

Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino

Patient safety atmosphere in a teaching hospital

Clima de seguridad del paciente en un hospital de enseñanza

Felipe Henrique de Lima Magalhães^a
Isabelle Christine de Almeida Pereira^a
Raíssa Bianca Luiz^a
Maria Helena Barbosa^b
Maria Beatriz Guimarães Ferreira^{c,d}



Como citar este artigo:

Magalhães FHL, Pereira ICA, Luiz RB, Barbosa MH, Ferreira MBG. Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180272. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180272>.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a percepção do clima de segurança do paciente pelos profissionais de saúde a partir do Questionário de Atitudes de Segurança e investigar a associação entre os escores e variáveis sociodemográficas e profissionais.

Método: Estudo quantitativo realizado com 198 profissionais de saúde de hospital filantrópico de Minas Gerais, entre março e junho de 2017. Utilizou-se instrumento com variáveis sociodemográficas e profissionais e Questionário de Atitudes de Segurança. Realizou-se análise estatística com teste t de Student, correlação de Pearson, Anova e regressão linear múltipla.

Resultados: Profissionais apresentaram percepção negativa quanto ao clima de segurança do paciente (69,5). Domínio Satisfação no Trabalho obteve maior pontuação (81,98), enquanto Percepção da gerência a pior (62,15). Médicos ($p=0,005$), homens e profissionais de nível superior ($p<0,001$) apresentaram melhor percepção de segurança.

Conclusão: Identificação de variáveis preditoras é importante ferramenta para implementação de uma cultura de segurança, favorecendo qualidade da assistência e redução de eventos adversos.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Gestão da segurança. Pessoal de saúde.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the perception of patient safety atmosphere for health professionals from the safety Attitudes questionnaire and investigate the association between scores and sociodemographic and professionals variables.

Method: This is a quantitative study conducted with 198 health professionals of a philanthropic hospital in Minas Gerais between March and June 2017. Data were collected using an instrument with sociodemographic and professional variables and the Safety Attitudes Questionnaire. Statistical analysis was performed with Student's t-test, Pearson correlation, Anova and multiple linear regression.

Results: The professionals presented a negative perception regarding the patient's safety atmosphere (69.5). The domain Job Satisfaction scored the highest (81.98), while Management Perception did the worst (62.15). Doctors ($p=0.005$), men and professionals with higher levels ($p<0.001$) presented better perception of the safety atmosphere.

Conclusion: The identification of predictor variables is an important tool for implementing a safety culture, favoring quality of care and reduction of adverse events.

Keywords: Patient safety. Safety management. Health personnel.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la percepción del clima de seguridad del paciente para profesionales de la salud del cuestionario de actitudes de seguridad e investigar la asociación entre los escores de seguridad y las variables sociodemográficas y profesionales.

Método: Estudio cuantitativo realizado con 198 profesionales de salud de un hospital filantrópico de Minas Gerais, entre marzo y junio de 2017. Se utilizó un instrumento con variables sociodemográficas y profesionales y Safety Attitudes Questionnaire. Análisis estadístico se realizó con los tests t de Student, correlación de Pearson, Anova y regresión lineal múltiple.

Resultados: Los profesionales presentaron una percepción negativa en cuanto al clima de seguridad del paciente (69,5). El dominio de satisfacción en el trabajo obtuvo mayor puntuación (81,98), mientras que la percepción de la gerencia peor (62,15). Médicos ($p=0,005$), hombres y profesionales de nivel superior ($p<0,001$) presentaron mejor percepción de seguridad.

Conclusión: La identificación de variables predictoras es una importante herramienta para la implementación de una cultura de seguridad, favoreciendo calidad de la asistencia y reducción de eventos adversos.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Gestión de la seguridad. Personal de salud.

^a Universidade de Uberaba (UNIUBE), Curso de Graduação em Enfermagem. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

^b Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Instituto Ciências da Saúde, Departamento Didático Científico de Enfermagem na Assistência Hospitalar. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

^c Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Faculdade de Medicina, Curso de Graduação em Enfermagem. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

^d Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Instituto Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

INTRODUÇÃO

A questão de segurança do paciente tem se tornado assunto prioritário pelas organizações de saúde por ser considerada fundamental para a qualidade assistencial, a satisfação do cliente e o cuidado livre de danos⁽¹⁾.

