







## Cultura de segurança do paciente no serviço de atenção domiciliar\*

Patient safety culture in home care service

Cultura de seguridad del paciente en el servicio de atención a domicilio

### Como citar este artigo:

Oliveira PC, Santos OP, Villela EFM, Barros PS. Patient safety culture in home care service. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03586. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018040703586>

-  Patrícia Conceição Oliveira<sup>1</sup>
-  Odeony Paulo dos Santos<sup>2</sup>
-  Edlaine Faria de Moura Villela<sup>1</sup>
-  Patrícia de Sá Barros<sup>1</sup>

\* Extraído da dissertação: "Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção domiciliar na perspectiva da equipe de saúde", Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás, 2018.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Goiânia, GO, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública, Jataí, GO, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** Verify perceptions of the health team about patient safety culture in home care in a large city in Brazilian Midwest region. **Method:** A survey study involving Safety Attitudes Questionnaire and professional profile inventory. **Results:** From the 37 professionals, most were female (n = 32, 86.5%), lived with their spouse (n = 25, 67.6%), worked in a statutory work regime (n = 29; 78.4%) and have only one job (n = 23; 62.2%). A higher median score for job satisfaction (80.0) and a lower score for management perception (31.8) were found. There was a negative correlation between weekly workload and teamwork (p = 0.02). Safety climate was significantly higher among consolidated (Consolidação das Leis do Trabalho – CLT) professionals in the safety climate (p = 0.001) and overall (p = 0.005) domains. Physicians had a higher perception of the safety climate domain when compared to professionals in other categories (p = 0.005). Age was positively associated to the climate in the safety (p = 0.002), working conditions (p = 0.03) and overall (p = 0.04) domains. **Conclusion:** Teamwork and job satisfaction were scored as positive and management actions were considered the main weakness of the safety culture.

### DESCRIPTORS

Patient Safety; Home Care Services; Organizational Culture; Safety Management; Quality of Health Care.

### Autor correspondente:

Patrícia Conceição Oliveira  
Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Departamento de Saúde Coletiva  
Rua 235, s/n, 2º andar, Setor Universitário  
CEP 74605-050 – Goiânia, GO, Brazil.  
[patriciacfisis@gmail.com](mailto:patriciacfisis@gmail.com)

Recebido: 10/09/2018  
Aprovado: 24/09/2019

## INTRODUÇÃO

A cultura de uma organização consiste no compartilhamento de normas, valores, padrões de comportamento, rituais e tradições de seus funcionários<sup>(1)</sup>. Especificamente, a cultura de segurança refere-se ao valor que uma organização atribui à segurança e à saúde de sua força de trabalho por meio de suas políticas, procedimentos e práticas, bem como do compromisso em fornecer os recursos necessários para tratar adequadamente as preocupações de segurança<sup>(2-3)</sup>. A cultura de segurança nos serviços de saúde reconhece a inevitabilidade do erro e a incorporação de um sistema não punitivo para o relato e a análise de eventos adversos, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde<sup>(4)</sup>. Ainda, nos ambientes assistenciais, a cultura de segurança do paciente está associada à redução do risco de incidentes<sup>(1,5-6)</sup>.

A avaliação da cultura de segurança do paciente é o primeiro passo para a sua implantação<sup>(7)</sup>, no sentido da melhoria da assistência<sup>(6)</sup> e do subsídio da gestão do serviço por meio de seu monitoramento, influenciando, assim, mudanças organizacionais<sup>(3)</sup>. Inicialmente, tal avaliação ocorria apenas no ambiente hospitalar<sup>(1,8-9)</sup>, mas, nos últimos anos, tem sido crescente sua utilização em instituições de longa permanência<sup>(8,10)</sup>, casas de idosos<sup>(9)</sup>, atenção primária<sup>(1)</sup>, por se entender que os riscos estão presentes em todas as esferas de assistência à saúde<sup>(11)</sup>.

No âmbito da atenção domiciliar, nota-se escassez de estudos que abordem a cultura de segurança do paciente. Apenas um estudo, de abordagem qualitativa, foi encontrado em bases de dados nacionais e internacionais<sup>(12)</sup>.

Em franca expansão em todo o mundo, inclusive no Brasil<sup>(13-14)</sup>, a atenção domiciliar insere-se em um contexto complexo, uma vez que os pacientes atendidos nesse ambiente tendem a apresentar idade mais avançada, maior número de comorbidades e incapacidades e diversas prescrições médicas, o que fragmenta o cuidado. Ainda, tal contexto de cuidado requer o uso crescente de tecnologias até então de uso hospitalar, o que está associado a um maior risco de erros e eventos adversos<sup>(11,13,15)</sup>.

Nesta perspectiva, a seguinte questão norteadora foi proposta: Qual é a cultura de segurança do paciente na atenção domiciliar na perspectiva da equipe de saúde? O objetivo deste estudo foi verificar as percepções da equipe de saúde sobre a cultura de segurança do paciente na atenção domiciliar em um município de grande porte na região Centro-Oeste do Brasil.

## MÉTODO

### TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo, transversal, tipo *Survey*.

### CENÁRIO

Desenvolvido no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), o qual atende usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de um município de grande porte do Centro-Oeste do Brasil.

O município foi habilitado no Programa Melhor em Casa, do Ministério da Saúde, em 2012, e presta assistência aos pacientes que necessitam de cuidado multiprofissional, prezando a racionalidade de recursos e a desospitalização<sup>(16)</sup>.

