

Avaliação da cultura de segurança em um hospital público no Distrito Federal, Brasil

Assessment of safety culture in a public hospital in the Federal District, Brazil

Evaluación de la cultura de seguridad en un hospital público en el Distrito Federal, Brasil

Paloma Aparecida Carvalho^I

ORCID: 0000-0002-5795-6631

Carla Albina Soares Laundos^I

ORCID: 0000-0001-7399-3574

Juliana Ventura Souza Juliano^I

ORCID: 0000-0002-6299-7745

Luiz Augusto Casulari^{II}

ORCID: 0000-0002-1315-4127

Leila Bernarda Donato Gottens^{III,IV}

ORCID: 0000-0002-2675-8085

^ICentro Universitário do Distrito Federal. Brasília-DF, Brasil.

^{II}Universidade de Brasília. Brasília-DF, Brasil.

^{III}Universidade Católica de Brasília. Brasília-DF, Brasil.

^{IV}Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília-DF, Brasil.

Como citar este artigo:

Carvalho PA, Gottens LBD, Motta LACR, Laundos CAS, Juliano JVS. Assessment of safety culture in a public hospital in the Federal District, Brazil. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(Suppl 1):252-8. [Thematic Issue: Work and Management in Nursing]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0716>

Autor Correspondente:

Paloma Aparecida Carvalho
E-mail: paloma_carvalho@yahoo.com.br

Submissão: 13-11-2017

Aprovação: 06-06-2018

RESUMO

Objetivo: avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança de um hospital público de alta complexidade do Distrito Federal, Brasil. **Método:** estudo transversal e descritivo. Utilizou-se o Questionário Atitudes de Segurança no formato eletrônico. Foram realizadas análises descritivas e inferenciais. **Resultados:** participaram 358 profissionais, sendo 242 (67,6%) do sexo feminino. Destes, 224 (62,6%) trabalhavam direta ou indiretamente com o paciente em atividades assistenciais; 79 (22,1%) em administrativas; 14 (3,9%) em gerenciais; e 41 (11,5%) em outras. O escore total foi de 57,1; os fatores satisfação no trabalho e percepção do estresse tiveram os resultados mais expressivos, 76,2 e 68,8, respectivamente. O quesito condições de trabalho teve o resultado mais baixo, 40,7. **Conclusão:** os resultados estão abaixo do escore 75, valor recomendado como indicativo de um clima de segurança positivo. Sugere-se a implementação de ações para a promoção da cultura de segurança e novos estudos com amostra representativa de todos os segmentos de trabalhadores. **Descritores:** Qualidade da Assistência à Saúde; Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Avaliação de Serviços de Saúde; Pesquisa sobre Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to assess the perception of health professionals regarding safety culture of a high complexity public hospital of the Federal District, Brazil. **Method:** cross-sectional and descriptive study. The Safety Attitudes Questionnaire was used in electronic format. Descriptive and inferential analyses were carried out. **Results:** 358 professionals participated, with 242 (67.6%) being female. Of these, 224 (62.6%) worked directly or indirectly with patients in assistance activities; 79 (22.1%) in administrative activities; 14 (3.9%) in management; and 41 (11.5%) in others. The total score was 57.1. Job satisfaction factors and stress perception had the most expressive results, 76.2 and 68.8, respectively. The category "working conditions" presented the lowest result, 40.7. **Conclusion:** the results are below the score of 75, value recommended as indicative of a positive safety atmosphere. We suggest the implementation of actions for the promotion of safety culture and new studies with representative samples of all segments of workers. **Descriptors:** Quality of Health Care; Patient Safety; Organizational Culture; Health Services Assessment; Health Services Research.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad de un hospital público de alta complejidad del Distrito Federal, Brasil. **Método:** estudio transversal y descriptivo. Se utilizó el Cuestionario Actitudes de Seguridad en el formato electrónico. Se realizaron análisis descriptivos e inferenciales. **Resultados:** participaron 358 profesionales, siendo 242 (67,6%) mujeres. De estos, 224 (62,6%) trabajaban directa o indirectamente con el paciente en actividades asistenciales; 79 (22,1%) en administrativas; 14 (3,9%) en gerenciales; y 41 (11,5%) en otras. La puntuación total fue de 57,1; los factores de satisfacción en el trabajo y percepción del estrés tuvieron los resultados más expresivos, 76,2 y 68,8, respectivamente. La categoría de las condiciones de trabajo tuvo el resultado más bajo, 40,7. **Conclusión:** los resultados están por debajo de la puntuación 75, valor recomendado como indicativo de un clima de seguridad positivo. Se sugiere la implementación de acciones para la promoción de la cultura de seguridad y nuevos estudios con muestra representativa de todos los segmentos de trabajadores. **Descritores:** Calidad de la atención de Salud; Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Investigación en Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

