

CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
PATIENT SAFETY CULTURE IN THE INTENSIVE CARE UNITS
CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA

Fernanda Franco de Paiva Reis¹, Karoline Faria de Oliveira², Raíssa Bianca Luiz³, Elizabeth Barichello⁴, Luciana Falcão da Cruz⁵, Maria Helena Barbosa⁶

RESUMO

Objetivo: Avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde. **Métodos:** Estudo transversal, realizado com 113 profissionais de Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Coronariana e Neonatal. Foi utilizado o instrumento *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), validado para o Português. Para análises foram utilizados teste t de Student, ANOVA e Sperman. **Resultados:** Dos 113 profissionais entrevistados, 86,7% eram mulheres, 85,84% da equipe de enfermagem; 37,20% atuavam em Unidade Neonatal e 33,60% trabalhavam entre 5 a 10 anos. A pontuação média obtida pelo SAQ foi 62,38 pontos. Os domínios que apresentaram menor pontuação foram Percepção da Gerência e Condições de Trabalho. A maior pontuação obtida foi no domínio Satisfação no Trabalho. Não houve diferenças dos escores entre as unidades avaliadas e em relação ao sexo, unidade e tempo de atuação. A equipe médica apresentou pior percepção no domínio percepção do estresse ($p=0,001$) e melhor escore no domínio condições de trabalho ($p=0,02$). **Conclusão:** A cultura de segurança das unidades avaliadas apresentaram escores abaixo do recomendado pela literatura.

DESCRITORES: Segurança do paciente; Equipe de assistência ao paciente; Unidades de terapia intensiva; Gestão em saúde.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la cultura de seguridad del paciente en la perspectiva de los profesionales del equipo de salud. **Métodos:** Estudio transversal, realizado con 113 profesionales de Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Coronaria y Neonatal. Se utilizó el instrumento Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), validado para el portugués. Para análisis se utilizaron pruebas t de Student, ANOVA y Sperman.

¹ Enfermeira pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

² Enfermeira do Departamento Didático Científico de Enfermagem na Assistência Hospitalar da UFTM, Doutoranda em Atenção à Saúde pela UFTM.

³ Mestre em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Enfermeira do Hospital de Clínicas da UFTM.

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

⁵ Mestre em Atenção à Saúde. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

⁶ Doutora em Enfermagem na Saúde do Adulto. Professor Associado do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde (PPGAS) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Resultados: De los 113 profesionales entrevistados, 86,7% eran mujeres, 85,84% del equipo de enfermería; El 37,20% actuaba en Unidad Neonatal y el 33,60% trabajaba entre 5 a 10 años. La puntuación media obtenida por el SAQ fue de 62,38 puntos. Los dominios que presentaron menor puntuación fueron Percepción de la Gerencia y Condiciones de trabajo. La mayor puntuación obtenida fue en el dominio Satisfacción en el Trabajo. No hubo diferencias de los escores entre las unidades evaluadas y en relación al sexo, unidad y tiempo de actuación. El equipo médico presentó peor percepción en el dominio de la percepción del estrés ($p = 0,001$) y mejor puntuación en el dominio condiciones de trabajo ($p = 0,02$). **Conclusión:** La cultura de seguridad de las unidades evaluadas presentó escores por debajo de lo recomendado por la literatura.

DESCRIPTORES: Seguridad del Paciente; Grupo de atención al paciente; Unidades de Cuidados Intensivos; Gestión en Salud.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the safety culture of the patient from the perspective of the professionals of the health team. **Methods:** A cross-sectional study with 113 professionals from Adult, Coronary and Neonatal Intensive Care Units. The instrument Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), validated for Portuguese, was used. Student t test, ANOVA and Spearman were used for analysis. **Results:** Of the 113 professionals interviewed, 86.7% were women, 85.84% of the nursing team; 37.20% worked in Neonatal Unit and 33.60% worked between 5 and 10 years. The average score obtained by the SAQ was 62.38 points. The domains that presented lower scores were Perception of Management and Working Conditions. The highest score obtained was in the field Satisfaction at Work. There were no differences in the scores between the evaluated units and in relation to gender, unit and time of performance. The medical team presented worse perception in the domain perception of stress ($p = 0.001$) and better score in the working conditions domain ($p = 0.02$). **Conclusion:** The safety culture of the evaluated units presented scores lower than those recommended in the literature.

