

PALOMA APARECIDA CARVALHO

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DO
DISTRITO FEDERAL

BRASÍLIA, 2020

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

PALOMA APARECIDA CARVALHO

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DO
DISTRITO FEDERAL

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do
Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Luiz Augusto Casulari Roxo da Motta

Co-orientadora: Leila Bernarda Donato Gottens

BRASÍLIA, 2020

PALOMA APARECIDA CARVALHO

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DO
DISTRITO FEDERAL

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do
Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em

BANCA EXAMINADORA

Dr. Luiz Augusto Casulari Roxo da Motta
Universidade de Brasília

Dr. Fabio Ferreira Amorim
Escola Superior de Ciências da Saúde

Dra. Mirian Conceição Moura
Escola Superior de Ciências da Saúde

Dra. Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Universidade de Brasília

*À minha mãe Maria Aparecida Silva Christal,
meu maior exemplo de resiliência e sabedoria.*

*Ao meu esposo Alex Lima da Silva,
meu companheiro, meu amigo, pai dos meus filhos, com quem tive a grata
oportunidade de dividir a experiência extraordinária que é ter filhos! A pessoa que
acredita em mim e em meus sonhos, e apoia minhas mudanças contínuas.*

*Aos meus filhos, Matheus Carvalho Silva e Arthur Carvalho Silva,
que representam o verdadeiro significado da palavra amor, motivos da alegria tão
presente em nosso lar, que transformaram nossas vidas em algo muito melhor do
que jamais poderíamos imaginar.*

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo apoio incondicional e compreensão durante a longa jornada do doutorado.

Ao meu orientador, Professor Dr. Luiz Casulari pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional, pela confiança e dedicação para que essa tese fosse concluída.

À minha coorientadora, Professora Dra. Leila Gottems, por ter acreditado em mim e me incentivado desde o mestrado até a conclusão do doutorado. Pela confiança, respeito e compreensão nos momentos mais difíceis. Pela generosidade em compartilhar conhecimento e sabedoria, contribuindo para a expansão da ciência.

À Escola Superior de Ciências da Saúde, da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, e ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (UnB), por proporcionarem a oportunidade de crescimento profissional e pessoal.

À Escola Superior de Ciências da Saúde, da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, pelo incentivo disponibilizado para a realização desta pesquisa.

Aos gestores dos hospitais participantes, por acreditarem na ciência, pela disponibilidade e por abrirem as portas das instituições para a realização deste estudo.

Aos profissionais dos hospitais participantes, que disponibilizaram seu tempo para participarem deste estudo.

Aos meus colegas de trabalho, pelo suporte e apoio nessa trajetória.

A todos que, direta ou indiretamente contribuíram, para a realização deste projeto, embora não tenham sido citados.

Obrigada!

“A medicina era simples, pouco efetiva e relativamente segura. Agora ela é complexa, efetiva, mas potencialmente perigosa”

Chantler

RESUMO

Introdução: A cultura de segurança é elemento fundamental nas políticas de segurança do paciente. O Programa Nacional de Segurança do Paciente foi implantado em 2013 no Brasil.

Objetivo: Avaliar a cultura de segurança na percepção dos profissionais que trabalham nos hospitais públicos do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, Brasil, três anos após a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Métodos: estudo transversal analítico realizado em onze hospitais públicos por meio do Questionário Atitudes de Segurança em formato eletrônico. A amostragem estratificada foi calculada, obedecendo à proporção do total de profissionais em cada hospital, assim como a representatividade de cada grupo profissional. Os resultados do escore total e dos domínios iguais ou maiores que 75 foram considerados positivos. Realizadas análises descritivas e inferenciais dos grupos profissionais e dos hospitais.

Resultados: Participaram 909 profissionais. O escore total por grupo profissional foi negativo (62,5 a 69,5) e por domínio diferiram estatisticamente entre si em todos. Os onze hospitais tiveram escore total negativo (61,5 a 68,6). Os domínios com desempenho positivo foram satisfação no trabalho, percepção do estresse e clima de trabalho em equipe. Os resultados mais baixos foram condições de trabalho e percepção da gerência, e nenhum dos hospitais obteve média superior à 75 nesses domínios. Também foram encontradas diferenças nas médias dos domínios entre os hospitais, exceto em percepção da gerência.

Conclusão: Após três anos de implantação no Programa Nacional de Segurança do Paciente, a cultura de segurança nos onze hospitais avaliados se mostrou fragilizada, embora os domínios satisfação no trabalho, percepção do estresse e clima de trabalho em equipe tiveram resultados positivos. Os resultados podem contribuir para a tomada de decisão dos gestores, pois a cultura de segurança é um elemento essencial na implementação da política de segurança do paciente.

Descritores: Segurança do Paciente, Cultura Organizacional, Gestão da Segurança, Qualidade da Assistência à Saúde, Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The safety culture is a fundamental element in patient safety policies. The National Patient Safety Program was implemented in 2013 in Brazil

Objective: To evaluate the safety culture in the perception of professionals who work in public hospitals in the Unified Health System of the Federal District, Brazil, three years after the implementation of the National Patient Safety Program.

Methods: cross-sectional analytical study conducted in eleven public hospitals using the Safety Attitudes Questionnaire in electronic format. The stratified sample was calculated according to the proportion of the total number of professionals in each hospital, as well as the representativeness of each professional group. The results of the total score and domains equal to or greater than 75 were considered positive. Descriptive and inferential analyzes of professional groups and hospitals were carried out.

Results: 909 professionals participated. The total score by professional group was negative (62.5 to 69.5) and by domain they differed statistically from each other. The eleven hospitals had a negative total score (61.5 to 68.6). The domains with positive performance were job satisfaction, stress perception and teamwork climate. The lowest results were working conditions and management perception, and none of the hospitals had an average higher than 75 in these domains. Differences in mean domains were also found between hospitals, except in the perception of management.

Conclusion: After three years of implementation in the National Patient Safety Program, the safety culture in the eleven hospitals evaluated was weakened, although the domains of job satisfaction, perception of stress and teamwork atmosphere had positive results. The results can contribute to managers' decision making, as the safety culture is an essential element in the implementation of the patient safety policy.

Descriptors: Patient Safety, Organizational Culture, Safety Management, Quality of Health Care, Health Evaluation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de leitos e de profissionais dos hospitais participantes do estudo em 2016. Distrito Federal, Brasil.....	20
Tabela 2 - Características dos profissionais e escores do Questionário Atitudes de Segurança (SAQ), Distrito Federal, Brasil.....	23
Tabela 3 - Questionário Atitudes de Segurança (SAQ) e seus domínios por grupo profissional nos onze hospitais públicos, Distrito Federal, Brasil.....	27
Tabela 4 - Questionário Atitudes de Segurança (SAQ) e seus domínios por hospital nos onze hospitais públicos, Distrito Federal, Brasil.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SUS	Sistema Único de Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SAQ	Questionário Atitudes de Segurança
IBSP	Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente
ICAO	International Civil Aviation Organization
NASA	National Aeronautics and Space Administration
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
DP	Desvio Padrão

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1. QUESTIONÁRIO ATITUDES DE SEGURANÇA	13
1.2. ESTADO DE SEGURANÇA DOS HOSPITAIS NO BRASIL.....	14
2. OBJETIVOS	18
2.1. GERAL.....	18
2.2. ESPECÍFICOS.....	18
3. MÉTODOS	19
3.1. DESENHO, LOCAL DO ESTUDO E PERÍODO	19
3.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	19
3.3. PROTOCOLO DO ESTUDO.....	20
3.4. ANÁLISE DOS RESULTADOS E ESTATÍSTICA	21
4. RESULTADOS	23
5. DISCUSSÃO	29
6. CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS	34
ANEXO 1	41
ANEXO 2	42
APÊNDICE 1	47
APÊNDICE 2	48

1. INTRODUÇÃO

O cuidado inseguro e suas consequências com danos ao paciente têm sido reportadas desde a década de 1980. A Organização Mundial da Saúde (OMS) desencadeou várias iniciativas com foco na segurança do cuidado, com maior ênfase a partir de 2004, quando criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (1). O Brasil, que faz parte da aliança, iniciou a construção de uma política de segurança do paciente em 2001, com a criação da Rede Sentinela, visando atuar como observatório do desempenho e segurança de produtos para a saúde (2). Os investimentos iniciais foram nas áreas de farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância, incentivando a criação de Gerências de Risco nos hospitais pertencentes à essa rede (2).

Em 2013, o Brasil intensificou suas diretrizes para a segurança do paciente ao instituir o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de qualificar o cuidado em saúde. A cultura de segurança é elemento transversal e perpassa os quatro eixos do programa: estímulo a uma prática assistencial segura, envolvimento do cidadão na sua segurança, inclusão do tema no ensino e incremento de pesquisa sobre o tema (1).

No mesmo ano, foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) número 36, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que institui ações para a promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde, dentre elas o dever de constituir os Núcleos de Segurança do Paciente nas organizações de saúde, o qual deve adotar a disseminação sistemática da cultura de segurança (1).

O termo “cultura de segurança” vem sendo utilizado por organizações consideradas de alto risco desde o acidente nuclear de Chernobyl (3). 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. 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 efetividade de ações preventivas (4).

O termo “clima de segurança” é utilizado com pouca ou nenhuma diferenciação do termo “cultura de segurança”, definido como as características superficiais da cultura de segurança, à partir das percepções e atitudes dos indivíduos em um determinado ponto do tempo, ou como sendo os componentes mensuráveis da cultura de segurança (3-5).

O PNSP, em alinhamento com as políticas internacionais de segurança do paciente, segue a definição de cultura de segurança da OMS, que se configura a partir de cinco características: 1) todos os trabalhadores assumem responsabilidade pela sua própria segurança, de seus colegas, pacientes e familiares; 2) prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; 3) encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; 4) promove o aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes; e 5) proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (1, 6).

Os programas de saúde, uma vez implementados, requerem avaliações que emitam juízo de valor sobre as intervenções e forneça informações cientificamente válidas e socialmente legítimas que possam se traduzir em ações. Sabe-se, no entanto, que o uso dos resultados das avaliações pelos tomadores de decisão ainda permanece baixo (7).

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil disponibiliza serviços de saúde à população por meio de diversos estabelecimentos, desde unidades básicas até hospitais. Nesse sistema, busca-se promover a cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, envolvimento dos profissionais e pacientes na prevenção de incidentes, foco em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual (1).

No Distrito Federal, o SUS está sob a gestão da Secretaria de Estado de Saúde (SES), órgão do Poder Executivo responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde. Como função, deve dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida aos moradores (8).

Os serviços de saúde são disponibilizados à população de forma sistemática e organizada em sete regiões de saúde: leste, norte, central, centro-sul, sul, sudoeste e

oeste. Essas regiões são compostas de diversos equipamentos de atenção em saúde, tais como unidades básicas de saúde e hospitais. Além dos hospitais das regiões de saúde, há também outros quatro hospitais denominados Unidades de Referência Distrital que estão administrativamente subordinados à SES e, portanto, não fazem parte das regiões de saúde (8).

Em cumprimento às políticas de segurança do paciente, os hospitais da SES implantaram os núcleos de segurança do paciente e vêm trabalhando de maneira sistemática a implementação do PNSP. Neste sentido e buscando organizar e otimizar as estratégias de segurança, a SES criou em sua estrutura administrativa a Gerência de Risco em Serviços de Saúde (8). Esta gerência compõe a estrutura administrativa da Subsecretaria de Vigilância Sanitária e atua na execução de ações de prevenção e monitoramento de eventos adversos em serviços de saúde, visando à melhoria da qualidade assistencial e segurança dos pacientes do Distrito Federal (8).

A implementação de uma política institucional de cultura de segurança é fundamental para a melhoria da qualidade e da segurança em serviços de saúde, no entanto para que isso ocorra é necessário o levantamento dos fatores organizacionais que impedem a formação desta cultura (9). Dessa forma, mensurar o clima de segurança fornece informações importantes sobre o estado de segurança da organização, constituindo-se uma estratégia importante para monitorar a implementação do PNSP e a melhoria dos cuidados de saúde, pois possibilita equilibrar as ações entre as questões que apresentam maiores fragilidades e aquelas que apresentam melhores desempenhos.

1.1. QUESTIONÁRIO ATITUDES DE SEGURANÇA

O *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) foi desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas utilizando como base as escalas *Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaires* e o *Flight Management Attitudes Questionnaire* (amplamente utilizado pelas empresas de aviação para mensurar a percepção de segurança das tripulações de vôos) (10). É um instrumento com boas propriedades psicométricas (10) e dentre os instrumentos disponíveis é o mais sensível para avaliar

atitudes de segurança individuais (11). Pode ser aplicado em diversos tipos de estudo, tais como avaliação antes e após intervenções, em comparação com indicadores de segurança do paciente como taxas de infecção e tempo de internação, ou mesmo para o monitoramento das ações de melhoria implementadas (12). Essas características contribuíram para a escolha deste instrumento para a realização desta pesquisa.

A percepção positiva do clima de segurança difere de acordo com a atividade executada pela organização. Enquanto nas indústrias de petróleo e energia nuclear ela está associada à diminuição de acidentes envolvendo os trabalhadores, na área da saúde está associada à adoção de comportamentos seguros e à diminuição de eventos adversos, ambos diretamente relacionados à segurança do paciente (13).

Há na literatura diversos modelos teóricos que alicerçam a implementação da cultura de segurança. O Modelo de Acidente Organizacional de Reason adaptado por Vincent, Adams e Stanhope, em 1998 (14) foi o modelo utilizado pela equipe que desenvolveu o SAQ. Nesse modelo, as falhas latentes e ativas estão relacionadas aos mesmos fatores, tais como decisões gerenciais, atos inseguros e violações de regras, contudo, incorporam outros fatores que são denominados contribuintes. Eles são componentes importantes do cenário da saúde e influenciam a prática clínica, tais como características dos pacientes, trabalho em equipe, fatores organizacionais, ambiente de trabalho e fatores individuais dos profissionais da equipe.

Dessa forma, o SAQ é uma ferramenta importante para análise de falhas latentes e fatores contribuintes, ou seja, falhas que não são perceptíveis visualmente, mas que podem contribuir para ocorrência de eventos adversos com o paciente (9).