Contudo, práticas inseguras, que colocam em risco a vida do paciente, ainda são frequentes nas instituições de saúde. Estudo realizado com notificações registradas no Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa), no Brasil, no período de dois anos, encontrou a ocorrência de 63.933 eventos adversos (EA) relacionados com a assistência à saúde, sendo desses, 417 com evolução para óbito do paciente⁽²⁾. A ocorrência de EA remete a implicações negativas que atingem desde o paciente, os profissionais envolvidos e até a sociedade.

Em meio a esse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS), através do programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, instituiu diretrizes com a finalidade de incentivar os países ao desenvolvimento de estratégias voltadas para a segurança do paciente. Priorizou-se a realização de pesquisas com base em evidências científicas que tratassem dos problemas de segurança⁽³⁾.

Dentre as estratégias para melhorar a segurança no cuidado prestado estão o gerenciamento de risco, a implantação de protocolos que subsidiem o planejamento da assistência, a comunicação efetiva entre as equipes e a adoção de uma cultura de segurança pelas instituições de saúde⁽¹⁾. Ou seja, a segurança do paciente deve ser vista como um compromisso de toda equipe multiprofissional, tornando todos os envolvidos nas relações de trabalho corresponsáveis na promoção de ações seguras aos pacientes.

Ressalta-se que um dos passos primordiais para adoção de uma cultura de segurança é o conhecimento, por parte das organizações, da sua estrutura organizacional e do reconhecimento de seus objetivos e valores, que sejam transmitidos de forma clara e horizontal a todos os membros, estimulando atitudes e comportamentos voltados ao alcance das metas⁽⁴⁾.

Dessa forma, é necessário verificar se a instituição possui uma cultura de segurança. A partir daí, pode-se identificar os principais fatores que precisam ser aprimorados dentro do serviço, a fim de garantir a segurança ao paciente, ou ainda identificar fatores organizacionais que impeçam a formação de uma cultura de segurança.

Instrumentos têm sido utilizados com objetivo de avaliar a cultura de segurança do paciente a partir da percepção dos profissionais da saúde quanto ao clima de segurança. Entende-se como clima de segurança a parte mensurável da cultura, podendo ser avaliado por meio da percepção dos profissionais⁽⁵⁾.

O clima de segurança é capaz de reproduzir as percepções dos profissionais em um determinado momento em seu local de trabalho, enquanto a cultura é um conceito produzido ao longo do tempo, de forma longitudinal, refletindo o conjunto de atitudes, valores, individuais e grupais das questões voltadas à segurança do paciente em uma organização de saúde⁽⁵⁾.

Frente ao exposto, a mensuração do clima de segurança permite identificar fatores associados, que contribuem positiva ou negativamente, à adoção de práticas seguras dentro dos serviços de saúde. Um dos instrumentos capazes de realizar essa medida é o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), que por meio do seu escore é possível verificar sinais de alerta para os domínios que precisam ser melhorados dentro da instituição em prol da segurança do paciente⁽⁶⁻⁷⁾.

Estudo envolvendo a temática estimula mais pesquisas com a aplicação do SAQ como forma de avaliar e monitorar se as ações das organizações refletem uma percepção positiva quanto ao clima de segurança⁽⁸⁾.

Outras investigações reforçam que a avaliação do clima de segurança institucional possibilita o desenvolvimento de ações com vistas a diminuição de EA e promoção de uma assistência de maior qualidade. Além disso, os resultados obtidos fornecem subsídios para o planejamento organizacional desde a gestão dos serviços até a execução das práticas assistenciais⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Nesse sentido, a percepção dos membros de uma instituição em relação a diferentes aspectos do clima de segurança é uma importante ferramenta para análise da cultura de segurança da organização.

Assim, o objetivo desse estudo foi avaliar a percepção do clima de segurança do paciente pelos profissionais de saúde de um hospital universitário a partir da aplicação do Questionário de Atitudes de Segurança e investigar associação entre os escores e variáveis sociodemográficas e profissionais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de delineamento não experimental, seccional, de abordagem quantitativa desenvolvido em um hospital filantrópico, vinculado à uma instituição de ensino superior privada, que atende média e alta complexidade, localizado no interior de Minas Gerais, Brasil.

