

Weaknesses in patient safety culture from the perspective of workers in a general hospital

Margit Kahl Beck*
Marli Maria Loro*
Vanessa Adelina Casali Bandeira*
Catiele Raquel Schmidt*
Sandra Dal Pai*
Laura Renner Bandeira*
Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz**

1062

Weaknesses in patient safety culture...
O Mundo da Saúde, São Paulo - 2018;42(4): 1062-1081

Abstract

This study aimed to measure the safety culture of the patient from the perspective of the multiprofessional team, working in a hospital. This was a cross-sectional quantitative study carried out at a hospital institution. The data collection was performed in October 2017, and the Safety Attitudes Questionnaire was used. Data analysis was performed using descriptive and analytical statistics. The prevalence of the female gender, an age range between 31 and 40 years, and full secondary schooling were identified. Among the domains, satisfaction with work was the only one that presented a positive mean (88.18 ± 14.63). When comparing the nursing and support team groups there was a significant difference in the domains of job satisfaction, perception of stress, unit and hospital management. In addition, it was identified that work characteristics such as overtime, place of work and time in the institution are also variables that interfered with the evaluation of the SAQ. The safety culture was assessed as negative by the institution's professionals. This place requires an urgent intervention, a multiprofessional work, to recognize the need for changes in organizational culture, with the implementation of actions and strategies that benefit the quality of care as a whole, in favor of patient, professional and the Hospital Institutional safety.

Keywords: Patient Safety. Safety culture. Nursing. Hospital Institution.

INTRODUCTION

At the present time, patient safety is a relevant issue, defined as free of damages, both for workers who provide health care and for patients who are assisted¹. In Brazil, in order to contribute to qualify health care in all health facilities and through it, implement actions and improve safety culture in institutions, the Ministry of Health on April 1, 2013, published the Ordinance No. 529, of April 1, 2013, which instituted the National Patient Safety Program (NPSP)².

Safety Culture is understood as the product of individual and group values, attitudes, skills and behavior patterns that determine

the commitment, style and proficiency of managing a healthy and secure organization². When the institutional culture is focused on patient safety and the professional communicates the mistakes made, or even realized before affecting the patient, there is a better perception of the degree of safety by this professional. Moreover, it is necessary that these errors be discussed with the whole team, from the perspective of collective learning and, thus, avoid other errors that may or may not harm the patient³.

Frequently, in the health services, there are weaknesses in aspects that consider

DOI: 10.15343/0104-7809.2018420410621081

* Department of Life Sciences of the Northwest Regional University of the State of Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Ijuí - RS, Brazil

** Postgraduate Program, Master's Degree in Integral Health Care of UNIJUÍ, Ijuí - RS, Brazil.

E-mail: adri.saudecoletiva@gmail.com

patient safety, among them the lack of or even the absence of an open dialogue when an incident or adverse event occurs in the effective delivery of care. Moreover, it should be noted that the work environment needs to be open and not threatening for the communication of errors in health care. The fair and balanced approach contributes to a greater level of event reporting, adherence to better safety practices and, consequently, reduced harm⁴.

It is important that the approach needs to be adequately guided by the managers, since this implies excluding the professional that caused the error, thereby compromising preventive measures with the whole team⁵. The hospital environment provides patients with complex procedures and treatments, which increases the occurrence of errors and adverse events to patients when there is no positive safety culture. Thus, the quality of the services provided is an aspect that has been widely discussed by health managers in order to establish strategies to strengthen safe and error-free health care⁶.

Organizations with a positive safety culture are characterized by a communication based on mutual trust, through the common perception of the importance of safety and recognizing the effectiveness of preventive measures⁷. Thus, the key elements of a safety culture include effective leadership, teamwork, learning from mistakes and creating a trusting environment, as these elements contribute to patient care quality and safety⁸.

Safety culture assessment is the first step in improving patient safety in health organizations by allowing a clear view of safety aspects that require eminent attention, identifying positive and negative aspects of the culture and comparatively analyzing their scores with other health institutions⁹. This study points out that there is a knowledge gap in the evaluation of the patient safety culture from the perspective of the multiprofessional team in a hospital¹⁰.

