

CULTURA DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE CENTRO CIRÚRGICO*

Fernanda Leticia Frates Cauduro¹, Lucas Mansano Sarquis², Leila Maria Mansano Sarquis³,
Elaine Drehmer de Almeida Cruz³

¹Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade de São Paulo. Curitiba-PR-Brasil.

²Acadêmico de Medicina. Faculdade Evangélica do Paraná. Curitiba- PR-Brasil.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal do Paraná. Curitiba- PR-Brasil.

RESUMO: Esta pesquisa do tipo *survey* foi realizada entre junho e agosto de 2013 e avaliou a percepção da cultura de segurança. Entre 185 trabalhadores de dois centros cirúrgicos de hospital de ensino do sul do Brasil, que atenderam aos critérios de inclusão, 165 responderam ao Questionário de Atitudes de Segurança e 33 foram excluídos por taxa de resposta inferior a 65%, restando 132 participantes, majoritariamente da equipe de enfermagem e médica. Baixa percepção da cultura de segurança foi evidenciada por escores <75 pontos entre 73,5% dos participantes. O escore médio foi de 62,7 e entre os domínios variou de 55,4 para Gerência da Unidade à 76,9 para Satisfação no Trabalho; observou-se diferença estatística entre as categorias profissionais em diversos aspectos da cultura de segurança. Os resultados apontam a necessidade de ações com vistas a fortalecer a cultura de segurança do paciente considerando a complexidade da assistência prestada em centro cirúrgico.

DESCRIPTORIOS: Cultura organizacional; Segurança do paciente; Centro cirúrgico hospitalar.

SAFETY CULTURE AMONG SURGICAL CENTER PROFESSIONALS

ABSTRACT: This survey type study was conducted between June and August 2013 and assessed the perception of safety culture. Of the 185 workers of two surgical centers of a teaching hospital in southern Brazil that fulfilled the inclusion criteria, 165 responded to the Safety Attitudes Questionnaire. Of these 33 were excluded due to a response rate below 65%, leaving 132 participants, mostly from the nursing and medical team. A low perception of the safety culture was evidenced by scores <75 points among 73.5% of the participants. The mean score was 62.7 and among the domains ranged from 55.4 for the Perceptions of Unit Management to 76.9 for Job Satisfaction; statistical differences were observed between the professional categories in various aspects of the safety culture. The results highlight the need for actions aiming to strengthen the patient safety culture considering the complexity of the care provided in the surgical center.

DESCRIPTORS: Organizational culture; Patient safety; Hospital surgical center

CULTURA DE SEGURIDAD ENTRE PROFESIONALES DE CENTRO QUIRÚRGICO

RESUMEN: Esta investigación del tipo survey fue realizada entre junio y agosto de 2013 y evaluó la percepción de la cultura de seguridad. Entre 185 trabajadores de dos centros quirúrgicos de hospital de enseñanza del sur de Brasil que atendieron a los criterios de inclusión, 165 contestaron al Cuestionario de Actitudes de Seguridad y 33 fueron excluidos por tasa de respuesta inferior a 65%, restando 132 participantes, mayoritariamente del equipo de enfermería y médica. Baja percepción de la cultura de seguridad fue evidenciada por escores <75 puntos entre 73,5% de los participantes. El score medio fue de 62,7 y entre los dominios ha variado de 55,4 para Administración de la Unidad a los 76,9 para Satisfacción en el Trabajo; se observó diferencia estadística entre las categorías profesionales en diversos aspectos de la cultura de seguridad. Los resultados apuntan la necesidad de acciones para fortalecer la cultura del paciente, considerando la complejidad de la asistencia prestada en centro quirúrgico.

DESCRIPTORIOS: Cultura organizacional; Seguridad del paciente; Centro quirúrgico hospitalar.

*Artigo extraído da dissertação de mestrado intitulada: "Avaliação da cultura de segurança em unidades de centro cirúrgico". Universidade Federal do Paraná, 2013.

Autor Correspondente:

Fernanda Leticia Frates Cauduro
Universidade Federal do Paraná
Rua Luciano Piuzzi, 620 - 81820-010 – Curitiba-PR-Brasil
E-mail: fernandaleticia@bol.com.br

Recebido: 27/05/2014

Finalizado: 13/02/2015

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é definida como o conjunto de ações e atitudes que visam reduzir a ocorrência de danos e evitar eventos adversos ao paciente durante o cuidado médico-hospitalar⁽¹⁾. O tema é tratado como prioridade nos assuntos referentes à qualidade da assistência e destaque nas discussões de serviços de saúde engajados com a melhoria do cuidado ofertado.