Para o cálculo do tamanho amostral, considerou-se um coeficiente de determinação apriorístico $R^2 = 0,10$, em um modelo de regressão linear múltipla com cinco preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de $\alpha = 0,01$ e erro do tipo II de $\beta = 0,1$, resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 90%. Utilizando-se o aplicativo *Power Analysis and Sample Size* (PASS), versão 13, ao introduzir os valores anteriormente descritos, obteve-se um tamanho de

amostra mínimo de 206 profissionais de saúde. A variável de desfecho principal foi o domínio clima de segurança.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março a junho de 2017 com profissionais da equipe de saúde que possuíam vínculo empregatício com a instituição há, pelo menos, um mês. Foram excluídos do estudo os profissionais que estavam em licença médica ou em afastamento do trabalho por outros motivos, bem como, aqueles que não foram encontrados após cinco tentativas durante o período de coleta de dados.

Para a coleta de dados, utilizou-se dois instrumentos que foram preenchidos pelos participantes: um que possuía variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil) e profissionais (profissão, formação, tempo de formação, tempo de profissão, tempo de atuação na instituição, turno de trabalho, setor que atua na instituição, carga horária semanal, existência de outro vínculo empregatício), bem como o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ)⁽⁷⁾.

O SAQ contém 41 itens divididos por seis domínios: Clima de Trabalho em Equipe, Clima de Segurança, Satisfação no trabalho, Percepção do Estresse, Percepção da Gerência e Condições de trabalho. Os itens são respondidos através de escala tipo Likert de cinco pontos, com as seguintes opções: A - Discorda totalmente; B - Discorda parcialmente; C - Neutro; D - Concorda parcialmente; E - Concorda totalmente e X - não se aplica. O escore final compreende valores entre 0 (zero), considerado a pior percepção, e 100, a melhor percepção. Os autores do SAQ consideram uma percepção positiva escores igual ou acima de 75.

Ressalta-se que para uso do SAQ, foi solicitado autorização junto ao autor principal, o qual conferiu a permissão para realização da presente pesquisa em resposta via e-mail.

Anteriormente à coleta de dados, foi feito um teste piloto com 10 profissionais no intuito de analisar aplicabilidade e adequabilidade do instrumento, mas não houve necessidade de alterações. Os pesquisadores foram submetidos a um treinamento para consonância na coleta de dados.

Os dados foram analisados por meio do software *Statistical Package for the Social Science (SPSS) for Windows*, versão 23 e analisados por meio de distribuições de frequências absolutas e percentuais para variáveis categóricas e medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de variabilidade (amplitudes e desvio padrão) para variáveis quantitativas. Para verificar o clima de segurança segundo o escore geral do instrumento, foi realizada a inversão dos itens reversos do instrumento (itens 2, 11 e 36). Nos itens reversos, as respostas preenchidas como “concordo totalmente”, por exemplo, passaram a ser “discordo totalmente”. Posteriormente, utilizou-se a fórmula $m(q.1,q.2,r,q.3,q.4,q.5,q.6,q.7,q.8,q.9,q.10,q.11,r,q.12,q.13\dots q.41)-1) \times 25$, onde m corresponde à média dos itens do instrumento como um todo.

Para o cálculo dos escores, 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 $(m-1) \times 25$, onde m é a média dos itens do domínio em questão, variando no intervalo [0-100].

Para verificar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais sobre os escores dos domínios sobre percepção de segurança do SAQ utilizou-se análise bivariada, a qual incluiu teste t de Student, correlação de Pearson e Anova. Para analisar a influência simultânea de todas as variáveis foi empregada análise de regressão linear múltipla. Ressalta-se que o critério de inserção das variáveis preditoras considerou apenas a relevância conceitual.

As análises inferenciais consideraram um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Uberaba, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 55463616.3.0000.5145, e parecer número 1.569.711. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

■ RESULTADOS

Dos 206 profissionais, oito recusaram em participar do estudo, totalizando 198 participantes. Desses, houve predomínio de mulheres (166; 83,8%), casadas (82; 41,4%), com idade média de 35,13 ($s=8,40$) anos, mínimo de 20 e máximo de 57 anos.

Houve predomínio de colaboradores da equipe de enfermagem (144; 72,7%), seguido de médicos (12; 6,1%) e outros profissionais (42; 21,1%), compostos pelas demais categorias profissionais, a saber: assistente social (2; 1,0%); biomédico (5; 2,5%); farmacêutico (2; 1,0%); fisioterapeuta (4; 2,0%); fonoaudiólogo (1; 0,5%); técnicos em farmácia (17; 8,6%), em radiologia (1; 0,5%) e de laboratório (8; 4,0%); dentista (1; 0,5%) e biólogo (1; 0,5%). Os resultados evidenciaram uma minoria com especialização na modalidade Stricto Sensu (8; 4%), entretanto a maioria tem atuação somente em atividades assistenciais (161; 81,3%) e não possuía outro vínculo empregatício (137; 69,2%).

