf*, 22(1):32-41.

Sexton, J. B. et al. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emergency research. *BMC health serv. res*, 6(4): 1-10.

Sexton, J. B., Thomas, E. J. & Helmreich, R. L. (2000). Errors, stress, and teamwork in medicine and aviation cross sectional survey. *BMJ*, 320(7237):745-749.

Silva-Batalha, S. E. M. & Melleiro, M. M. M. (2015). Cultura de Segurança do Paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. *Texto Contexto Enferm*, 24(2):432-441.

Sousa, M. R. G. et al. (2013) Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 47(1): 76-83.

Souza, C. S. et al. (2019). Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 40(esp):1-9.

St.Pierre, M. et al. (2017). Beeinflusst jährliches Simulationstraining das Sicherheitsklima einer universitären Klinik? Prospektive Fünfjahresuntersuchung anhand Dimensionendes, Safety Attitudes Questionnaire. *Anaesthesist*, 66(12):910-923.

Zenere, A. et al. (2016). Assessing safety culture in NICU: psychometric properties of the Italian version of Safety Attitude Questionnaire and result implications. *J Eval Clin Pract*, 22(2):275–82.

**Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Rúbia Gabriela Fernandes Salgado – 18%

Edison Luiz Devos Barlem – 18%

Ana Luiza Muccillo Baisch – 17%

Silvana Possani Medeiros – 17%

Rochele Maria Zugno – 15%

Ruoso da Silva Neutzling – 15%