O termo cultura de segurança foi utilizado pela primeira vez pelo Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear (INSAG), após o acidente nuclear de Chernobyl e, desde então, vem sendo utilizado por organizações consideradas de alto risco⁽¹⁾. Na saúde, a cultura de segurança é descrita como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo que determinam o compromisso da administração de uma organização de saúde com a gestão da segurança do paciente⁽²⁾.

As organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por boa comunicação entre os profissionais, confiança mútua e percepções comuns sobre a importância da segurança e da efetividade de ações preventivas⁽²⁾. O termo clima de segurança é utilizado com pouca ou nenhuma diferenciação do termo cultura de segurança^(1,3), definido como as características superficiais da cultura de segurança a partir das percepções e das atitudes dos indivíduos em um determinado ponto do tempo, ou como os componentes mensuráveis da cultura de segurança⁽⁴⁾.

Usuários, gestores e profissionais preocupam-se cada vez mais com a qualidade dos serviços de saúde. Os usuários estão mais informados e participativos, os gestores se preocupam com a utilização ótima dos recursos e sabem que a eficiência, dentre outros benefícios, diminui custos. Os profissionais de saúde, além de buscarem a sobrevivência no mercado, preocupam-se com a qualidade devido ao compromisso ético intrínseco a essa área, que envolve cuidar do bem mais valioso das pessoas, a saúde⁽⁵⁾.

A qualidade na saúde depende de uma série de dimensões, dentre elas a segurança⁽⁶⁾. No Brasil foi instituído em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de qualificar o cuidado em saúde. Nesse programa, a cultura de segurança se configura a partir de cinco características: todos os trabalhadores assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; prioriza-se a segurança acima de metas financeiras e operacionais; a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança são encorajadas e recompensadas; a partir da ocorrência de incidentes, promove-se o aprendizado organizacional; e proporciona-se recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança⁽⁷⁾.

A implementação do programa prevê a promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e no aprimoramento organizacional, no engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com destaque para sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual⁽⁷⁾. Também em 2013 as organizações de saúde começaram a constituir os Núcleos de Segurança do Paciente, os quais devem adotar a disseminação sistemática da cultura de segurança⁽⁸⁾. Nessa perspectiva, medir o clima de segurança é uma estratégia importante no monitoramento da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, pois possibilita equilibrar as ações entre as dimensões que apresentam maiores fragilidades e aquelas que apresentam melhores desempenhos.

OBJETIVO

Avaliar a percepção dos profissionais que trabalham em um hospital público de alta complexidade que compõe a rede do

Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, Brasil, sobre a cultura de segurança.

MÉTODO

Aspectos éticos

A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos previstos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012⁽⁹⁾, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 6 de outubro de 2014.

Desenho, local do estudo e período

Foi feito um estudo transversal e descritivo, realizado entre julho e setembro de 2015 em um hospital geral de porte especial no Distrito Federal. Trata-se de uma instituição pública de alta complexidade, com 650 leitos, conforme dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), tendo como mês de referência junho de 2015.

População e amostra: critérios de inclusão e exclusão

A população do estudo foi composta por todos os profissionais que trabalhavam na instituição no período de coleta, abrangendo 3.757 profissionais de diversos níveis de formação e áreas de atuação, conforme dados do CNES. A amostra foi constituída por todos os profissionais que estavam em exercício no período da coleta de dados. Devido a restrições de acesso às informações da área de recursos humanos, não foi possível estimar o quantitativo de profissionais que não estavam em exercício por motivos previstos, tais como férias e licenças programadas, e por motivos imprevistos, como licenças médicas e outros. Neste estudo não foi calculada amostra, mas optou-se por trabalhar com a taxa de resposta geral, calculada dividindo-se o número de profissionais que responderam pelo total de profissionais da instituição e multiplicando-se este resultado por 100.