O tempo médio de profissão dos participantes foi de 95,6 ($s=76,79$) meses, enquanto o tempo médio na instituição foi de 48,22 ($s=45,48$) meses. O período mínimo de ambas foi de 1 mês, enquanto o máximo para o tempo de profissão foi de 468 meses e 304 para o tempo de admissão. Quanto ao turno de trabalho, houve maior proporção de colaboradores no turno da manhã (64; 32,3%), seguido da noite (51; 25,8%) e manhã/tarde (46; 23,2%).

Os resultados da tabela 1 evidenciam os valores resultantes da análise descritiva do escore geral e por domínios do SAQ.

Tabela 1 - Análise descritiva do escore geral e por domínios do SAQ. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017

Domínios	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Alfa Cronbach
D*1- Clima de trabalho em equipe	0,00	100	71,71	75,00	18,25	0,60
D2 – Clima de segurança	3,57	100	70,12	71,42	18,32	0,72
D3 – Satisfação no trabalho	0,00	100	81,98	90,00	19,62	0,76
D4 – Percepção do estresse	0,00	100	68,03	75,00	25,32	0,70
D5 – Percepção da gerência da unidade e do hospital	0,00	100	62,15	63,63	20,95	0,84
D6 – Condições de trabalho	0,00	100	71,14	75,00	26,50	0,75
Geral	8,33	97,37	69,54	70,78	14,98	0,91

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

*D = Domínios

Observou-se que o escore médio geral foi de 69,5 pontos, indicando que a percepção geral do clima de segurança nesta instituição foi negativa. Dentre os seis domínios de segurança avaliados, o domínio Satisfação no Trabalho obteve maior pontuação (81,98), o que indica uma visão positiva do local de trabalho. Em contrapartida, o domínio que se refere a percepção da gerência obteve o pior escore (62,15).

Em relação ao sexo, o escore médio dos Domínio 1 (Trabalho em Equipe) e 2 (Clima de Segurança) foi maior para os homens. Referente ao primeiro domínio, o escore médio para o sexo masculino foi de 78,91 (DP=15,86), enquanto para o feminino foi de 70,30 (DP=18,40). Por sua vez, o escore médio do domínio 2 para os homens foi de 75,53 (DP=16,90), enquanto para as mulheres foi de 69,08 (DP=18,45), com diferenças estatisticamente significativas, respectivamente ($p=0,01$; $p<0,001$). A idade não apresentou diferença estatística significativa em nenhum domínio.

À associação entre o escore geral e dos domínios do SAQ e as variáveis tempo de profissão e tempo na institui-

ção, evidenciou-se que não houve correlação estatisticamente significativa.

Quanto à formação, os profissionais que tinham apenas ensino médio apresentaram menor escore médio (63,43) quando comparado aos que tinham ensino superior (74,54) para o domínio 4 (Percepção do Estresse), com diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$). Esse resultado evidenciou que os profissionais com nível superior apresentaram melhor percepção em relação ao reconhecimento dos fatores estressantes.

As categorias profissionais foram divididas em três grupos, equipe de enfermagem, equipe médica e equipe de outros profissionais. De fato, as comparações múltiplas revelaram que os médicos tiveram maior percepção de segurança quando comparado com profissionais da enfermagem e de outras categorias. Observaram-se associações estatisticamente significativas referente ao escore geral ($p=0,003$) e aos domínios Clima de trabalho em equipe ($p<0,001$), Satisfação no trabalho ($p=0,02$) e Percepção do Estresse ($p<0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Comparação das médias dos valores da variável escore geral e domínios do SAQ, considerando a categoria profissional dos trabalhadores de saúde de um hospital universitário, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017

Domínio	Enfermeiro		Médico		Outros		P
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
D1- Clima de trabalho em equipe	65,15	16,31	90,62	8,35	72,15	18,30	<0,001
D2 – Clima de segurança	66,87	14,66	77,71	14,65	70,49	19,45	0,17
D3 – Satisfação no trabalho	77,84	16,82	95,41	6,20	82,13	20,69	0,02
D4 – Percepção do estresse	78,17	17,76	84,37	19,49	63,51	26,36	<0,001
D5 – Percepção da gerência da unidade e do hospital	61,14	22,04	75,56	18,00	61,34	20,58	0,07
D6 – Condições de trabalho	66,85	26,64	86,11	16,02	71,21	26,84	0,08
Geral	67,34	13,20	82,97	8,87	69,08	14,38	0,003

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Ajustando-se para potenciais confundidores, por meio da regressão linear múltipla, identificou-se que apenas a categoria profissional médica foi estatisticamente significa-

tiva, indicando que esta foi o único preditor que impactou na percepção de segurança (Tabela 3).

