

Clima de segurança do paciente no serviço hospitalar de cardiologia: instrumento para gestão da segurança

Patient safety climate in the hospital cardiology service: instrument for safety management

Clima de seguridad del paciente en la atención hospitalaria de cardiología: instrumento para la gestión de la seguridad

Aline Mirema Ferreira Vitorio¹

ORCID: 0000-0002-1506-8214

Daisy Maria Rizzato Tronchin^{II}

ORCID: 0000-0003-3192-1956

¹ Instituto Nacional de Cardiologia. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{II} Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Vitorio AMF, Tronchin DMR. Patient safety climate in the hospital cardiology service: instrument for safety management. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 5):e20190549. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0549>

Autor Correspondente:

Aline Mirema Ferreira Vitorio
E-mail: alinemirema2011@gmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Alexandre Balsanelli

Submissão: 03-10-2019 Aprovação: 29-06-2020

RESUMO

Objetivo: Avaliar o clima de segurança na perspectiva de profissionais de saúde nas unidades de internação e de terapia intensiva de um hospital público especializado em cardiologia, no município do Rio de Janeiro. **Métodos:** Estudo quantitativo, exploratório, descritivo, empregando-se o instrumento Safety Attitudes Questionnaire. Os achados foram analisados conforme a estatística descritiva e inferencial, com nível de significância de 5%. **Resultados:** O clima de segurança geral obteve média de 66,6; o melhor escore correspondeu ao domínio Satisfação no trabalho (80,8) e o menor à Percepção da gerência do hospital (52,5). As médias dos escores foram estatisticamente significantes quanto ao vínculo trabalhista, ao gênero e à categoria profissional. **Conclusão:** Há fragilidades no clima de segurança relativas à gerência e quanto a possuir vínculo estatutário, pertencer ao gênero homem e à equipe de enfermagem. **Descritores:** Gestão da Segurança; Avaliação de Serviços de Saúde; Serviço Hospitalar de Cardiologia; Segurança do Paciente; Cultura Organizacional.

ABSTRACT

Objective: To assess the safety climate from the perspective of health professionals in the inpatient and intensive care units of a public hospital specialized in cardiology, in the city of Rio de Janeiro. **Methods:** Quantitative, exploratory, descriptive study, using the Safety Attitudes Questionnaire. The findings were analyzed according to descriptive and inferential statistics, with a significance level of 5%. **Results:** The general safety climate had a mean of 66.6; the best score corresponded to the Job satisfaction (80.8) domain and the lowest to Hospital management perception (52.5). The means of the scores were statistically significant regarding the employment relationship, gender and professional category. **Conclusion:** There are weaknesses in the safety climate related to management and having a state job bond, belonging to the male gender and to the nursing team. **Descriptors:** Safety Management; Health Services Assessment; Cardiology Hospital Service; Patient Safety; Organizational Culture.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el clima de seguridad bajo la perspectiva de los profesionales de salud en las unidades de internación y de cuidados intensivos de un hospital público especializado en cardiología, de la ciudad de Río de Janeiro. **Métodos:** Se trata de un estudio cuantitativo, exploratorio, descriptivo, en el que se utilizó el instrumento "Safety Attitudes Questionnaire" (Cuestionario para Evaluar Comportamientos Seguros e Inseguros). Los hallazgos se analizaron según la estadística descriptiva e inferencial, con nivel de significación del 5%. **Resultados:** El clima de seguridad general obtuvo un promedio del 66,6; la mejor puntuación correspondía al dominio Satisfacción en el trabajo (80,8) y la menor, a la Percepción de gestión del hospital (52,5). Las puntuaciones medias fueron estadísticamente significativas en términos de empleo, género y categoría profesional. **Conclusión:** Existen inconsistencias en el clima de seguridad relacionadas con la gestión y con el vínculo estatutario, en términos de pertenecer al género masculino y al equipo de enfermería. **Descritores:** Gestión de la Seguridad; Evaluación de los Servicios de Salud; Servicio de Cardiología Hospitalario; Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente configura-se como uma necessidade para prestação do cuidado nos serviços de saúde. Dados internacionais e nacionais indicam elevadas taxas de eventos adversos (EA) nesse setor, com uma estimativa de ocorrência entre 4% e 16% de todos os pacientes hospitalizados⁽¹⁻²⁾.

Os eventos indesejáveis são relacionados à assistência e não têm relação com a doença de base, resultando em danos aos pacientes, como infecções, cirurgia em local errado, administração incorreta de medicamentos, sangue e/ou hemocomponentes, queda durante a internação, lesão por pressão, dentre outros.

A cultura de segurança consiste no comportamento das pessoas, seus valores, atitudes, normas, crenças, práticas e políticas. Em sua essência, a cultura é “como nós fazemos as coisas por aqui”, sendo o “aqui” uma determinada unidade de trabalho⁽³⁾, que guarda estreita relação com a qualidade e a segurança envolvidas na assistência à saúde.