DESCRIPTORS: Patient Safety; Patient care team; Intensive Care Units, Health Management.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tem ampliado sua importância como prioridade na área da saúde, uma vez que são crescentes os esforços para sua promoção.¹ No Brasil, as organizações comprometidas com a questão da qualidade dos serviços de saúde, como o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, incentivam em seus documentos oficiais a adoção de modelos de cultura de

segurança, com a instituição de protocolos e objetivos a serem alcançados.

A ocorrência de eventos adversos (EAs) acarreta consequências negativas, tais como aumento do tempo de permanência hospitalar, geração de gastos econômicos e sociais, além de contribuir para o aumento da mortalidade e trazer danos físicos, éticos e traumáticos ao paciente. É considerado um problema de Saúde Pública indicativo da necessidade de se desenvolverem novas estratégias de

monitoramento dos erros e melhorias direcionadas à segurança do paciente.²

Dentro de uma organização hospitalar, as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) caracterizam-se como um setor complexo, de elevado arsenal tecnológico, que admite pacientes críticos e instáveis hemodinamicamente, exigindo a atuação de uma equipe multiprofissional contínua e especializada.³

Percebe-se que a incidência de EA em UTI é maior que em outras unidades de internação.⁴ A análise sistematizada e o acompanhamento dos EAs, associados à gerência e comunicação da equipe, são essenciais para promover a segurança do paciente.⁵

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde das UTIs em um hospital de ensino, segundo o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), comparar os escores obtidos com as variáveis unidade de atuação, sexo, categoria e tempo de atuação profissional e identificar os fatores que contribuem e prejudicam a adoção da cultura de segurança nestas unidades.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo observacional, transversal, com delineamento não experimental e

abordagem quantitativa. O estudo foi realizado nas UTIs adulto (geral e coronariana) e neonatal de um hospital de ensino de grande porte da região sudeste, Brasil. O hospital é caracterizado como hospital de ensino de alta complexidade, público e geral, que presta atendimento às especialidades clínicas e cirúrgicas. Possui 290 leitos, sendo 20 na UTI Infantil, 10 de UTI Adulto e 10 de UTI Coronariana.⁶

Participaram do estudo os profissionais da equipe de saúde (profissionais da enfermagem, médicos, fisioterapeutas, psicólogos e fonoaudiólogos), que prestavam assistência a pacientes nas UTIs. Os sujeitos do estudo aceitaram participar da pesquisa e atenderam aos seguintes critérios de inclusão: trabalhar na unidade há pelo menos um mês e no mínimo 20 horas semanais. Os critérios de exclusão foram profissionais de saúde que estavam de licença ou com atestado médico por mais de três meses, ou que não responderam ao questionário após três abordagens.

No momento da coleta dos dados, 209 profissionais atuavam nessas unidades. Foram excluídos 96 profissionais, dos quais 20 foram excluídos por tempo de trabalho na unidade inferior há um mês, ou por possuírem vínculo de trabalho menor que 20 horas semanais. Além desses, 76 profissionais foram excluídos por estarem em período de afastamento no trabalho ou

por não responderem ao questionário após três tentativas de abordagem realizadas pelos pesquisadores. A amostra final foi

constituída por 113 participantes, conforme figura 01.

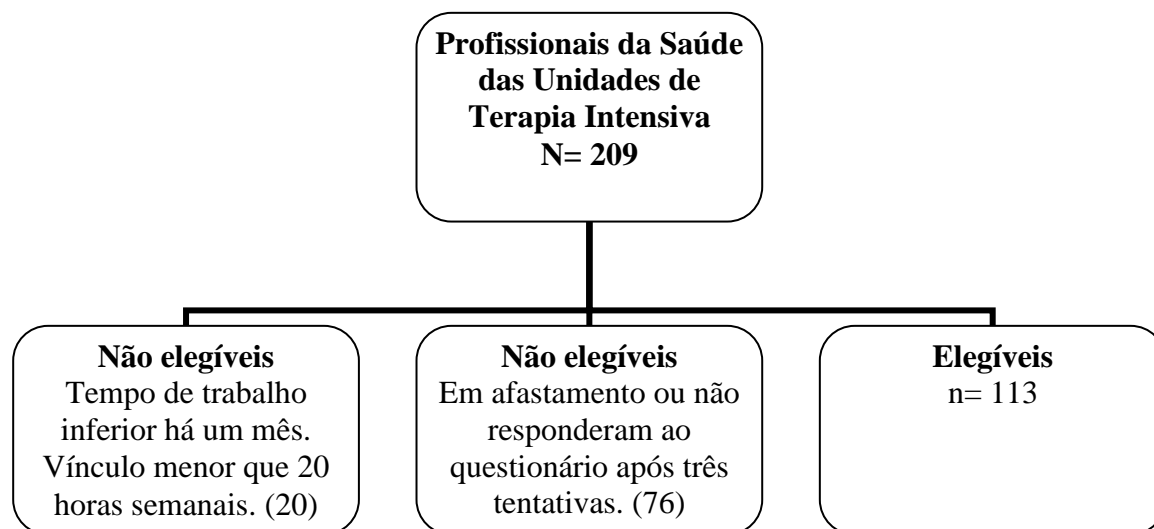


Figura 01: Fluxograma da amostra utilizada no estudo. Minas Gerais, Brasil, 2013.