As primeiras iniciativas para promover a redução dos agravos decorrentes da assistência em saúde foram definidas em 2004 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir da Aliança Global para Segurança do Paciente, com o estabelecimento de um pacote de medidas denominados desafios⁽¹⁾. No Brasil, o Programa Nacional para Segurança do Paciente, instituído em 2013, estabelece a cultura de segurança como forte indicador para os serviços de saúde⁽²⁾. O conceito advém do termo cultura organizacional, compreendida como o conjunto de crenças, valores, normas e expectativas presentes entre participantes de uma organização⁽³⁾. Ao ser adaptado para o contexto da atenção à saúde cultura de segurança é compreendida como

o produto de valores e atitudes, percepções e competências individuais e grupais que determinam o compromisso, estilo e a proficiência, quanto às questões de segurança do paciente em uma instituição de saúde^(4;18).

Conhecer a cultura de segurança de prestadores do cuidado em saúde implica, diretamente, nas atividades de promoção da segurança do paciente. Neste sentido, o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) permite esta avaliação e foi idealizado em 2006⁽⁵⁾ na Universidade do Texas, Estados Unidos da América. O SAQ é amplamente utilizado em hospitais, é auto-aplicável, apresenta boas propriedades psicométricas e a OMS recomenda seu uso⁽⁶⁾. Em 2011 o instrumento passou por tradução e validação para o contexto brasileiro, e foi aplicado em seis hospitais públicos terciários⁽⁷⁾.

Entre as diretrizes para os hospitais, o indicador cultura de segurança é recomendado⁽²⁾, justificando a presente pesquisa realizada nos centros cirúrgicos de hospital de ensino acreditado e que instituiu, em 2010, o Programa

Cirurgias Seguras Salvam Vidas, preconizado pela OMS⁽¹⁾. Neste contexto, o objetivo da pesquisa foi avaliar a percepção da cultura de segurança entre profissionais de saúde atuantes em unidades de centro cirúrgico.

MÉTODO

Pesquisa de abordagem quantitativa do tipo *survey* transversal realizada nas unidades de Centro Cirúrgico Geral e Centro Cirúrgico Gineco-Obstétrico de um hospital de ensino no município de Curitiba, estado do Paraná, Brasil. Os dados foram coletados entre junho e agosto de 2013, tendo como população alvo 185 profissionais de saúde e de outras áreas que compunham as equipes de trabalho, sendo 11 enfermeiros, 64 auxiliares e técnicos de enfermagem, 30 médicos cirurgiões e anestesistas, 35 médicos residentes e 45 de outras categorias (técnicos de farmácia e de laboratório, suporte administrativo e ambiental, residentes e estagiários de enfermagem, e voluntários). Foram critérios de inclusão na pesquisa: atuar há, pelo menos, quatro semanas na unidade, com jornada semanal de no mínimo 20 horas⁽⁵⁾, estar em atividade no período do estudo e responder ao SAQ, versão validada e adaptada para a realidade brasileira⁽⁶⁻⁷⁾, além de assentir e formalizar a participação. Foi critério de exclusão o preenchimento do instrumento com taxa de resposta inferior a 65%⁽⁵⁾.

O SAQ⁽⁵⁾ é composto por duas partes; a primeira apresenta 36 itens inseridos em seis domínios: Clima de trabalho em equipe (D1), Clima de segurança (D2), Satisfação no trabalho (D3), Percepção do estresse (D4), Percepção da gerência da unidade (D5a) e do hospital (D5b) e Condições de trabalho (D6); e cinco itens (14, 33 a 36) independentes. A segunda parte do questionário visa à coletar dados relativos à categoria profissional, sexo, tempo e unidade de atuação. A pontuação é atribuída de acordo com os itens propostos em escala de Likert: discorda totalmente (0 ponto); discorda parcialmente (25 pontos), neutro (50 pontos), concorda parcialmente (75 pontos) e concorda totalmente (100 pontos). Os escores resultam do produto entre os pontos atribuídos divididos pelo número de questões; são considerados valores positivos para cultura de segurança a média de escore \geq a 75 pontos.