1.2. ESTADO DE SEGURANÇA DOS HOSPITAIS NO BRASIL

A medicina era simples, pouco efetiva e relativamente segura. Agora ela é complexa, efetiva, mas potencialmente perigosa (15). No Brasil, estudo recente avaliou a ocorrência de eventos adversos em pacientes internados e apontou uma prevalência de 12,8% (16). Considerando que no ano de 2017 aconteceram, somente

no SUS 11,6 milhões de internações (17), o número de eventos adversos que aconteceram é de cerca de 1,4 milhões.

De acordo com o Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP), utilizando-se o mesmo método de cálculo feito em um estudo nos Estados Unidos (18), que apontou um número maior de mortes do que o estudo pioneiro nessa área (19), estima-se que no Brasil o número de mortes por ano devido a eventos adversos evitáveis supera os 227 mil casos.

A aviação, por sua vez, comemora o status de serviço de alta confiabilidade. De acordo com a *International Civil Aviation Organization* (ICAO), estima-se que em 2016 aconteceram no mundo todo 34,9 milhões de partidas e 75 acidentes, o que gerou uma taxa global de acidentes de 2,1 por 1 milhão de partidas. Desses, sete foram acidentes fatais que resultaram em 182 mortes. Em 2017, aconteceram no mundo todo 36,6 milhões de partidas e 88 acidentes, o que gerou uma taxa global de acidentes de 2,4 por 1 milhão de partidas. Desses, cinco foram acidentes fatais que resultaram em 50 mortes. O risco é de um acidente fatal em voo de passageiros a cada 7,32 milhões de decolagens. Ou seja, trata-se de um sistema altamente seguro (20). Considerando que em 2017 houve cerca de 4,1 bilhões de passageiros viajando de avião no mundo todo, a taxa global de mortalidade foi de 12,2 mortes por bilhão de passageiros, representando o ano mais seguro na história da aviação comercial (20). Os avanços nessa área acontecem a passos largos na direção de um sistema não apenas seguro, mas, sobretudo, resiliente.

A grande diferença entre as duas áreas – aviação e saúde – é que, apesar de ambas constituírem sistemas de alto risco, tomando para si o desafio de se tornarem organizações seguras e resilientes, a aviação literalmente decolou rumo à alta confiabilidade, enquanto a saúde ainda não conseguiu alçar voos na mesma direção.

Após 21 anos do primeiro grande estudo mostrando o quanto o cuidado de saúde é inseguro, *To err is human* (19), estudo esse que inquietou profissionais e estudiosos do mundo todo, o que se percebe é que continuamos muito distantes do que a aviação já conseguiu fazer em termos de segurança. Ou seja, ainda não conseguimos decolar e atingir a velocidade de cruzeiro.

O interesse de pesquisadores ao redor do mundo sobre essa temática surge de diversas formas, inclusive por experiências pessoais, tais como a do cientista e ex-chefe de toxicologia no Centro Espacial Johnson da *National Aeronautics and Space Administration* (NASA), em Houston, Texas, que desenvolveu uma ampla atuação na

área de segurança do paciente após perder seu filho de 19 anos por erros assistenciais em 2002. Conforme afirmou,

“se estivéssemos na aviação, seríamos como pilotos cegos colocados em aviões com peças faltando, pressionados para decolar em uma pista esburacada e sob uma tempestade cataclísmica. E, com tudo isso, teríamos que conseguir levantar voo e pousar em segurança no nosso destino. Falta muito ainda para voarmos com segurança em um céu de brigadeiro (21)”.

Outra experiência pessoal que vale ser mencionada é a do médico do *Department of Radiology and Neurosurgery, University of California San Diego*, que iniciou a sua prática médica na aviação militar. Ele também se questionou acerca das semelhanças e diferenças em ambas as áreas de atuação (saúde e aviação) e, embora possa parecer à primeira vista que os dois campos sejam inteiramente diferentes, em sua percepção ambos exigem quase exatamente o mesmo tipo de conhecimento: a necessidade de fazer julgamentos complexos (muitas vezes rapidamente) e exatamente os mesmos tipos de habilidades técnicas (22). A diferença mais significativa nos dois campos, conforme o autor menciona, é que quando o piloto comete um erro significativo, esse erro resulta em sua própria morte, enquanto que na saúde, quando se comete um erro significativo, embora os profissionais se sintam culpados ou frustrados e também sofram, logo passam para o próximo caso (22). De certa forma, pode-se afirmar que na saúde, a tripulação de profissionais acredita estar fora da aeronave, dando a falsa percepção de que quem corre o risco de morrer durante a assistência é apenas o próprio paciente. Os profissionais de saúde, diferentemente dos pilotos, não se veem diretamente implicados ou não se sentem dentro da cena, correndo igualmente risco junto aos pacientes (22).

O que impulsionou a aviação na direção da alta confiabilidade foi, indiscutivelmente, a mudança cultural (22), ou seja, uma mudança de comportamento e de percepção do todo que possibilitou a implementação de melhorias que vieram a contribuir para a segurança do sistema. Contudo, sem a cultura de segurança, os avanços não teriam sido os mesmos.

Estabelecer uma forte cultura de segurança e de aprendizado não é tarefa simples, e requer o envolvimento profundo das lideranças com a cultura singular de uma determinada organização e de suas subunidades, buscando identificar os pressupostos tácitos que orientam o comportamento das pessoas (23). Essa

estratégia possibilita conhecer e discutir o tipo de cultura que seria preferível para seus membros, bem como a visão, a missão e os objetivos da organização buscando desenvolver o senso de que todos estão seguindo na mesma direção, e como avançar nessa direção a partir do estado atual (23).

As ações concretas que os líderes podem executar para promover mudanças culturais a fim de melhorar a segurança do paciente são: compreender a cultura existente numa organização, atuar com humildade e formando parcerias, desenvolver a segurança psicológica através do aconselhamento e da utilização construtiva da resistência, criar uma orientação para o aprendizado com foco nos problemas e em sua solução e adotar uma orientação sistêmica alinhando e construindo cuidadosamente os sistemas e processos de apoio (23).

O que move pesquisas como esta é acreditar que o SUS é capaz de modificar esse cenário para conseguir promover a qualidade na assistência à saúde e atingir níveis de segurança do paciente iguais a outras atividades humanas de alto risco, como a aviação.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Avaliar a percepção dos profissionais que trabalham nos hospitais públicos que compõe a rede do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, Brasil, sobre a cultura de segurança, três anos após a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente,

2.2. ESPECÍFICOS

Elaborar revisão da literatura sobre a avaliação da cultura de segurança em organizações de saúde que utilizaram o Questionário de Atitudes de Segurança.

Avaliar a cultura de segurança na perspectiva dos profissionais que trabalham nos hospitais regionais da rede pública de saúde do Distrito Federal utilizando o Questionário Atitudes de Segurança.

Propor estratégias para melhorar a cultura de segurança nos hospitais da rede pública de saúde do Distrito Federal mediante os resultados encontrados.

3. MÉTODOS

3.1. DESENHO, LOCAL DO ESTUDO E PERÍODO

Estudo transversal e analítico realizado por meio da aplicação do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), traduzido e adaptado culturalmente para o Brasil (9), que mensura o clima de segurança na percepção dos profissionais. Foi realizado no período de setembro de 2016 à janeiro de 2017.

3.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Há doze hospitais de diversos tamanhos distribuídos nas sete regiões de saúde, no entanto um hospital não aceitou participar da pesquisa. Dessa forma, a população do estudo foi constituída por profissionais que atuam em onze hospitais públicos do DF: Hospital Regional da Asa Norte, Hospital Materno Infantil de Brasília, Hospital Regional do Guará, Hospital Regional de Sobradinho, Hospital Regional de Planaltina, Hospital Regional de Brazlândia, Hospital Regional de Ceilândia, Hospital Regional de Samambaia, Hospital Regional de Taguatinga, Hospital Regional do Gama e Hospital Regional de Santa Maria. Este conjunto de hospitais totaliza 3.295 leitos e 15.545 profissionais de saúde (Tabela 1). Para mapeamento da capacidade instalada dos hospitais e número de profissionais, foi utilizado o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme dados de maio de 2016 (24). Cada hospital foi codificado de H1 a H11, em ordem decrescente do número de leitos, para preservar a identificação.

A amostragem estratificada foi calculada obedecendo à proporção do total de profissionais em cada hospital, assim como a representatividade de cada grupo profissional, sendo previstos 869 profissionais para responderem o questionário (Tabela 1). O critério de inclusão foi ser profissional com vínculo ativo com os hospitais

participantes do estudo. Foram excluídos os profissionais que se encontravam afastados do trabalho no período da coleta de dados.

Tabela 1 - Número de leitos e de profissionais dos hospitais participantes do estudo em 2016. Distrito Federal, Brasil

Hospital	Leitos, n	Profissional, n	Plano amostral, n
H1	507	1.322	77
H2	471	1.621	88
H3	422	2.338	118
H4	409	1.847	101
H5	349	2.082	109
H6	331	1.854	101
H7	322	1.571	86
H8	166	836	52
H9	138	944	57
H10	127	681	46
H11	53	449	34
Total	3.295	15.545	869

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), competência maio de 2016.

3.3. PROTOCOLO DO ESTUDO

O SAQ (ANEXO 1) é um instrumento auto aplicado (os participantes 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 33 a 36 não pertencem à nenhum domínio, porém compõe o escore total. A segunda parte coleta dados que caracterizam os profissionais quanto ao sexo, profissão e anos de atuação na área (9).

As respostas as afirmativas seguem uma escala de Likert de cinco pontos que são recodificadas da seguinte forma: discordo totalmente (1) é igual a 0 pontos, discordo parcialmente (2) 25 pontos, neutro (3) 50 pontos, concordo parcialmente (4) 75 pontos e concordo totalmente (5) 100 pontos. O resultado do instrumento varia de 0 a 100, onde zero 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 (9).

As contagens são realizadas como segue: 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 (9). Para esta pesquisa, optou-se por transcrever o SAQ para o formato eletrônico e disponibilizá-lo em aparelhos mobile.

Foram realizados treinamentos com a equipe de pesquisadores que realizaram a coleta, e reuniões de sensibilização com gestores dos hospitais (diretores, gerentes e profissionais do Núcleo de Segurança do Paciente), com apresentação do projeto de pesquisa e da equipe de pesquisadores. Posteriormente, os pesquisadores visitaram os hospitais e convidaram os profissionais a participar. Na ocasião, disponibilizaram aparelhos mobile para acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1) e o SAQ (ANEXO 1).

3.4. ANÁLISE DOS RESULTADOS E ESTATÍSTICA

Para análise, os profissionais foram divididos nos seguintes grupos profissionais: 1 - gestor, 2 - médicos, 3 - enfermeiros, 4 - outros profissionais assistenciais de nível superior, 5 - técnicos de enfermagem, 6 - outros profissionais assistenciais de nível técnico, 7 - profissionais não assistenciais da equipe de apoio.

O Teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para avaliar a normalidade dos dados. De acordo com sua distribuição, dados quantitativos foram expressos como média \pm desvio padrão (DP) ou como mediana e intervalo interquartil 25-75% (IQ25-75%). As variáveis categóricas foram expressas em número e porcentagem (%). Para

variáveis quantitativas, os testes t de Student ou Mann-Whitney foram usados quando tínhamos dois grupos e os testes de ANOVA ou Kruskal-Wallis para comparações acima de dois grupos. Para variáveis categóricas, foram usadas tabelas de contingência e teste qui ao quadrado de Pearson (χ^2) ou o teste exato de Fisher. Se o teste de ANOVA ou Kruskal-Wallis fosse significativo estatisticamente, a análise *post hoc* foi realizada com o teste de t de Student ou Mann-Whitney, com correção de Bonferroni. A análise estatística foi realizada usando-se *Statistical Package for Social Sciences 20.0 Mac* (SPSS 20.0 Mac, SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA). Para os resultados dos testes estatísticos foi considerado um nível de 95% de confiança.

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 sob parecer número 1.656.350 (ANEXO 2), e contou com o financiamento da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, por meio do Edital nº 11 de 03 de setembro de 2014, de apoio a pesquisas da Escola Superior de Ciências da Saúde.

4. RESULTADOS

Participaram 909 profissionais caracterizados pela média de idade de $40 \pm 10,1$ anos, predominantemente do sexo feminino (67,0%). Em relação aos grupos profissionais: 209 médicos (23,0%), 189 técnicos de enfermagem (20,8%), 156 enfermeiros (17,2%), 146 profissionais não assistenciais da equipe de apoio (16,1%) e 203 outras ocupações (22,3%). A carga horária semanal média foi de 40 (IQ25-75%: 40-40) horas e 65,1% trabalhavam há cinco ou mais anos nos hospitais onde foram entrevistados (Tabela 2). Nove profissionais não concordaram em participar.

A média do escore total do SAQ foi $64,2 \pm 13,1$. Em relação aos domínios do SAQ, satisfação no trabalho ($79,8 \pm 19,5$), percepção do estresse ($75,6 \pm 24,8$) e clima de trabalho em equipe ($75,0 \pm 18,2$) apresentaram escores positivos. Os demais domínios foram negativos: clima de segurança ($64,4 \pm 19,8$), percepção da gerência ($55,8 \pm 22,8$) e condições de trabalho ($50,2 \pm 28,6$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Características dos profissionais e escores do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), Distrito Federal, Brasil

Variável	
Idade, anos, média (DP)	40,0 (10,1)
Sexo, n (%)	
Feminino	609 (67,0)
Masculino	260 (28,6)
Não respondeu	40 (4,4)
Grupo profissional, n (%)	
Médicos	209 (23,0)
Técnicos de enfermagem	189 (20,8)
Enfermeiros	156 (17,2)
Profissionais não assistenciais da equipe de apoio	146 (16,1)
Outros profissionais assistenciais de nível superior	119 (13,1)
Outros profissionais assistenciais de nível técnico	45 (5,0)
Gestor	39 (4,3)
Não respondeu	6 (0,7)
Carga horária, mediana (IQ25-75%)	40 (40-40)

Continua

Variável	
Tempo de atuação no Hospital, n (%)	
Menos de 1 ano	74 (8,1)
1 a 2 anos	78 (8,6)
3 a 4 anos	165 (18,2)
5 a 10 anos	203 (22,3)
11 a 20 anos	142 (15,6)
21 anos ou mais	124 (13,6)
Não respondeu	123 (13,5)
Hospital, n (%)	
H1	77 (8,5)
H2	97 (10,7)
H3	115 (12,7)
H4	119 (13,1)
H5	111 (12,2)
H6	107 (11,1)
H7	91 (10,0)
H8	51 (5,6)
H9	63 (6,9)
H10	44 (4,8)
H11	34 (3,7)
SAQ, escore total por domínio, média (DP)	64,2 (13,1)
Clima de trabalho em equipe	75,0 (18,2)
Clima de segurança	64,4 (19,8)
Satisfação no trabalho	79,8 (19,5)
Percepção do estresse	75,6 (24,8)
Percepção da gerência	55,8 (22,8)
Condições de trabalho	50,2 (28,6)

DP: desvio padrão, IQ25-75%: Intervalo interquartil 25-75%, SAQ: Questionário de Atitudes de Segurança.