Para o cálculo do poder do teste, foi considerado um coeficiente de correlação de Pearson positivo, $r = 0,4$, entre o tempo de formação e o escore total de segurança do paciente, para um nível de significância de 0,05 e um erro tipo II de 0,1, resultando num poder apriorístico de 90%. Empregando-se o aplicativo *Power Analysis Software* (PASS) 2002, chega-se a um tamanho amostral mínimo necessário de $n = 61$.

O instrumento de coleta de dados utilizado nesta pesquisa, denominado de Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), validado para o Brasil, é composto de duas partes. A primeira parte é

composta por 41 itens e corresponde aos seis domínios (D1, D2, D3, D4, D5, D6) divididos em: D1. Clima de Trabalho em Equipe; D2. Clima de Segurança; D3. Satisfação no Trabalho; D4. Percepção do Estresse; D5. Percepção da Gerencia; D6. Condições de Trabalho.

Além das questões referentes aos domínios, o SAQ é composto por outras cinco questões, das quais: Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração? Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros(as) nesta área? Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área? Eu

vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área? Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns? Essas questões fazem parte do instrumento original, porém são analisadas de forma isolada por meio de frequências percentuais.

A resposta de cada item, tanto nos domínios quanto para as cinco questões isoladas, segue a escala de cinco pontos de *Likert*: discorda totalmente (A), discorda parcialmente (B), neutro (C), concorda parcialmente (D), concorda totalmente (E) e não se aplica. O escore final da escala varia de zero (0) a 100, onde zero é a pior percepção do clima de segurança e 100 a melhor percepção, sendo considerados positivos escores acima de 75 pontos.⁷ A segunda parte do questionário visou coletar dados dos profissionais (sexo, categoria profissional, tempo de atuação e unidade de atuação).

Antes da coleta de dados, a pesquisadora realizou uma reunião com o responsável (supervisor) de cada UTI para apresentar o projeto e os objetivos do estudo, bem como os procedimentos para realização da pesquisa. O período de coleta de dados foi de fevereiro a maio de 2013. Os profissionais foram abordados em ambiente de trabalho, orientados quanto aos objetivos da pesquisa e receberam o questionário com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para preenchimento.

Os instrumentos de coleta de dados foram entregues aos profissionais da equipe de saúde para o preenchimento e devolvidos posteriormente, com data de devolução agendada.

A análise do SAQ foi realizada pela média das repostas dos itens após a inversão dos itens reversos e pelo cálculo das repostas dos profissionais aos 41 itens. Esse cálculo foi realizado para se obter o escore para cada domínio, com base na fórmula $(m-1) \times 25$, em que m é a média dos itens do domínio em questão, variando no intervalo [0-100]. Para a determinação do escore total do instrumento, foi utilizada a fórmula $(m(q.1,q.2r,q.3,q.4,q.5,q.6,q.7,q.8,q.9,q.10, q.11r,q.12,q.13...q.36r))-1) \times 25$.

Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica do programa *Excel*® para *Windows*®, validada por dupla digitação e exportada para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19 para *Windows*®, para processamento e análise. As variáveis qualitativas foram analisadas segundo estatística descritiva, por meio da distribuição de frequência absoluta e percentual, enquanto, para as variáveis quantitativas, foram utilizadas as medidas descritivas de centralidade (média) e de dispersão (desvio padrão, valor mínimo e valor máximo).

Para verificar se a percepção de segurança do paciente pelos profissionais difere segundo o sexo, foi utilizado o teste *t* (*t-student*) e, para comparação dos grupos com mais de duas categorias (categoria profissional e unidades pesquisadas), foi utilizado análise de variância (ANOVA). Para comparação do tempo de atuação com os domínios do SAQ, foi utilizado teste de correlação de *Spearman*.