## POPULAÇÃO

A população engloba um grupo multiprofissional de 38 profissionais de saúde, selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: profissionais de saúde de ambos os sexos que atuam no SAD do município em questão, com tempo de atuação no serviço há pelo menos 6 meses. Foram excluídos: profissionais afastados do trabalho por motivos de férias, licença, tratamento de saúde, afastamento do serviço ou recusa em participar. Dos 38 profissionais elegíveis, apenas um se recusou a participar. Assim, a amostra foi composta de 37 profissionais que atuam no SAD sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde do município estudado.

### COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de 1º de dezembro de 2017 a 31 de março de 2018, nas dependências da unidade de lotação dos profissionais do SAD, sendo previamente agendada com os participantes, sem causar prejuízo ao atendimento. Os participantes foram orientados a responder à ficha de avaliação autoaplicável, a qual continha o perfil do profissional de saúde (idade, estado civil, tipo de vínculo de trabalho, carga horária de trabalho e treinamento no trabalho) e ao *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), e, no caso de apresentarem alguma dúvida, poderiam consultar a pesquisadora.

O instrumento SAQ é amplamente utilizado<sup>(1,3,5)</sup> e foi escolhido por apresentar boas propriedades psicométricas e ser validado e adaptado culturalmente para a realidade brasileira. O SAQ é composto de questões envolvendo a percepção sobre a segurança do paciente e de dados do profissional (cargo exercido, gênero e tempo de atuação). Esse instrumento mensura a percepção dos profissionais de saúde por meio de seis domínios: Clima de Trabalho em Equipe: itens 1 a 6; Clima de Segurança: itens 7 a 13; Satisfação no Trabalho: itens 15 a 19; Percepção do Estresse: itens 20 a 23; Percepção da Gerência: itens 24 a 29; Condições de Trabalho: itens 30 a 33. Os itens 14 e 34 a 36 não fazem parte de nenhum domínio, sendo analisados isoladamente<sup>(17)</sup>.

A resposta de cada questão segue a escala de cinco pontos de Likert. O escore final do instrumento varia de zero a 100, em que zero corresponde à pior percepção de atitudes de segurança pelos profissionais de saúde e 100, à melhor percepção. São considerados positivos valores totais do escore iguais ou superiores a 75 pontos<sup>(17)</sup>.

### ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram analisados no *software* Stata, versão 14.0 (StataCorp, 2015). Foi utilizada estatística descritiva para descrever as variáveis numéricas e nominais. Valores de  $p < 0,05$  foram considerados estatisticamente significativos. Para a análise de consistência interna, foi utilizado o coeficiente de alfa de Cronbach, com valores  $\geq 0,7$  representando boa confiabilidade<sup>(18)</sup>.

Para verificar a associação entre as variáveis demográficas e laborais e os domínios do SAQ, foi realizada a análise bivariada, a qual foi confirmada com a análise múltipla. A correlação de Pearson testou a relação entre os escores do clima e as variáveis numéricas. O teste t de Student ou Análise de Variância (ANOVA) para amostras independentes verificaram as diferenças entre médias dos escores das variáveis nominais.

A análise de regressão linear examinou os fatores associados aos escores dos domínios do SAQ, e foram incluídas nos modelos de regressão variáveis com p-valor < 0,05 na análise bivariada de sexo e idade para ajuste dos modelos.

## ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, sob o Parecer n. 2.334.607, de outubro de 2017. Atendeu os requisitos da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas com seres humanos.

## RESULTADOS

Um total de 37 questionários, compreendendo 97,4% da população do estudo, foram respondidos. As características sociodemográficas evidenciaram uma média de idade dos profissionais de 38,92 anos (DP=9,89), variando de 25 a 65 anos; cinco (13,5%) eram do sexo masculino e 32 (86,5%) do feminino. Quanto ao estado civil, 25 participantes (67,6%) viviam com o cônjuge e 12 (32,4%) não o tinham.

Sobre o perfil profissional, nove (24,3%) eram técnicos em enfermagem, oito (21,6%), médicos, seis (16,2%), enfermeiros, cinco, fisioterapeutas (13,5%), quatro (10,8%), assistentes sociais, dois (5,4%), fonoaudiólogos, dois (5,4%), nutricionistas, e um, psicólogo (2,7%). O regime de trabalho da maioria dos profissionais era estatutário (n=29; 78,4%); apenas oito eram contratados (21,6%), sendo que 23 (62,2%) possuíam apenas um vínculo empregatício e os demais (n=14; 37,8%), dois empregos. Quanto ao tempo de trabalho na especialidade, observou-se que 14 (37,9%) profissionais atuavam em sua respectiva área havia menos de 5 anos, 12 (32,4%), de 5 a 10 anos e 11 (29,7%), por mais de 10 anos. A carga horária média semanal de trabalho foi de 44,9 horas (DP=11,2), variando de 30 a 70 horas. Nenhum profissional do estudo teve treinamento sobre segurança do paciente e assistência segura.

A Tabela 1 detalha as frequências das questões do SAQ, por itens da escala, com maiores percentuais de satisfação nas questões do domínio satisfação no trabalho (exemplo: 91,9% [n=34] afirmaram gostar de seu trabalho) e menores percentuais na percepção da gerência (exemplo: 13,5% [n=5] responderam que a administração está fazendo um bom trabalho).