The measurement of safety culture in health institutions, through scales, is a

method used since the early 1980s. Its measurement is an important tool to evaluate the quality of care provided to the patient. In addition, it can be performed before and after the implementation of interventions, such as team training and activities that can minimize the stress of professionals¹¹. Thus, in this study¹¹, the *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) was used to measure patient safety culture, since it is a robust tool, easy to apply and has a good response rate of health professionals.

From this context, this study had as a guiding question: How is the patient safety culture from the perspective of the workers of a general hospital in the South of Brazil? And, as an objective, to measure the patient safety culture from the perspective of the multiprofessional team working in a hospital institution.

METHOD

This was a cross-sectional study of a quantitative character, developed in a small hospital, located in the northwest of the State of Rio Grande do Sul (RS), Brazil. This hospital has 72 beds, eight of which are pediatric, four for joint lodging (maternity), five for mental health, 17 beds for the surgical clinic, 21 beds for health plan and/or private patients and 17 for patient under the Unified Health System (SUS) care.

Also, a surgical block with two wings, a Post-Anesthetic Recovery Unit (URPA) with three beds and a delivery room, an Emergency Room (ER) and three Nursing Posts. Among the employees of the institution, 53 were nursing staff (nurses and nurse technicians) and 56 were support staff (administration, social worker, nutritionist, psychologist, physicians, cooks, hygienists, general services, RX department, pharmacist), totaling 109 workers.

The inclusion criteria to participate in the study were: being a worker who works in the hospital, with a weekly workload of at least 20 hours or more, and who has worked for at

least one month in that sector. This workload and time make it possible for professionals to gain a better understanding of the individual and group values, attitudes, perceptions and competences that determine commitment, style and proficiency regarding patient safety issues in the institution in which they operate¹². Workers who were on vacation, on health leave or any other leave during the data collection period were excluded.

Seven employees were excluded because they were on maternity or health leave, four for having worked less than 30 days in the unit and six for being on vacation during the period, which resulted in 92 eligible professionals. Of these, six did not join the survey. Thus, 86 workers participated, corresponding to a response rate of 93.5%.

Data collection was performed in October 2017 by a previously trained nursing student. The training took place through reading about the subject, a pre-test with the research instrument and clarifying doubts regarding the questionnaire.

In order to carry out the data collection, initially, the institution was asked for authorization and, subsequently, submitted the project to the Research Ethics Committee (REC). After approval, a nominal report of the workers and their respective work shifts were obtained. Next, the collection scale was made for collecting during the three shifts of the professionals. Contact was also made with the nurses of the sectors, in order to establish schedules for the collection.

The professionals were approached in the workplace at times when they were available. The researcher explained the objectives of the study and invited them to participate. After the acceptance, they were directed to go to a reserved room, to have privacy when answering the questionnaire. Each participant received an envelope containing two copies of the Informed Consent Form (ICF) and one copy of the questionnaire. The researcher remained in another room, in order to clarify doubts, if necessary, and receive the answered

questionnaire.

As a research tool, the Security Attitudes Questionnaire (SAQ), developed at the University of Texas¹², in its validated version for Brazil¹¹, was used. It is divided into two parts: the first has 41 items covering six domains (teamwork environment, job satisfaction, perception of unit and hospital management, working conditions and stress recognition)⁹.

The second one includes data from the professional (sex, category, time of performance and the unit of action, adult or pediatric) elaborated by the authors.

The SAQ responses followed a *Likert* scale with five options: strongly disagree (A), I disagree a bit (B), neutral (C), agree somewhat (D), totally agree (E) and does not apply. The final score of the instrument varies from 0 to 100, where zero represents the worst perception of the security environment and 100 represents the best perception.

Values were considered positive when the total score was greater than or equal to 75¹². The score was sorted as follows: totally disagree (A) equals 0 points; I disagree slightly (B) equals 25 points; neutral (C) equals 50 points; I agree partially (D) equals 75 points and I totally agree (E) equals 100 points¹².