Este estudo faz parte de uma pesquisa intitulada “A cultura de segurança do paciente em hospitais de uma região de Minas Gerais” e teve apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG). O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e aprovado sob o Parecer n. 2306/2012, respeitando a Resolução n° 466/2012 do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Dos 113 profissionais que participaram do estudo, 98 (86,7%) eram do sexo feminino, 70 (61,9%) trabalhavam na UTI adulto, 40 (35,4%) na UTI neonatal e três (2,7%) atuavam tanto em unidade adulto quanto neonatal, dependendo da necessidade do serviço.

Referente à categoria profissional, a maioria, 97 (85,84%), eram da equipe de enfermagem, seguido pelos fisioterapeutas, 8 (7,1%). Em relação ao setor de atuação, houve maior proporção de profissionais lotados na UTI neonatal, 42 (37,2%), seguida de UTI coronária, 39 (34,5%), conforme descrito em Tabela 1.

Dos profissionais avaliados, 38 (33,6%), possuíam tempo de atuação na unidade entre 5 e 10 anos, seguida de 31 (27,4%) profissionais com tempo de 11 a 20 anos de atuação, (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil dos profissionais de um hospital de ensino participantes do estudo. Minas Gerais, Brasil, 2013. n=113

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	15	13,3
	Feminino	98	86,7
Área de atuação	Adulto	70	61,9
	Pediátrico	40	35,4
	Ambos	3	2,7
Unidade de atuação	UTI Adulto	32	28,3
	UTI Coronária	39	34,5
	UTI Neonatal	42	37,2
Categoria profissional	Equipe de enfermagem	97	85,8

	Médicos	6	5,3
	Fisioterapeutas	8	7,1
	Psicólogos	1	0,9
	Fonoaudiólogos	1	0,9
Tempo de atuação	6 a 11 meses	6	5,3
	1 a 2 anos	15	13,3
	3 a 4 anos	13	11,5
	5 a 10 anos	38	33,6
	11 a 20 anos	31	27,4
	21 anos ou mais	10	8,8

O escore total do SAQ variou entre 21,25 e 90,24, com média de 62,38 ($\pm 12,54$), mediana de 64,02, indicando uma percepção negativa em relação ao clima de segurança nas UTI estudadas.

Em relação aos escores encontrados no estudo por domínios, observou-se que o primeiro domínio, relacionado com o Clima de Trabalho em Equipe, apresentou média de 60,93 ($\pm 14,81$) e mediana de 60,71. Ressalta-se que 77,0% dos profissionais tiveram escore menor que 75, o que representa uma percepção negativa em relação ao trabalho em equipe.

Referente ao domínio Clima de Segurança, a média foi de 62,80 ($\pm 17,92$) e a mediana de 64,28. Além disso, 73,5% dos profissionais obtiveram escore menor que 75 pontos.

O maior escore obtido no estudo foi o domínio Satisfação no Trabalho, apresentando média de 81,65 ($\pm 15,87$) e mediana de 85,00. Observa-se uma percepção positiva em relação a esse

domínio, correspondendo a 76,1% dos profissionais estudados.

O quarto domínio, relacionado à Percepção do Estresse, obteve média 68,19 ($\pm 25,05$) e mediana 75,00. Ressalta-se que 53,6% dos profissionais estudados reconheciam os fatores estressores que influenciam na execução do trabalho.

Quanto à Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital, outro fator determinante na segurança do paciente, observou-se média de 51,01 ($\pm 20,05$) e mediana de 52,27. Neste domínio, 85,8% dos profissionais possuíam uma percepção negativa em relação à percepção da gerência.

O último domínio avaliado pelo SAQ, que representa as Condições de Trabalho, apresentou média de 51,21 ($\pm 29,96$) e mediana de 50,00. Ressalta-se que 69,9% dos profissionais possuíam uma percepção negativa das condições de trabalho.

Além do SAQ, foram aplicadas mais cinco questões, as quais não pertenciam aos domínios do instrumento.

Dos 113 profissionais entrevistados, 42,5% concordaram vivenciar boa colaboração com os enfermeiros da unidade, 33,3% mantiveram-se neutros em relação à convivência com os farmacêuticos e 42,7% concordaram parcialmente que vivenciavam boa colaboração com os médicos da unidade.

Na tabela 2, a seguir, observa-se que os profissionais do sexo masculino apresentaram melhor escore em relação aos domínios de satisfação no trabalho, percepção da gerência da unidade e do hospital e das condições de trabalho. Contudo, a análise estatística mostrou que não houve diferenças estatisticamente

significativas entre os domínios e os sexos (masculino e feminino).