Entre os grupos profissionais, os gestores apresentaram maiores escores totais do SAQ ($69,5 \pm 14,5$), porém não houve diferença com significância estatística entre os grupos ($p=0,067$). Vale salientar que em todos os grupos a média do escore total do SAQ foi inferior a 75. Em relação aos domínios do SAQ, houve diferença significativa entre os grupos profissionais em todos eles. A satisfação no trabalho foi o único em que todos os grupos apresentaram média acima de 75. Os domínios com resultados mais desfavoráveis foram clima de segurança, percepção da gerência e condições de trabalho, os quais apresentaram média inferior a 75 em todos os grupos. No clima de trabalho em equipe, médicos, técnicos de enfermagem e outros profissionais assistenciais de nível técnico apresentaram média superior a 75. Na percepção do estresse, todos os grupos apresentaram média superior a 75, exceto técnicos de enfermagem e profissionais não assistenciais da equipe de apoio (Tabela 3).

No domínio clima de trabalho em equipe, a análise *post-hoc* mostrou que médicos apresentaram valores mais elevados quando comparados aos enfermeiros ($81,4 \pm 15,5$ vs $70,1 \pm 20,5$, $p < 0,001$), aos outros profissionais assistenciais de nível superior ($81,4 \pm 15,5$ vs $74,6 \pm 17,0$, $p < 0,001$), aos técnicos de enfermagem ($81,4 \pm 15,5$ vs $75,5 \pm 16,9$, $p < 0,001$) e aos profissionais não assistenciais da equipe de apoio ($81,4 \pm 15,5$ vs $70,4 \pm 19,5$, $p < 0,001$) (Tabela 3).

O clima de segurança apresentou diferença significativa apenas entre técnicos de enfermagem e enfermeiros ($67,1 \pm 18,0$ vs $61,3 \pm 19,6$, $p = 0,004$) (Tabela 3).

Na satisfação no trabalho, houve diferença significativa na comparação dos gestores com médicos ($88,1 \pm 13,6$ vs $78,4 \pm 19,3$, $p < 0,001$), com enfermeiros ($88,1 \pm 13,6$ vs $78,0 \pm 20,9$, $p < 0,001$), com outros profissionais assistenciais de nível superior ($88,1 \pm 13,6$ vs $77,5 \pm 21,6$, $p = 0,005$), e com outros profissionais assistenciais de nível técnico ($88,1 \pm 13,6$ vs $77,4 \pm 19,5$, $p = 0,005$) (Tabela 3).

A percepção do estresse apresentou diferença entre médicos e profissionais não assistenciais da equipe de apoio ($78,4 \pm 22,3$ vs $68 \pm 29,2$, $p < 0,001$), entre enfermeiros e profissionais não assistenciais da equipe de apoio ($77,8 \pm 23,7$ vs $68,0 \pm 29,2$ $p = 0,002$) e entre outros profissionais assistenciais de nível superior e profissionais não assistenciais da equipe de apoio ($76,8 \pm 23,8$ vs $68,0 \pm 29,2$ $p = 0,007$) (Tabela 3).

Na percepção da gerência, houve diferença na comparação dos gestores com médicos ($66,9 \pm 24,9$ vs $53,2 \pm 23,1$ $p = 0,001$), com enfermeiros ($66,9 \pm 24,9$ vs $55,2 \pm 20,1$ $p = 0,002$), com técnicos de enfermagem ($66,9 \pm 24,9$ vs $55,9 \pm 22,6$, $p = 0,007$), e com outros profissionais assistenciais de nível técnico ($66,9 \pm 24,9$ vs $48,1 \pm 24,8$, $p = 0,001$).

Finalmente, nas condições de trabalho, foi observada diferença entre gestores e médicos ($62,6 \pm 30,1$ vs $46,2 \pm 27,2$, $p = 0,001$), gestores e enfermeiros ($62,6 \pm 30,1$ vs $45,7 \pm 27,3$, $p = 0,001$), outros profissionais assistenciais de nível superior e médicos ($54,6 \pm 25,7$ vs $46,2 \pm 27,2$, $p = 0,007$), e outros profissionais assistenciais de nível superior e enfermeiros ($54,6 \pm 25,7$ vs $45,7 \pm 27,3$, $p = 0,006$) (Tabela 3).

No SAQ e em todos seus domínios, os escores apresentaram diferenças estatisticamente significativas ao comparar os hospitais participantes do estudo (Tabela 4). O escore total do SAQ variou de $61,5 \pm 12,9$ a $68,6 \pm 10,5$. Os domínios com resultados mais favoráveis foram satisfação no trabalho com média acima de 75 em todos os hospitais, clima de trabalho em equipe, que foi positivo em sete hospitais, e percepção do estresse, positivo em seis hospitais. Os domínios com resultados mais

desfavoráveis foram clima de segurança ($57,7 \pm 21,4$ a $68,8 \pm 19,1$, $p=0,001$), percepção da gerência ($50,5 \pm 24,4$ a $59,7 \pm 21,2$, $p=0,001$) e condições de trabalho ($40,9 \pm 27,8$ a $59,2 \pm 26,7$, $p<0,001$), nos quais nenhum hospital alcançou resultado superior a 75 (Tabela 4).

Tabela 3 - Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) e seus domínios por grupo profissional nos onze hospitais públicos, Distrito Federal, Brasil

	SAQ total, média (DP)	Clima de trabalho em equipe, média (DP)	Clima de segurança, média (DP)	Satisfação no trabalho, média (DP)	Percepção do estresse, média (DP)	Percepção da gerência, média (DP)	Condições de trabalho, média (DP)
Gestor	69,5 (14,5)	74,0 (20,8)	66,3 (21,6)	88,1 (13,6)	77,2 (26,3)	66,9 (24,9)	62,6 (30,1)
Medicina	64,9 (12,9)	81,4 (15,5)	64,7 (19,3)	78,4 (19,3)	78,4 (22,3)	53,2 (23,1)	46,2 (27,2)
Enfermagem	62,5 (13,1)	70,1 (20,5)	61,3 (19,6)	78,0 (20,9)	77,8 (23,7)	55,2 (20,1)	45,7 (27,3)
Outros profissionais assistenciais de nível superior	64,5 (12,9)	74,6 (17,0)	61,4 (20,7)	77,5 (21,6)	76,8 (23,8)	58,6 (21,6)	54,6 (25,7)
Técnicos de enfermagem	65,0 (12,5)	75,5 (16,9)	67,1 (18,0)	81,6 (15,2)	74,6 (25,1)	55,9 (22,6)	50,5 (28,5)
Outros profissionais assistenciais de nível técnico	63,1 (12,1)	77,0 (14,7)	70,0 (19,0)	77,4 (19,5)	76,5 (20,4)	48,1 (24,8)	53,0 (28,8)
Profissionais não assistenciais da equipe de apoio	63,0 (13,9)	70,4 (19,5)	63,3 (21,3)	80,9 (22,1)	68,0 (29,2)	57,5 (24,0)	52,5 (32,5)
valor de p	0,067	<0,001	0,023	0,032	0,005	0,003	0,004

DP - Desvio padrão, SAQ: Questionário de Atitudes de Segurança

Tabela 4 - Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) e seus domínios por hospital nos onze hospitais públicos, Distrito Federal, Brasil

	SAQ total, média (DP)	Clima de trabalho em equipe, média (DP)	Clima de segurança, média (DP)	Satisfação no trabalho, média (DP)	Percepção do estresse, média (DP)	Percepção da gerência, média (DP)	Condições de trabalho, média (DP)
H1	63,5 (16,4)	75,6 (20,8)	65,6 (21,8)	76,8 (24,3)	70,5 (28,4)	57,9 (28,4)	45,3 (31,5)
H2	66,6 (16,5)	80,3 (16,5)	65,1 (19,4)	84,3 (18,1)	79,6 (24,1)	56,8 (21,5)	54,3 (31,4)
H3	61,9 (12,4)	70,6 (19,3)	58,5 (18,5)	75,8 (17,8)	75,3 (20,7)	51,8 (19,8)	45,4 (25,1)
H4	65,9 (11,7)	76,5 (17,8)	66,3 (18,2)	82,9 (17,9)	76,8 (26,3)	55,9 (21,7)	59,2 (26,7)
H5	64,2 (13,9)	76,1 (18,7)	67,5 (22,2)	79,7 (18,9)	74,0 (27,0)	53,4 (27,0)	52,6 (29,6)
H6	65,9 (13,4)	75,4 (18,5)	68,8 (19,1)	79,7 (19,9)	73,8 (24,9)	59,1 (21,6)	54,8 (28,8)
H7	61,8 (13,2)	73,8 (16,8)	64,2 (18,5)	78,0 (19,5)	77,5 (24,6)	50,5 (24,4)	46,4 (26,6)
H8	61,5 (12,9)	65,5 (18,2)	57,7 (21,4)	76,1 (23,0)	78,7 (18,7)	59,5 (21,2)	45,1 (25,0)
H9	63,2 (11,0)	75,5 (16,6)	60,1 (19,8)	80,5 (17,7)	81,3 (20,9)	58,2 (20,5)	40,9 (27,8)
H10	65,5 (13,1)	76,5 (14,4)	65,4 (19,3)	83,2 (19,3)	65,6 (30,8)	59,7 (21,2)	51,6 (31,6)
H11	68,6 (10,5)	78,2 (16,0)	66,2 (15,3)	82,1 (18,0)	75,1 (21,4)	59,2 (20,9)	45,6 (23,1)
valor de p	0,025	<0,001	0,001	0,036	0,041	0,073	<0,001

DP - Desvio padrão, SAQ: Questionário Atitudes de Segurança

5. DISCUSSÃO

A percepção da cultura de segurança entre os profissionais foi negativa, com escore médio total do SAQ abaixo de 75. Entre os domínios, a satisfação no trabalho foi o único avaliado de forma positiva por todos os grupos profissionais. Esse resultado foi semelhante a outros estudos realizados no Brasil (25 – 28). Os domínios avaliados de forma negativa por todos os grupos profissionais foram condições de trabalho, percepção da gerência e clima de segurança, tendo o primeiro apresentado o pior desempenho. Em estudo realizado em três hospitais públicos brasileiros, a percepção da cultura de segurança entre os profissionais foi negativa com escores médios variando entre 65 e 69, sendo também a satisfação no trabalho o domínio que obteve a melhor avaliação (25).

As avaliações negativas da cultura de segurança pelos profissionais também são observadas em outros países (29, 30). Na Suécia, estudo realizado com equipes cirúrgicas mostrou que a percepção em relação às atitudes de segurança era negativa, exceto na satisfação no trabalho, que apresentou escore médio acima de 75 em todos os grupos profissionais, resultados novamente semelhantes ao atual estudo (29). Em unidades de terapia intensiva de dez hospitais australianos, a percepção da cultura de segurança foi negativa na maioria dos serviços, sendo que menos da metade dos profissionais a identificaram como positiva (30). Esses achados sugerem a necessidade da implementação de iniciativas que objetivem melhorar a cultura de segurança dos profissionais nas instituições de saúde. Como exemplo, um estudo realizado nos Estados Unidos observou aumentos significativos no seguimento semestral do SAQ após a implementação de programas voltados para melhoria da qualidade e segurança, associados à redução significativa de danos evitáveis, de eventos adversos graves e da mortalidade hospitalar ajustada (31).

Na avaliação por hospitais, a satisfação no trabalho também teve os maiores escores, fato observado em outros estudos brasileiros (25 - 28). Em estudos realizados em outros países, observa-se que a satisfação no trabalho também é bem avaliada, sendo sempre um dos domínios com melhor avaliação (29, 32 - 35). Mesmo que tenha ocorrido avaliação positiva em todos os grupos profissionais, os gestores apresentaram escores significativamente maiores que os outros grupos. Esse aspecto

pode ser explicado porque, de um modo geral, os gestores tendem a apresentar uma percepção mais positiva em relação à cultura de segurança em suas instituições quando comparados a outros profissionais (36).

O desempenho crítico das condições de trabalho é semelhante ao encontrado em outros estudos realizados no Brasil e outros países, sendo sempre um dos domínios com pior avaliação (25 - 28, 32 - 35). Os estudos realizados em hospitais da Suécia (29, 37) e Austrália (38) também mostraram percepção negativa das condições de trabalho, embora com escores melhores que os observados aqui apresentados. Todavia, nesses países os médicos apresentaram percepção mais positiva que os demais profissionais, contrariando os resultados aqui encontrados.

O sistema de saúde é constituído por serviços de alto risco e ainda considerados de baixa confiabilidade, devido aos inúmeros eventos adversos que permanecem acontecendo diariamente em todo o mundo (1, 6). Neste sentido, torná-lo mais seguro requer recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança. A percepção dos participantes sobre as precárias condições de trabalho reflete a necessidade de melhorias nos hospitais avaliados (39). Ademais, o resultado do domínio condições de trabalho, quando confrontado com a boa avaliação da satisfação no trabalho, pode sinalizar a preservação da dimensão altruísta do profissional de saúde, que se traduz pelo sentimento da utilidade social do que se produz. As relações interpessoais, os vínculos de camaradagem, os modos de coordenação e cooperação, as regras tácitas de ajuda mútua e de convivência entre os trabalhadores podem aumentar a satisfação com o trabalho mesmo em situações de más condições para seu desempenho (40).