Protocolo do estudo

Utilizou-se o Questionário Atitudes de Segurança (SAQ), traduzido e adaptado culturalmente para o Brasil. Trata-se de um instrumento autoaplicado (os participantes o leem, interpretam e respondem), dividido em duas partes. A primeira é composta por 41 afirmativas que compõem seis domínios: clima de trabalho em equipe (1 a 6), clima de segurança (7 a 13), satisfação no trabalho (15 a 19), percepção do estresse (20 a 23), percepção da gerência (24 a 28) e condições de trabalho (29 a 32). As afirmativas 14 e de 33 a 36 não pertencem a nenhum domínio, porém compõem o escore total. A segunda parte coleta dados que caracterizam os profissionais quanto a sexo, profissão e anos de atuação na área⁽¹⁰⁾.

As respostas seguem uma escala Likert de cinco pontos, que são recodificadas da seguinte forma: discordo totalmente (1) é igual a 0 pontos, discordo parcialmente (2) é igual a 25 pontos, neutro (3) é igual a 50 pontos, concordo parcialmente (4) é igual a 75 pontos e concordo totalmente (5) equivale a 100 pontos. O resultado do

instrumento varia de 0 a 100, em que 0 representa a pior e 100 a melhor percepção do clima de segurança. Os valores são considerados positivos quando a pontuação total é igual ou superior a 75⁽¹⁰⁾.

O cálculo do escore é realizado da seguinte forma: (1) os itens reversos são invertidos e recodificados (perguntas 2, 11 e 36), isto é, a resposta “discordo totalmente” torna-se “concordo totalmente”, e assim por diante; (2) as afirmativas são agrupadas por domínio; (3) as respostas às afirmativas em cada domínio são somadas e divididas pelo número de afirmativas em cada domínio⁽¹⁰⁾.

Para esta pesquisa optou-se pela coleta eletrônica. O questionário foi disponibilizado no correio eletrônico (e-mail) dos profissionais, fornecido pelo hospital, e no *site* da pesquisa, de forma que os entrevistados poderiam responder no momento que fosse mais conveniente. Não foram utilizados mecanismos de confirmação de recebimento do e-mail. Para a divulgação e sensibilização foram utilizados cartazes e *folders* explicativos que continham informações sobre a pesquisa e o convite ao profissional para participar dela.

Inicialmente a pesquisa foi divulgada e aguardou-se a adesão dos profissionais. Porém, após o primeiro mês de coleta, ao observar a baixa taxa de resposta, optou-se pela coleta *in loco*. Nessa etapa uma equipe foi treinada para realizar a coleta por meio de dispositivos *mobile* para que os profissionais tivessem acesso ao questionário. A equipe de coleta convidava os profissionais a participar da pesquisa em seus ambientes de atuação, durante a jornada de trabalho. Aqueles que aceitavam recebiam o dispositivo *mobile* para fazer a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, após o consentimento, prosseguiam com a leitura e a resposta ao questionário. A equipe da coleta não intervia em nenhum momento, visto que o questionário é autoaplicável; contudo mantinha-se próxima para receber o dispositivo *mobile* de volta ao final. A coleta foi realizada durante os três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite), nos sete dias da semana, entre agosto e setembro de 2015.

Análise dos resultados e estatística

Foram realizadas análises descritivas e inferenciais utilizando-se o *Statistical Package for the Social Sciences 20.0*. Para análise da consistência interna dos itens, também chamada de confiabilidade do instrumento, foi aplicado o coeficiente α de Cronbach. O α varia de 0 a 1, porém, para comprovar a consistência interna, deve apresentar um valor entre 0,7 e 1,0. Resultados abaixo de 0,7 indicam que o instrumento não consegue mensurar os fatores a que se propõe⁽¹¹⁾. Foi realizada análise de variância (Anova) por meio do teste Turkey de comparação entre as médias das dimensões.