**Tabela 1** – Distribuição dos números absolutos e percentuais das questões do SAQ, por domínio – Brasil, 2018.

Questões	DT/DP		N		CP/CT	
	n	%	n	%	n	%
<b>Clima de trabalho em equipe</b>						
1. As sugestões do(a) enfermeiro(a) são bem recebidas neste serviço	1	2,7	5	13,5	31	83,8
2. (R) Neste serviço é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	16	43,2	3	8,1	18	48,6
3. Neste serviço, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado	7	18,9	1	2,7	29	78,4
4. Eu tenho o apoio de que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	1	2,7	1	2,7	35	94,6
5. É fácil para os profissionais que atuam neste serviço fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	4	10,8	2	5,4	31	83,8
6. Os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	6	16,2	1	2,7	30	81,1
<b>Clima de segurança</b>						
7. Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado(a) aqui como paciente	10	27,0	2	5,4	25	67,6
8. Erros são tratados de modo apropriado neste serviço	6	16,2	8	21,6	23	62,2
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente neste serviço	21	56,8	3	8,1	13	35,1
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	22	59,5	3	8,1	12	32,4
11. (R) Neste serviço, é difícil discutir sobre erros	14	37,8	3	8,1	20	54,1
12. Sou encorajado por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	7	18,9	2	5,4	28	75,7
13. A cultura neste serviço torna fácil aprender com os erros dos outros	12	32,4	1	2,7	24	64,9
<b>Satisfação no trabalho</b>						
15. Eu gosto do meu trabalho	2	5,4	1	2,7	34	91,9
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	2	5,4	2	5,4	33	89,2
17. Este é um bom lugar para trabalhar	5	13,5	3	8,1	29	78,4
18. Eu me orgulho de trabalhar neste serviço	4	10,8	1	2,7	32	86,5
19. O moral neste serviço é alto	20	54,1	5	13,5	12	32,4
<b>Percepção de estresse</b>						
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	8	21,6	-	-	29	78,4
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando cansado(a)	3	8,1	-	-	34	91,9
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	5	13,5	-	-	32	86,5
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência	14	37,8	1	2,7	22	59,5
<b>Percepção da gerência unidade/Secretaria Municipal de Saúde (SMS)</b>						
24. Unidade – A administração apoia meus esforços diários	16	43,2	5	13,5	16	43,2
24. SMS – A administração apoia meus esforços diários	24	63,9	8	21,6	5	13,5
25. Unidade – A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente	17	45,9	5	13,5	15	40,5
25. SMS – A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente	20	54,1	7	18,9	10	27,0
26. Unidade – A administração está fazendo um bom trabalho	17	45,9	8	21,6	12	32,4
26. SMS – A administração está fazendo um bom trabalho	27	73,0	5	13,5	5	13,5
27. Unidade – Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva	24	64,9	9	24,3	4	10,8
27. SMS – Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva	25	67,6	9	24,3	3	8,1
28. Unidade – Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do(a)	25	67,9	2	5,4	10	27,0
28. SMS – Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do(a)	27	73,0	4	10,8	6	16,2
29. Neste serviço, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes	21	56,8	5	13,5	11	29,7
<b>Condições de trabalho</b>						
30. Este serviço faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	23	62,2	5	13,5	9	24,3
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	20	54,1	1	2,7	16	43,2
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados	28	75,7	1	2,7	8	21,6
33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros(as) neste serviço	4	10,8	1	2,7	32	86,5
<b>Itens isolados</b>						
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração	25	67,6	7	18,9	5	13,5
34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos neste serviço	4	10,8	1	2,7	32	86,5
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos neste serviço	3	8,1	5	13,5	29	78,4
36. (R) Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns	6	16,2	2	5,4	29	78,4

DT: Discordo totalmente; DP: Discordo parcialmente; N: Neutro; CP: Concordo parcialmente; CT: Concordo totalmente; R: Questões revertidas. SMS: Secretaria Municipal de Saúde. Nota: (n= 37).

Na Tabela 2, verificou-se maior escore mediano para satisfação no trabalho (80,0), e menor para percepção da gerência (31,8). Em relação aos valores de alfa de Cronbach,

os seguintes domínios apresentaram boa confiabilidade: satisfação no trabalho (0,88); global (0,80), percepção da gerência unidade/SMS (0,79) e percepção do estresse (0,71).

**Tabela 2** – Análise do escore do SAQ, por domínio – Brasil, 2018.

Domínios	Média (DP)	IC 95%	Mediana	IIQ	Min.-Máx.	Alfa de Cronbach†
Domínio 1: Clima de trabalho em equipe	75,3 (16,5)	69,8-80,8	79,2	25,0	29,2-100,0	0,65
Domínio 2: Clima de segurança	55,5 (16,9)	49,8-61,1	53,6	21,4	17,9-89,3	0,56
Domínio 3: Satisfação no trabalho	72,6 (23,3)	64,8-80,3	80,0	25,0	0,0-100,0	0,88
Domínio 4: Percepção de estresse	75,0 (22,2)	75,0-82,4	75,0	34,4	12,5-100,0	0,71
Domínio 5: Percepção da gerência unidade/SMS	32,4 (18,5)	26,3-38,6	31,8	32,8	2,3-70,5	0,79
Domínio 6: Condições de trabalho	42,2 (20,7)	35,2-49,1	42,2	34,4	0,0-81,2	0,40
Global	58,8 (9,8)	55,6-62,1	59,4	11,4	25,6-77,4	0,80

DP: Desvio-padrão; IC 95%: Intervalo de confiança de 95%; IIQ: Intervalo interquartil; Min.: mínimo; Máx.: máximo; †: Alfa de Cronbach padronizado. Nota: (n=37)

A comparação entre os domínios de clima de segurança e as variáveis investigadas (sexo, regime de trabalho, vínculos e cargo) demonstrou diferença estatisticamente significativa entre: clima de segurança e regime de trabalho ( $p=0,001$ ); clima de segurança e cargo ( $p=0,005$ ); domínio global e regime

de trabalho ( $p=0,05$ ). O clima de segurança foi significativamente maior entre profissionais celetistas nos domínios clima de segurança e global. Os médicos apresentaram maior percepção do clima no domínio segurança quando comparados aos profissionais de outras categorias (Tabela 3).