A percepção da gerência foi a segunda menor média entre os grupos de profissionais e na maioria dos hospitais. Resultados similares têm sido reportados por outros estudos (41, 42). No estudo que avaliou a percepção dos enfermeiros que trabalham com cuidados agudos em seis hospitais australianos, esse domínio teve a pior avaliação (41). Situação semelhante foi encontrada em pesquisa realizada em Taiwan (42). Vale salientar que a percepção da gerência foi negativa por todos os grupos profissionais, sendo que, novamente, o grupo gestor apresentou o melhor escore. Os escores baixos nesse domínio sugerem a necessidade do aperfeiçoamento dos processos gerenciais. É fundamental aproximar os profissionais da linha de frente àqueles tomadores de decisão, a fim de minimizar a possibilidade de gerar um cenário em que a gestão não é vista como uma fortaleza e, sim, como

uma fraqueza para a cultura de segurança, conforme relatado no estudo realizado em Taiwan (42). Outro estudo, também realizado em Taiwan, referiu a percepção da gerência como um domínio causal, assim como o clima de trabalho em equipe e a percepção do estresse, sendo que as melhorias direcionadas aos domínios causais não apenas melhoram diretamente o próprio domínio, mas também o desempenho de outros domínios. Na percepção da gerência, outros domínios afetados foram clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho e condições de trabalho, o que reforça a importância das ações direcionadas à melhoria da capacidade gerencial dos serviços de saúde (43).

O clima de segurança situa o momento no qual os serviços de saúde se encontram no que diz respeito à segurança do paciente de modo a nortear ações, promover avaliação comparativa entre os serviços e monitorar os resultados após a implementação de políticas ao longo do tempo (25, 26, 39). Embora esse domínio tenha apresentado resultados negativos em todos os grupos, foi percebido de forma mais positiva pelos profissionais de nível técnico, especialmente quando comparados técnicos de enfermagem e enfermeiros. Nesse aspecto, médicos têm respondido de forma menos positiva que enfermeiros e outros profissionais da assistência em outros estudos (39, 44), resultado que merece ser explorado em novos estudos.

O clima de trabalho em equipe teve desempenho positivo, sendo que os médicos tiveram uma percepção significativamente maior em comparação aos demais grupos profissionais, o que também foi observado em estudo realizado em dois hospitais na Austrália (38). De fato, esse domínio tem sido considerado um ponto forte pelos profissionais envolvidos no atendimento direto ao paciente (36). Em estudo realizado na Eslovênia, o clima de trabalho em equipe apresentou os escores mais elevados entre os domínios do SAQ (44), assim como foi observado em outra pesquisa realizada com enfermeiros em hospitais universitários da Suécia (37).

Apesar de todos os domínios serem igualmente importantes para a cultura de segurança, os estudos têm mostrado que resultados favoráveis no clima de trabalho em equipe e no clima de segurança estão associados a menores taxas de infecções relacionadas à assistência à saúde (45). Também foi encontrada associação com redução das taxas de notificação de eventos adversos com clima de trabalho em equipe, clima de segurança, condições de trabalho e percepção da gerência. Isso sugere que esforços voltados para melhorar a percepção desses domínios podem melhorar a qualidade do cuidado (45).

A percepção do estresse sinaliza a capacidade do profissional reconhecer que seu desempenho pode ser influenciado por fatores estressores (43). Embora esse domínio tenha apresentado avaliação positiva, ele ainda foi negativo em quatro hospitais e foi mais mal avaliado pelos profissionais não assistenciais da equipe de apoio quando comparados aos profissionais da linha de frente. Estudo anterior mostrou que enfermeiras práticas licenciadas (profissionais com formação acadêmica de nível médio, que circulam a sala de operação) tiveram pontuações médias mais baixas, que médicos e enfermeiros perioperatórios. Ou seja, elas foram menos capazes de reconhecer que seu desempenho pode ser influenciado por estressores em comparação aos outros profissionais (29). Um estudo australiano também mostrou que outros profissionais de saúde apresentaram pontuações inferiores aos médicos e enfermeiros (38). Nesses estudos que comparam diversos grupos profissionais, notou-se que aqueles com menor grau de formação ou não envolvidos diretamente no cuidado tiveram percepção mais negativa, fato que pode ser explorado em estudos futuros. Compreender as diferenças entre os grupos de profissionais é fundamental para direcionar melhorias assertivas, visto que esse domínio fornece uma visão do próprio entendimento dos profissionais sobre suas limitações sob estresse físico, psicológico e emocional (9).

Uma das limitações do estudo foi a impossibilidade de randomizar os participantes pela fragilidade nos sistemas de informações sobre os profissionais em cada hospital. Outra limitação foi não ter comparado os domínios entre as unidades do hospital, visto que a literatura aponta a existência de subculturas dentro de uma mesma organização (31). Também não foi realizada a comparação entre grupos de profissionais em cada hospital, que extrapolam os objetivos deste artigo. Ademais, vale salientar que, embora a maioria dos estudos que avaliaram a cultura de segurança tenha focado na avaliação dos profissionais de saúde diretamente envolvidos na assistência (29, 37, 39, 44), a inclusão do grupo gestores é importante por eles desempenharem um papel fundamental na promoção da segurança do paciente (46), o que permite ainda aferir a dissociação entre a autoavaliação dos gestores e a percepção dos profissionais sobre a gerência.

6. CONCLUSÃO

As avaliações da cultura de segurança têm acontecido com maior frequência nos últimos anos, suas aplicações são diversas como avaliação do clima de segurança genuinamente (25, 39), avaliação antes e após intervenções (37) e aferições combinadas que buscam associar resultados (43, 45). Após três anos de implantação no PNSP, a cultura de segurança nos onze hospitais avaliados no Distrito Federal se mostrou fragilizada, embora os domínios satisfação no trabalho, percepção do estresse e clima de trabalho em equipe tiveram resultados positivos.

Sugere-se que os gestores invistam em melhorias para promoção e sustentação da cultura de segurança nos hospitais avaliados, sobretudo nos domínios condições de trabalho e percepção da gerência, que apresentaram maiores fragilidades, pois são elementos importantes para segurança do paciente e qualidade do cuidado. Os resultados apontam questões fundamentais, contudo não esgotam a discussão sobre a temática, a qual requer estudos complementares que explorem as diferenças do clima de segurança entre as unidades que compõem cada hospital, bem como estudos qualitativos para aprofundar a compreensão dos achados deste estudo.

Dentre as ações concretas que os líderes podem executar para promover mudanças culturais que melhoram a segurança do paciente, a compreensão da cultura existente na organização é o primeiro passo, e este estudo entrega esta linha de base fundamental para o seguimento avaliativo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde. 2014 [citado 2019 out. 19]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
2. Bezerra ALQ, Silva AEBC, Branquinho NCSS, Paranaguá TTB. Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 out/dez; 17(4):467-72. [citado 2019 out. 19]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a02.pdf>
3. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Quality & Safety in Health Care*. 2006;15(2):109–115. [citado 2019 out. 19]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464831/pdf/109.pdf>
4. Nieva V, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality & Safety in Health Care*. 2003;12 Suppl 2:ii17–ii23. [citado 2019 out. 19]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765782/pdf/v012p0ii17.pdf>
5. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *Quality & Safety in Health Care*. 2011;20:338–343. [citado 2019 out. 19]. Disponível em:
<http://qualitysafety.bmj.com/content/20/4/338>
6. World Health Organization (WHO). Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1: Final Technical Report January 2009. [citado 2019 out. 19]. Disponível em:
https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

7. Contandriopoulos AP, Rey L, Brousselle A, Champagne F. Évaluer une intervention complexe: enjeux conceptuels, méthodologiques, et opérationnels. *Can J Program Eval*. 2011 Jan;26(3):1-16. [Article in French]. [citado 2019 dez. 10]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4900871/pdf/nihms2584.pdf>
8. Governo do Distrito Federal (GDF). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. 2018. [citado 2019 dez. 10]. Disponível em: <http://saude.df.gov.br/estruturas/>
9. Carvalho REFL de, Cassiani SH de B. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 May/June; 20(3): 575-582. [citado 2019 dez. 10]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>
10. 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; 44(6):1-10. [citado 2019 dez. 10]. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-44>
11. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care*, 2005;14:364–366. [citado 2019 dez. 10]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744072/pdf/v014p00364.pdf>
12. Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *BMJ Quality & Safety* 2005;14:231-233. [citado 2019 dez. 10]. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/14/4/231.full.pdf>

13. Gershon R, Stone P, Bakken S, Larson E. Measurement of organizational culture and climate in healthcare. *J Nurs Adm.* 2004 Jan;34(1):33-40. [citado 2019 dez. 10]. Disponível em:
https://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/2004/01000/Measurement_of_Organizational_Culture_and_Climate.8.aspx
14. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine. *BMJ.* 1998 Apr 11; 316(7138): 1154–1157. [citado 2019 dez. 10]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1112945/pdf/1154.pdf>
15. Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of healthcare. *The Lancet*, n. 353, p. 1178–1181,1999. [citado 2019 dez. 10]. Disponível em:
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(99\)01075-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(99)01075-2/fulltext)
16. 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.* 2018 Jul 1;30(6):480-485. [citado 2019 dez. 10]. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/30/6/480/4958028>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Portal da Saúde. [citado 2019 dez. 10]. Disponível em:
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>
18. James JT. A New, Evidence-Based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care. *J Patient Saf.* 2013 Sep;9(3):122-8. [citado 2019 dez. 10]. Disponível em:
https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Fulltext/2013/09000/A_New,_Evidence_based_Estimate_of_Patient_Harms.2.aspx
19. Institute of Medicine. *To err is human: building a safer health system.* 1999. [citado 2019 dez. 10]. Disponível em:
<http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>.

20. ICAO Safety Report 2018 Edition. International Civil Aviation Organization. [citado 2019 dez. 10]. Disponível em: <https://cdn.aviation-safety.net/airlinesafety/industry/reports/ICAO-Safety-Report-2018.pdf>
21. James JT. Segurança do paciente X segurança na aviação. Patient Safety America. 2013. [citado 2019 dez. 10]. Disponível em: <https://www.patientsafetyamerica.com/>
22. Kerber CW. Changing our culture: adopting the military aviation safety system. J Neurointerv Surg. 2014;6:332-341. [citado 2019 dez. 10]. Disponível em: <https://jn.is.bmj.com/content/6/5/332>
23. Singer SJ. What We've Learned About Leveraging Leadership and Culture to Affect Change and Improve Patient Safety. Perspectives on Safety. Agency for Healthcare Research and Quality, September 2013. [citado 2019 dez. 10]. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/perspective/what-weve-learned-about-leveraging-leadership-and-culture-affect-change-and-improve>
24. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Departamento de Informática do SUS. [citado 2019 dez. 10]. Disponível em: cnes.datasus.gov.br
25. Carvalho REFL de, Arruda LP, Nascimento NKP do, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017; 25:e2849. [citado 2020 mar. 12]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1600.2849>
26. Oliveira ICL de, Cavalcante MLSN, Aires SF, Freitas RJM de, Silva BV da, Marinho DMF et al. Safety culture: perception of health professionals in a mental hospital. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71 (Suppl 5):2316-22. [citado 2020 mar. 12]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0125>

27. Luiz RB, Simões AL de A, Barichello E, Barbosa MH. Factors associated with the patient safety climate at a teaching hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015 Sep-Oct;23(5):880-7. [citado 2020 mar. 12]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0059.2627>
28. Rigobello MCG, Carvalho REFL de, Guerreiro JM, Motta APG, Atila E, Gimenes FRE. The perception of the patient safety climate by professionals of the emergency department. *Int. Emerg. Nurs*. 2017 Jul; 33:1-6. [citado 2019 dez. 10]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.03.003>
29. Göras C, Unbeck M, Nilsson U, Ehrenberg A. Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2017;7:e015607. [citado 2020 mar. 12]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015607>
30. Chaboyer W, Chamberlain D, Hewson-Conroy K, Grealy B, Elderkin T, Brittin M et al. CNE article: safety culture in Australian intensive care units: establishing a baseline for quality improvement. *Am J Crit Care*. 2013;22(2):93-102. [citado 2020 mar. 12]. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ajcc2013722>
31. Berry JC, Davis JT, Bartman T, Hafer CC, Lieb LM, Khan N, Brill J. Improved safety culture and teamwork climate are associated with decreases in patient harm and hospital mortality across a hospital system. *J Patient Saf*. 2020 Jun;16(2):130-136. [citado 2020 mar. 12]. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000251>
32. Huang CH, Wu HH, Lee YC. The perceptions of patient safety culture: A difference between physicians and nurses in Taiwan. *Appl Nurs Res*. 2018 Apr; 40:39-44. [citado 2020 mar. 12]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.12.010>

33. Smiley K, Ofori L, Spangler C, Acquaaah-Arhin R, Deh D, Enos J et al. Safety culture and perioperative quality at the Volta River Authority Hospital in Akosombo, Ghana. *World J Surg.* 2019 Jan; 43(1):16-23. [citado 2020 mar. 12]. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4763-y>
34. Abu-El-Noor NI, Hamdan MA, Abu-El-Noor MK, Radwan A-KS, Alshaer AA. Safety culture in neonatal intensive care units in the Gaza Strip, Palestine: A Need for Policy Change. *J Pediatr Nurs.* 2017 Mar/Apr; 33:76-82. [citado 2020 mar. 12]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.12.016>
35. Buljac-Samardzic M, van Wijngaarden JD, Dekker-van Doorn CM. Safety culture in long-term care: a cross-sectional analysis of the Safety Attitudes Questionnaire in nursing and residential homes in the Netherlands. *BMJ Qual Saf.* 2016 Jun; 25(6):424-31. [citado 2020 mar. 12]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003397>
36. Odell DD, Quinn CM, Matulewicz RS, Johnson J, Engelhardt KE, Stulberg JJ et al. Association between hospital safety culture and surgical outcomes in a Statewide Surgical Quality Improvement Collaborative. *J Am Coll Surg.* 2019 Aug; 229(2):175-183. [citado 2020 mar. 12]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2019.02.046>
37. 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 Nurs.* 2016; 54(15). [citado 2020 mar. 12]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0174-2>
38. Dunstan E, Coyer F. Safety culture in two metropolitan Australian tertiary hospital intensive care units: A cross-sectional survey. *Australian Critical Care,* 2020 Jan; 33(1): 4-11. [citado 2020 mar. 12]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.11.069>