Nesse sentido, a cultura de segurança não se trata, simplesmente, dos valores de segurança estabelecidos pela organização ou pelo indivíduo, mas de uma dinâmica estrutural do sistema de ação individual e organizacional. Tal dinâmica corrige para a compreensão e o estabelecimento de medidas eficazes de segurança, associadas por elementos como o compromisso de liderança para a segurança, a comunicação eficaz e baseada na confiança, a aprendizagem organizacional, a abordagem não punitiva para EA relatada e analisada, o trabalho em equipe e a crença compartilhada da importância da segurança⁽⁴⁻⁵⁾.

Sob essa ótica, a avaliação da cultura de segurança constitui-se em uma ferramenta de gestão ao mensurar a percepção, as crenças e os valores dos indivíduos acerca do cuidado seguro e ambiente organizacional, contribuindo para o planejamento e implantação de ações de melhoria da qualidade e da segurança institucional⁽⁶⁾.

Em revisão de literatura, constatou-se que estudos vêm sendo empregados para aferição do clima de segurança pela aplicação de questionários e escalas, objetivando avaliar a percepção dos profissionais frente a esse constructo, cujos resultados demonstram favorabilidade nas questões relacionadas à satisfação no trabalho frente ao clima de segurança, diferentemente da percepção da gerência, que denota fragilidades nas ações no processo de trabalho gerencial⁽⁷⁻⁸⁾.

A instituição de saúde, cenário deste estudo, vivenciou nos últimos anos demandas e mudanças organizacionais, com destaque para a reestruturação da área de Qualidade, a criação do Núcleo de Segurança do Paciente – NSP. Desse modo, favoreceu-se um ambiente de cultura de segurança, por meio do incremento de políticas, programas, protocolos, procedimentos e práticas destinadas ao monitoramento e à avaliação da qualidade assistencial.

Essas mudanças estão em consonância com guias processuais norteadores e apoiadores para implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em todo o território nacional, fundamentalmente concebidos para promover a segurança do paciente, com destaque para a criação de uma cultura de segurança⁽³⁾.

Desse modo, considera-se imprescindível averiguar a percepção dos profissionais de saúde acerca do clima de segurança e os componentes organizacionais que oportunizam ou dificultam o fomento e a consolidação da cultura de segurança, visando a implantação de medidas eficientes e eficazes para qualificar o cuidado.

OBJETIVO

Avaliar o clima de segurança na perspectiva de profissionais de saúde nas unidades de internação e terapia intensiva de um hospital público, especializado em cardiologia, no município do Rio de Janeiro.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, cenário desta investigação e conduzido de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, garantindo-se a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes⁽⁹⁾.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, exploratório, descritivo, desenvolvido em um hospital público de ensino e pesquisa, especializado em doenças cardiovasculares, com 162 leitos, localizado no município do Rio de Janeiro. Essa instituição envolve os setores que prestam atendimento em regime de internação, sendo cinco unidades de internação e quatro de terapia intensiva. A coleta de dados ocorreu entre abril e junho de 2018.

População/amostra: critérios de inclusão e exclusão

Do total de 718 profissionais de saúde atuantes nas unidades de terapia intensiva e de internação, 474 atenderam aos seguintes critérios de inclusão: pertencer à categoria de enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, médico, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, farmacêutico, psicólogo, assistente social; residentes de enfermagem, farmácia, fisioterapia e medicina que estavam trabalhando no exercício de suas funções há, pelo menos, 6 meses na instituição. Como exclusão, foram adotados os critérios: profissionais de saúde em licença, férias e/ou afastamento das atividades laborais e com jornada de trabalho < 20 horas semanais. O vínculo empregatício desses profissionais é variável, sendo representado por servidor público efetivo, contrato temporário por tempo determinado e treinamento profissional, descritos neste estudo, respectivamente, como estatutário, contrato e residência.

Vale ressaltar que, dos 474 profissionais elegíveis, 24 recusaram-se a participar, sendo distribuídos 450 questionários. Destes, 59 profissionais não devolveram o instrumento. A amostragem foi não probabilística e de conveniência.

Para a coleta de dados, empregou-se o instrumento denominado Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) na versão *Safety Attitudes Questionnaire SAQ – Short Form 2006*, adaptada, traduzida e validada para hospitais brasileiros⁽¹⁰⁾.

O SAQ – *Short Form 2006* possui duas partes, sendo que a primeira contém 41 afirmativas: os itens de 24 a 28 são duplicados, uma vez que são respondidos em função da administração da unidade e da administração hospitalar; e os de número 2, 11 e 36 são considerados reversos. Essas assertivas são respondidas por

meio de uma escala do tipo *Likert*, contendo cinco graus: discordo totalmente, discordo parcialmente, neutro, concordo parcialmente e concordo totalmente. Há também a alternativa “não se aplica”.

As questões e os respectivos domínios do questionário são: itens de 1 a 6 - Clima de trabalho em equipe; itens 7 a 13 - Clima de segurança; itens 15 a 19 - Satisfação no trabalho; itens 20 a 23 - Percepção do estresse; itens 24 a 29 - Percepção da gerência da unidade; itens 14, 24 a 28 - Percepção da gerência do hospital: aprovação das ações da administração do hospital; itens 30 a 32 - Condições de trabalho; e os itens 33 a 36, que não estão agrupados em domínios.