Quanto à unidade de atuação, a UTI adulto obteve melhores médias nos domínios clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção do estresse e percepção da gerência da unidade e do hospital. No entanto não foi observada diferença significativa entre os domínios e as unidades estudadas (Tabela 2).

Concernente à categoria profissional, houve diferença estatisticamente significante entre os médicos e as outras categorias profissionais, sendo que a equipe médica apresentou pior percepção para o domínio percepção do estresse ($p=0,001$) e melhor escore no domínio condições de trabalho ($p=0,02$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Comparação entre médias e desvio padrão dos domínios e variáveis: sexo, unidade de internação e cargo ocupado no hospital de ensino. Minas Gerais, Brasil, 2013.

Variáveis	D1	p	D2	p	D3	p	D4	p	D5	p	D6	p
Sexo												
Masculino	58,70		82,90		53,60		56,30		55,00		67,00	
	±19,10	0,53	±21,90	0,74	±23,80	0,59	±22,60	0,13	±29,30	0,64	±25,00	0,85
Feminino	61,30		81,50		50,60		63,80		50,60		68,40	
	±14,10		±14,90		±19,50		±17,00		±30,20		±25,20	
Unidade												
UTI-A*	59,70		86,00		78,70		65,70		51,40		70,80	
	±16,20		±17,70		±22,40		±16,20		±28,90		±22,80	
UTI-C*	62,60	0,67	82,20	0,08	52,00	0,75	62,20	0,53	54,80	0,57	64,10	0,45
	±14,40		±14,90		±19,30		±18,80		±32,00		±25,30	
UTI NEO*	60,30		77,80		51,80		61,10		47,70		70,00	
	±14,30		±14,70		±19,10		±18,50		±29,00		±26,40	
Cargo												

Médicos	49,00 ±23,10	73,30 ±25,20	46,60 ±26,20	36,90 ±19,80	44,40 ±32,30	81,20 ±12,50
Equipe de Enfermagem	61,80 ±13,80	82,00 ±15,20	51,20 ±20,00	64,50 ±16,30	51,10 ±30,60	69,20 ±24,20
Outros Profissionais	59,60 ±17,20	83,50 ±16,30	52,10 ±18,10	61,40 ±21,40	55,80 ±22,90	50,20 ±31,10

*UTI-A: Unidade de Terapia Intensiva Adulto; UTI-C: Unidade de Terapia Intensiva Coronariana; UTI-NEO: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

No que se refere ao tempo de atuação, não foi observado estatisticamente significativa em relação

aos seis domínios do questionário (Tabela 3).

Tabela 3 – Comparação entre médias e desvio padrão dos domínios e variável tempo de atuação dos profissionais da saúde de um hospital de ensino. Minas Gerais, Brasil, 2013.

Tempo de Atuação	D1	D2	D3	D4	D5	D6
6 a 11 meses	67,3 ±12,7	89,2 ±12,8	59,8 ±9,0	61,2 ±14,4	79,9 ±19,8	67,4 ±21,8
1 a 2 anos	58,3 ±16,7	76,6 ±15,6	45,6 ±20,6	58,6 ±17,9	45,8 ±27,5	72,5 ±15,9
3 a 4 anos	67,6 ±14,6	88,0 ±11,6	55,0 ±18,5	70,9 ±14,9	59,3 ±30,7	62,5 ±32,5
5 a 10 anos	60,7 ±14,3	80,8 ±16,2	52,4 ±18,4	66,6 ±13,5	50,3 ±29,7	65,5 ±26,4
11 a 20 anos	57,5 ±14,2	77,7 ±17,3	45,0 ±21,4	54,7 ±22,0	41,0 ±27,7	72,4 ±25,2
21 anos ou mais	63,9 ±15,9	92,0 ±9,5	61,9 ±23,3	70,0 ±15,7	66,7 ±31,7	65,5 ±23,5
r _s *	-0,10	0,02	-0,00	0,00	-0,09	0,06
p	0,28	0,89	0,95	1,08	0,30	0,59

*Coeficiente de Correlação de Spearman; p: Valor de p para o teste.