RESULTADOS

Participaram 358 profissionais, o que corresponde à taxa de resposta de 9,5%. Na Tabela 1 observa-se que os participantes foram predominantemente do sexo feminino, 242 (68%), e que a faixa etária mais frequente foi a de 30 a 59 anos, com 262 profissionais (73%). Tiveram maior participação neste estudo os auxiliares/técnicos de enfermagem (n = 113; 31,6%), seguidos pelos enfermeiros (n = 53; 15%), técnicos administrativos (n = 36; 10%), auxiliares operacionais de serviços diversos (n = 28; 8%), médicos (n = 21; 6%) e residentes de medicina, enfermagem e nutrição (n = 14; 4%). A área de atuação mais frequente foi a assistência

(n = 224; 63%), seguida da área administrativa (n = 79; 22%), de gestão (n = 14; 4%) e outras (n = 41; 12%). Quanto ao tempo de atuação, observou-se que o maior número de participantes tinha entre 11 e 20 anos de atividade (n = 95; 27%).

Tabela 1 – Perfil dos participantes, Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2016

Variável	n	(%)
Sexo		
Feminino	242	68
Masculino	116	32
Faixa etária (anos)		
17 a 29	79	22
30 a 59	262	73
Acima de 60	6	2
Dados ausentes	11	3
Cargo		
Técnico em enfermagem	83	23
Enfermeiro	53	15
Técnico administrativo	36	10
Auxiliar em enfermagem	30	8
Auxiliar operacional de serviços diversos	28	8
Técnico em saúde	26	7
Médico	21	6
Residente	16	4
Estudante ou estagiário	12	3
Fisioterapeuta	12	3
Farmacêutico	6	2
Nutricionista	6	2
Outros	29	8
Área de atuação		
Assistência	224	63
Administração	79	22
Gestão	14	4
Outra	41	12
Tempo de atuação (anos)		
11 a 20	95	27
21 ou mais	74	21
5 a 10	61	17
1 a 2	54	15
3 a 4	48	13
Menos de 6 meses	19	5
6 a 11 meses	7	2
Total	358	100

Os resultados do SAQ mostraram um escore total de 57,1. Na análise das dimensões, a satisfação no trabalho e a percepção do estresse tiveram os resultados mais expressivos, com 76,2 e 68,8, respectivamente.

O clima de trabalho em equipe e o clima de segurança tiveram o mesmo escore (58,2), seguidos de percepção da gerência da unidade, com 55,2. Percepção da gerência do hospital e condições de trabalho tiveram os resultados mais baixos, com 42,2 e 40,7, respectivamente.

O α de Cronbach neste estudo foi de 0,86, o que demonstra boa confiabilidade por estar entre 0,7 e 1,0⁽¹¹⁾. Na análise de variância (Anova) por meio do teste Turkey de comparação entre as médias das dimensões observaram-se diferenças significativas ($p < 0,05$) quando comparadas: a satisfação no trabalho com a percepção sobre a gerência ($p < 0,001$) e com as condições de trabalho

($p < 0,001$); a percepção da gerência com a satisfação no trabalho ($p < 0,001$) e a percepção do estresse ($p < 0,002$); a percepção do estresse com a percepção da gerência ($p < 0,002$) e as condições de trabalho ($p < 0,001$); e as condições de trabalho com a satisfação no trabalho ($p < 0,001$) e a percepção do estresse ($p < 0,001$).

Tabela 2 – Escore médio e desvio padrão das dimensões e do total do Questionário Atitudes de Segurança, Brasília, Brasil, 2016

Dimensão	Média	Desvio padrão
Clima de trabalho em equipe	58,2	23,1
Clima de segurança	58,2	21,0
Satisfação no trabalho	76,2	20,7
Percepção do estresse	68,8	23,5
Percepção da gerência da unidade	55,2	20,7
Percepção da gerência do hospital	42,2	19,9
Condições de trabalho	40,7	25,6
Total	57,1	12,9

DISCUSSÃO

O número de participantes foi baixo, apesar de a estratégia utilizada neste estudo ter seguido a metodologia proposta pelos estudos nacionais e internacionais realizados com o mesmo instrumento, em que o questionário é disponibilizado para o maior número possível de profissionais e espera-se o retorno voluntário. O uso do formulário no formato eletrônico pode ter contribuído com a baixa adesão; porém, considerando que o período de coleta foi extenso (dois meses ininterruptos) e que a divulgação da pesquisa foi intensiva, acredita-se que os resultados foram influenciados por outros fatores, tais como a própria cultura organizacional.