Para o cálculo do escore das questões, inicialmente, é realizada a inversão dos itens reversos. Em seguida, as afirmativas são agrupadas por domínio e calculadas em função de uma escala de cinco graus, em que são atribuídos os seguintes valores às respostas: discordo totalmente (zero pontos), discordo parcialmente (25 pontos), neutro (50 pontos), concordo parcialmente (75 pontos) e concordo totalmente (100 pontos). Valores \geq a 75 são considerados como positivos⁽¹⁰⁾.

Por fim, o escore de cada domínio é calculado, e tem por base a fórmula $(m-1) \times 25$, em que m é a média dos itens do domínio em questão, variando em um intervalo de 0 a 100 pontos. Para o quesito SAQ total, que corresponde ao clima de segurança geral, calcula-se a média dos escores de cada domínio do SAQ.

A segunda parte do instrumento contempla as seguintes variáveis: cargo, gênero, atuação principal (adulto, pediatria ou ambos) e tempo de experiência na especialidade. Também há uma questão para averiguar se o sujeito respondeu ao questionário anteriormente. Para complementar essa parte, foram acrescentadas as variáveis unidade de trabalho, idade (anos), horas trabalhadas por semana na unidade, tempo de trabalho na unidade (anos), tempo de experiência na especialidade (anos), tipo de vínculo empregatício e orientações necessárias ao preenchimento do questionário.

A pesquisadora realizou reuniões com os gerentes das unidades para apresentar os objetivos do estudo e os procedimentos operacionais da coleta de dados. Em seguida, solicitou às chefias de serviços das unidades a relação dos profissionais de saúde para proceder à seleção, de acordo com os critérios de elegibilidade. A partir dessa etapa, os trabalhadores foram abordados, individualmente, em suas unidades de atuação durante o expediente de trabalho, para explicitar o propósito do estudo e proceder ao convite para participar, respeitando-se os diferentes turnos e disponibilidade do profissional. Àqueles que manifestaram interesse, foi entregue, pela pesquisadora, um envelope branco contendo a carta-convite, o questionário, impresso em fonte colorida, para ser respondido e devolvido em mão própria, em data e horário conforme acordado entre o pesquisador e o participante, com régua, lápis e borracha. Além disso, foi fornecido o TCLE elaborado em duas vias, permanecendo uma com o participante e a outra com o pesquisador, após assinatura.

Ressalta-se que a pesquisadora contou com a colaboração de cinco estudantes de enfermagem na fase de coleta de dados, que foram capacitados para a atividade por meio de uma aula dialogada, uma simulação do preenchimento do instrumento, bem como 2 dias de capacitação em campo.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram inseridos em planilha eletrônica e, em seguida, analisados por meio de recursos de computação de

programa estatístico, cujo tratamento dos dados foi com base na estatística descritiva e inferencial. Para as variáveis qualitativas, empregaram-se as frequências absoluta e relativa e, para as quantitativas, as medidas de tendência central e de dispersão. Objetivando uma melhor compreensão dos resultados, as respostas foram somadas e agrupadas em discordo totalmente (“DT”) e discordo parcialmente (“DP”) como discordância, e concordo totalmente (“CT”) e concordo parcialmente (“CP”) como concordância.

A confiabilidade do questionário e de seus respectivos domínios deu-se por meio do coeficiente α de Cronbach. Este coeficiente é um estimador que expressa o grau de confiabilidade das respostas decorrentes dos questionários avaliados, sendo considerados satisfatórios os valores acima 0,7⁽⁶⁾.

Para comparar os domínios entre as variáveis sociodemográficas e ocupacionais, foi empregado o Modelo de Análise de Variância (ANOVA) e testes de correlação foram aplicados, os quais são o Coeficiente de correlação de *Pearson* (para comparar os domínios e as variáveis numéricas), os testes *t* de *Student* e Correção de *Welch* (às variáveis categóricas) e post hoc Games-Howell (para comparar os grupos dois a dois). O nível de significância adotado foi 5%.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 391 profissionais de saúde, o que correspondeu a uma taxa de retorno de 86,8%.

Em relação às características sociodemográficas e ocupacionais dos profissionais, o cargo predominante foi técnicos e auxiliares de enfermagem (123 - 31,4%), seguido de enfermeiros (85 - 21,7%;) e médicos (85 - 21,7%). Cabe destacar que a equipe de enfermagem, representada por enfermeiros, técnicos e auxiliares, totalizou 208 (53,2%) profissionais de saúde. A soma de todos os outros profissionais correspondeu a 183 (46,8%).

No que tange ao gênero, a maioria (285 - 75%) foi mulher e a maior parte possuía vínculo trabalhista de estatutário (232 - 64,1%). A idade dos respondentes variou entre 20 e 70 anos, com média de 40,89 ($dp=10$).

Referente à atuação principal, a maior parte (290 - 75,9%) trabalhava com pacientes adultos. O tempo de trabalho na unidade correspondeu a uma média de 9,77 anos ($dp=6,98$), sendo a média quanto ao tempo na especialidade de 13,76 anos ($dp=8,71$).