**Tabela 3** – Análise bivariada dos fatores associados ao clima para os domínios – Brasil, 2018.

Variáveis	N	Trabalho em Equipe		Clima de Segurança		Satisfação no Trabalho		Percepção do Estresse		Percepção da Gerência		Condições de Trabalho		Global	
		Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor
<b>Sexo</b>															
Masculino	5	70,8 (25,7)		57,1 (24,9)	0,79	57,0 (34,2)	0,10	67,5 (34,6)	0,42	37,7 (20,9)	0,48	45,0 (30,4)	0,74	55,9 (17,1)	0,49
Feminino	32	76,0 (15,1)	0,52	55,2 (15,9)		75,0 (20,8)		76,2 (20,2)		31,6 (18,3)		41,8 (19,4)		59,3 (8,5)	
<b>Regime de trabalho</b>															
Celetista	8	79,2 (8,9)		71,9 (12,0)	0,001*	74,4 (15,2)	0,80	72,6 (28,5)	0,73	40,9 (13,0)	0,08	49,2 (22,0)	0,27	64,8 (4,2)	0,05*
Estatuário	29	74,3 (18,1)	0,29	51,0 (15,3)		72,1 (25,3)		75,6 (20,7)		30,1 (19,3)		40,3 (20,3)		57,2 (10,4)	
<b>Vínculos</b>															
Um	23	77,9 (12,5)		56,2 (16,5)	0,77	75,2 (15,7)	0,46	79,3 (20,6)	0,12	32,6 (19,0)	0,93	40,5 (19,7)	0,51	60,3 (6,9)	0,25
Dois	14	71,1 (21,5)	0,29	54,3 (18,3)		68,2 (32,4)		67,8 (23,6)		32,1 (18,3)		45,1 (22,6)		56,5 (13,3)	
<b>Cargo</b>															
Eq. enf.	15	76,4 (15,0)		51,4 (15,1)		73,3 (25,2)		78,7 (17,6)		33,8 (20,7)		28,7 (19,2)		58,7 (8,6)	
Eq. médica	8	79,2 (8,9)	0,60	71,9 (12,0)	0,005*	74,4 (15,2)	0,93	72,6 (28,5)	0,70	40,9 (13,0)	0,18	49,2 (22,0)	0,50	64,7 (4,2)	0,11
Outras	14	75,3 (16,5)		50,5 (16,2)		70,7 (26,2)		72,3 (23,7)		26,1 (17,5)		42,0 (22,0)		55,6 (12,1)	

\* $P<0,05$ : diferença estatisticamente significativa. P-valor: Teste t para amostras independentes; DP: desvio-padrão; Eq.: equipe; Enf. enfermagem. Nota: (n=37).

A Tabela 4 demonstra a correlação entre os domínios clima de segurança e idade, carga horária semanal e tempo na

especialidade. Uma correlação negativa foi observada entre a carga horária semanal e o domínio trabalho em equipe ( $p=0,02$ ).

**Tabela 4** – Correlação entre os domínios de clima de segurança e as variáveis quantitativas – Brasil, 2018.

	Trabalho em Equipe		Clima de Segurança		Satisfação no Trabalho		Percepção do Estresse		Percepção da Gerência		Condições de Trabalho		Global	
	r <sup>2</sup>	p	r <sup>2</sup>	p	r <sup>2</sup>	p	r <sup>2</sup>	p	r <sup>2</sup>	p	r <sup>2</sup>	p	r <sup>2</sup>	p
Idade (anos)	0,23	0,15	0,20	0,22	0,02	0,88	0,07	0,65	-0,03	0,85	0,24	0,13	0,24	0,15
Carga horária semanal (hours)	-0,36	<b>0,02*</b>	-0,05	0,74	-0,09	0,57	-0,19	0,24	0,17	0,28	-0,04	0,79	-0,18	0,26
Tempo na especialidade	0,18	0,26	-0,15	0,35	0,04	0,78	-0,07	0,65	-0,18	0,27	-0,05	0,73	-0,08	0,63

P: valor p; DP: Desvio-padrão; \* $P<0,05$ : diferença estatisticamente significativa; r<sup>2</sup>: Coeficiente de correlação de Pearson. Nota: (n= 37).

A Tabela 5 apresenta a análise de regressão linear dos fatores associados aos domínios do clima de segurança obtidos nos modelos de regressão. Foram incluídas nos respectivos modelos dos domínios as variáveis com p-valor < 0,20 na análise bivariada e as variáveis sexo e idade para ajuste.