The data were organized in the program Epi-Info® 6.04, with two, independent typists. After correcting for errors and inconsistencies in typing, statistical analysis was performed in the *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), version 18.0 for Windows.

For the descriptive analysis we used measures of central tendency (mean), measures of dispersion (standard deviation), relative and absolute frequency.

To verify the normality of the variables, the *Kolmogorov-Smirnov* test was applied. For the qualitative variables Pearson's Chi-Square hypothesis test was used.

The *Mann-Whitney and Kruskal-Wallis* test were used for the comparison of means.

The SAQ reliability was analyzed by Cronbach's Alpha. A statistically significant value of $p < 0.05$ was considered. The study was approved by the REC of the

Northwest Regional University of the State of Rio Grande do Sul (UNIJUÍ) under CAAE: 70987517.4.0000.5350, on September 18, 2017, and respected all ethical principles.

RESULTS

Thirty-six (53.5%) of the nursing team (nurses, nursing technicians) and 40 (46.5%) of the support team (administrative, reception, billing, supplies, kitchen, general services, RX department) participated in the study. A higher frequency of females (78.6%), aged between 31 and 50 years (70.7%), who lived with a partner (81.6%), had a high school education (65.1%), and had children (82.4%) were identified.

Table 1 shows that the domain that obtained a positive mean was job satisfaction. When the nursing and support groups were compared, the areas of job satisfaction, stress perception, unit and hospital management showed a statistically significant difference.

The work characteristics that presented significant statistical differences in the SAQ evaluations are presented in Tables 2 and 3.

Tabela 1 – Average evaluation of the domains of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) for teams from the South of Brazil, 2017

SAQ domains	Nursing M±DP	Support M±DP	p	General M±DP	Alfa Cronbach
Teamwork environment	68.58 ± 16.20	66.90 ± 20.30	0.924	67.80 ± 18.13	0.639
Safe environment	62.90 ± 16.30	65.88 ± 20.76	0.458	64.29 ± 18.45	0.611
Job satisfaction	86.09 ± 13.90	90.59 ± 15.24	0.005	88.18 ± 14.63	0.626
Stress perception	63.45 ± 30.22	50.26 ± 20.33	0.008	57.32 ± 26.77	0.803
Management unit	51.81 ± 19.82	71.72 ± 18.88	0.000	61.08 ± 21.71	0.592
Hospital Management	57.06 ± 20.90	77.18 ± 22.58	0.000	66.42 ± 23.81	0.608
Work conditions	50.09 ± 24.35	47.08 ± 32.88	0.842	48.69 ± 28.50	0.680

M - mean; SD - standard deviation; * $p < 0.05$; Mann-Whitney; Alfa-Cronbach.

Table 2 – Average evaluation of the domains of the Safety Attitudes Questionnaire regarding the overtime characteristics, main area of action and whether the work unit of professionals of a hospital in the South of Brazil was chosen, 2017.

SAQ Domains	Yes	No	P	Adult	Adult/pediatric	P	Yes	No	P
	M±SD	M±SD		M±SD	M±SD		M±SD	M±SD	
Teamwork environment	61.2±19.5	65.4±17.3	0.418	63.3±17.6	66.8±18.2	0.449	63.8±19.6	65.5±16.8	0.783
Safe environment	64.7±14.8	69.2±19.6	0.215	69.2±15.7	67.1±23.8	0.927	67.2±18.7	69.5±16.9	0.700
Job satisfaction	85.2±15.2	89.8±14.4	0.046	86.3±13.8	90.5±16.9	0.021	88.6±14.2	87.1±15.9	0.883
Stress perception	64.9±27.3	53.2±25.9	0.032	64.3±27.6	48.4±24.4	0.019	55.9±25.2	60.9±30.7	0.450
Management unit	48.3±22.3	68.1±17.9	0.000	54.4±19.6	72.6±24.4	0.001	61.1±22.3	60.9±20.7	0.958
Gerência hospital	56.5±24.9	71.8±21.6	0.010	61.8±18.7	69.8±30.6	0.150	66.4±21.9	66.6±28.6	0.7280
Work conditions	42.7±28.9	51.5±27.9	0.194	51.8±25.3	51.6±29.4	0.937	53.3±27.8	36.8±27.4	0.019

Mann-Whitney.