Em relação ao vínculo trabalhista, o estatutário foi a maioria (232 - 64,1%), seguido de contrato (100 - 27,6%) e residência (30 - 8,3%). No que se refere à carga horária semanal de trabalho, variou entre 20 e 60 horas, obtendo-se uma média 31,27h ($dp=9,57$).

Quanto à distribuição dos profissionais entre as unidades estudadas, 209 (56,2%) participantes atuavam nas quatro unidades de terapia intensiva e 150 (40,3%) nas unidades de internação.

Os dados da Tabela 1 apontam as assertivas do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ).

De acordo com os dados da Tabela 1, a favorabilidade do clima de segurança quanto à satisfação do trabalho foi ilustrada nas questões 15 e 17. Nesse aspecto, pode-se considerar que, na ótica dos participantes, o trabalho contribui para a própria satisfação pessoal, bem como sentem orgulho do trabalho e consideram a unidade onde atuam um lugar adequado para trabalhar.

Tabela 1 - Frequência das assertivas do Questionário de Atitudes de Segurança, de acordo com os profissionais de saúde, Rio de Janeiro, Brasil, 2018

Assertivas	Respostas		
	DT e DP (%)	Neutro	CT e CP (%)
1. As sugestões do(a) enfermeiro(a) são bem recebidas nesta área.	8,3	9,7	82
2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.	59,5	5,8	34,7
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex.: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	18,3	7,2	74,5
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	10,2	5,2	84,6
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.	11,3	7	81,7
6. Os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	20,5	8,2	71,3
7. Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado(a) aqui como paciente.	13	9,4	77,6
8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área.	22,7	16	61,3
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.	18,9	10,8	70,3
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.	32	10,3	57,7
11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros.	40,8	12,4	46,8
12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente.	17,6	12,8	69,6
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	26,4	18,2	55,4
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração.	35,5	23,3	41,2
15. Eu gosto do meu trabalho.	2,7	3,7	93,6
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	17,4	8,1	74,5
17. Este é um bom lugar para trabalhar.	6,6	3,9	89,5
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	5,2	5,1	89,7
19. O moral nesta área é alto.	21,8	16,5	61,7
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	8,8	4,3	86,9
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado(a).	11,0	5,1	83,9
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	21,8	6,6	71,6
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex.: reanimação cardiorrespiratória, convulsões).	38,9	8,3	52,8
24. A administração apoia meus esforços diários (unidade).	18,4	9,5	72,1
24. A administração apoia meus esforços diários (hospital).	33,4	31,5	35,1
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (unidade).	26,8	13,8	59,4
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (hospital).	27,0	30,6	42,4
26. A administração está fazendo um bom trabalho (unidade).	12,8	14,4	72,8
26. A administração está fazendo um bom trabalho (hospital).	20,1	30,8	49,1
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa unidade.	34,8	19,3	45,9
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nosso hospital.	32,7	39,6	27,7
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da unidade.	25,5	9,9	64,6
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do hospital.	33,9	24,9	41,2
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.	52,0	5	43
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.	35,7	14,3	50
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim.	32,9	12	55,1
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.	18,9	10,3	70,8
33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros(as) nesta área.	9,7	4,5	85,8
34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área.	16,6	7,1	76,3
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área.	21,5	25,3	53,2
36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.	33,2	13,6	53,2

Nota: DT= Discordo Totalmente; DP= Discordo Parcialmente; Neutro; CP= Concordo Parcialmente; CT=Concordo Totalmente.

Por outro lado, nas questões 24 e 27, denota-se a percepção negativa dos profissionais frente aos aspectos relativos à ação da gestão hospitalar, com escores abaixo de 75.

Os dados da Tabela 2 apresentam os achados oriundos das assertivas frente ao clima de segurança, conforme os domínios do SAQ e o SAQ total.

Na presente pesquisa, o α de Cronbach geral do instrumento correspondeu a 0,92, variando entre 0,7 e 0,8 nos domínios, o que expressa boa confiabilidade⁽⁶⁾.

Referente ao valor do SAQ total, obteve-se média de 66,60 (dp=15). O domínio Satisfação no trabalho apresentou melhor escore, 80,79 (dp= 19,6). Por outro lado, os piores resultados foram verificados nos domínios Percepção da gerência, tanto no âmbito do hospital, quanto no da unidade, com 52,5 (dp=22,3) e 60 (dp=27,6), respectivamente.

O domínio Clima de trabalho em equipe, representado pela qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros da equipe, obteve a média de 73,8 (dp=18,7).