DISCUSSÃO

No presente estudo, houve prevalência do sexo feminino. Outras pesquisas corroboram esse achado, das quais apontam-se estudos que utilizaram o SAQ para avaliar o clima de segurança em um hospital especializado em oncologia de Minas Gerais (69,7%)⁸ e em hospital de

ensino do estado de São Paulo⁹, além de estudos internacionais, que avaliaram a cultura de segurança do paciente.^{10, 11, 12}

Referente à categoria profissional, a equipe de enfermagem foi a mais prevalente. Outros estudos também demonstram maior quantidade de enfermeiros.^{11, 12, 13} Pesquisa que avaliou a cultura de segurança em hospital privado

de grande porte sugere que a menor adesão dos outros profissionais possa estar relacionada a uma maior prevalência da temática segurança do paciente na matriz curricular da equipe de enfermagem.¹⁴

Os médicos, assim como na presente pesquisa, constituíram a categoria profissional que menos aderiu à pesquisa, alegando falta de tempo para preencher o questionário.^{8, 13, 14}

Quanto ao tempo de atuação do profissional na unidade, verificou-se que a maior parte possuía tempo entre 5 e 10 anos. Pesquisa realizada com 1113 profissionais da saúde em hospitais públicos na Espanha demonstrou que mais de 70% dos profissionais apresentaram mais de 5 anos de atuação na unidade ou mais de 20 anos de tempo na especialidade.¹²

De acordo com os resultados deste estudo, o domínio clima de trabalho em equipe apresentou média de 60,93 e a maioria dos profissionais tiveram uma percepção negativa. Os achados corroboram estudo realizado em hospital particular de grande porte de Minas Gerais, que apresentou média 63,66 pontos.¹⁴

Pesquisa realizada na Suíça e Estados Unidos, que avaliou o clima de segurança do paciente com o uso do SAQ, evidenciou pontuações médias de 71,2 pontos e 70,9 pontos, respectivamente, no domínio clima de trabalho em equipe.¹⁵

Estudo realizada na Arábia Saudita em Unidades de Terapia Intensiva referiu que esse domínio apresentou escores abaixo do recomendado como ideal pela literatura.¹⁶

Quanto ao segundo domínio, clima de segurança, a média obtida foi de 62,8 e a prevalência indicou percepção negativa em relação ao mesmo. Alguns autores, entretanto, encontraram médias superiores (73,19), em que o clima de segurança foi mais favorável.¹⁷ Para este domínio, um estudo com o objetivo de verificar o desempenho de 12 UTIs neonatais no Texas, EUA, obteve médias entre 66,7 e 85,7.¹³ O clima de segurança é o reflexo do cuidado seguro aos pacientes. Dessa forma, as organizações de saúde têm o compromisso forte e ativo de garantir essa segurança.

A satisfação no trabalho, representada pelo terceiro domínio avaliado pelo SAQ, obteve média de 81,65, e a maioria dos profissionais tiveram uma percepção positiva. Corroborando com este resultado, estudos que utilizaram o SAQ em hospitais nacionais e internacionais apresentaram escores de satisfação no trabalho maiores que o recomendado pela literatura, variando de 77,6 pontos a 86,74 pontos.^{8, 14-16}

A satisfação no trabalho pode indicar melhoria na qualidade da assistência prestada e a segurança do paciente⁸, ao considerar que profissionais

satisfeitos desempenham sua função com melhor desempenho.¹⁸

Em relação ao quarto domínio do SAQ, a percepção do estresse, a média obtida foi de 68,19, o que indica que a maioria dos profissionais reconheciam os aspectos estressores que influenciam na execução do trabalho. Investigação com o objetivo de explorar os fatores que afetam as atitudes de segurança e o clima de trabalho em equipe em Unidades de Terapia Intensiva obteve escore mais baixo para esse domínio, correspondendo à média de 30,69.¹⁷

Quanto à percepção da gerência da unidade e do hospital, outro fator determinante na segurança do paciente, observou-se média de 51,01 na população estudada. Neste domínio, houve maior proporção de profissionais com percepção negativa em relação à gerência da unidade e do hospital. Observou-se média semelhante (52,22) em pesquisa realizada em cinco Unidades de Terapia Intensiva na Ilha de Chipre, no Oriente Médio.¹⁷

Em relação às condições de trabalho, último domínio avaliado pelo SAQ, a média alcançada foi de 51,21 e a maioria dos profissionais apresentaram uma percepção negativa, o que corroborou estudo realizado em hospital privado de Minas Gerais.¹⁴

Pesquisa realizada em hospital universitário de Florianópolis, Santa

Catarina, apresentou no domínio condições de trabalho a parte do SAQ que obteve menor pontuação, atingindo 32 pontos em uma de suas unidades de internação.¹⁸

Investigações semelhantes encontraram resultados maiores, com média variando de 60,7 a 67,23 pontos^{8,15,17}, entretanto, não atingiram o valor recomendado pela literatura, demonstrando uma percepção negativa referente às condições de trabalho.