Tabela 3 - Regressão linear múltipla dos fatores associados ao escore geral do SAQ dos profissionais participantes do estudo. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017

Variáveis	Escore Geral	
	β	p
Médicos	0,207	0,005
Enfermeiros	-0,058	0,417
Sexo	0,124	0,08
Tempo na instituição	0,014	0,851
Tempo de profissão	-0,047	0,538

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.
 β : coeficiente de regressão; p: probabilidade

■ DISCUSSÃO

No presente estudo houve predomínio de profissionais do sexo feminino (83,8%) e da equipe de enfermagem (72,7%), o que corrobora com outros achados⁽⁹⁻¹¹⁾. A equipe de enfermagem é em sua maioria do sexo feminino, além disso, constitui a maior parte da força de trabalho nas instituições de saúde⁽¹²⁾, o que justifica ser a categoria que mais respondeu ao questionário.

A maioria (69,2%) dos profissionais não possuía outro vínculo empregatício, concordando com resultados de outros estudos^(11,13-14). Contudo, estudo realizado em hospital privado, em Minas Gerais, encontrou que 53,66% dos profissionais participantes apresentavam outro vínculo laboral, entretanto não houve relação significativa entre presença de outros vínculos empregatícios e o escore do clima de segurança⁽¹⁰⁾. A presença de um único vínculo de trabalho pode ser considerada um fator contribuinte à segurança do paciente, uma vez que, a sobrecarga de trabalho interfere negativamente na assistência prestada, favorecendo a ocorrência de eventos adversos⁽¹⁵⁾.

A pontuação geral média obtida foi de 69,5 pontos, isso significa uma percepção baixa quanto ao clima de segurança, visto que, na literatura, apenas escores acima de 75 pontos são considerados uma visão positiva. Este dado não é diferente dos encontrados em outras investigações^(6,10-11,14,16).

Por domínios, o melhor escore foi o da satisfação no trabalho, enquanto o domínio percepção da gerência da unidade e hospital apresentou a pior pontuação, demonstrando uma visão negativa dos profissionais quanto às ações da gerência frente às questões de segurança do paciente. Obtiveram resultados semelhantes pesquisas

brasileiras^(6,10-11,14) bem como estudo internacional realizado na Austrália⁽¹⁷⁾. Em contrapartida, outras investigações demonstraram que o domínio trabalho em equipe apresentou melhor escore e o domínio percepção do estresse a pior pontuação^(9,16).

Ressalta-se que a gerência de uma instituição é a principal responsável por planejar, elaborar e monitorar ações e estratégias da cultura organizacional voltadas para a segurança ao paciente, devendo ser capaz de sensibilizar os profissionais a favor dessas medidas. Assim como, a satisfação no trabalho é um fator contribuinte para uma visão confiante e positiva do ambiente de trabalho associada a qualidade da assistência prestada⁽¹⁰⁾.

Nesse trabalho, as variáveis consideradas predictoras, para o clima de segurança do paciente, foram: sexo (masculino e feminino), nível de escolaridade (nível médio e superior) e categoria profissional (equipe médica, de enfermagem e outros profissionais).

A variável sexo demonstrou que para os domínios trabalho em equipe e clima de segurança, os homens obtiveram melhor percepção. Pesquisa realizada em um município de Curitiba, utilizando o SAQ, observou resultados semelhantes, onde o sexo masculino apresentou melhor percepção do clima de trabalho em equipe⁽¹⁸⁾.

Outros estudos também encontraram diferenças significativas entre a variável sexo, porém, para o domínio percepção do estresse. Os resultados foram divergentes. No primeiro trabalho as mulheres obtiveram melhor escore, já no segundo, os homens apresentaram melhor percepção do estresse^(11,19). Entretanto investigação realizada em um hospital privado em Minas Gerais, que associou essas variáveis, não encontrou diferença significativa⁽¹⁰⁾.