Tabela 2 - Médias e desvio padrão por domínio do Questionário de Atitudes de Segurança, Rio de Janeiro, Brasil, 2018

Domínios do SAQ	Média	Desvio-padrão
Clima de trabalho em equipe	73,8	18,7
Clima de segurança	64,2	20,4
Satisfação no trabalho	80,8	19,6
Percepção do estresse	73,3	23,8
Percepção da gerência da unidade	60	27,6
Percepção da gerência do hospital	52,5	22,3
Condições de trabalho	61,2	27,7
SAQ Total	66,6	15

Tabela 3 - Médias dos escores dos domínios, conforme categoria profissional, gênero e vínculo trabalhista, Rio de Janeiro, Brasil, 2018

Variáveis	Domínios do questionário						
	Clima de trabalho em equipe	Clima de segurança	Satisfação no trabalho	Percepção do estresse	Percepção da gerência do hospital	Percepção da gerência da unidade	Condições de trabalho
Categoria profissional							
Equipe de enfermagem	71,9(dp=17,9)	65,1(dp=19,2)	81,8(dp=18,2)	70,9(dp=25)	56,7(dp=22,4)	56,7(dp=28,1)	56,1(dp=29,2)
Outros profissionais	76,3(dp=19,7)	62,9(dp=22,1)	79,54(dp=21,2)	76,6(dp=21,8)	54,2(dp=21,9)	64(dp=26,2)	67,8(dp=23,8)
Valor de p	0,022*	0,308	0,257	0,021*	0,126	0,010*	<0,001*
Gênero							
Mulher	72,3(dp=19,2)	63,7(dp=20,8)	80,7(dp=20,2)	74,2(dp=23,5)	51,8(dp=21,8)	58,2(dp=27,6)	58,6(dp=28,4)
Homem	78,9(dp=16,8)	65,4(dp=20,1)	80,9(dp=18)	71,6(dp=24,7)	53,6(dp=23,5)	64,7(dp=27,2)	69,2(dp=23,2)
Valor de p	0,003*	0,483	0,910	0,370	0,506	0,047*	< 0,001*
Vínculo trabalhista							
Estatutário	72,1(dp=20)	61,8(dp=21,5)	77,2(dp=21,2)	74,3(dp=22,3)	50(dp=28,1)	59,2(dp=22,2)	57,6(dp=28)
Contrato	76,8(dp=14,6)	69(dp=17,7)	88(dp=14,7)	67,6(dp=26)	58,9(dp=27,6)	60,5(dp=20,9)	66,9(dp=26)
Valor de p	0,004*	0,006*	< 0,001*	< 0,001*	0,003*	0,320	0,008*

Nota: *valor de p<0,05; Teste ANOVA, t de student, Correção de Welch, post hoc Games-Howell.

Pelos dados da Tabela 3, verifica-se uma diferença estatística significativa ($p < 0,05$) nas comparações das variáveis com outra categoria profissional e os domínios Clima de trabalho em equipe, Percepção do estresse, Percepção da gerência da unidade e Condições de trabalho; quanto ao gênero – homem nos domínios Clima de trabalho em equipe, Percepção da gerência da unidade e Condições de trabalho; e vínculo estatutário nos domínios Clima de trabalho em equipe, Satisfação no trabalho, Clima de segurança, Percepção do estresse, Percepção da gerência do hospital e Condições de trabalho.

DISCUSSÃO

No que diz respeito ao cargo e gênero, técnicos e auxiliares de enfermagem e as mulheres foram predominantes na investigação. Entre as possíveis explicações, encontra-se o predomínio da equipe de enfermagem nos setores pesquisados. Esse achado vai ao encontro do que foi revelado por uma pesquisa no Brasil, na qual a equipe de enfermagem representa a maior força de trabalho nos serviços de saúde⁽¹¹⁾.

No setor de saúde, a participação feminina chega a quase 70% do total, sendo a categoria profissional mais feminizada a de nutricionistas, na qual o gênero feminino corresponde a 95% dos profissionais. Além disso, acrescenta-se que profissões tradicionalmente masculinas, como medicina, odontologia e medicina veterinária, vêm passando por mudanças com taxas crescentes mais elevadas de participação feminina⁽¹²⁾.

Por se tratar de uma instituição pública, o estatutário foi o principal vínculo de trabalho. Esse resultado é atribuído à natureza jurídica da instituição – pública, federal e de ensino -, em que o principal vínculo é de servidor público efetivo, seguido do contrato temporário.

A favorabilidade do clima de segurança quanto à satisfação do trabalho foi expressa na ótica dos participantes. No estudo realizado para identificação dos fatores relacionados à satisfação/insatisfação profissional, em uma unidade cardiológica de um hospital no estado de São Paulo, autores evidenciaram que um dos fatores contribuintes para satisfação profissional foi o trabalho em si e em equipe⁽¹³⁾.

Observaram-se percepções negativas, sendo, portanto, domínios com média abaixo de 75, frente aos aspectos relativos à ação da gestão hospitalar. Uma pesquisa conduzida em Santa Catarina (Brasil) com profissionais de enfermagem identificou fragilidade na gestão hospitalar, sendo que os resultados encontrados chamaram a atenção para a necessidade de apoio da direção quanto à segurança do paciente⁽⁷⁾.

Em relação às percepções da colaboração entre os profissionais, verificou-se que a maioria dos participantes concordou com as proposições, indicando que as sugestões do(a) enfermeiro(a) são bem recebidas nessa área, têm o apoio quando necessitam de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes, além de ser comum os profissionais que atuam nessa área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.