Em relação à percepção dos profissionais quanto à colaboração entre os enfermeiros, médicos e farmacêuticos da unidade, considera-se insatisfatório o relacionamento entre os profissionais das unidades, visto que grande parte dos participantes discordam ou ficaram neutros em relação à colaboração entre eles.

Pesquisa realizada em hospital especializado em oncologia obteve a maioria das respostas positivas em relação à colaboração entre os profissionais. Apesar desses resultados, a porcentagem de trabalhadores que ficaram neutros ou discordaram em relação a essas questões superam aos que concordaram totalmente.⁸

Os fatores que estão relacionados à prevenção de erros incluem o número adequado de pessoal, a diminuição da sobrecarga de trabalho, o bom relacionamento entre a equipe multiprofissional, a liderança e uma supervisão de enfermagem adequada.¹⁹

Concernente à comparação dos escores do SAQ entre o setor de atuação, sexo, categoria e tempo de atuação profissional, apenas a variável categoria profissional apresentou diferença estatística para alguns domínios.

Os médicos obtiveram pior percepção para o domínio percepção do estresse e melhor percepção das condições de trabalho em relação às outras categorias profissionais. Estudo realizado com o objetivo de explorar os fatores que afetam as atitudes do clima de segurança identificou que a percepção do estresse foi mais baixa entre os enfermeiros (28,43). Porém, 91,9% dos enfermeiros se sentiriam seguros se fossem tratados na UTI onde trabalham, o que se considera uma percepção positiva destes profissionais em relação ao clima de segurança.¹⁷

O presente estudo não encontrou diferenças estatísticas entre escores do SAQ e o sexo. Estudo realizado em alguns hospitais da Jordânia verificou que o sexo masculino apresenta melhores percepções que o sexo feminino.²⁰

Na presente investigação, o tempo de atuação do profissional na instituição não interferiu na percepção do clima de segurança, o que corrobora estudo realizado em um centro de oncologia.⁸ Pesquisa com o objetivo de explorar os fatores que afetam as atitudes de segurança e o clima de trabalho em equipe nas UTIs

também não encontrou diferenças dos escores e do tempo de atuação profissional nas instituições.¹⁷

Em contrapartida, resultados de um estudo realizado em hospital privado evidenciou correlação inversa entre o tempo de atuação profissional com os domínios clima de trabalho em equipe, clima de segurança, percepção do estresse e condições de trabalho.¹⁴

Investigação realizada com 381 enfermeiros que trabalhavam nos hospitais da Jordânia encontrou que enfermeiros que possuíam 10 ou mais anos de experiência demonstraram melhores percepções do trabalho em equipe, comparados aos que tinham de 1 a 2 anos de experiência.²⁰

CONCLUSÃO E CONTRIBUIÇÕES

A cultura de segurança nas UTIs avaliadas obteve pontuação inferior ao recomendado pela literatura. Os domínios que obtiveram menores valores foram percepção da gerência da unidade e do hospital e condições de trabalho. Apenas o domínio satisfação profissional apresentou valores de cultura de segurança em níveis considerados ideais.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre o clima de segurança com as unidades de atuação, com os sexos e com o tempo de atuação na unidade. Houve diferença da percepção da

equipe médica em relação à percepção do estresse e às condições de trabalho em relação aos outros profissionais.

Um dos fatores que prejudicam a adoção da cultura de segurança encontrado foi a reduzida colaboração entre as equipes de saúde. Um fator favorável encontrado foi a satisfação dos profissionais em relação ao seu ambiente de trabalho.

Os achados desta pesquisa apontam para a importância da realização de diagnósticos institucionais, que servirão de subsídios para o direcionamento de ações que incentivem a construção da cultura de segurança entre os profissionais e, conseqüentemente, direcionem as atitudes de segurança.

Considera-se como limitações desta investigação o desenho transversal, que dificulta a identificação do progresso na análise temporal das variáveis investigadas e as restrições do grupo avaliado no tocante à dimensão amostral, por ter sido realizada em uma única instituição.