Para a coleta de dados, em um primeiro momento houve reunião formal com os gerentes das unidades, foram apresentados os objetivos e o instrumento de pesquisa, a forma de abordagem dos participantes e a metodologia de coleta de dados. O convite e esclarecimentos foram realizados individualmente, no ambiente de trabalho; e aos que aceitaram participar foi entregue um envelope contendo o SAQ, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, lápis e borracha. A devolução do material se deu diretamente à pesquisadora ou por meio do depósito em urna lacrada, disponível nas unidades, conforme acordado previamente. Os dados foram inseridos em um banco de dados do Programa *Excel*® e processados no Programa *Statistica* v.8,0. Os escores do SAQ foram comparados entre os domínios e entre as categorias profissionais, sexo e tempo de atuação, utilizando-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. Valores de $p < 0,05$ foram considerados como estatisticamente significativos.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade e recebeu o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n. 13383813.2.0000.0102, e respeitou os preceitos de ética em pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

Entre 165 questionários obtidos 33 apresentaram taxa de resposta inferior a 65% e foram excluídos da pesquisa, restando 132 questionários válidos, correspondendo ao número de participantes, pertencentes às equipes médica e de enfermagem, residentes de medicina, equipe de enfermagem e demais trabalhadores, entre técnicos de farmácia e de laboratório, estagiários e residentes de enfermagem, suporte administrativo e ambiental, e voluntários. Valores negativos para cultura de segurança, correspondendo a escore médio < 75 pontos, foram verificados entre 97(73,5%) participantes e valores positivos foram verificados entre 35(26,5%) participantes. Nas tabelas 1 e 2 estão apresentados os resultados, por domínio e nas diferentes categorias de trabalhadores; nas tabelas 3 a 5 estão apresentados os resultados para as perguntas que compõem o SAQ.

Entre os domínios que compõem o SAQ, as maiores médias foram atribuídas à Satisfação no Trabalho, o que denota o contentamento dos participantes em atuarem nas unidades de centro cirúrgico. Salienta-se que enfermeiros apontaram média igual a 82,5 e apenas médicos residentes não apresentaram médias positivas (59,2). Com relação às afirmativas que contemplam esta dimensão, 93,7% dos respondentes concordaram que gostam de seu trabalho e 82,4% sentem-se orgulhosos em pertencer às equipes cirúrgicas (Tabela 5).

Clima de trabalho em equipe e Clima de segurança representaram os domínios com o segundo maior escore, contudo para ambos as médias por categoria não superaram o mínimo para cultura de segurança positiva. Sobre o Clima de trabalho em equipe, enfermeiros e médicos indicaram as maiores médias (68,6 e 67,6, respectivamente). Como ponto favorável a esta dimensão 77,6% concordaram que há apoio da equipe nos cuidados ao paciente cirúrgico, porém 32,1% relataram existir conflitos entre o trabalho de médicos e enfermeiros (Tabela 3).

Para a dimensão que avalia a percepção dos membros da equipe em relação ao comprometimento da organização para a segurança do paciente, médias próximas a 70 foram atribuídas por auxiliares/técnicos de enfermagem e outros membros da equipe. Chama atenção que metade dos respondentes (51,5%) concordam que existe dificuldade em falar sobre erros nas unidades estudadas, mas 73,3% recebem estímulo para informar situações que comprometam a segurança do paciente (Tabela 3).

A Percepção do estresse denota o reconhecimento de como fatores estressores influenciam na execução do trabalho. A maior média foi indicada por residentes de medicina (74,4) e apenas neste domínio este grupo atribuiu média > 70 . Entre os participantes, 72,5% reconheceram que quando há excesso de trabalho o desempenho laboral é prejudicado e metade (53,8%) reconheceu que o cansaço prejudica a assistência em situações de emergência. A percepção da qualidade do ambiente de trabalho, abordada no domínio Condições de trabalho, não apresentou resultados positivos entre os participantes, e como principal fato colaborador a esta evidência, 40,2% inferiram que há déficits no treinamento de novos profissionais (Tabela 4).

Todos os grupos de trabalhadores pontuaram

que a Percepção das gerências da unidade e do hospital apresentam lacunas para a promoção da cultura de segurança do paciente. Menores médias foram registradas entre residentes, médicos e enfermeiros, respectivamente. Conforme observado na Tabela 4 houve grande disparidade nas respostas atribuídas que contemplam esta dimensão. E, para 63% dos participantes, o número e qualificação dos profissionais não são suficientes para atender às demandas do centro cirúrgico, mas 65,2% acreditam que a administração conduz um bom trabalho na organização hospitalar.

Os resultados relativos às questões isoladas, apresentadas na Tabela 2, indicam as médias dos escores; quando comparado o desvio padrão entre domínios e itens isolados evidencia-se a dispersão e divergência nas opiniões expressadas

pelos trabalhadores.