A instituição não tem histórico de realizar avaliações dessa modalidade. Antes deste estudo, o Centro Cirúrgico da instituição foi objeto de validação do instrumento⁽¹²⁾, porém não aconteceram outras avaliações além desta. Apesar do baixo número de participantes, acredita-se que os resultados possam ser utilizados como linha de base para avaliações futuras; contudo salienta-se a importância de garantir a participação de todas as categorias de profissionais por meio de amostragem estratificada.

O perfil dos participantes mostrou predominância do sexo feminino. Nos estudos realizados no Brasil foi observada também a predominância do sexo feminino e de profissionais pertencentes em sua maioria à equipe de enfermagem^(10,12-13). A predominância de mulheres entre os trabalhadores da enfermagem é característica histórica que tem sido reduzida, em consonância com as mudanças sociais e culturais, mas ainda é percebida na sociedade e nos serviços de saúde no Brasil, conforme pesquisa realizada em 2013, a qual mostrou o predomínio do sexo feminino (85%) nessa profissão⁽¹⁴⁾.

Em relação à idade e ao tempo de atuação, a maior frequência foi da faixa etária de 30 a 59 anos e dos que trabalhavam havia entre 11 e 20 anos na mesma área. Observou-se que os profissionais com 11 anos ou mais de atuação somam 47,2% do total de participantes. Acredita-se que essa característica pode ser explicada pelo fato de o regime de trabalho da instituição ser

estatutário e marcado pela estabilidade, o que pode influenciar a entrada e a permanência dos profissionais na instituição⁽¹⁵⁾. Um estudo que investigou os fatores intervenientes na segurança do paciente com enfoque na equipe de enfermagem hospitalar mostrou que a rotatividade e a falta de estabilidade são fatores que interferem na segurança do paciente⁽¹⁶⁾. Dessa forma, presume-se que essa característica possa contribuir para o fortalecimento da cultura de segurança.

Quanto à área de trabalho, a assistência foi a mais frequente, seguida da área administrativa, da de gestão e de outras. Essa distribuição é compatível com o quantitativo de profissionais por área de atuação, pois o número de funcionários que trabalham na área administrativa e na de gestão é substancialmente menor que o número daqueles que trabalham na assistência. É importante salientar que a participação das três esferas de atuação é indispensável para a avaliação da cultura de segurança, a qual é construída e sustentada pelos valores de todos os profissionais, o que inclui desde a alta liderança até as áreas que não estão diretamente ligadas à assistência, conforme descrito no PNSP⁽⁷⁾.

Os resultados do SAQ mostram escore total de 57,1, abaixo do recomendado (75). Os escores abaixo de 60 demonstram a necessidade de implementar ações voltadas para o desenvolvimento de uma cultura de segurança positiva⁽¹⁷⁾. Apesar da baixa taxa de resposta, pois em estudos similares esta oscilou entre 40 e 94%^(10,13), este resultado é próximo daquele obtido na avaliação feita no centro cirúrgico da mesma instituição, que foi de 53,5⁽¹²⁾, o que sugere um resultado coerente. Todavia, para garantir confiabilidade, sugere-se fazer novas avaliações com amostragem estratificada.

A análise das dimensões evidenciou que a satisfação no trabalho apresentou a melhor média. Essa mesma dimensão apresentou médias menores na Irlanda (67,9) e em Taiwan (42,1)⁽¹⁸⁻¹⁹⁾, e em outros estudos brasileiros as médias oscilaram entre 77 e 83^(10,12-13,20). Nota-se que nos estudos do Brasil essa dimensão é a que apresenta o melhor desempenho. Neste estudo, acredita-se que o regime de trabalho estatutário, em que prevalece a estabilidade⁽¹⁶⁾, possa ter influenciado tal dimensão, portanto sugere-se que sejam feitos novos estudos correlacionando essas variáveis.

A percepção do estresse apresentou média considerada positiva. Esse domínio tem apresentado resultados favoráveis tanto nos estudos brasileiros, com médias que oscilam entre 69 e 81^(10,12-13,20), quanto nos estudos realizados em outros países, com médias entre 68 e 80⁽²¹⁻²³⁾. Reconhecer que o estresse pode afetar os resultados na assistência à saúde é postura essencial para a redução de ocasiões inseguras.