A carga horária semanal foi associada ao clima de trabalho em equipe ( $p=0,025$ ). A idade foi positivamente associada ao clima de segurança ( $p=0,002$ ), condições de trabalho ( $p=0,03$ ) e global ( $p=0,04$ ). O regime de trabalho demonstrou associação estatisticamente significativa com o clima de

segurança ( $p<0,001$ ) e o domínio global ( $p=0,004$ ). O cargo foi positivamente associado ao domínio global ( $p=0,007$ ). A idade e o sexo não demonstraram associação estatisticamente significativa com o domínio satisfação no trabalho ( $p=0,64$ ;  $p=0,18$ , respectivamente), percepção do estresse ( $p=0,67$ ;  $p=0,56$ , respectivamente) e percepção da gerência ( $p=0,62$ ;  $p=0,92$ , respectivamente). O cargo e o regime de trabalho também não apresentaram associação estatisticamente significativa com a percepção da gerência ( $p=0,30$  para equipe médica e outras;  $p=0,09$ , respectivamente).

**Tabela 5** – Fatores associados ao clima de segurança – Brasil, 2018.

Domínios	$\beta^1$	IC 95%	p-valor
<b>Clima de Trabalho em Equipe</b>			
Idade	0,35	-0,19; 0,90	0,194
Sexo			
Masculino (R)			
Feminino	1,60	-19,15; 22,35	0,876
Carga Horária Semanal	-0,53	-0,99; -0,07	<b>0,025</b>
Valor de F (p-valor): 2,89 (0,049); $R^2$ : 0,189			
<b>Clima de Segurança</b>			
Idade	0,78	0,31; 1,24	<b>0,002</b>
Sexo			
Masculino (R)			
Feminino	12,12	-2,52; 26,76	0,102
Regime de trabalho (R)			
Celetista			
Estatuário	-34,29	-47,23; -21,24	<b>&lt; 0,001</b>
Cargo			
Equipe Enfermagem (R)			
Equipe Médica	34,07	20,25; 47,89	<b>&lt; 0,001</b>
Outras	-0,38	-10,13; 9,36	0,936
Valor de F (p-valor): 8,01 (< 0,001); $R^2$ : 0,517			
<b>Satisfação no trabalho</b>			
Idade	-0,23	-1,26; 0,79	0,64
Sexo			
Masculino (R)			
Feminino	20,78	-10,06; 51,63	0,18
Valor de F (p-valor): 0,94 (0,400); $R^2$ : 0,08			
<b>Percepção do estresse</b>			
Idade	0,13	-0,50; 0,77	0,67
Sexo			
Masculino (R)			
Feminino	9,75	-24,20; 43,71	0,56
Valor de F (p-valor): 0,91 (=0,44); $R^2$ : 0,09			
<b>Percepção da gerência</b>			
Idade	0,17	-0,55; 0,90	0,62
Sexo			
Masculino (R)			
Feminino	-0,92	-19,90; 18,05	0,92
Cargo			
Equipe médica	8,37	-7,86; 24,61	0,30
Outras	-7,79	-22,93; 7,35	0,30
Regime de trabalho (R)			
Celetista			
Estatuário	-12,64	-27,56; 2,28	0,09
Valor de F (p-valor): 1,36 (0,269); $R^2$ : 0,10			
<b>Condições de Trabalho</b>			
Idade	0,83	0,07 1,59	<b>0,033</b>
Sexo			
Masculino (R)			
Feminino	-1,97	-33,95; 30,01	0,901
Regime de trabalho (R)			
Celetista			
Estatuário	-16,30	-46,06; 13,44	0,273
Valor de F (p-valor): 4,62 (0,004); $R^2$ : 0,159			
<b>Global</b>			
Idade	0,38	0,02; 0,74	<b>0,040</b>
Sexo			
Masculino (R)			
Feminino	9,60	-4,44; 23,66	0,174
Regime de trabalho (R)			
Celetista			
Estatuário	-15,72	-26,18; -5,26	<b>0,004</b>
Cargo			
Equipe Enfermagem (R)			
Equipe Médica	14,27	4,21; 24,33	<b>0,007</b>
Outras	-2,64	-9,22; 3,94	0,420
Valor de F (p-valor): 3,25 (0,024); $R^2$ : 0,359			

R: Categoria de referência; IC 95%: Intervalo de confiança de 95%; <sup>1</sup>Coefficiente de regressão. Nota: (n= 37).

## DISCUSSÃO

A confiabilidade interna do instrumento demonstrou que os domínios satisfação no trabalho, percepção do estresse, percepção da gerência e domínio global apresentaram valores de alfa de Cronbach superiores a 0,70<sup>(18)</sup>, confirmando a robustez para medir a cultura de segurança na atenção domiciliar.

Conhecer a opinião dos profissionais de saúde é essencial para perceber as questões relacionadas à perda de segurança dos pacientes, pois estes estão diretamente ligados à gestão do cuidado<sup>(6)</sup>. A participação de 65% a 85% da população é considerada adequada para se avaliar a cultura de segurança<sup>(19)</sup>. Portanto, os valores apresentados nesta pesquisa expressam as percepções e atitudes sobre a cultura de segurança do paciente no serviço avaliado.

No que tange ao perfil sociodemográfico dos profissionais, a feminização entre os profissionais de saúde é confirmada como uma tendência crescente<sup>(20-21)</sup>. A categoria da enfermagem é predominante dentre os respondentes por ser a maioria dos profissionais nas instituições de saúde, como preconizado na normativa da atenção domiciliar SUS<sup>(16)</sup>.