As menores médias foram identificados nas afirmativas “Minhas sugestões sobre segurança do paciente seriam postas em ação se eu as expressasse à administração”, com concordância de 51,2% e “Falhas na comunicação que levam a atrasos são comuns” com 58,1% de respostas afirmativas. Para os itens 33 (Eu vivencio boa colaboração com os enfermeiros nesta área), 34 (Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área) e 35 (Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos desta área), as médias foram próximas a 75 pontos.

Os dados apresentados na Tabela 5 evidenciam escores positivos em relação a gostar do trabalho, considerar um bom lugar para trabalhar, ter orgulho de fazerem parte da equipe e a boa convivência com enfermeiros e médicos.

Tabela 1 - Comparação dos escores médios por domínios do Questionário de Atitudes de Segurança em centro cirúrgico. Curitiba-PR, 2013

		SAQ* Total	Domínios SAQ						
			D1	D2	D3	D4	D5a	D5b	D6
Trabalhador	N	Média (DP**)	Média (DP**)	Média (DP**)	Média (DP**)	Média (DP**)	Média (DP**)	Média (DP**)	Média (DP**)
Auxiliar/ técnico	49	67,1 (15,9)	66,1 (20,4)	67,5 (19,4)	82 (19,4)	66,1 (29,9)	61,4 (24,5)	63,4 (27,1)	63,2 (28,8)
Enfermeiro	10	62,3 (16,3)	68,6 (19,8)	65,7 (19,8)	82,5 (13,6)	46,3 (35,7)	57,6 (22,5)	61,5 (25,8)	49,2 (33)
Médico	19	64,7 (14,3)	67,6 (20,1)	63,1 (24,9)	77,8 (18,8)	67,8 (24,7)	58,1 (23,7)	59,3 (26)	56,6 (30,6)
Residente	23	48,3 (16,2)	44,7 (24,2)	49,5 (18,6)	59,8 (26,1)	74,5 (23,1)	34,4 (18,4)	34,2 (19,5)	44,2 (28,2)
Outros	31	65,3 (16,2)	66,3 (20,8)	66,8 (15,8)	79,3 (17,2)	61,8 (21,9)	58,9 (24)	57,4 (24,9)	66,8 (25,3)
Total	132	62,7 (17)	62,8 (22,4)	63,4 (20,3)	76,9 (21,1)	65,3 (27,3)	55,4 (24,8)	56,2 (26,8)	58,7 (29,3)
p valor		0,001	0,003	0,06	0,01	0,085	<0,001	0,001	0,041

*Questionário de Atitudes de Segurança: D1 Clima de trabalho em equipe; D2 Clima de segurança; D3 Satisfação no trabalho; D4 Percepção do estresse; D5a Percepção da gerência da unidade; D5b Percepção da gerência do hospital; D6 Condições de trabalho; ** Desvio Padrão

Tabela 2 - Comparação dos escores médios por itens isolados do Questionário de Atitudes de Segurança entre trabalhadores de centro cirúrgico. Curitiba-PR, 2013

	Item 14		Item 33		Item 34		Item 35		Item 36	
Trabalhador	N	Média (DP*)	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)
Auxiliar/técnico	48	69,3 (31,0)	48	77,1 (30,4)	46	72,3 (35,4)	37	70,3 (34,3)	44	40,9 (38,5)
Enfermeiro	09	52,8 (42,3)	10	70 (38,7)	10	75 (28,9)	8	75 (32,7)	09	33,3 (39,5)
Médico	19	68,4 (32,1)	19	78,9 (28,0)	19	72,4 (32,2)	19	86,8 (25,5)	19	27,6 (26,2)
Residente	23	32,6 (27,6)	23	47,8 (33,6)	23	78,3 (28,5)	21	69 (23,6)	23	28,3 (31,4)
Outros	30	55,8 (33,9)	30	73,3 (34,7)	30	70,8 (31,5)	24	66,7 (33,5)	29	59,5 (33,0)
Total	129	58,3 (34,4)		70,8 (33,7)		73,2 (32)		72,5 (31)		40,3 (35,9)
p valor		<0,001		0,011		0,952		0,109		0,006

*Desvio Padrão

Tabela 3 - Distribuição de respostas para Clima de trabalho em equipe e Clima de segurança em centro cirúrgico. Curitiba-PR, 2013