O clima de trabalho em equipe apresentou valor abaixo do indicado para um clima de segurança positivo, coerente com resultados identificados na China (48,9)⁽¹⁹⁾ e em outros estudos brasileiros (59,1⁽¹²⁾ e 69,5⁽¹⁰⁾). Um estudo recente realizado em três hospitais brasileiros encontrou resultados mais favoráveis, com médias entre 73 e 75⁽¹³⁾, o que pode ser reflexo das políticas voltadas à segurança do paciente instituídas em 2013⁽⁷⁻⁸⁾.

Em relação ao clima de segurança, observou-se uma média superior (58,2) ao resultado encontrado em pesquisa realizada no centro cirúrgico da mesma instituição em 2013, cuja média foi de 48,9⁽¹²⁾. O resultado mais positivo mostra que os domínios podem oscilar substancialmente dentro de uma mesma instituição,

dependendo de quem participa do estudo e de quando a pesquisa é realizada, o que sugere a necessidade de rigor metodológico para garantir resultados confiáveis e fidedignos. No entanto é possível também atribuir o resultado mais favorável ao efeito das políticas de segurança do paciente adotadas pela instituição⁽⁷⁻⁸⁾. O clima de segurança tem apresentado resultados mais positivos em países desenvolvidos, tais como Irlanda (65,9)⁽¹⁸⁾, Suécia (78)⁽²²⁾ e Estados Unidos da América (72)⁽²⁴⁾, onde as políticas e os investimentos em qualidade e segurança para o paciente tiveram início há mais tempo do que no Brasil.

A percepção da gerência da unidade e a percepção da gerência do hospital apresentaram médias baixas. Estudos brasileiros também têm encontrado resultados negativos para esse domínio em ambos os recortes, unidade e hospital, com médias oscilando de 44,5 a 60 e 34,5 a 64, respectivamente^(10,13). É importante salientar que mesmo em países que têm mais experiência com as políticas de qualidade e segurança para o paciente, tais como Irlanda e Estados Unidos da América, esse domínio tem apresentado os resultados mais negativos dentre os seis que compõem o SAQ^(18,24).

O domínio condições de trabalho foi o que apresentou a menor média. Esse domínio tem demonstrado fragilidade nos estudos realizados no Brasil^(10,12-13). Nos estudos realizados em outros países, esse domínio apresentou resultados mais favoráveis, oscilando entre 61 e 84⁽²¹⁻²³⁾. Os investimentos em infraestrutura, base para as condições de trabalho, são indispensáveis para se atingir e manter as condições mínimas de segurança em organizações de alto risco, como as instituições de saúde.

A análise de variância entre as dimensões demonstrou que há correlação da satisfação no trabalho com a percepção da gerência e com as condições de trabalho. Também há correlação entre a percepção da gerência e a percepção do estresse. É importante reconhecer que, no Brasil, o trabalho no setor de saúde, especialmente o desenvolvido pela equipe de enfermagem, tem sido prejudicado por problemas relacionados à escassez de recursos humanos e de materiais, à falta de qualificação, à carga de trabalho excessiva, ao absenteísmo e à evasão da profissão, frutos de questões estruturais, políticas, econômicas e culturais às quais tem sido creditados, pelos meios de comunicação, os recorrentes erros e falhas na assistência ao paciente⁽²⁵⁾.

Medir o clima de segurança constitui uma das estratégias para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, pois possibilita identificar as dimensões que requerem maiores atenções e esforços para desenvolver uma cultura de segurança positiva e alinhada à melhoria contínua. Acredita-se que uma cultura de segurança negativa, na qual predomina a cultura punitiva e focada em encontrar um culpado para os incidentes, possa contribuir para a sustentação de um clima organizacional inseguro e mais propenso à ocorrência de eventos adversos.