39. Yu B, Wen CF, Lo HL, Liao HH, Wang PC. Improvements in patient safety culture: a national Taiwanese survey, 2009-16. *Int J Qual Health Care*. 2020 Feb;32(1):A9-A17. [citado 2020 mar. 12]. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz099>
40. Daedot P, Laval C. *Cómun*. Barcelona – ES: Gedisa, 2015. 669 p (página 549).
41. Soh SE, Morello R, Rifat S, Brand C, Barker A. Nurse perceptions of safety climate in Australian acute hospitals: a cross-sectional survey. *Aust Health Rev*. 2018 Apr; 42(2):203-209. [citado 2020 mar. 12]. Disponível em: <https://doi.org/10.1071/AH16172>
42. Lee YC, Wu HH, Hsieh WL, Weng SJ, Hsieh LP, Huang CH. Applying importance-performance analysis to patient safety culture. *Int J Health Care Qual Assur*. 2015; 28(8):826-40. [citado 2020 mar. 12]. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-03-2015-0039>
43. Lee YC, Zeng PS, Huang CH, Wu HH. Causal relationship analysis of the patient safety culture based on safety attitudes questionnaire in Taiwan. *J Healthc Eng*. 2018 Mar 1;2018:4268781. [citado 2020 mar. 12]. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2018/4268781>
44. Klemenc-Ketis Z, Deilkås ET, Hofoss D, Bondevik GT. Variations in patient safety climate and perceived quality of collaboration between professions in out-of-hours care. *J Multidiscip Healthc*. 2017; 10:417-423. [citado 2020 mar. 12]. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S149011>
45. Profit J, Sharek PJ, Cui X, Nisbet CC, Thomas EJ, Tawfik DS et al. The Correlation Between Neonatal Intensive Care Unit Safety Culture and Quality of Care. *J Patient Saf*. 2018 Nov. [citado 2020 mar. 12]. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000546>
46. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh*. 2010 Jun;42(2):156-65. [citado 2020 mar. 12]. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>

ANEXO 1

Questionário de Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado

Área clínica ou área de assistência ao paciente onde você passa maior parte de seu tempo:
 Departamento: _____ Por favor, preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências nesta área

• Use somente lápis número 2 Preenchimento correto Preenchimento incorreto Não se aplica

• Apague muito bem qualquer resposta que você desejar mudar

Por favor, responda os itens seguintes relativos à sua unidade ou área específica
 Selecione suas respostas usando a escala abaixo:

A	B	C	D	E	X
Discordo totalmente	Discordo em parte	Neutro	Concordo em parte	Concordo totalmente	Não se aplica

1. As sugestões do (s) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área

2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente

3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)

4. Eu tenho o apoio que necessito dos outros membros da equipe para cuidar dos pacientes

5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem

6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada

7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente

8. Erros são tratados de maneira apropriada nesta área

9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área

10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho

11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros

12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente

13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros

14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração

15. Eu gosto do meu trabalho

16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família

17. Este é um bom lugar para trabalhar

18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área

19. O moral nesta área é alto

20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado

21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)

22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis

23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorrespiratória, convulsões)

24. A administração apoia meus esforços diários: Adm unid Adm hosp

25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente: Adm unid Adm hosp

26. A administração está fazendo um bom trabalho: Adm unid Adm hosp

27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nós: Adm unid Adm hosp

28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): Adm unid Adm hosp

29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes

30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe

31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim

32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados

33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área

34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área

35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área

36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns

INFORMAÇÕES

Você já havia preenchido este instrumento anteriormente? Sim Não Não sabe Data (mês/ano): _____

Cargo: (marque somente um)

Médico da equipe responsável Psicólogo Técnico em nutrição/ radiologia/ laboratório

Médico residente Farmacêutico (a) Fonoaudiólogo

Chefe de enfermagem Fisioterapeuta Administrativo (auxiliar escrivão/ secretária/ recepcionista)

Enfermeiro (a) Assistente social Suporte ambiental (peças de limpeza)

Auxiliar de enfermagem/ Técnico de enfermagem Nutricionista Outro: _____

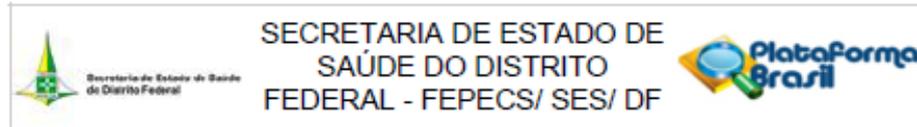
Gênero: homem mulher **Atuação principal:** adulto pediatria ambos

Tempo na especialidade: menos de 6 meses 6 a 11 meses 1 a 2 anos 3 a 4 anos 5 a 10 anos 11 a 20 anos 21 anos ou mais

Obrigado por responder este instrumento, seu tempo e sua participação são muito importantes.

POR FAVOR NÃO ESCREVA NESTA ÁREA

ANEXO 2



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DO DISTRITO FEDERAL

Pesquisador: Paloma Aparecida Carvalho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57391116.6.0000.5553

Instituição Proponente: DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

Patrocinador Principal: DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.656.350

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DO DISTRITO FEDERAL

Pesquisador Responsável: Paloma Aparecida Carvalho

Grandes Áreas do Conhecimento (CNPq)

Grande Área 4. Ciências da Saúde

Propósito Principal do Estudo (OMS)

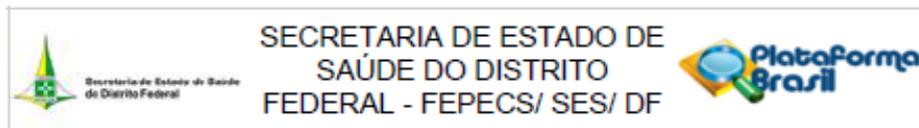
Saúde Coletiva / Saúde Pública

Projeto de pesquisa é proveniente do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde – Doutorado - da Universidade de Brasília e foi apresentado à Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal para análise e parecer.

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo survey, transversal, com abordagem quantitativa, para avaliar a cultura de segurança entre os profissionais que trabalham nos hospitais públicos da rede de saúde do Distrito Federal.

O trabalho aborda o conhecimento da cultura de segurança contribui de forma estratégica com a implantação dos processos de melhoria contínua na assistência à saúde, pois a análise crítica dos

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.656.350

resultados encontrados demonstra quais dimensões da cultura de segurança precisam ser trabalhadas para que a instituição promova a qualidade e a segurança no cuidar. Este estudo tem como objetivo avaliar a cultura de segurança na perspectiva dos profissionais dos hospitais da rede pública de saúde do Distrito Federal, e propor estratégias para melhoria da cultura de segurança nas instituições avaliadas.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

Avaliar a cultura de segurança na perspectiva dos profissionais dos hospitais da rede pública de saúde do Distrito Federal.

Específicos

- Elaborar uma revisão sistemática da literatura científica sobre a cultura de segurança do paciente e a utilização do Safety Attitudes Questionnaire;
- Avaliar as percepções da cultura de segurança do paciente entre os profissionais dos hospitais da rede pública de saúde do Distrito Federal.
- Propor estratégias para melhoria da cultura de segurança nas instituições avaliadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios da pesquisa foram adequadamente apresentados conforme Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

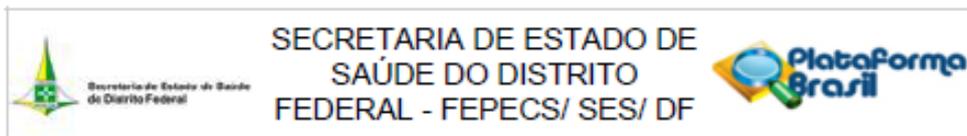
Riscos:

O estudo apresenta como riscos a possibilidade de constrangimento dos profissionais que serão entrevistados, uma vez que se trata de uma avaliação da cultura de segurança do paciente entre a equipe multiprofissional, contudo medidas para minimizar esse risco, tais como uma abordagem humanizada e ética por parte da pesquisadora, serão tomadas.

Benefícios:

Os benefícios que o estudo apresenta são, além do conhecimento da cultura de segurança do

Endereço:	SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS		
Bairro:	ASA NORTE	CEP:	70.710-904
UF:	DF	Município:	BRASILIA
Telefone:	(61)3325-4955	Fax:	(33)3325-4955
E-mail:	comitedeetica.secretaria@gmail.com		



Continuação do Parecer: 1.658.350

paciente entre a equipe multiprofissional, a possibilidade de conhecer o desempenho de suas dimensões e consequentemente direcionar as ações de promoção da cultura de segurança em cada instituição. Os resultados desta avaliação podem sugerir projetos de intervenções voltados a moldar um clima de segurança como um pré-requisito necessário para o estabelecimento de uma cultura de segurança.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A relevância desse estudo está na importância de sensibilizarmos os gestores envolvidos no gerenciamento da assistência para desenvolverem uma cultura de segurança em seus serviços, não apenas para cumprir uma meta da OMS, mas, sobretudo para conferir maior segurança ao usuário que será atendido, aos profissionais que prestam a assistência, e à instituição como um todo, visando à qualidade e a excelência no atendimento.

A pesquisa parte da hipótese de que a cultura de segurança nos hospitais da rede pública de saúde do Distrito Federal é negativa nas seis dimensões que compõem a métrica do clima de segurança: Clima de Segurança, Satisfação no Trabalho, Clima de Trabalho em Equipe, Reconhecimento de Estresse, Percepção da Gerência e Condições de Trabalho.

E aponta como benefício conhecer a cultura de segurança do paciente entre a equipe multiprofissional, a possibilidade de conhecer o desempenho de suas dimensões e consequentemente direcionar as ações de promoção da cultura de segurança em cada instituição. A partir dos resultados desta avaliação podem sugerir projetos de intervenções voltados a moldar um clima de segurança como um pré-requisito necessário para o estabelecimento de uma cultura de segurança.

Para tanto serão realizadas entrevistas com 4.000 profissionais que compõe equipes multiprofissionais dos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, o critério de inclusão estabelecido é a concordância do profissional em participar do estudo.

Todos os recursos necessários para o desenvolvimento desta pesquisa serão custeados pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde por meio do Termo de Outorga e Aceitação Apoio Financeiro nº 03/2014 – FEPECS.

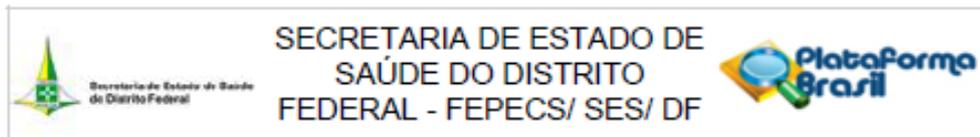
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: Apresentada. Documento assinado pelo pesquisador responsável e pelo Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Termo de Concordância: Apresentado. Documentos assinados por:

1. Superintendentes das Regiões de Saúde: Centro Norte, Norte, Centro Sul, Sul, Sudoeste e Oeste.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.656.350

2. Diretores dos Hospitais Regionais: Asa Norte, Sobradinho, Planaltina, Guará, Gama, Taguatinga, Samambaia, Ceilândia, Brazlândia e Hospital Materno Infantil.

3. Pesquisador Responsável pelo Protocolo de Pesquisa.

Curriculum Vitae do(s) pesquisador(es): Apresentados no formato Lattes e CEP/FEPECS.

Cronograma da Pesquisa: Apresentado.

Planilha de orçamento: Apresentada. (custeados pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde por meio do Termo de Outorga e Aceitação Apoio Financeiro nº 03/2014 – FEPECS)

TCLE: Apresentado.

Crerios de Inclusão e Exclusão: Definidos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_743333.pdf	28/06/2016 14:03:22		Aceito
Outros	CurricVitae2016Leila_gotttems.pdf	28/06/2016 14:02:44	Paloma Aparecida Carvalho	Aceito
Outros	CurricVitae2016.pdf	28/06/2016 14:00:35	Paloma Aparecida Carvalho	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	20/06/2016 09:53:55	Paloma Aparecida Carvalho	Aceito
Outros	Termos_Todos.pdf	20/06/2016 09:41:51	Paloma Aparecida Carvalho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Formato_eletronico.pdf	20/06/2016 09:41:09	Paloma Aparecida Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CULTURA_SEGURANCA_2016.pdf	20/06/2016 09:31:22	Paloma Aparecida Carvalho	Aceito

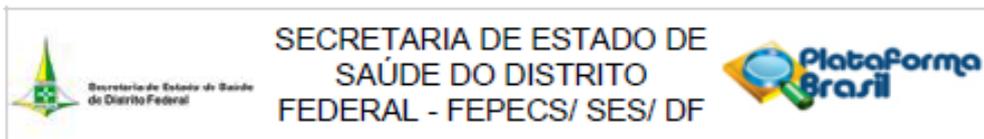
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.858.350

BRASILIA, 01 de Agosto de 2016

Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto: “*Cultura de segurança do paciente nos hospitais públicos do distrito federal*”. O nosso objetivo é avaliar a cultura de segurança na perspectiva dos profissionais que trabalham em hospitais da rede pública de saúde do Distrito Federal.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa, e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder em meio eletrônico. O tempo estimado de resposta é de 10 minutos. Informamos que a Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão disponibilizados para a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, podendo ser publicados posteriormente. Os dados coletados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Enf.ª Paloma Aparecida Carvalho, na Secretaria de Estado de Saúde no telefone (61) 3348 6686, no horário de sete às dezoito horas, ou no celular (61) 8205 7902; ou Enf.ª Leila Gottens, no celular (61) 9682 2417.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome e assinatura do participante:

Nome e assinatura do pesquisador responsável:

Brasília, ____ de _____ de _____

APÊNDICE 2

Artigo aceito para publicação na Revista de Saúde Pública da USP.