Concernente ao nível de escolaridade, para o domínio percepção do estresse, os profissionais com ensino superior obtiveram melhor escore comparados aos de nível médio, demonstrando que quanto maior o nível de escolaridade melhor o reconhecimento dos fatores estressantes que interferem na execução da assistência prestada. Resultados semelhantes foram encontrados em outras pesquisas^(6,11).

Dessa forma, nota-se que o nível de escolaridade pode ser considerado um fator positivo para a segurança do paciente. A maior qualificação profissional contribui para uma assistência mais coordenada, articulada e de qualidade com vistas a minimizar riscos decorrentes de fatores estressores que interferem no cuidado prestado⁽²⁰⁾.

Por fim, a categoria profissional foi considerada preditora para o clima de segurança. Foi observado que os médicos obtiveram melhor percepção de segurança para o escore geral. O oposto foi encontrado em pesquisa realizada em três hospitais públicos brasileiros, no Ceará, onde a equipe de enfermagem apresentou maior escore da cultura de segurança quando comparado aos demais⁽⁶⁾.

Para os domínios clima de trabalho em equipe, percepção do estresse e satisfação no trabalho, na presente investigação, os profissionais médicos também obtiveram maiores pontuações, o que corrobora com outros estudos^(6,14).

Estudo conduzido na Holanda, mostra resultados semelhantes, no qual a equipe médica obteve melhor percepção quanto aos domínios condições de trabalho, clima de trabalho em equipe, clima de segurança e satisfação no trabalho⁽⁸⁾.

A diferença na percepção da segurança do paciente, dentro das categorias profissionais, de uma mesma instituição, é um fator que merece atenção. A existência de profissionais com melhor percepção de segurança comparados a outros, pode influenciar comportamentos positiva ou negativamente para a prestação de um cuidado seguro. Ressalta-se ainda que, para a promoção de uma cultura de segurança, todos os membros pertencentes a um serviço devem transmitir a mesma fala e convergir suas atitudes, valores e competências em prol de uma assistência segura⁽⁵⁾.

Dessa forma, é válido que as instituições de saúde planejem as ações voltadas à segurança do paciente a fim de sensibilizar todos os profissionais envolvidos.

Espera-se que os resultados do presente estudo possam contribuir para o aprimoramento do serviço de saúde prestado. A aplicabilidade do SAQ na prática clínica se configura como uma ferramenta gerencial do enfermeiro para tomada de decisão com vistas a favorecer a qualidade da assistência e a redução de possíveis eventos adversos. Assim, destaca-se a necessidade de novas pesquisas que

identifiquem fatores que possam ser aprimorados para garantir a segurança do paciente.

■ CONCLUSÃO

Os profissionais deste estudo obtiveram uma percepção negativa em relação ao clima de segurança do paciente. O domínio satisfação no trabalho apresentou o melhor escore, demonstrando um fator positivo entre os trabalhadores e favorável a segurança do paciente. Já o domínio percepção da gerência da unidade e do hospital obteve a pior pontuação, sendo considerado um achado que precisa ser aprimorado.

Quanto à identificação de preditores sobre os escores de segurança do paciente identificou-se que o sexo masculino apresentou melhores percepções quanto aos domínios clima de trabalho em equipe e clima de segurança.

O nível de escolaridade demonstrou que quanto maior a formação profissional melhor a percepção do estresse, ou seja, melhor o reconhecimento de fatores que podem prejudicar a prestação de uma assistência segura.

Pode-se notar que a categoria profissional também exerceu influência sobre os escores de segurança do paciente, onde os médicos apresentaram melhores percepções quanto ao escore geral do instrumento e aos domínios clima de trabalho em equipe, percepção do estresse e satisfação no trabalho quando comparados a outros profissionais.

Não houveram relações estatisticamente significativas entre o escore geral e os domínios do SAQ e as variáveis idade, tempo de profissão e tempo na instituição.

Como limitação deste estudo, pode destacar o espectro de análise por se tratar de um estudo de coorte transversal, sugerindo acompanhamentos longitudinais. Além disso, o local campo de estudo, por se tratar de um hospital privado, pode ter influenciado o número de profissionais interessados a participar da pesquisa.