A literatura tem apontado que a incidência global mediana de eventos adversos em pacientes internados esteja em torno de 9,2% e que a proporção dos eventos adversos evitáveis seja de cerca de 43,5%⁽²⁶⁾. No Brasil, um estudo recente que avaliou a ocorrência de eventos adversos em pacientes internados apontou prevalência de 12,8% desses eventos, sendo 42,7% deles evitáveis⁽²⁷⁾. Reconhecer que os incidentes acontecem é um importante passo para trilhar o caminho da melhoria da segurança nos cuidados de saúde. Uma cultura positiva contribui

fortemente nesse sentido, pois propicia um clima organizacional acolhedor, em que os eventos são reconhecidos e tratados de maneira técnica, livre da culpabilidade, com ferramentas apropriadas e conhecimento científico para minimizar a recorrência e as consequências danosas.

Ressalta-se que reconhecer que os incidentes acontecem não pode ser confundido com a banalização e a aceitação inconsequente dos erros como algo inevitável; pelo contrário, essa postura de reconhecimento é reforçada pela maturidade de compreender que sistemas complexos, como a saúde, são passíveis de erros, porém estes podem ser minimizados e até mesmo evitados quando são tratados de maneira apropriada⁽²⁸⁾. Uma cultura positiva contribui para um sistema resiliente que dê sustentabilidade às relações estabelecidas, dentro do sistema de saúde, entre profissionais, usuários e gestores, que buscam o mesmo objetivo: a saúde, na sua mais completa definição.

Limitações do estudo

O estudo apresenta como limitação a baixa taxa de resposta (9,5%). Salienta-se que foi o primeiro estudo com esta temática no hospital analisado, o que pode ter contribuído para a baixa adesão dos profissionais para responder o questionário. Acredita-se que a promoção da cultura justa não punitiva aliada a novas avaliações permitirá que os profissionais se sintam mais confortáveis e seguros para participar. Portanto pesquisas futuras são necessárias para dar continuidade a esta avaliação e complementar os resultados encontrados.

Contribuições para a área da enfermagem, da saúde ou da política pública

O estudo forma uma linha de base para o monitoramento da cultura de segurança no hospital avaliado. Conforme as políticas públicas de segurança do paciente no Brasil, a avaliação é essencial para a promoção da cultura de segurança nos estabelecimentos de saúde, pois possibilita direcionar ações conforme o desempenho das dimensões avaliadas, bem como avaliar ações específicas, tais como a implementação de protocolos assistenciais e programas de educação continuada, com a finalidade de mensurar o impacto destas na cultura de segurança. A avaliação tem sido utilizada também para avaliar a adesão dos profissionais aos sistemas de notificação de eventos adversos.

É notório que a avaliação da cultura de segurança contribui para a melhoria da qualidade da assistência nos serviços de saúde, pois permite visualizar a porção mensurável da cultura, o clima de segurança, e utilizá-lo como um indicador que mostra em que direção o estabelecimento de saúde está caminhando.

CONCLUSÃO

O resultado do escore total do SAQ foi abaixo do recomendado (75), o que sugere que a instituição precisa implementar ações focadas no desenvolvimento da cultura de segurança positiva. Sugere-se que os resultados encontrados neste estudo sejam utilizados pelos gestores a fim de direcionar os investimentos na

implementação de ações que fomentem o clima de segurança positivo e favorável à promoção da segurança do paciente.

É imprescindível que haja comprometimento dos níveis político, estratégico e operacional, em mobilização integrada, envolvendo todos os profissionais – desde a gestão hospitalar, passando pelos profissionais da retaguarda, que fornecem os subsídios e os recursos para a assistência, até os profissionais da linha de frente, que prestam assistência direta aos pacientes –,

para que a cultura de segurança do paciente seja implementada de forma plena e perene.