Clima de trabalho em equipe	Discordo* N (%)	Neutro N(%)	Concordo* N(%)	NA** N(%)
As sugestões do enfermeiro são bem recebidas.	29(22,8)	19(15,0)	79(62,2)	01(0,8)
É difícil falar abertamente se percebo um problema com o cuidado.	72(55,0)	13(9,9)	46(35,1)	01(0,8)
As discordâncias são resolvidas de modo apropriado.	38(29,0)	17(13,0)	76(58,0)	0
Eu tenho apoio de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	18(14,4)	10(8,0)	97(77,6)	05(3,8)
É fácil para os profissionais perguntar quando existe algo que não entendem.	22(17,1)	09(7,0)	98(76,0)	01 (0,8)
Os médicos e enfermeiros trabalham juntos como uma equipe coordenada.	42 (32,1)	09(6,9)	80(61,1)	0
Clima de Segurança	Discordo* N (%)	Neutro N(%)	Concordo* N(%)	NA** N(%)
Eu me sentiria seguro se fosse tratado aqui como paciente.	27(20,9)	16(12,4)	86(66,7)	01(0,8)
Nesta área erros são tratados de modo apropriado.	25(19,8)	16(12,7)	85 (67,5)	03(2,3)
Conheço meios para encaminhar questões relacionadas à segurança.	21(16,7)	19(15,1)	86 (68,3)	03(2,3)
Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.	37(28,9)	20(15,6)	71(55,5)	03(2,3)
Nesta área, é difícil discutir sobre erros.	46(35,4)	17(13,1)	67(51,5)	01(0,8)
A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	33(25,4)	23(17,7)	74(56,9)	02(1,5)
Sou encorajado a informar qualquer preocupação quanto à segurança.	20 (15,3)	15 (11,5)	96 (73,3)	01(0,8)

* Parcial ou totalmente; ** Não se aplica

Tabela 4 - Distribuição das respostas para Percepção da gerência e do estresse em centro cirúrgico. Curitiba-PR, 2013

Percepção da gerência da unidade/hospital	Discordo** N (%)	Neutro N(%)	Concordo** N(%)	NA*** N(%)
A administração do hospital apoia meus esforços diários.	47(36,2)	15(11,5)	68(52,3)	01(0,8)
A administração da unidade apoia meus esforços diários.	49(38)	20(15,5)	60(46,5)	01(0,8)
A administração do hospital não compromete conscientemente a segurança.	35(26,9)	19(14,6)	76(58,5)	01(0,8)
A administração da unidade não compromete conscientemente a segurança.	40(30,5)	13(9,9)	78(59,5)	0
A administração do hospital está fazendo um bom trabalho.	30(22,7)	16(12,1)	86(65,2)	0
A administração da unidade está fazendo um bom trabalho.	32(24,4)	29(22,1)	70(53,4)	0
Profissionais problemáticos são tratados de maneira construtiva pelo hospital.	48(37,2)	19(14,7)	62(48,1)	02(1,5)
Profissionais problemáticos são tratados de maneira construtiva pela unidade.	49(38,0)	25(19,4)	55(42,6)	02(1,5)
Recebo informações do hospital sobre eventos que podem afetar meu trabalho.	48(37,5)	12(9,4)	68(53,1)	0
Recebo informações da unidade sobre eventos que podem afetar meu trabalho.	48(37,8)	17(13,4)	62(48,8)	04(3,0)
Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes.	80(63)	06(4,7)	41(32,3)	01(0,8)
Percepção do estresse	Discordo** N (%)	Neutro N(%)	Concordo** N(%)	NA*** N(%)
Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	27(20,6)	09(6,9)	95(72,5)	01(0,8)
Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado.	32(24,6)	14(10,8)	84(64,6)	01(0,8)
Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	27(20,9)	18(14,0)	84(65,1)	02(1,5)
O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência.	39(32,8)	16(13,4)	64(53,8)	12 (9)

*Questionário de Atitudes de Segurança; ** Parcial ou totalmente; *** Não se aplica

Tabela 5- Distribuição das respostas para Satisfação no trabalho, Condições de trabalho e itens isolados em centro cirúrgico. Curitiba-PR, 2013.

Satisfação no trabalho	Discordo** N (%)	Neutro N(%)	Concordo** N(%)	NA*** N(%)
Eu gosto do meu trabalho.	04(3,1)	04(3,1)	119(93,7)	01(0,8)
Este é um bom lugar para trabalhar.	17(12,9)	10(7,6)	105(79,5)	-
Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	11(8,4)	12(9,2)	108(82,4)	-
Trabalhar aqui é como participar de uma grande família.	32(24,8)	08(6,2)	89(69,0)	03(2,3)
Condições de trabalho	Discordo** N (%)	Neutro N(%)	Concordo** N(%)	NA*** N(%)
Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros.	51(40,2)	18(14,2)	58(45,7)	02(1,5)
Toda informação necessária para decisões está disponível.	42(34,4)	15(12,3)	65(53,3)	10(7,5)
Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.	35(28,2)	10(8,1)	79(63,7)	05(3,8)
Itens isolados	Discordo** N (%)	Neutro N(%)	Concordo** N(%)	NA*** N(%)
Minhas sugestões seriam postas em ação se eu as expressasse.	35(27,1)	28(21,7)	66(51,2)	02(2,5)
Eu vivencio boa colaboração com os enfermeiros nesta área.	29(22,3)	10(7,7)	91(70,0)	01(0,8)
Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área.	23(18,0)	10(7,8)	95(74,2)	04(3,0)
Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área.	16(14,7)	17(15,6)	76(69,7)	21(15,8)
Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.	72(58,1)	17(13,7)	35(28,2)	04(3,0)