Revista de Saúde Pública

Decision Letter (RSP-2020-2838.R2)

From: mportela@ensp.fiocruz.br

To: paloma_carvalho@yahoo.com.br

CC:

Subject: Revista de Saúde Pública - Decision on Manuscript ID RSP-2020-2838.R2

Body: 23-Nov-2020

Dear Dr. Carvalho:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Cultura de segurança na percepção dos profissionais de saúde de hospitais públicos" in its current form for publication in the Revista de Saúde Pública.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Revista de Saúde Pública, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,
Dr. Margareth Portela
Associate Editor, Revista de Saúde Pública
mportela@ensp.fiocruz.br

Associate Editor: 1
Comments to the Author:
Os autores atenderam satisfatoriamente as solicitações feitas pelos revisores.

Entire Scoresheet:

Date Sent: 23-Nov-2020

 Close Window

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2021. All Rights Reserved.



Cultura de segurança na percepção dos profissionais de saúde de hospitais públicos

Journal:	<i>Revista de Saúde Pública</i>
Manuscript ID	RSP-2020-2838.R2
Manuscript Type:	Original Article
Keyword - Go to DeCS to find your keywords.:	Segurança do Paciente, Cultura Organizacional, Gestão da Segurança, Qualidade da Assistência à Saúde, Avaliação em Saúde

SCHOLARONE™
Manuscripts

Cultura de segurança na percepção dos profissionais de saúde de hospitais públicos

Avaliação da cultura de segurança hospitalar

Introdução

O cuidado inseguro e suas consequências com danos ao paciente têm sido reportadas desde a década de 1980. A Organização Mundial da Saúde (OMS) desencadeou várias iniciativas com foco na segurança do cuidado, com maior ênfase a partir de 2004, quando criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente¹. O Brasil, que faz parte da aliança, iniciou a construção de uma política de segurança do paciente em 2001, com a criação da Rede Sentinela, visando atuar como observatório do desempenho e segurança de produtos para a saúde².

Em 2013, o Brasil intensificou suas diretrizes para a segurança do paciente ao instituir o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de qualificar o cuidado em saúde. A cultura de segurança é um elemento transversal e perpassa os quatro eixos do programa: estímulo a uma prática assistencial segura, envolvimento do cidadão na sua segurança, inclusão do tema no ensino e incremento de pesquisa sobre o tema¹.

O termo “cultura de segurança” vem sendo utilizado por organizações consideradas de alto risco desde o acidente nuclear de Chernobyl³. Na saúde, a cultura de segurança é descrita como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupos que determinam o compromisso de uma organização de saúde com a gestão da

1
2
3 segurança do paciente. As organizações com cultura de segurança positiva são
4
5 caracterizadas por boa comunicação entre os profissionais, confiança mútua e
6
7 percepções comuns acerca da importância da segurança e efetividade de ações
8
9 preventivas⁴. O termo “clima de segurança” é definido como as características
10
11 superficiais e mensuráveis da cultura de segurança a partir das percepções e
12
13 atitudes dos indivíduos em um determinado ponto do tempo³⁻⁵.
14
15

16
17 O PNSP, em alinhamento com as políticas internacionais de segurança do
18
19 paciente, segue a definição de cultura de segurança da OMS, que se configura a
20
21 partir de cinco características: 1) todos os trabalhadores assumem
22
23 responsabilidade pela sua própria segurança, de seus colegas, pacientes e
24
25 familiares; 2) prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; 3)
26
27 encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas
28
29 relacionados à segurança; 4) promove o aprendizado organizacional a partir da
30
31 ocorrência de incidentes; e 5) proporciona recursos, estrutura e responsabilização
32
33 para a manutenção efetiva da segurança^{1,6}.
34
35
36

37
38 O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil disponibiliza serviços de
39
40 saúde à população por meio de diversos estabelecimentos, desde unidades
41
42 básicas até hospitais. Nesse sistema, busca-se promover a cultura de segurança
43
44 com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, envolvimento dos
45
46 profissionais e pacientes na prevenção de incidentes, foco em sistemas seguros,
47
48 evitando-se os processos de responsabilização individual⁶.
49
50

51
52 Conhecer a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança é
53
54 uma estratégia importante para os gestores dos serviços de saúde, pois contribui
55
56 para a melhoria da qualidade dos cuidados e para implementação do PNSP. No
57
58 entanto, sabe-se que o uso dos resultados das avaliações pelos tomadores de
59
60

1
2
3 decisão ainda permanece baixo⁷. Este estudo teve como objetivo avaliar a cultura
4 de segurança de acordo com a percepção dos profissionais que trabalham nos
5 hospitais públicos do SUS no Distrito Federal (DF), Brasil.
6
7
8
9

10 11 12 **Métodos**

13
14 Estudo transversal analítico realizado por meio da aplicação do *Safety*
15 *Attitudes Questionnaire* (SAQ), traduzido e adaptado culturalmente para o Brasil⁸,
16 que mensura o clima de segurança na percepção dos profissionais. Foi realizado
17 no período de setembro de 2016 a janeiro de 2017. A população do estudo foi
18 constituída por profissionais que atuam em onze hospitais públicos do DF:
19 Hospital Regional da Asa Norte, Hospital Materno Infantil de Brasília, Hospital
20 Regional do Guará, Hospital Regional de Sobradinho, Hospital Regional de
21 Planaltina, Hospital Regional de Brazlândia, Hospital Regional de Ceilândia,
22 Hospital Regional de Samambaia, Hospital Regional de Taguatinga, Hospital
23 Regional do Gama e Hospital Regional de Santa Maria. Este conjunto de hospitais
24 totaliza 3.295 leitos e 15.545 profissionais de saúde (Tabela 1). Para mapeamento
25 da capacidade instalada dos hospitais e número de profissionais, foi utilizado o
26 Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme dados de
27 maio de 2016. Cada hospital foi codificado de H1 a H11, em ordem decrescente
28 do número de leitos, para preservar a identificação.
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48

49 A amostragem estratificada foi calculada obedecendo à proporção do total
50 de profissionais em cada hospital, assim como a representatividade de cada grupo
51 profissional, sendo previstos 869 profissionais para responderem o questionário
52 (Tabela 1). O critério de inclusão foi ser profissional com vínculo ativo com os
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 **hospitais participantes do estudo.** Foram excluídos os profissionais que se
4
5 **encontravam afastados do trabalho no período da coleta de dados.**
6
7

8 O SAQ é um instrumento autoaplicado dividido em duas partes. A primeira
9
10 parte é composta por 41 itens que compõem seis domínios: clima de trabalho em
11
12 equipe (1 a 6), clima de segurança (7 a 13), satisfação no trabalho (15 a 19),
13
14 percepção do estresse (20 a 23), percepção da gerência (24 a 29) e condições de
15
16 trabalho (30 a 32). Os itens 14, 33 a 36 não pertencem a nenhum domínio, porém
17
18 compõem o escore total, que é calculado com todas as afirmativas. A segunda parte
19
20 coleta dados que caracterizam os profissionais quanto ao sexo, profissão e anos
21
22 de atuação na área⁸. As respostas aos itens seguem escala de *Likert* de cinco
23
24 pontos, sendo que o resultado do instrumento varia de 0 a 100 **para o escore total**
25
26 **e para domínios**, onde zero representa a pior e 100 a melhor percepção do clima
27
28 de segurança. **O clima de segurança é considerado positivo quando a pontuação é**
29
30 **igual ou superior a 75 pontos**⁸. Para esta pesquisa, optou-se por transcrever o
31
32 SAQ para o formato eletrônico e disponibilizá-lo em aparelhos mobile.
33
34
35
36

37 **Foram realizados treinamentos com a equipe de pesquisadores que**
38
39 **realizaram a coleta, e reuniões de sensibilização com gestores dos hospitais**
40
41 **(diretores, gerentes e profissionais do Núcleo de Segurança do Paciente), com**
42
43 **apresentação do projeto de pesquisa e da equipe de pesquisadores.**
44
45 **Posteriormente, os pesquisadores visitaram os hospitais e convidaram os**
46
47 **profissionais a participar. Na ocasião, disponibilizaram aparelhos mobile para**
48
49 **acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o SAQ.**
50
51
52
53

54 Para análise, os profissionais foram divididos nos seguintes grupos
55
56 profissionais: 1 - gestor, 2 - médicos, 3 - enfermeiros, 4 - outros profissionais
57
58 assistenciais de nível superior, 5 - técnicos de enfermagem, 6 - outros
59
60

1
2
3 profissionais assistenciais de nível técnico, 7 - profissionais não assistenciais da
4
5 equipe de apoio.
6

7
8 O Teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para avaliar a normalidade
9
10 dos dados. De acordo com sua distribuição, dados quantitativos foram expressos
11
12 como média \pm desvio padrão (DP) ou como mediana e intervalo interquartil 25-
13
14 75% (IQ25-75%). As variáveis categóricas foram expressas em número e
15
16 porcentagem (%). Para variáveis quantitativas, Teste t de Student ou Mann-
17
18 Whitney foi usado quando tínhamos dois grupos e o Teste de ANOVA ou teste de
19
20 Kruskal-Wallis para comparações acima de dois grupos. Para variáveis
21
22 categóricas, foram usadas tabelas de contingência e teste qui-quadrado de
23
24 Pearson (χ^2) ou o teste exato de Fisher. Se o teste de ANOVA ou Kruskal-Wallis
25
26 fosse significativo estatisticamente, a análise post hoc foi realizada com o teste de
27
28 t de Student ou Mann-Whitney, com correção de Bonferroni. A análise estatística
29
30 foi realizada usando-se *Statistical Package for Social Sciences 20.0 Mac* (SPSS
31
32 20.0 Mac, SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA). Para os resultados dos testes
33
34 estatísticos foi considerado um nível de 95% de confiança.
35
36
37
38

39
40 O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de
41
42 Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do
43
44 Distrito Federal sob parecer número 1.656.350.
45
46
47
48

49 **Resultados**

50
51 Participaram 909 profissionais caracterizados pela média de idade de
52
53 $40 \pm 10,1$ anos, predominantemente do sexo feminino (67,0%). Em relação aos
54
55 grupos profissionais: 209 médicos (23,0%), 189 técnicos de enfermagem (20,8%),
56
57 156 enfermeiros (17,2%), 146 profissionais não assistenciais da equipe de apoio
58
59
60

1
2
3 (16,1%) e 203 outras ocupações (22,3%). A carga horária semanal média foi de 40
4
5 (IQ25-75%: 40-40) horas e 65,1% trabalhavam há cinco ou mais anos nos
6
7 hospitais onde foram entrevistados (Tabela 2). **Nove profissionais não**
8
9 **concordaram em participar.**

10
11
12 **A média do escore total do SAQ foi 64,2±13,1 (Tabela 2).** Em relação aos
13
14 domínios do SAQ, satisfação no trabalho (79,8±19,5), percepção do estresse
15
16 (75,6±24,8) e clima de trabalho em equipe (75,0±18,2) apresentaram escores
17
18 positivos. Os demais domínios foram negativos: clima de segurança (64,4±19,8),
19
20 percepção da gerência (55,8±22,8) e condições de trabalho (50,2±28,6) (Tabela
21
22
23
24
25 3).

26
27 Entre os grupos profissionais, os gestores apresentaram maiores escores
28
29 totais do SAQ (69,5±14,5), porém não houve diferença com significância
30
31 estatística entre os grupos ($p=0,067$). Vale salientar que em todos os grupos a
32
33 média do escore total do SAQ foi inferior a 75. Em relação aos domínios do SAQ,
34
35 houve diferença significativa entre os grupos profissionais em todos eles. A
36
37 satisfação no trabalho foi o único em que todos os grupos apresentaram média
38
39 acima de 75. Os domínios com resultados mais desfavoráveis foram clima de
40
41 segurança, percepção da gerência e condições de trabalho, os quais
42
43 apresentaram média inferior a 75 em todos os grupos. No clima de trabalho em
44
45 equipe, médicos, técnicos de enfermagem e outros profissionais assistenciais de
46
47 nível técnico apresentaram média superior a 75. Na percepção do estresse, todos
48
49 os grupos apresentaram média superior a 75, exceto técnicos de enfermagem e
50
51 profissionais não assistenciais da equipe de apoio (Tabela 3).
52
53
54

55
56 No domínio clima de trabalho em equipe, a análise *post-hoc* mostrou que
57
58 médicos apresentaram valores mais elevados quando comparados aos
59
60

1
2
3 enfermeiros ($81,4 \pm 15,5$ vs $70,1 \pm 20,5$, $p < 0,001$), aos outros profissionais
4 assistenciais de nível superior ($81,4 \pm 15,5$ vs $74,6 \pm 17,0$, $p < 0,001$), aos técnicos de
5 enfermagem ($81,4 \pm 15,5$ vs $75,5 \pm 16,9$, $p < 0,001$) e aos profissionais não
6 assistenciais da equipe de apoio ($81,4 \pm 15,5$ vs $70,4 \pm 19,5$, $p < 0,001$) (Tabela 3).
7
8
9

10
11
12 O clima de segurança apresentou diferença significativa apenas entre
13 técnicos de enfermagem e enfermeiros ($67,1 \pm 18,0$ vs $61,3 \pm 19,6$, $p = 0,004$) (Tabela
14 3).
15
16
17
18

19 Na satisfação no trabalho, houve diferença significativa na comparação
20 dos gestores com médicos ($88,1 \pm 13,6$ vs $78,4 \pm 19,3$, $p < 0,001$), com enfermeiros
21 ($88,1 \pm 13,6$ vs $78,0 \pm 20,9$, $p < 0,001$), com outros profissionais assistenciais de nível
22 superior ($88,1 \pm 13,6$ vs $77,5 \pm 21,6$, $p = 0,005$), e com outros profissionais
23 assistenciais de nível técnico ($88,1 \pm 13,6$ vs $77,4 \pm 19,5$, $p = 0,005$) (Tabela 3).
24
25
26
27
28
29

30 A percepção do estresse apresentou diferença entre médicos e
31 profissionais não assistenciais da equipe de apoio ($78,4 \pm 22,3$ vs $68 \pm 29,2$,
32 $p < 0,001$), entre enfermeiros e profissionais não assistenciais da equipe de apoio
33 ($77,8 \pm 23,7$ vs $68,0 \pm 29,2$ $p = 0,002$) e entre outros profissionais assistenciais de
34 nível superior e profissionais não assistenciais da equipe de apoio ($76,8 \pm 23,8$ vs
35 $68,0 \pm 29,2$ $p = 0,007$) (Tabela 3).
36
37
38
39
40
41
42
43

44 Na percepção da gerência, houve diferença na comparação dos gestores
45 com médicos ($66,9 \pm 24,9$ vs $53,2 \pm 23,1$ $p = 0,001$), com enfermeiros ($66,9 \pm 24,9$ vs
46 $55,2 \pm 20,1$ $p = 0,002$), com técnicos de enfermagem ($66,9 \pm 24,9$ vs $55,9 \pm 22,6$,
47 $p = 0,007$), e com outros profissionais assistenciais de nível técnico ($66,9 \pm 24,9$ vs
48 $48,1 \pm 24,8$, $p = 0,001$).
49
50
51
52
53
54

55 Finalmente, nas condições de trabalho, foi observada diferença entre
56 gestores e médicos ($62,6 \pm 30,1$ vs $46,2 \pm 27,2$, $p = 0,001$), gestores e enfermeiros
57
58
59
60

(62,6±30,1 vs 45,7±27,3, p=0,001), outros profissionais assistenciais de nível superior e médicos (54,6±25,7 vs 46,2±27,2, p=0,007), e outros profissionais assistenciais de nível superior e enfermeiros (54,6±25,7 vs 45,7±27,3, p=0,006) (Tabela 3).