Os resultados obtidos neste estudo apontaram que os domínios trabalho em equipe e percepção do estresse foram considerados positivos para as atitudes de segurança do paciente. No domínio trabalho em equipe, constatou-se que houve uma grande porcentagem de respondentes que afirmaram ser difícil falar abertamente quando se percebe um problema na assistência ao paciente. Existe a necessidade de melhorar a discussão entre os membros da equipe e de abertura para a discussão de erros<sup>(3,22)</sup>.

Estudos examinaram as barreiras que o profissional encontra quando percebe problemas relacionados ao cuidado do paciente. As dinâmicas de poder, os sentimentos de resignação, as experiências anteriores negativas ou a ineficácia de episódios relatados, o medo de prejudicar relacionamentos com colegas ou superiores e a falta de segurança psicológica foram identificados como as principais razões para a dificuldade de expressão do profissional. Conclui-se que o “clima organizacional” é um motivador explícito para o silêncio do profissional sobre questões de segurança e, por isso, são fundamentais o encorajamento, o reforço e o desenvolvimento da capacidade da equipe de ouvir e responder adequadamente às preocupações expressas<sup>(22-23)</sup>.

O clima de segurança referente à gerência do serviço demonstrou a pior média dos domínios. Menciona-se a estratégia de adotar uma abordagem proativa e transparente no tratamento de questões de segurança, para que os profissionais de saúde vejam que suas opiniões são valorizadas e seguidas sem a ameaça de retaliação<sup>(23)</sup>. Outra indicação é a necessidade de desenvolver um clima forte de segurança ou compartilhar percepções dos funcionários de que a segurança é recompensada, apoiada, valorizada e priorizada em relação a outras metas organizacionais<sup>(24)</sup>.

O modelo de cultura de segurança mais adequado para o cenário da saúde é de uma cultura justa, que reconheça a assistência à saúde como um empreendimento complexo e de alto risco; uma cultura de relato, em que as pessoas sejam encorajadas a falar sobre os erros; e uma cultura de

aprendizagem, na qual todos estejam dispostos a aprender com os erros cometidos, fazendo alterações sistemáticas para evitar a sua recorrência<sup>(1,3)</sup>. Uma boa percepção do estresse é um componente importante para a melhoria da segurança do paciente<sup>(5,25)</sup>, assim como das condições de trabalho, com programas de treinamento para novos funcionários e contratação de pessoal suficiente<sup>(26)</sup>.

As menores pontuações no domínio percepção da gerência sugerem baixa aprovação das ações da gerência quanto às questões de segurança, corroborando outros estudos<sup>(25,27)</sup>.

Um estudo britânico revelou que o trabalho em equipe e as percepções positivas dos profissionais em relação aos gestores foram associados a ganhos significativos na segurança do paciente por meio da diminuição de complicações e mortalidade<sup>(7)</sup>. Os líderes devem desempenhar um papel fundamental no suporte a um sistema de aprendizado robusto, servir de guardiões do sistema de aprendizado, aplicar os conceitos de melhoria e confiabilidade e encorajar a transparência em todos os níveis da organização<sup>(2)</sup>, além de proporcionar um ambiente laboral de qualidade para os trabalhadores<sup>(5)</sup>.

Estudo baseado em dados hospitalares sugere que, para alcançar ganhos em resultados de qualidade e segurança, a gerência deve ter foco na implementação de iniciativas combinadas para a melhoria da qualidade contínua e do clima de segurança<sup>(28)</sup>. Conhecer as relações entre as dimensões do SAQ e como cada dimensão interage com as outras é essencial para a gestão ter parâmetros na decisão e avaliar a relação causa-efeito<sup>(29)</sup>. Logo, o trabalho em equipe e a gestão como apoio à segurança do paciente são duas dimensões críticas para melhorar a cultura de segurança, pois têm impactos diretos em todas as outras dimensões, exceto no reconhecimento do estresse<sup>(5,29)</sup>.

O presente estudo também possibilitou compreender a relação entre os domínios do SAQ e as variáveis idade, tempo de formação, tempo de experiência na especialidade e tipo de vínculo de trabalho.

A idade mais avançada está associada a escores significativamente aumentados para o clima de segurança e condições de trabalho, o que pode ser explicado por um apego maior ao trabalho e sensação de confiança entre os mais velhos. Outra possível explicação seria a melhor percepção de fatores que prejudicam a segurança do paciente entre os mais jovens, em decorrência de uma formação acadêmica mais recente e focada na temática da segurança do paciente<sup>(8)</sup>. Esse achado é demonstrado entre profissionais de saúde da atenção primária na Holanda<sup>(1)</sup>.

Melhor percepção do clima de segurança do trabalho foi observada entre os profissionais médicos, que coincidentemente são os que possuem o contrato temporário como

vínculo de trabalho. Essa melhor percepção pode ser explicada pelo fato de o vínculo precário e a falta de estabilidade tender a respostas mais positivas devido ao medo de retaliação<sup>(25)</sup>. Acredita-se, no entanto, que essa não seja a razão principal de tal percepção, e atribui-se o resultado à formação profissional do médico, mais voltada à cultura de segurança devido à invasividade dos procedimentos que realiza.

Os resultados demonstraram que, quanto maior a carga horária de trabalho, pior a percepção do clima de segurança, o que é preocupante por ser a carga horária associada com maior risco de erros na assistência<sup>(6)</sup>. Entende-se que os danos causados por indignidades e iniquidades nos serviços de saúde são tão evitáveis e tão inaceitáveis quanto cirurgias incorretas e erros de medicação. Garantir a segurança do paciente é assegurar o direito de todos a uma experiência de assistência gratuita, que inclui ser tratado de forma equitativa e com dignidade<sup>(2)</sup>.