*Questionário de Atitudes de Segurança; ** Parcial ou totalmente; *** Não se aplica

DISCUSSÃO

Na última década diferentes estudos que avaliam a cultura de segurança entre categorias profissionais, comparando-se unidades de atuação e os domínios estabelecidos pelo SAQ, foram realizados⁽⁸⁻¹⁴⁾. Na presente pesquisa apenas 26,5% dos participantes apresentou, por meio do escore médio, resultados positivos para cultura de segurança, indicando a necessidade de estratégias organizacionais com vistas a promover ações e atitudes que contribuam para este indicador. Estudo conduzido em centro cirúrgico brasileiro, o qual utilizou uma versão do SAQ não validada, obteve apenas escores negativos⁽⁸⁾.

Corroborando com estudos nacionais^(8-9,15) o domínio Satisfação no trabalho apresentou a maior média total entre todos os domínios que compõem o SAQ; entre o grupo de profissionais participantes, melhores escores foram atribuídos por enfermeiros (82,5). Este resultado positivo

demonstra o contentamento dos trabalhadores em atuar nas unidades pesquisadas, bem como se mostra como uma potencialidade para que ações de promoção de segurança do paciente sejam desenvolvidas nestes setores. Em unidades de terapia intensiva os escores para este domínio variou de 78 a 89 e indicou que seus trabalhadores tinham visão positiva do ambiente laboral⁽¹⁶⁾. Neste contexto, há evidências que boas percepções relacionadas a este domínio influenciam, diretamente, na qualidade da assistência prestada⁽⁸⁾ e de que a produtividade de uma equipe depende de fatores intrínsecos e extrínsecos, pautados no conceito de satisfação no trabalho⁽¹⁷⁾.

No que tange ao Clima de trabalho em equipe as médias apontam para déficits na afinidade e colaboração entre os membros da equipe cirúrgica. Em estudo brasileiro semelhante, obteve-se média de 64,33⁽⁸⁾. Quando observados os escores médios apresentados, por

categoria profissional e entre trabalhadores de enfermagem, variaram entre 58⁽¹⁴⁾ e 86⁽⁹⁾; entre médicos e residentes entre 45 e 77,5; e nas demais categorias entre 70 e 74,3^(10,14). Considera-se que uma equipe bem relacionada e coordenada propicia assistência segura com menores chances de danos ao paciente⁽¹⁸⁾. Ainda, pode-se correlacionar a baixa percepção da cultura de segurança nesta dimensão com o alto percentual de respostas para o item isolado que trata de falhas na comunicação que levam a atrasos, os quais prejudicam o andamento do serviço, contribuem para atritos e prejudicam o paciente e a instituição. Quando há desarticulação na equipe, há comprometimento das atividades oriundas de déficits na comunicação, o que pode acarretar em erros e, conseqüente, prejuízo à segurança de cliente⁽¹⁹⁾.

O comprometimento organizacional para o cuidado seguro, domínio Clima de Segurança, também apresentou resultado que merece atenção, uma vez que a média total não superou o mínimo desejado. A literatura apresenta resultados semelhantes; no Brasil, a cultura de segurança entre profissionais de enfermagem variou entre 66 a 75⁽⁹⁾, ao passo que estudo internacional demonstrou baixa cultura neste quesito, com escores de 65⁽¹⁴⁾ e 73,6⁽¹⁰⁾. Destaca-se que o clima de segurança é compreendido como a medida temporal da cultura de segurança⁽²⁰⁾, ou seja, no período de pesquisa esta dimensão apontou fragilidade na cultura de segurança nos centros cirúrgicos.