Sugere-se que estudos como este possam ser desenvolvidos em escala ampliada, com enfoque multicêntrico, considerando a segurança do paciente no país como um todo.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo, SV, Sampaio,

- RL, Gondim MM. Estrategias para promover la seguridad del paciente: desde la identificación de riesgos hasta las prácticas basadas en evidencias. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [Internet]. 2014 [citado em 10 abr 2016]; 18(1):122-129. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122.
2. Dias, MAE, Martins M, Navarro N. Adverse outcome screening in hospitalizations of the Brazilian Unified Health System. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado em 10 abr 2016]; 46(4):719-29. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n4/3604.pdf>.
3. Nogueira LS, Sousa RMC, Padilha, KG, Koike KM. Clinical characteristics and severity of patients admitted to public and private ICUs. *Text Context Nursing* [Internet]. 2012 [citado em 10 abr 2016]; 21(1): 59-67. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/en_a07v21n1.pdf.
4. Silva RCL, Cunha JJSA, Moreira CLS. Adverse events in intensive care: what they know the nurses. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam*. [Internet]. 2011 [citado em 12 abr 2016]; 3(2):1848-55. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1393/pdf_384.
5. Paiva, MCMS, Paiva SAR, Berti HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2010 [citado em 12 abr 2016]; 44(2):287-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0081-22642010000200010.

- ipt=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200007.
6. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Hospital das clínicas. Sobre o HC- UFTM [Internet]. Uberaba, MG: HC-UFTM, [201-] [Citado em 26 abr 2016]. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-uftm>.
 7. Sexton JB, Thomas EJ. The safety attitudes questionnaire (SAQ): guidelines for administration. Technical Report 03-02. Huston: The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2003.
 8. Barbosa MA, Sousa EM, Felix MMS, Oliveira KF de, Barichello E. Patient safety climate in a hospital specialized in oncology. Rev Eletrônica Enferm. [Internet]. oct/dec 2015 [citado em 20 jun 2017]; 17(4):1-9. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a17-en.pdf>.
 9. Rigobello, MCG, Rhanna EFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de seguridad del paciente: percepción de los profesionales de enfermeira. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2012 [citado em 12 abr 2016]; 25(5):728-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500013.
 10. Patel S, Wu AW. Safety Culture in Indian Hospitals: A Cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire. J Patient Saf. [Internet]. 2016 Jun [citado em 20 jun 2017]; 12(2):75-81. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24681421>.
 11. Etchegaray J, Thomas EJ. Comparing two safety culture surveys: safety attitudes questionnaire and hospital survey on patient safety. BMJ Qual Saf. [Internet]. 2012 [citado em 12 abr 2016]; 21(6):490-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22495098>.
 12. Gama ZAS, Oliveira ACS, Hernández PJS. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados em uma red de hospitales públicos españoles. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 [citado em 12 abr 2016]; 29(2):283-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000200015.
 13. Profit J, Etchegaray J, Petersen LA, Sexton JB, Hysong SJ, Mei M et al. The Safety Attitudes Questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the NICU. Arch Dis Child Fetal Neonatal [Internet]. 2012 [citado em 12 abr 2016]; 97(2):127-32. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4030665/>.
 14. Barbosa MH, Floriano DR, Oliveira KF de, Nascimento KG do, Ferreira LA. Patient safety climate at a private hospital. Texto & Contexto Enferm, [Internet]. 2016 [citado em 20 jun 2017]; 25(3):e1460015(1-8). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/0104-0707-tce-25-03-1460015.pdf>.
 15. Schwendimann R, Zimmermann N, Küng K, Ausserhofer D, Sexton B. Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. BMJ Quality & Safety [Internet]. 2013 Jan [citado em 20 jun 2017]; 22(1):32-41. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22773888>.
 16. Alayed AS, Johansson HL. Saudi Arabian ICU safety culture and nurses' attitudes. Int J Health Care Qual Assur. [Internet] 2014 [citado

- em 20 jun 2017]; 27(7):581-93.
Disponível em:
<http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/IJHCQA-04-2013-0042>.
17. Raftopoulos, Vasilios; Pavlakis, Andreas. 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 [citado em 20 jun 2017]; 28(1):51-61. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22762933>.
18. Marinho MM, Radünz V, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. *Texto & Contexto Enferm*. [Internet]. 2014 Jul-Set [citado em 20 jun 2017]; 23(3):581-90. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf.
19. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2015 [citado em 20 jun 2017]; 68(1):144-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf>.
20. Abualrub, Raeda F., Gharaibeh, Huda F., Bashayreh, Alaa Eddin. The relationships between safety climate, teamwork, and intent to stay at work among Jordanian hospital nurses. *Nurs Forum* [Internet]. 2012 [citado em 20 abr 2016]; 47(1):65-75. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6198.2011.00253.x/epdf>.

RECEBIDO: 29/01/2017
APROVADO: 23/10/2017
PUBLICADO: 12/2017