Achados similares aos supramencionados foram identificados tanto na literatura internacional como na nacional. Nesse prisma, verificou-se, em uma investigação no contexto de um hospital de oncologia nos Estados Unidos da América com enfermeiros, residentes e médicos hospitalistas e oncologistas, que a colaboração dos enfermeiros foi elevada na percepção de todos os profissionais⁽¹⁴⁾. Na Irlanda, os profissionais de saúde também tiveram uma percepção elevada, em sua maioria, ao avaliarem a comunicação e a colaboração com enfermeiros, apesar de obterem índices baixos na comunicação e colaboração com a equipe médica⁽¹⁵⁾.

Corroboram tais achados a investigação nacional que aplicou o SAQ em um hospital privado, localizado no estado de Minas Gerais (Brasil), incluindo 123 profissionais de saúde, na qual 74,8% avaliaram como boa a comunicação e colaboração com enfermeiros, 71,5% com os médicos e 57,7% com os farmacêuticos⁽¹⁶⁾.

Embora os profissionais de saúde atuem em prol do paciente, há de se considerar que cada categoria profissional tem sua especificidade, saberes técnicos e não técnicos, como também comportamentos, valores e atitudes peculiares. Nesse sentido, o nível de instrução e o gênero são características marcantes, nos quais diferem as percepções desses profissionais⁽¹⁷⁾.

O SAQ total obteve uma média de 66,6 (dp=15), sendo que na análise entre os domínios a Satisfação no trabalho alcançou melhor favorabilidade, seguida do Clima de trabalho em equipe e

Percepção do estresse. Nesse aspecto, os participantes demonstraram sentimentos positivos na experiência do desenvolvimento de suas atividades na unidade de trabalho, podendo a satisfação ser entendida como a extensão do quanto um trabalhador gosta de sua atividade laboral. Assim, quanto maior a satisfação, maior será o comprometimento com o trabalho⁽¹⁸⁾. Esse achado é consonante ao verificado na literatura, que demonstra melhores médias no domínio Satisfação no trabalho: 80⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ e 98⁽²⁰⁾.

Em seguida, o domínio Clima de trabalho em equipe, que expressa a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros da equipe, obteve a segunda melhor média (73,8), próxima ao limite inferior estabelecido (≥ 75). Estudo reportado na literatura encontrou média semelhante nesse domínio, alcançando valor de 73,9⁽²¹⁾.

Quanto ao domínio Percepção do estresse, que reflete o quanto os fatores estressores afetam as atividades laborais dos profissionais, obteve-se um escore médio de 73,3 (dp=23,8). Esses resultados aproximam-se dos encontrados em pesquisa desenvolvida em uma instituição cardiovascular, no estado do Paraná (Brasil), com características institucionais similares às da presente investigação, aplicando o SAQ, que apresentou escores de favorabilidade, média de 77,6⁽²²⁾. Dentre os motivos que levam ao estresse, pode-se exemplificar a fadiga e as tensões cotidianas que comprometem o bem-estar físico e psicossocial do indivíduo, acarretando prejuízos à organização e, ainda, comprometendo a segurança do paciente.

As pontuações com os menores escores médios foram verificadas nos domínios Percepção da gerência do hospital e da unidade. Tais achados são análogos aos reportados na literatura^(18,23). Cabe pontuar que uma série de fatores pode contribuir para os resultados frente à gestão no cenário do estudo, tais como: diferentes formas de vínculo, diversificadas de carga horária contratual, dentre outras, em um único espaço de gestão local do sistema de saúde.

Em um cenário como esse, é trabalhoso encontrar um contraponto para promover aceitação de grupos tão variados de liderados. Nessa direção, o apoio e o encorajamento de gerentes de hospitais constituem-se passos importantes para propiciar uma melhor segurança do paciente⁽²⁴⁾.

A comparação de médias entre os domínios do SAQ e as variáveis categoria profissional, gênero e vínculo trabalhista dos profissionais de saúde apontou que outros trabalhadores obtiveram melhores escores no domínio Clima de trabalho em equipe, Percepção do estresse, Percepção da gerência da unidade e das Condições de trabalho, com diferenças estatísticas significantes quando comparadas à equipe de enfermagem. Dados similares foram encontrados em estudos desenvolvidos em hospitais de ensino⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Embora os profissionais de saúde atuem em prol do paciente, há de se considerar que cada categoria profissional tem sua especificidade, saberes técnicos e não técnicos, como também suas características sociodemográficas peculiares.

Nesse contexto, pode-se afirmar que, em razão do contato direto com o paciente, a equipe de enfermagem vivencia de forma ininterrupta o cuidado, que é, portanto, tão próxima aos riscos associados à segurança do paciente, tendo uma percepção crítica da realidade. Nos Estados Unidos da América, um hospital especializado em oncologia demonstrou que enfermeiros avaliaram o Clima de trabalho em equipe com médias inferiores em comparação aos médicos e residentes⁽¹⁴⁾.