No SAQ e em todos seus domínios, os escores apresentaram diferenças estatisticamente significativas ao comparar os hospitais participantes do estudo (Tabela 4). O escore total do SAQ variou de 61,5±12,9 a 68,6±10,5. Os domínios com resultados mais favoráveis foram satisfação no trabalho com média acima de 75 em todos os hospitais, clima de trabalho em equipe, que foi positivo em 7 hospitais, e percepção do estresse, positivo em 6 hospitais. Os domínios com resultados mais desfavoráveis foram clima de segurança (57,7±21,4 a 68,8±19,1, p=0,001), percepção da gerência (50,5±24,4 a 59,7±21,2, p=0,001) e condições de trabalho (40,9± 27,8 a 59,2±26,7, p<0,001), nos quais nenhum hospital alcançou resultado superior a 75 (Tabela 4).

Discussão

A percepção da cultura de segurança entre os profissionais foi negativa, com escore médio total do SAQ abaixo de 75. Entre os domínios, a satisfação no trabalho foi o único avaliado de forma positiva por todos grupos profissionais. Esse resultado foi semelhante a outros estudos realizados no Brasil^{9,10,11,12}. Os domínios avaliados de forma negativa por todos grupos profissionais foram condições de trabalho, percepção da gerência e clima de segurança, tendo o primeiro apresentado o pior desempenho. Em estudo realizado em três hospitais públicos brasileiros, a percepção da cultura de segurança entre os profissionais foi

1
2
3 negativa com escores médios variando entre 65 e 69, sendo também a satisfação
4 no trabalho o domínio que obteve a melhor avaliação⁹.

5
6
7 **Avaliações negativas da cultura de segurança** pelos profissionais também
8 têm sido observadas em outros países^{13,14}. Na Suécia, estudo realizado com
9 equipes cirúrgicas mostrou que a percepção em relação às atitudes de segurança
10 era negativa, exceto na satisfação no trabalho, que apresentou escore médio
11 acima de 75 em todos os grupos profissionais, resultado novamente semelhante a
12 esse estudo¹³. Em unidades de terapia intensiva de dez hospitais australianos, a
13 percepção da cultura de segurança foi negativa na maioria dos serviços, sendo
14 que menos da metade dos profissionais a identificaram como positiva¹⁴. Esses
15 achados sugerem a necessidade da implementação de iniciativas que objetivem
16 melhorar a cultura de segurança dos profissionais nas instituições de saúde.
17 Como exemplo, um **estudo realizado nos Estados Unidos** observou aumentos
18 significativos no seguimento semestral do SAQ após a implementação de
19 programas voltados para melhoria da qualidade e segurança, associados à
20 redução significativa de danos evitáveis, de eventos adversos graves e da
21 mortalidade hospitalar ajustada¹⁵.

22
23
24 **Na avaliação por hospitais, a satisfação no trabalho também teve os**
25 **maiores escores, fato observado em outros estudos brasileiros⁹⁻¹²**. Em estudos
26 realizados em outros países, observa-se que a satisfação no trabalho também é
27 bem avaliada, sendo sempre um dos domínios com melhor avaliação^{13,16-19}.
28 Mesmo que tenha ocorrido avaliação positiva em todos os grupos profissionais, os
29 gestores apresentaram escores significativamente maiores que os outros grupos.
30 Esse aspecto pode ser explicado porque, de um modo geral, os gestores tendem

1
2
3 a apresentar uma percepção mais positiva em relação à cultura de segurança em
4
5 suas instituições quando comparados a outros profissionais²⁰.
6

7
8 O desempenho crítico das condições de trabalho é semelhante ao
9
10 encontrado em outros estudos realizados no Brasil e outros países, sendo sempre
11
12 um dos domínios com pior avaliação^{9-12, 16-19}. Estudos realizados em hospitais da
13
14 Suécia^{13,21} e Austrália²² também mostraram percepção negativa das condições de
15
16 trabalho, embora com escores melhores que os observados nesse estudo.
17
18 Todavia, nestes países os médicos apresentaram percepção mais positiva que os
19
20 demais profissionais, contrariando os resultados aqui encontrados.
21
22

23
24 O sistema de saúde é constituído por serviços de alto risco e ainda
25
26 considerados de baixa confiabilidade, devido aos inúmeros eventos adversos que
27
28 permanecem acontecendo diariamente em todo o mundo^{1,6}. Neste sentido, torná-
29
30 lo mais seguro requer recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção
31
32 efetiva da segurança. A percepção dos participantes sobre as precárias condições
33
34 de trabalho reflete a necessidade de melhorias nos hospitais avaliados^{1,23}.
35
36 Ademais, o resultado do domínio condições de trabalho, quando confrontado com
37
38 a boa avaliação da satisfação no trabalho, pode sinalizar a preservação da
39
40 dimensão altruísta do profissional de saúde, que se traduz pelo sentimento da
41
42 utilidade social do que se produz. As relações interpessoais, os vínculos de
43
44 camaradagem, os modos de coordenação e cooperação, as regras tácitas de
45
46 ajuda mútua e de convivência entre os trabalhadores podem aumentar a
47
48 satisfação com o trabalho mesmo em situações de más condições para seu
49
50 desempenho²⁴.
51
52
53
54

55
56 A percepção da gerência foi a segunda menor média entre os grupos de
57
58 profissionais e na maioria dos hospitais. Resultados similares têm sido reportados
59
60

1
2
3 por outros estudos^{25,26}. No estudo que avaliou a percepção dos enfermeiros que
4 trabalham com cuidados agudos em seis hospitais australianos, esse domínio teve
5 a pior avaliação²⁵. Situação semelhante foi encontrada em pesquisa realizada em
6 Taiwan²⁶. Vale salientar que a percepção da gerência foi negativa por todos os
7 grupos profissionais, sendo que novamente o grupo gestor apresentou o melhor
8 score. Os scores baixos nesse domínio sugerem a necessidade do
9 aperfeiçoamento dos processos gerenciais. É fundamental aproximar os
10 profissionais da linha de frente àqueles tomadores de decisão, a fim de minimizar
11 a possibilidade de gerar um cenário em que a gestão não é vista como uma
12 fortaleza e sim como uma fraqueza para a cultura de segurança, conforme
13 relatado no estudo realizado em Taiwan²⁶. Outro estudo, também realizado em
14 Taiwan, referiu a percepção da gerência como um domínio causal, assim como o
15 clima de trabalho em equipe e a percepção do estresse, sendo que melhorias
16 direcionadas aos domínios causais não apenas melhoram diretamente o próprio
17 domínio, mas também o desempenho de outros domínios. Na percepção da
18 gerência, outros domínios afetados foram clima de trabalho em equipe, clima de
19 segurança, satisfação no trabalho e condições de trabalho, o que reforça a
20 importância das ações direcionadas à melhoria da capacidade gerencial dos
21 serviços de saúde²⁷.

22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47 O clima de segurança situa o momento no qual os serviços de saúde se
48 encontram no que diz respeito à segurança do paciente de modo a nortear ações,
49 promover avaliação comparativa entre os serviços e monitorar os resultados após
50 a implementação de políticas ao longo do tempo^{9,10, 23}. Embora esse domínio
51 tenha apresentado resultados negativos em todos grupos, foi percebido de forma
52 mais positiva pelos profissionais de nível técnico, especialmente quando
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 comparados técnicos de enfermagem e enfermeiros. Nesse aspecto, médicos têm
4 respondido de forma menos positiva que enfermeiros e outros profissionais da
5 assistência em outros estudos^{23,28}, resultado que merece ser explorado em novos
6 estudos.
7
8
9
10

11
12 O clima de trabalho em equipe teve desempenho positivo, sendo que os
13 médicos tiveram uma percepção significativamente maior em comparação aos
14 demais grupos profissionais, o que também foi observado em estudo realizado em
15 dois hospitais na Austrália²². De fato, esse domínio tem sido considerado um
16 ponto forte pelos profissionais envolvidos no atendimento direto ao paciente²⁰. Em
17 estudo realizado na Eslovênia, o clima de trabalho em equipe apresentou os
18 escores mais elevados entre os domínios do SAQ²⁸, assim como foi observado em
19 outra pesquisa realizada com enfermeiros em hospitais universitários da Suécia²¹.
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29

30 Apesar de todos domínios serem igualmente importantes para cultura de
31 segurança, estudos têm mostrado que resultados favoráveis no clima de trabalho
32 em equipe e no clima de segurança estão associados a menores taxas de
33 infecções relacionadas à assistência à saúde²⁹. Também foi encontrada
34 associação com redução das taxas de notificação de eventos adversos com clima
35 de trabalho em equipe, clima de segurança, condições de trabalho e percepção da
36 gerência. Isso sugere que esforços voltados para melhorar a percepção desses
37 domínios podem melhorar a qualidade do cuidado²⁹.
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48

49 A percepção do estresse sinaliza a capacidade do profissional reconhecer
50 que seu desempenho pode ser influenciado por fatores estressores²⁷. Embora
51 esse domínio tenha apresentado avaliação positiva, ele ainda foi negativo em
52 quatro hospitais e foi pior avaliado pelos profissionais não assistenciais da equipe
53 de apoio quando comparados aos profissionais da linha de frente. Estudo anterior
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 mostrou que enfermeiras práticas licenciadas (profissionais com formação
4 acadêmica de nível médio, que circulam a sala de operação) tiveram pontuações
5 médias mais baixas, que médicos e enfermeiros perioperatórios. Ou seja, elas
6 foram menos capazes de reconhecer que seu desempenho pode ser influenciado
7 por estressores em comparação aos outros profissionais¹³. Um estudo australiano
8 também mostrou que outros profissionais de saúde apresentaram pontuações
9 inferiores aos médicos e enfermeiros²². Nesses estudos que comparam diversos
10 grupos profissionais, notou-se que aqueles com menor grau de formação ou não
11 envolvidos diretamente no cuidado tiveram percepção mais negativa, fato que
12 pode ser explorado em estudos futuros. Compreender as diferenças entre os
13 grupos de profissionais é fundamental para direcionar melhorias assertivas, visto
14 que esse domínio fornece uma visão do próprio entendimento dos profissionais
15 sobre suas limitações sob estresse físico, psicológico e emocional⁸.

16
17 Uma das limitações do estudo foi a impossibilidade de randomizar os
18 participantes pela fragilidade nos sistemas de informações sobre os profissionais
19 em cada hospital. Outra limitação foi não ter comparado os domínios entre as
20 unidades do hospital, visto que a literatura aponta a existência de subculturas
21 dentro de uma mesma organização¹⁵. Também não foi realizada a comparação
22 entre grupos de profissionais em cada hospital, que extrapolam os objetivos deste
23 artigo. Ademais, vale salientar que, embora a maioria dos estudos que avaliaram a
24 cultura de segurança tenha focado na avaliação dos profissionais de saúde
25 diretamente envolvidos na assistência^{13,21,23,28}, a inclusão do grupo gestores é
26 importante por eles desempenharem um papel fundamental na promoção da
27 segurança do paciente³⁰, o que permite ainda aferir a dissociação entre a
28 autoavaliação dos gestores e a percepção dos profissionais sobre a gerência.

1
2
3 Avaliações da cultura de segurança têm acontecido com maior frequência
4 nos últimos anos, suas aplicações são diversas como avaliação do clima de
5 segurança genuinamente^{9,23}, avaliação antes e após intervenções²¹ e aferições
6 combinadas que buscam associar resultados^{27,29}. Após três anos de implantação
7 no PNSP, a cultura de segurança nos onze hospitais avaliados se mostrou
8 **fragilizada**, no entanto os domínios satisfação no trabalho, percepção do estresse
9 e clima de trabalho em equipe tiveram resultados positivos.

10
11
12 Sugere-se que os gestores invistam em melhorias, sobretudo nos
13 domínios com maiores fragilidades, pois são elementos importantes para
14 segurança do paciente e qualidade do cuidado. Os resultados apontam questões
15 fundamentais, contudo não esgotam a discussão sobre a temática, a qual requer
16 estudos complementares que explorem as diferenças do clima de segurança entre
17 as unidades que compõem cada hospital, bem como estudos qualitativos para
18 aprofundar a compreensão dos achados deste estudo.