As peculiaridades da atenção domiciliar, com a presença da figura do cuidador e familiares que compartilham com a equipe os cuidados do paciente e o ambiente diferenciado do hospitalar, exigem uma cultura de segurança por parte dos profissionais de saúde, os quais devem apoiar, estimular e treinar os cuidadores, sendo necessária uma reflexão entre autonomia e segurança<sup>(11)</sup>.

O tamanho pequeno da amostra constituiu a principal limitação do estudo, associada à avaliação de um único serviço, o que limita a generalização dos resultados para outros serviços. A escassez de estudos no âmbito da atenção domiciliar torna as comparações restritas pelas diferenças no ambiente de trabalho, nível de serviço e questões relacionadas à segurança.

Nesse sentido, ressaltamos a importância dos achados nesse ambiente de trabalho. Estudos futuros devem focar a comparação do SAQ em outros serviços de atenção domiciliar, especialmente estudos longitudinais e correlacionar os resultados dos comportamentos e atitudes de segurança e a magnitude dos incidentes na assistência. Sugere-se também a inclusão da percepção dos outros atores envolvidos, ou seja, a gestão e os serviços de apoio. Do ponto de vista assistencial e gerencial, os resultados do presente estudo podem auxiliar na implementação de estratégias para a consolidação de uma cultura de segurança no serviço.

## CONCLUSÃO

O trabalho em equipe e a satisfação no trabalho foram pontuados como positivos; as ações gerenciais são consideradas as principais fragilidades da cultura do paciente, representando um sinal de alerta que necessita ser trabalhado no serviço.

## RESUMO

**Objetivo:** Verificar as percepções da equipe de saúde sobre a cultura de segurança do paciente na atenção domiciliar em um município de grande porte na região Centro-Oeste do Brasil. **Método:** Estudo tipo Survey, com aplicação do Questionário de Atitudes de Segurança e perfil profissional. **Resultados:** Dos 37 profissionais, a maioria era do sexo feminino (n=32, 86,5%), vivia com cônjuge (n=25, 67,6%), trabalhava em regime de trabalho estatutário (n=29; 78,4%) e tinha vínculo empregatício (n=23; 62,2%). Verificaram-se maior escore mediano para satisfação no trabalho (80,0) e menor para percepção da gerência (31,8). Houve uma correlação negativa entre a carga horária semanal e o trabalho em equipe (p=0,02). O clima de segurança foi significativamente maior entre profissionais celetistas nos domínios clima de segurança (p=0,001) e global (p=0,005). Os médicos apresentaram maior percepção do clima no domínio segurança quando comparados aos profissionais de outras categorias (p=0,005). A idade foi positivamente associada ao clima nos domínios de segurança (p=0,002), condições de trabalho (p=0,03) e global (p=0,04). **Conclusão:** O trabalho em equipe e a satisfação no trabalho foram pontuados como positivos e as ações gerenciais, consideradas as principais fragilidades da cultura de segurança.

**DESCRITORES**

Segurança do Paciente; Serviços de Assistência Domiciliar; Cultura Organizacional; Gestão da Segurança; Qualidade da Assistência à Saúde.

**RESUMEN**

**Objetivo:** Verificar las percepciones del equipo de salud sobre la cultura de seguridad del paciente en la atención domiciliar en un municipio de grande porte en la región Centro-Oeste del Brasil. **Método:** Estudio tipo Survey, con aplicación del Cuestionario de Actitudes de Seguridad y perfil profesional. **Resultados:** De los 37 profesionales, la mayoría era del sexo femenino (n=32, 86,5%), vivía con su cónyuge (n=25, 67,6%), laboraba en régimen de trabajo supeditado al código de los funcionarios públicos (n=29; 78,4%) y tenía vínculo laboral (n=23; 62,2%). Se han verificado mayor puntaje mediano para satisfacción en el trabajo (80,0) y menor para percepción de la gerencia (31,8). Hubo una correlación negativa entre la carga horaria semanal y el trabajo en equipo (p=0,02). El clima de seguridad fue significativamente mayor entre profesionales supeditados a la Consolidación de Leyes Laborales en los dominios: clima de seguridad (p=0,001) y global (p=0,005). Los médicos presentaron mayor percepción del clima en el dominio seguridad cuando comparados a los profesionales de otras categorías (p=0,005). La edad fue positivamente asociada al clima en los dominios de seguridad (p=0,002), condiciones de trabajo (p=0,03) y global (p=0,04). **Conclusión:** El trabajo en equipo y la satisfacción en el trabajo fueron puntuados como positivos y las acciones gerenciales, consideradas las principales fragilidades de la cultura de seguridad.

**DESCRIPTORES**

Seguridad del Paciente; Servicios de Atención de la Salud a Domicilio Cultura Organizacional; Servicios de Atención de la Salud a Domicilio; Administración de la Seguridad; Calidad de la Atención de Salud.