Considerando-se a complexidade do ambiente cirúrgico, e os riscos inerentes à cirurgia, este domínio se refere, muito particularmente, à abordagem dos erros e, portanto, reflete que a equipe não atribui à organização adequada segurança no cuidado ao paciente. Um aspecto importante é o percentual de trabalhadores (51,2%) que afirmaram ser difícil discutir sobre erros. As unidades do estudo fazem uso de estratégias para promoção da segurança do paciente cirúrgico, por meio da implantação do programa Cirurgia Segura Salvam Vidas e, neste contexto, é esperado que erros assistenciais sejam discutidos para a redução gradativa de eventos adversos em cirurgias⁽²¹⁾.

O reconhecimento do estresse e das condições do trabalho como contribuintes a riscos para a segurança do paciente apresentam forte

correlação, pois situações de baixo relacionamento entre os membros da equipe, déficit de recursos humanos e materiais, comportamento dos cirurgiões e fatores associados à condição de saúde do paciente⁽¹⁷⁾ propiciam o estresse laboral. Verificaram-se respostas afirmativas, que indicam a consciência dos profissionais de que a sobrecarga de atividades e o cansaço influenciam a assistência hospitalar. Todavia, quase metade dos respondentes afirmou que há problemas no treinamento de novos trabalhadores, levando ao desgaste dos demais membros da equipe, e 63% acreditam que o número e qualificação dos profissionais não atende às necessidades dos centros cirúrgicos pesquisados. Consideramos que falhas na integração dos novos trabalhadores, e na sua qualificação, podem contribuir para o estresse e para falhas na assistência à saúde.

A maior fragilidade apontada pelo grupo está contemplada na Percepção da gerência a qual foi avaliada com os menores escores entre os participantes, sobretudo entre auxiliares/técnicos de enfermagem e médicos residentes. A gerência, ou liderança, é reconhecida como subcultura da cultura de segurança. Desta forma, a direção dos serviços de saúde deve reconhecer que o ambiente assistencial possui riscos; agrupar a visão, missão, competência, recursos humanos e legais daqueles que executam as atividades, a fim de conceber os elementos pertinentes para a construção da segurança do paciente⁽²²⁾.

Ainda que 65,2% do grupo concorde que a administração faz um bom trabalho, a dispersão das respostas para este domínio revela a divergência de opiniões dos trabalhadores quanto à qualidade do trabalho por ela executado. Uma gerência comprometida com a segurança do paciente oportuniza à instituição e aos profissionais um ambiente adequado ao trabalho, seja através do provimento de recursos materiais e humanos, qualificação de seus trabalhadores ou compreensão das lacunas existentes que implicam em redução na qualidade do cuidado⁽²³⁾. Com estas ações, outros campos que contemplam a cultura de segurança, tais como colaboração entre equipe, estresse ocupacional, condições e satisfação no trabalho, são indiretamente favorecidos.

Destacam-se também os itens isolados relacionados à comunicação entre profissional e gerência, em que houve concordância com

médias baixas, tanto para a análise entre domínios; quanto para a afirmativa “Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns”. A comunicação foi identificada com menores escores nesta pesquisa, o que reflete certa desarticulação das atividades entre a equipe multidisciplinar. Por consequência, havendo atrasos, e até mesmo suspensão de cirurgias, pode-se inferir que há desgaste por todos os envolvidos nas atividades previamente agendadas; assim como para a assistência de qualidade e livre de riscos.

Em relação ao questionário utilizado, observou-se, nesta pesquisa, dificuldades no entendimento das afirmativas, por parte dos participantes, reiterando o resultado de outros estudos⁽⁶⁻⁷⁾. Deste modo, destaca-se como fundamental em estudos futuros, com utilização do SAQ, o apoio do pesquisador para o esclarecimento das dúvidas, contribuindo para a fidedignidade dos resultados. Ainda, sugere-se que o domínio Percepção da gerência do hospital/unidade deva ser fragmentado em Gerência do hospital e Gerência da unidade, visto que essas não integram o mesmo espaço físico e corpo de profissionais.

CONCLUSÃO

A avaliação da cultura de segurança demonstrou escores negativos nos seis domínios avaliados e evidenciou variação na percepção da cultura de segurança entre diferentes categorias de trabalhadores. Os baixos escores atribuídos às gerências são indicadores de como os líderes enfrentam a segurança do paciente em relação às equipes atuantes no cuidado direto, bem como refletem um desafio à organização. Fragilidades também foram identificadas na comunicação e indicam o baixo diálogo, baixa interação e pouca troca de informação no ambiente de assistência cirúrgica. Destacam-se os baixos escores atribuídos por médicos residentes, resultado que pode embasar a discussão da relevância da temática entre jovens profissionais, preceptores e gerentes.