O gênero homem apresentou médias maiores de escores do SAQ quando comparado à mulher nos domínios Clima de trabalho em equipe, Percepção da gerência da unidade e Condições de trabalho, com diferença estatística significativa. É importante salientar que, no contexto de trabalho, homens e mulheres têm atitudes e percepções diferentes, nas quais as mulheres são mais críticas, valorizam as relações sociais, desejam obter reconhecimento verbal de superiores e *status* correspondente às suas realizações, enquanto os homens compreendem que os relacionamentos interpessoais no trabalho estão mais vinculados à obtenção de benefícios referentes à carreira⁽²⁵⁾.

Nessa perspectiva, outro ponto relevante refere-se à necessidade imperiosa que a mulher tem de conciliar suas atividades da vida pública com as de vida privada: “[...] essa dupla jornada de trabalho afeta com mais intensidade as mulheres do Terceiro Mundo, onde as condições de trabalho e de vida para esse grupo são visivelmente piores”⁽¹²⁾.

Um ponto de destaque desta investigação foi a diferença na percepção do clima de segurança entre profissionais estatutários e contratados. Constatou-se que servidores contratados apresentaram maiores médias dos escores em comparação aos estatutários, em seis domínios (exceção para Percepção do estresse). Por outro lado, o vínculo estatutário ocupa mais da metade do quadro de pessoal, podendo inferir que os trabalhadores com esse tipo de contrato detêm percepção realista do contexto institucional, com conhecimento, crenças e valores adquiridos ao longo do tempo de atuação.

Achados condizentes aos resultados da presente investigação foram reportados em uma pesquisa nacional, na qual foi verificado que trabalhadores contratados apresentaram médias superiores aos profissionais estatutários nos domínios Condições de trabalho e Percepção da gerência da unidade. Os autores referiram que esses resultados podem estar associados ao fato de o profissional contratado/terceirizado não possuir estabilidade e responder favoravelmente às assertivas por temer represálias no ambiente de trabalho⁽²⁶⁾.

Pesquisa conduzida, também no cenário nacional, objetivando avaliar a cultura de segurança do paciente em três hospitais mostrou que o tipo de gestão hospitalar, a unidade de serviço, o cargo e a quantidade de notificação de eventos adversos estiveram associados ao clima de segurança do paciente, sendo que o vínculo empregatício contratado obteve melhores resultados⁽²⁷⁾. No entanto, os autores ressaltaram que a instabilidade dos profissionais em razão do tipo de vínculo poderia inibir a exposição franca acerca dos pontos negativos do hospital, embora o Termo de Consentimento tenha facultado o anonimato dos respondentes e a confidencialidade das respostas.

Contudo, o oposto foi encontrado em investigação realizada para avaliar a cultura de segurança do paciente em um serviço de saúde mental no estado do Ceará (Brasil), aplicando-se o SAQ para 103 profissionais de saúde, cujos resultados apontaram que os profissionais estatutários obtiveram melhores escores na percepção de cultura de segurança se comparados aos terceirizados⁽²⁸⁾.

Sob esse prisma, a literatura apresenta um estudo com o objetivo de identificar o sofrimento no trabalho em serviços públicos entre trabalhadores com vínculos empregatícios de contratado temporário e estatutário, evidenciando que ambos apresentaram a condição de sofrimento, cada qual à sua maneira.

Outro achado apontou que os profissionais contratados consideraram o sofrimento inerente ao trabalho, adotando o tipo de comportamento adaptativo⁽²⁹⁾.

Dessa maneira, é possível inferir que os contratados percebem melhor o ambiente de trabalho e as suas repercussões quando comparados aos profissionais estatutários, o que pode ser influenciado pela instabilidade do mercado de trabalho e as possibilidades de empregabilidade. Por outro lado, o profissional com vínculo estatutário, por ter garantida a estabilidade empregatícia, assume maior liberdade de expressão e visão crítica do ambiente de trabalho institucional.

Limitações do Estudo

As limitações deste estudo relacionam-se ao fato de ter sido conduzido em um hospital terciário especializado em cardiologia, acarretando restrições para sua generalização, e contar com reduzida participação de profissionais de outras áreas da saúde, embora tenham aceitado participar.

Contribuições para a Área de Saúde

Este estudo contribui no sentido de ratificar a complexidade dos elementos que concorrem para a segurança do paciente,

sendo imprescindíveis a compreensão e o fortalecimento do clima de segurança na organização para qualificar o cuidado e proporcionar a segurança dos trabalhadores.

CONCLUSÃO

A análise dos dados da presente investigação acerca do clima de segurança verificou que a maior parte dos profissionais participantes foi constituída pelo gênero feminino, representada pela equipe de enfermagem, na fase adulta da vida, com tempo de profissão e na unidade suficiente para apreender os elementos da cultura organizacional e de segurança do paciente.

O clima de segurança apresenta fragilidades, sobretudo, nas questões envolvendo a gerência do hospital e da unidade. O tipo de contrato de trabalho influenciou significativamente no clima de segurança do paciente, seguido do gênero e dos profissionais integrantes da equipe de enfermagem.