**REFERÊNCIAS**

1. Smits M, Keizer E, Giesen P, Deilkås ECT, Hofoss D, Bondevik GT. Patient safety culture in out-of-hours primary care services in the Netherlands: a cross-sectional survey. *Scand J Prim Health Care* [Internet]. 2018 [cited 2018 June 10];36(1):28-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5901437/>
2. Frankel A, Haraden C, Federico F, Lenoci-Edwards J. A framework for safe, reliable, and effective care. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare; 2017.
3. Basson T, Montoya A, Neily J, Harmon L, Watts BV. Improving patient safety culture: a report of a multifaceted intervention. *J Patient Saf.* 2018 Feb 9. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000470 [Epub ahead of print]
4. Silva NDM, Barbosa AP, Padilha KG, Malik AM. Patient safety in organizational culture as perceived by leaderships of hospital institutions with different types of administration. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(3):490-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400016>
5. Huang C-H, Wu H-H, Lee Y-C. The perceptions of patient safety culture: a difference between physicians and nurses in Taiwan. *Appl Nurs Res.* 2018;40:39-44. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.12.010>
6. Listyowardojo TA, Yan X, Leyshon S, Ray-Sannerud B, Yu XY, Zheng K, et al. A safety culture assessment by mixed methods at a public maternity and infant hospital in China. *J Multidiscip Healthc.* 2017;10:253-62. DOI: 10.2147/JMDH.S136943
7. Vasconcelos PF, Arruda LP, Freire VECS, Carvalho REFL. Instruments for evaluation of safety culture in primary health care: integrative review of the literature. *Public Health.* 2018;156:147-51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.12.024>
8. Bondevik GT, Hofoss D, Husebø BS, Deilkås ECT. Patient safety culture in Norwegian nursing homes. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017 [cited 2018 June 10];17(1):424. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5479007/>
9. Gartshore E, Waring J, Timmons S. Patient safety culture in care homes for older people: a scoping review. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017 [cited 2018 June 10];17(1):752. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5697159/>
10. Marshall M, Cruickshank L, Shand J, Perry S, Anderson J, Wei L, et al. Assessing the safety culture of care homes: a multimethod evaluation of the adaptation, face validity and feasibility of the Manchester Patient Safety Framework. *BMJ Qual Saf.* 2017;26(9):751-9. DOI: 10.1136/bmjqs-2016-006028
11. Vincent C, Amalberti R. Safer Healthcare: strategies for the real world. Oxford: Springer; 2016.
12. Berland A, Holm AL, Gundersen D, Bentsen SB. Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses. *J Nurs Manag.* 2012;20(6):794-801. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2012.01461.x
13. Schildmeijer KGI, Unbeck M, Ekstedt M, Lindblad M, Nilsson L. Adverse events in patients in home healthcare: a retrospective record review using trigger tool methodology. *BMJ Open* [Internet]. 2018 [cited 2018 June 20];8(1):e019267. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5781156/>
14. Dantas IC, Pinto Junior EPP, Medeiros KKAS, Souza EA. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. *Rev Kairós Gerontol* [Internet]. 2017 [citado 2018 jul. 20];20(1):93-108. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/32058>
15. Lyons I, Blandford A. Safer healthcare at home: detecting, correcting and learning from incidents involving infusion devices. *Appl Ergon.* 2018;67:104-14. DOI: 10.1016/j.apergo.2017.09.010
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2018 jun. 15]. Disponível em: [http://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html)
17. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2012;20(3):575-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>
18. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol Serv Saude.* 2017;26(3):649-59. DOI: 10.5123/S1679-49742017000300022

19. 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* [Internet]. 2006 [cited 2018 Aug 21];6:44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/>
20. Russo G, Gonçalves L, Craveiro I, Dussault G. Feminization of the medical workforce in low-income settings; findings from surveys in three African capital cities. *Hum Resour Health* [Internet]. 2015 [cited 2018 Sep 20];13:64. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4521355/>
21. Hedden L, Barer ML, Cardiff K, McGrail KM, Law MR, Bourgeault IL. The implications of the feminization of the primary care physician workforce on service supply: a systematic review. *Hum Resour Health* [Internet]. 2014 [cited 2018 Aug 21];12:32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4057816/>
22. Schwappach D, Richard A. Speak up-related climate and its association with healthcare workers' speaking up and withholding voice behaviours: a cross-sectional survey in Switzerland. *BMJ Qual Saf*. 2018;27(10):827-35. DOI: 10.1136/bmjqs-2017-007388
23. Etchegaray JM, Ottosen MJ, Dancsak T, Thomas EJ. Barriers to speaking up about patient safety concerns. *J Patient Saf*. 2017 Nov 4. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000334 [Epub ahead of print]
24. Vogus TJ. Safety climate strength: a promising construct for safety research and practice. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(9):649-52. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004847
25. Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2017;25:e2849. DOI: 10.1590/1518-8345.1600.2849
26. Lee YC, Wu HH, Hsieh WL, Weng SJ, Hsieh LP, Huang CH. Applying importance-performance analysis to patient safety culture. *Int J Health Care Qual Assur*. 2015;28(8):826-40. DOI: 10.1108/IJHCQA-03-2015-0039
27. Santiago THR, Turrini RNT. Organizational culture and climate for patient safety in Intensive Care Units. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(n. spe):123-30. DOI: 10.1590/S0080-623420150000700018
28. McFadden KL, Stock GN, Gowen CR. Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: Impact on process quality and patient safety. *Health Care Manage Rev*. 2015;40(1):24-34. DOI: 10.1097/HMR.0000000000000006
29. Lee Y-C, Weng S-J, Stanworth JO, Hsieh L-P, Wu H-H. Identifying critical dimensions and causal relationships of patient safety culture in Taiwan. *J Med Imaging Health Inf*. 2015;5(5):995-1000. DOI: 10.1166/jmihi.2015.1482