Conclui-se que o uso do SAQ constituiu ferramenta adequada para o diagnóstico situacional relativo à cultura de segurança nos centros cirúrgicos e cujos resultados contribuem para o planejamento de intervenções coerentes com as necessidades ou fragilidades identificadas.

REFERÊNCIAS

1. WHO - World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: Forward Program. [Internet] 2004 [acesso em 20 abr 2014]. Disponível: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 529 de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, 1 de abr. de 2013.
3. Crow SM, Hartman SJ. Organizational culture: its impact on employee relations and discipline in health care organizations. *Health Care Manag* [Internet] 2002;21(2) [acesso em 15 jul 2013]. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14959896>
4. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care* [Internet] 2003;12(Suppl II):ii:17-ii23. [acesso em 17 jul 2013]. Disponível: https://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
5. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res* [Internet] 2006;44(6) [acesso em 24 jun 2013]. Disponível: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/44>
6. Carvalho REFL. Adaptação transcultural do safety attitudes questionnaire para o Brasil – questionário de atitudes de segurança [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2011.
7. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário de atitudes de segurança: adaptação transcultural do safety attitudes questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2012;20(3) [acesso em 19 set 2013]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>
8. Correggio TC. Avaliação da cultura de segurança em um centro cirúrgico de um hospital universitário do sul do Brasil. [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
9. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta paul. enferm.* [Internet] 2012;25(5) [acesso em 25 set 2013]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>
10. Poley MJ, Van der Starre C, Van den Bos A, Van Dijk M, Tibboel D. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the safety attitudes questionnaire. *Pediatric Crit Care Med*. [Internet] 2011;12(6) [acesso em 12

- ago 2013]. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21572367>
11. Carney BT, West P, Neily J, Mills PD, Bagian JP. Differences in nurse and surgeon perceptions of teamwork: implications for use of a briefing checklist in the OR. *AORN J*. [Internet] 2010;91(6) [acesso em 25 set 2013]. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2009.11.066>
 12. Lee WC, Wung HY, Liao HH, Lo CM, Chang FL, Wang PC, et al. Hospital safety culture in Taiwan: a national survey using Chinese version safety attitude questionnaire. *BMC Health Serv Res*. [Internet] 2010;(10) [acesso em 13 ago 2013]. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-234>
 13. Patterson PD, Huang DT, Fairbanks RJ, Wang HE. The emergency medical services safety attitudes questionnaire. *Am J of Med Qual*. [Internet] 2010;25(2) [acesso em 14 ago 2013]. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-234>
 14. Modak I, Sexton JB, Lux TR, Helmreich RL, Thomas EJ. Measuring safety culture in the ambulatory setting: the safety attitudes questionnaire-ambulatory version. *J Gen Intern Med*. [Internet] 2007;22(1) [acesso em 14 ago 2013]. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1007/s11606-007-0114-7>
 15. Marinho MM, Randunz V, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. *Texto contexto Enferm*. [Internet] 2014;(23)3 [acesso em 15 dez 2014]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002640012>
 16. Raftopoulos V, Pavlakis A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the safety attitudes questionnaire. *J Crit Care*. [Internet] 2013;28(1) [acesso em 12 jan 2015] Disponível: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2012.04.013>
 17. Azevedo, ROB. Satisfação no trabalho dos profissionais de cuidados de saúde primários. Estudo exploratório em profissionais de cuidados de saúde primários de um agrupamento de Centros de Saúde. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Fernando Pessoa; 2012.
 18. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Internet]. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática; 2013. [acesso em 13 dez 2014]. Disponível: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf
 19. Santos MC, Grilo A, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Rev Port Saúde Pública*. [Internet] 2010;vol temat(10) [acesso em 13 dez 2014]. Disponível: <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3120/1/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde%20e%20a%20seguran%C3%A7a%20do%20doente.pdf>
 20. Wiegmann DA, Thaden TL, Gibbons AM. A review of safety culture theory and its potential application to traffic safety. AAA Foundation for Traffic Safety. [Internet] 2007 [acesso em 11 out 2014]. Disponível: <http://atcvantage.com/files/Culture-WiegmannVonThadenGibbons.pdf>
 21. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Internet]. Cirurgia segura salvam vidas. Segundo desafio global para segurança do paciente. 2009 [acesso em 11 out 2014]. Disponível: http://www.into.saude.gov.br/upload/arquivos/pacientes/cirurgias_seguras/Seguran%C3%A7a_do_Paciente_guia.pdf
 22. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh*. [Internet] 2010;42(2) [acesso em 10 set 2013]. Disponível: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>
 23. Mello JF, Sayonara SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Texto & contexto enferm*. [Internet] 2013;22(4) [acesso em 12 jan 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>