Tais aspectos necessitam ser vistos e entendidos como propulsores de medidas destinadas ao fortalecimento da cultura de segurança e do cuidado seguro tanto no âmbito institucional como no subsídio para novos estudos. Outrossim, recomenda-se que essas pesquisas sejam conduzidas na abordagem qualitativa no intuito de compreender e elucidar os componentes gerenciais do micro e macro ambiente institucional.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)[Internet]. Brasília 2009[cited 2017 Mar 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf
2. The Joint Commission. Summary data of sentinel events reviewed by the Joint Commission [Internet]. Oakbrook Terrace; 1951-2017 [cited 2017 Sep 18]. Available from: https://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 529, de 1o de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília; 2013 [cited 2017 Nov 02]. Available from: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529>
4. Groves PS, Meisenbach R, Scott-Cawiezell J. Keeping patients safe in healthcare organizations: a structuration theory of safety culture. *J Adv Nurs*. 2011;67(8):1846-55. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05619.x
5. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. 2011. *Qual Saf Health Care*. 2011;20(4):338-43. doi: 10.1136/bmjqs.2010.040964
6. Flin R. Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis. *Saf Sci*. 2007;45:653-667. doi:10.1016/j.ssci.2007.04.003
7. 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: 10.1590/S0104-11692012000300020.
8. Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Lab Psicol*[Internet]. 2006 [cited 2017 Sep 17];4(1):65-90. Available from: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>
9. Marinho MM, Radünz V, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014;23(3):581-590. doi: 10.1590/0104-07072014002640012.
10. Luiz RB, Simões AL, Barichello E, Barbosa MH. Factors associated with the patient safety climate at a teaching hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;3(5):880-7. doi: 10.1590/0104-1169.0059.2627.
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil*; 2012. Dez 12, Seção 1: p. 59. (col. 3).
12. 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. 6:44. doi: 10.1186/1472-6963-6-44

13. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Atlas da Enfermagem: profissionais de enfermagem por sexo no Brasil [Internet]. Brasília; 2011 [cited 2018 Aug 01]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/pesquisaprofissionais.pdf>.
14. Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, Eliane dos Santos de Oliveira ES, Moysés NMN. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. *Rev Divulg Saúde Debate* [Internet]. 2010 [cited 2018 Aug 10];45:54-70. Available from: <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>
15. Somense CB, Duran ECM. Fatores higiênicos e motivacionais do trabalho do enfermeiro em enfermaria de cardiologia. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2018 Oct 13];35(3):82-89. Available from: www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem
16. Weaver AC, Callaghan M, Cooper AL, Brandman J, O'Leary KJ. Assessing interprofessional teamwork in inpatient medical oncology units. *J Oncol Pract*. 2015;11(1):19-23. doi: 10.1200/JOP.2014.001536
17. 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.* 2009. 178(4):433-9. doi: 10.1007/s11845-009-0352-2
18. Barbosa MH, Floriano DR, Oliveira KF, Nascimento, KG, Ferreira LA. Patient safety climate at a private hospital. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(3):e1460015. doi: 10.1590/0104-07072016001460015
19. Gabrani A, Hoxha A, Simaku A, Gabrani J. Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2015;5:e006528. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006528
20. Hora GPR, Ribas Jr R, Souza MA. Estado da arte das medidas em satisfação no trabalho: uma revisão sistemática. *Trends Psychol*. 2018;26(2):971-86. doi: 10.9788/tp2018.2-16pt
21. Oliveira ICL, Cavalcante MLSN, Freitas SA, Freitas RJM, Silva BV, Marinho DMF, et al. Safety culture: perception of health professionals in a mental hospital. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl5):2316-22. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0125
22. Elsous A, Akbarisari A, Rashidian A, Aljeesh Y, Radwan M, Zaydeh HA. Psychometric properties of an Arabic safety attitude questionnaire (short form 2006). *Oman Med J*. 2017;32(2):115-23. doi: 10.5001/omj.2017.21
23. Barbosa MH, Sousa EM, Felix MMS, Oliveira KF, Barichello E. Patient safety climate in a hospital specialized in oncology. *Rev Eletrôn Enferm*. 2015;17(4):1-9. doi: 10.5216/ree.v17i4.xxx
24. Misiak M, Radünz V, Dal Sasso GTM, Tourinho FSV. Atitudes para cultura de segurança do paciente em uma instituição cardiovascular. *Rev Varia Sci* [Internet]. 2016 [cited 2018 Sep 03];2(2):102-14. Available from: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/15453/10777>
25. Matiello RDC, Lima EFA, Coelho MCR, Oliveira ERA, Leite FMC, Primo CC. Patient safety culture from the perspective of nurses. *Cogitare Enferm*. 2016;21(esp):1-9. doi: 10.1590/S0080-623420150000200013
26. Huang CH, Wu HH, Lee YC. The perceptions of patient safety culture: a difference between physicians and nurses in Taiwan. *Appl Nurs Res*. 2018;40:39-44. doi: 10.1016/j.apnr.2017.12.010
27. Magalhães MO, Macambira MO. Estilos interpessoais e vínculos com a organização: diferenças de gênero. *Psico (Porto Alegre)* [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 27];44(1):99-102. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/10660/8852>
28. Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. 2017. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2849. doi: 10.1590/1518-8345.1600.2849
29. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Jr RF, Farias LPC, Santos CCM, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018.;23(1):167-72. doi: 10.1590/1413-81232018231.24392015