Os resultados obtidos demonstram que a identificação de fatores que precisam ser aprimorados e de fatores considerados positivos para a segurança do paciente é uma importante ferramenta gerencial para o planejamento de ações em prol da implementação de uma cultura de segurança dentro das instituições. Além disso, compete aos diferentes atores, educadores da área da saúde e profissionais de saúde, atuar na promoção da segurança do paciente em todas as suas dimensões, devido ao impacto da ocorrência de eventos adversos na qualidade da assistência.

Conclui-se que os resultados contribuíram com evidências que proporcionarão reflexão da prática clínica atual, bem como estratégias para implantar uma cultura de aprendizagem para a segurança do paciente nos cenários de atenção à saúde.

■ REFERÊNCIAS

1. Simam AG, Cunha SGS, Brito MJM. Nursing actions for patient safety in hospitals: integrative review. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017 Feb [cited 2018 Jul 10];11(Supl.2):1016-24. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13472/16175>.
2. Maia CS, Freitas DRC, Gallo LG, Araújo WN. Registry of adverse events related to health care that results in deaths in Brazil, 2014-2016. *Epidemiol Serv Saude*. 2018;27(2):e2017320. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200004>.
3. World Health Organization (CH). World Alliance for Patient Safety. Global patient safety challenge 2005-2006: clean care is safe care; 2005 [cited 2018 Jul 20]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf.
4. Rocha FLR, Gaioli CLO, Camelo SHH, Mininel VA, Vegro TC. Organizational culture of a psychiatric hospital and resilience of nursing workers. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(5):765-72. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690501>.
5. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*. 2006 Apr;6:44. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>.
6. 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: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1600.2849>.
7. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - short form 2006 for Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012 June;20(3):575-582. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>.
8. Haerens MHTM, Leeuwen WV, Sexton JB, Pickkers P, van der Hoeven JG. Validation of the Dutch language version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ-NL). *BMC Health Serv Res*. 2016;16:385. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1648-3>.
9. Kolankiewicz ACB, Loro MM, Schmidt CR, Santos FP, Bandeira VAC, Magnago TSBS. Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(5):531-7. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700076>.
10. Barbosa MH, Floriano DR, Faria KO, Gonçalves KN, Ferreira LA. Patient safety climate at a private hospital. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(3):1-8. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001460015>.
11. Barbosa MH, Aleixo TCS, Oliveira KF, Nascimento KG, Felix MMS, Barichello E. Clima de segurança do paciente em unidades de clínica médica e cirúrgica. *Rev Eletr Enferm*. 2016;18:e1183. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v18.39763>.
12. Marques DO, Pereira MS, Souza ACS, Vila VSC, Almeida CCOF, Oliveira EC. Absenteeism - illness of the nursing staff of a university hospital. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(5):594-600. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.20156805161>.
13. Dorigan GH, Guirardello EB. Nursing practice environment, satisfaction and safety climate: the nurses' perception. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(1):129-35. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700021>.
14. Luiz RB, Simões ALA, Barichello E, Barbosa MH. Factors associated with the patient safety climate at a teaching hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015 Sept.-Oct.;23(5):880-7. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0059.2627>.
15. Rodrigues CCFM, Santos VEP, Sousa P. Patient safety and nursing: interface with stress and Burnout Syndrome. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):1083-8. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0194>.
16. Cui Y, Xi X, Zhang J, Feng J, Deng X, Li A, et al. The safety attitudes questionnaire in Chinese: psychometric properties and benchmarking data of the safety culture in Beijing hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2017;17:590. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2543-2>.
17. Soh S-E, Barker A, Morello R, Dalton M, Brand C. Measuring safety climate in acute hospitals: Rasch analysis of the safety attitudes questionnaire. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:497. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1744-4>.
18. Gawron MFG, Oselame GB, Neves EB. [Safety culture assessment in health institutions by nursing professionals]. *Rev Bras Pesqui Saude*. 2016 [cited 2018 Aug 06];18(4):61-7. Portuguese. Available from: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/16732/11562>.
19. Santiago THR, Turrini RNT. Organizational culture and climate for patient safety in Intensive Care Units. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(Esp):123-30. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>.
20. Bohomol E, Freitas MAO, Cunha ICKO. Patient safety teaching in undergraduate health programs: reflections on knowledge and practice. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(58):727-41. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0699>

■ Autor correspondente:

Maria Beatriz Guimarães Ferreira.
E-mail: mariabgfo@gmail.com

Recebido: 28.08.2018

Aprovado: 22.10.2018