FOMENTO

Este estudo foi fomentado pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

REFERÊNCIAS

1. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2006 [cited 2016 Aug 4];15(2):109-15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464831/pdf/109.pdf>
2. Nieva V, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2003 [cited 2016 Aug 20];12(Suppl 2):ii17-ii23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765782/pdf/v012p0ii17.pdf>
3. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2011 [cited 2016 Aug 17];20(4):338-43. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/20/4/338>
4. Colla J, Bracken A, Kinney L, Weeks W. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2005 [cited 2016 Aug 15];14(5):364-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744072/pdf/v014p00364.pdf>
5. Gama ZAS, Saturno PJ. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática* [Internet]. 1a ed. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2013 [cited 2016 Aug 28]. p. 29-40. (Série Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde). Available from: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf
6. Institute of Medicine (US), Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century* [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001 [cited 2016 Aug 20]. Available from: <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>
7. Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2016 Aug 20]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
8. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013 [Internet]. *Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil*. 2013 Jul 26 [cited 2016 Aug 25];1:32. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
9. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. *Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil*. 2013 Jun 13 [cited 2018 Aug 14];1:59. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
10. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [cited 2016 Aug 15];20(3):575-82. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf
11. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2007 [cited 2016 Aug 20];60(1):34-42. Available from: [http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(06\)00174-0/pdf](http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(06)00174-0/pdf)
12. Carvalho PA, Göttems LBD, Pires MRGM, Oliveira MLC. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 20];23(6):1041-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01041.pdf
13. Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2017 May 20];25:e2849. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5363325/pdf/0104-1169-rlae-25-e2849.pdf>
14. Machado MH, Aguiar Filho W, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 12];7(Spec No):9-14. Available from: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Caracter%C3%ADsticas-gerais-da-enfermagem-o-perfil-s%C3%B3cio-demogr%C3%A1fico.pdf>
15. Vaitsman J. Gerencialismo, cultura e expectativas entre os servidores públicos de saúde. *Rev Adm Pública*. 2001 [cited 2018 Apr 14];35(1):29-48. Available from: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6360/4945>
16. Oliveira RM, Leitão IMTA, Aguiar LL, Oliveira ACS, Gazos DM, Silva LMS, et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on

- hospital nursing staff. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 Feb [cited 2018 Apr 14];49(1):104-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/0080-6234-reeusp-49-01-0104.pdf>
17. Sexton J, Helmreich R, Neilands T, 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 2016 Aug 20];6(44):1-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/pdf/1472-6963-6-44.pdf>
 18. Relihan E, Glynn S, Daly D, Silke B, Ryder S. Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit. *Ir J Med Sci* [Internet]. 2009 [cited 2016 Aug 17];178(4):433. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11845-009-0352-2>
 19. Lee WC, Wung HY, Liao HH, Lo CM, Chang FL, Wang PC, et al. Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version safety attitude questionnaire. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2010 [cited 2016 Aug 20];10:234. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-234>
 20. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, de Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2016 Aug 12];25(5):728-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/13.pdf>
 21. McGuire MJ, Noronha G, Samal L, Yeh H-C, Crocetti S, Kravet S. Patient safety perceptions of primary care providers after implementation of an electronic medical record system. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 20];28(2):184-92. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3614133/pdf/11606_2012_Article_2153.pdf
 22. Olsson C, Forsberg A, Bjerså K. Safety climate and readiness for implementation of evidence and person centered practice – a national study of registered nurses in general surgical care at Swedish university hospitals. *BMC Nursing* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 15];15:54. Available from: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-016-0174-2?site=bmcnurs.biomedcentral.com>
 23. Ting WH, Peng FS, Lin HH, Hsiao SM. The impact of situation-background-assessment-recommendation (SBAR) on safety attitudes in the obstetrics department. *Taiwan J Obstet Gynecol* [Internet]. 2017 [cited 2017 May 15];56(2):171-4. Available from: [http://www.tjog-online.com/article/S1028-4559\(17\)30009-8/pdf](http://www.tjog-online.com/article/S1028-4559(17)30009-8/pdf)
 24. Speroff T, Nwosu S, Greevy R, Weinger MB, Talbot TR, Wall RJ, et al. Organisational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2010 [cited 2016 Aug 20];19(6):592-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2009.039511>
 25. Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, Marck PB. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente: estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2017 May 13];21(Spe No):146-54. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf
 26. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2008 [cited 2018 Feb 02];17(3):216-23. Available from: qualitysafety.bmj.com/content/17/3/216
 27. Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Travassos C. The application of Iberoamerican study of adverse events (IBEAS) methodology in Brazilian hospitals. *Int J Qual Health Care*. [Internet]. 2018 Jul [cited 2018 May 9];30(6):480-5. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/30/6/480/4958028>
 28. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática* [Internet]. 2a ed. Brasília: ANVISA; 2017 [cited 2018 May 9]. 170 p. (Série Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde). Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%Aancia+Segura+-+Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>
-