Referências

- 19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44 1. Brasil. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de
45 Vigilância Sanitária. Documento de Referência para o Programa Nacional
46 de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde. 2014 [citado 19
47 de out. 2019]. Disponível em:
48 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf

- 1
2
3 2. Bezerra ALQ, Silva AEBC, Branquinho NCSS, Paranaguá TTB. Análise de
4
5 queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela.
6
7 Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 out/dez. [citado 19 de out. 2019]
8
9 17(4):467-72. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a02.pdf>
10
11
- 12 3. Flin R et al. Measuring safety climate in health care. Quality & Safety in
13
14 Health Care. 2006 [citado 19 de out. 2019];15(2):109–115. Disponível em:
15
16 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464831/pdf/109.pdf>
17
18
- 19 4. Nieva V, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient
20
21 safety in healthcare organizations. Quality & Safety in Health Care. 2003
22
23 [citado 19 de out. 2019];12 Suppl 2:ii17–ii23. Disponível em:
24
25 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765782/pdf/v012p0ii17.pdf>
26
27
- 28 5. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts.
29
30 dimensions. measures and progress. Quality & Safety in Health Care. 2011
31
32 [citado 19 de out. 2019];20:338–343. Disponível em:
33
34 <http://qualitysafety.bmj.com/content/20/4/338>
35
36
- 37 6. World Health Organization (WHO). Conceptual Framework for the
38
39 International Classification for Patient Safety Version 1.1: Final Technical
40
41 Report January 2009. [citado 19 de out. 2019]. Disponível em:
42
43 https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
44
45
- 46 7. Contandriopoulos AP, Rey L, Brousselle A, Champagne F. Évaluer une
47
48 intervention complexe: enjeux conceptuels, méthodologiques, et
49
50 opérationnels. Can J Program Eval. 2011 Jan [citado 10 de dez.
51
52 2019];26(3):1-16. [Article in French]. Disponível em:
53
54 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4900871/pdf/nihms2584.pdf>
55
56
57
58
59
60

- 1
2
3 8. Carvalho REFL de, Cassiani SH de B. Cross-cultural adaptation of the
4
5 Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. Rev. Latino-
6
7 Am. Enfermagem [Internet]. 2012 May/June; 20(3): 575-582.
8
9 <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>
10
11
- 12 9. Carvalho REFL de et al. Assessment of the culture of safety in public
13
14 hospitals in Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017; 25:e2849.
15
16 <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1600.2849>
17
18
- 19 10. Oliveira ICL de et al. Safety culture: perception of health professionals in a
20
21 mental hospital. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71 (Supl 5):2316-22.
22
23 <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0125>
24
25
- 26 11. Luiz RB et al. Factors associated with the patient safety climate at a
27
28 teaching hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015 Sep-Oct;23(5):880-7.
29
30 <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0059.2627>
31
32
- 33 12. Rigobello MCG et al. The perception of the patient safety climate by
34
35 professionals of the emergency department. Int. Emerg. Nurs. 2017 Jul;
36
37 33:1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.03.003>
38
39
- 40 13. Göras C, Unbeck M, Nilsson U, Ehrenberg A. Interprofessional team
41
42 assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a
43
44 cross-sectional survey. BMJ Open. 2017;7:e015607.
45
46 <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015607>
47
48
- 49 14. Chaboyer W, Chamberlain D, Hewson-Conroy K, Hewson-Conroy K, Greal
50
51 B, Elderkin T, et al. CNE article: safety culture in Australian intensive care
52
53 units: establishing a baseline for quality improvement. Am J Crit Care.
54
55 2013;22(2):93-102. <https://doi.org/10.4037/ajcc2013722>
56
57
58
59
60

- 1
2
3 15. Berry JC, Davis JT, Bartman T, Hafer CC, Lieb LM, Khan N, Brilli RJ.
4
5 Improved Safety Culture and Teamwork Climate Are Associated With
6
7 Decreases in Patient Harm and Hospital Mortality Across a Hospital System.
8
9 J Patient Saf. 2016 Jan. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000251>
10
11
12 16. Huang CH, Wu HH, Lee YC. The perceptions of patient safety culture: A
13
14 difference between physicians and nurses in Taiwan. Appl Nurs Res. 2018
15
16 Apr; 40:39-44. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.12.010>
17
18
19 17. Smiley K et al. Safety Culture and Perioperative Quality at the Volta River
20
21 Authority Hospital in Akosombo, Ghana. World J Surg. 2019 Jan; 43(1):16-
22
23 23. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4763-y>
24
25
26 18. Abu-El-Noor NI et al. Safety Culture in Neonatal Intensive Care Units in the
27
28 Gaza Strip, Palestine: A Need for Policy Change. J Pediatr Nurs. 2017
29
30 Mar/Apr; 33:76-82. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.12.016>
31
32
33 19. Buljac-Samardzic M, van Wijngaarden JD, Dekker-van Doorn CM. Safety
34
35 culture in long-term care: a cross-sectional analysis of the Safety Attitudes
36
37 Questionnaire in nursing and residential homes in the Netherlands. BMJ
38
39 Qual Saf. 2016 Jun; 25(6):424-31. [http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2014-](http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003397)
40
41 [003397](http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003397)
42
43
44 20. Odell DD, Quinn CM, Matulewicz RS, Johnson J, Engelhardt KE, Stulberg
45
46 JJ, Yang AD, Holl JL, Bilimoria KY. Association Between Hospital Safety
47
48 Culture and Surgical Outcomes in a Statewide Surgical Quality
49
50 Improvement Collaborative. J Am Coll Surg. 2019 Aug; 229(2):175-183.
51
52 <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2019.02.046>
53
54
55
56
57
58
59
60

- 1
2
3 21. Olsson C, Forsberg A, Bjerså K. Safety climate and readiness for
4 implementation of evidence and person centered practice – A national study
5 of registered nurses in general surgical care at Swedish university hospitals.
6 BMC Nurs. 2016; 54(15). <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0174-2>
7
8
9
10
11
12 22. Dunstan E, Coyer F. Safety culture in two metropolitan Australian tertiary
13 hospital intensive care units: A cross-sectional survey. Australian Critical
14 Care, 2020 Jan; 33(1): 4 – 11. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.11.069>
15
16
17
18
19 23. Yu B, Wen CF, Lo HL, Liao HH, Wang PC. Improvements in patient safety
20 culture: a national Taiwanese survey, 2009-16. Int J Qual Health Care. 2020
21 Feb;32(1):A9-A17. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz099>
22
23
24
25
26 24. Daedot P, Laval C. *Cómun*. Barcelona – ES: Gedisa, 2015. 669 p (página
27 549).
28
29
30
31 25. Soh SE, Morello R, Rifat S, Brand C, Barker A. Nurse perceptions of safety
32 climate in Australian acute hospitals: a cross-sectional survey. Aust Health
33 Rev. 2018 Apr; 42(2):203-209. <https://doi.org/10.1071/AH16172>
34
35
36
37
38 26. Lee YC, Wu HH, Hsieh WL, Weng SJ, Hsieh LP, Huang CH. Applying
39 importance-performance analysis to patient safety culture. Int J Health Care
40 Qual Assur. 2015; 28(8):826-40. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-03-2015-0039>
41
42
43
44
45
46
47 27. Lee YC, Zeng PS, Huang CH, Wu HH. Causal Relationship Analysis of the
48 Patient Safety Culture Based on Safety Attitudes Questionnaire in Taiwan.
49 Journal of Healthcare Engineering. 2018 Mar
50
51
52
53
54
55
56 28. Klemenc-Ketis Z, Deilkås ET, Hofoss D, Bondevik GT. Variations in patient
57 safety climate and perceived quality of collaboration between professions in
58
59
60

out-of-hours care. *J Multidiscip Healthc.* 2017; 10:417-423.

<https://doi.org/10.2147/JMDH.S149011>

29. Profit J, Sharek PJ, Cui X, Nisbet CC, Thomas EJ, Tawfik DS, Lee HC, Draper D, Sexton JB. The Correlation Between Neonatal Intensive Care Unit Safety Culture and Quality of Care. *J Patient Saf.* 2018 Nov.

<https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000546>

30. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 2010; 42: 156-165. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>

Tabela 1. Número de leitos e de profissionais dos hospitais participantes do estudo em 2016. Distrito Federal, Brasil.

Hospital	Leitos, n	Profissional, n	Plano amostral, n
H1	507	1.322	77
H2	471	1.621	88
H3	422	2.338	118
H4	409	1.847	101
H5	349	2.082	109
H6	331	1.854	101
H7	322	1.571	86
H8	166	836	52
H9	138	944	57
H10	127	681	46
H11	53	449	34
Total	3.295	15.545	869

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), competência maio de 2016.

Tabela 2. Características dos profissionais e escores do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), Distrito Federal, Brasil.

Variável	
Idade, anos, média (DP)	40,0 (10,1)
Sexo, n (%)	
Feminino	609 (67,0)
Masculino	260 (28,6)
Não respondeu	40 (4,4)
Grupo profissional, n (%)	
Médicos	209 (23,0)
Técnicos de enfermagem	189 (20,8)
Enfermeiros	156 (17,2)
Profissionais não assistenciais da equipe de apoio	146 (16,1)
Outros profissionais assistenciais de nível superior	119 (13,1)
Outros profissionais assistenciais de nível técnico	45 (5,0)
Gestor	39 (4,3)
Não respondeu	6 (0,7)
Carga horária, mediana (IQ25-75%)	40 (40-40)
Tempo de atuação no Hospital, n (%)	
Menos de 1 ano	74 (8,1)
1 a 2 anos	78 (8,6)
3 a 4 anos	165 (18,2)
5 a 10 anos	203 (22,3)
11 a 20 anos	142 (15,6)
21 anos ou mais	124 (13,6)
Não respondeu	123 (13,5)
Hospital, n (%)	
H1	77 (8,5)
H2	97 (10,7)
H3	115 (12,7)
H4	119 (13,1)
H5	111 (12,2)
H6	107 (11,1)
H7	91 (10,0)
H8	51 (5,6)
H9	63 (6,9)
H10	44 (4,8)
H11	34 (3,7)
SAQ, escore total por domínio, média (DP)	64,2 (13,1)
Clima de trabalho em equipe	75,0 (18,2)
Clima de segurança	64,4 (19,8)
Satisfação no trabalho	79,8 (19,5)
Percepção do estresse	75,6 (24,8)
Percepção da gerência	55,8 (22,8)
Condições de trabalho	50,2 (28,6)

DP: desvio padrão, IQ25-75%: Intervalo interquartil 25-75%, SAQ: Safety Attitudes Questionnaire.

Tabela 3. *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) e seus domínios por grupo profissional nos onze hospitais públicos, Distrito Federal, Brasil.

	SAQ total, média (DP)	Clima de trabalho em equipe, média (DP)	Clima de segurança, média (DP)	Satisfação no trabalho, média (DP)	Percepção do estresse, média (DP)	Percepção da gerência, média (DP)	Condições de trabalho, média (DP)
Gestor	69,5 (14,5)	74,0 (20,8)	66,3 (21,6)	88,1 (13,6)	77,2 (26,3)	66,9 (24,9)	62,6 (30,1)
Medicina	64,9 (12,9)	81,4 (15,5)	64,7 (19,3)	78,4 (19,3)	78,4 (22,3)	53,2 (23,1)	46,2 (27,2)
Enfermagem	62,5 (13,1)	70,1 (20,5)	61,3 (19,6)	78,0 (20,9)	77,8 (23,7)	55,2 (20,1)	45,7 (27,3)
Outros profissionais assistenciais de nível superior	64,5 (12,9)	74,6 (17,0)	61,4 (20,7)	77,5 (21,6)	76,8 (23,8)	58,6 (21,6)	54,6 (25,7)
Técnicos de enfermagem	65,0 (12,5)	75,5 (16,9)	67,1 (18,0)	81,6 (15,2)	74,6 (25,1)	55,9 (22,6)	50,5 (28,5)
Outros profissionais assistenciais de nível técnico	63,1 (12,1)	77,0 (14,7)	70,0 (19,0)	77,4 (19,5)	76,5 (20,4)	48,1 (24,8)	53,0 (28,8)
Profissionais não assistenciais da equipe de apoio	63,0 (13,9)	70,4 (19,5)	63,3 (21,3)	80,9 (22,1)	68,0 (29,2)	57,5 (24,0)	52,5 (32,5)
valor de p	0,067	<0,001	0,023	0,032	0,005	0,003	0,004

DP - Desvio padrão, SAQ: *Safety Attitudes Questionnaire*.

Tabela 4. *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) e seus domínios por hospital nos onze hospitais públicos, Distrito Federal, Brasil.

	SAQ total, média (DP)	Clima de trabalho em equipe, média (DP)	Clima de segurança, média (DP)	Satisfação no trabalho, média (DP)	Percepção do estresse, média (DP)	Percepção da gerência, média (DP)	Condições de trabalho, média (DP)
H1	63,5 (16,4)	75,6 (20,8)	65,6 (21,8)	76,8 (24,3)	70,5 (28,4)	57,9 (28,4)	45,3 (31,5)
H2	66,6 (16,5)	80,3 (16,5)	65,1 (19,4)	84,3 (18,1)	79,6 (24,1)	56,8 (21,5)	54,3 (31,4)
H3	61,9 (12,4)	70,6 (19,3)	58,5 (18,5)	75,8 (17,8)	75,3 (20,7)	51,8 (19,8)	45,4 (25,1)
H4	65,9 (11,7)	76,5 (17,8)	66,3 (18,2)	82,9 (17,9)	76,8 (26,3)	55,9 (21,7)	59,2 (26,7)
H5	64,2 (13,9)	76,1 (18,7)	67,5 (22,2)	79,7 (18,9)	74,0 (27,0)	53,4 (27,0)	52,6 (29,6)
H6	65,9 (13,4)	75,4 (18,5)	68,8 (19,1)	79,7 (19,9)	73,8 (24,9)	59,1 (21,6)	54,8 (28,8)
H7	61,8 (13,2)	73,8 (16,8)	64,2 (18,5)	78,0 (19,5)	77,5 (24,6)	50,5 (24,4)	46,4 (26,6)
H8	61,5 (12,9)	65,5 (18,2)	57,7 (21,4)	76,1 (23,0)	78,7 (18,7)	59,5 (21,2)	45,1 (25,0)
H9	63,2 (11,0)	75,5 (16,6)	60,1 (19,8)	80,5 (17,7)	81,3 (20,9)	58,2 (20,5)	40,9 (27,8)
H10	65,5 (13,1)	76,5 (14,4)	65,4 (19,3)	83,2 (19,3)	65,6 (30,8)	59,7 (21,2)	51,6 (31,6)
H11	68,6 (10,5)	78,2 (16,0)	66,2 (15,3)	82,1 (18,0)	75,1 (21,4)	59,2 (20,9)	45,6 (23,1)
valor de p	0,025	<0,001	0,001	0,036	0,041	0,073	<0,001

DP - Desvio padrão, SAQ: *Safety Attitudes Questionnaire*.