Table 3 –Average evaluation of the domains of the Safety Attitudes Questionnaire regarding the characteristics of contact with the patient and time of institution of professionals of a hospital in the South Region of Brazil, 2017

SAQ domains	Direct	Indirect	P	1 year	>1 a 3 years	>3 years to 5 years	>5 years to 10 years	>10 years to 20 years	>10 years to 20 years	P
	M±SD	M±SD		M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	
Teamwork environment	64.2±18.5	65.5±18.6	0.946	68.83±7.76	73.05±21.21	73.90±18.62	58.65±18.75	57.38±16.08	66.51±18.34	0.031
Safe environment	67.5±18.4	69.0±18.1	0.930	75.00±11.99	75.69±18.89	78.74±12.02	58.92±21.48	61.07±15.87	72.80±12.33	0.010
Job satisfaction	87.0±15.1	94.25±6.93	0.045	87.50±6.54	95.90±4.90	93.50±8.51	81.61±18.84	84.28±16.96	94.41±6.34	0.032
Stress perception	58.8±28.0	54.58±20.93	0.381	62.50±33.07	59.09±31.54	50.62±29.52	52.08±26.30	61.60±21.63	63.11±26.05	0.759
Management unit	57.3±21.6	74.58±16.16	0.001	54.69±13.98	69.31±24.45	64.58±19.17	56.11±19.77	58.63±27.80	67.00±21.88	0.295
Hospital Management	63.9±23.6	74.75±23.70	0.047	68.23±10.32	67.27±31.96	73.50±29.72	60.00±20.60	64.64±27.97	73.38±20.05	0.324
Work conditions	49.0±30.3	47.92±23.23	0.959	58.33±21.36	47.72±34.77	50.41±31.20	44.79±25.87	44.64±34.53	52.45±27.91	0.907

Mann-Whitney, Kruskal-Wallis.

DISCUSSION

There was a study¹³ that evaluated the patient safety culture in a hospital context that agrees with the present study, since the largest percentage of study participants were part of the nursing team, female, in the age group up to 50 years old and had completed high school.

In the present study, the domains for working conditions obtained the lowest average and for satisfaction at work, the greatest. A study¹⁴ performed with a health team in a hospital in Northeast Brazil found the same results.

Results of this study showed that the satisfaction domain had a positive average, in line with other national studies^{6,15,16,17,18}. Satisfaction at Work represents a positive view of the workplace¹⁷. For the authors¹⁹, job satisfaction can transform the environment into a safer place.

In this study, the support team presented better job satisfaction when compared to nursing. It is important to emphasize that nurses are the largest number mostly in hospital institutions, fully attend patients, and are exposed to innumerable risks in carrying out health care, including stressful situations, physical and psychological suffering, as well as considerable vulnerability to *Burnout Syndrome*^{20,21}. It is still necessary to emphasize that in this area there was a statistical difference.

The domain of teamwork, which assesses the quality of relationships and collaboration among professionals¹⁷, obtained a generally negative mean (67.80). Another study is in line with the present study, in that it also obtained low scores (59.1)²². It should be noted that a coordinated team, with good communication, that works in a harmonious way, produces a more humanized care and qualifies the patient's safety. Teamwork should involve a harmonious relationship of cooperation among the team's workers⁶.

In this investigation, the Safety Environment domain was below the expected average (64.29), which indicates that, in the institution investigated, the workers did not recognize involvement with the subject of patient safety. The Safety Environment represents how professionals recognize the organization's

involvement in patient safety¹⁷.

A study in which the overall SAQ score was 61.8 corroborated the negative perception of the study participants regarding the patient's safety environment and inferred that analysis of the patient safety culture is an important tool for diagnosing and performing activities through of the domains that need to be improved¹⁸.

When assessing the safety environment related to the time of operation in the institution, those with less than five years evaluated it satisfactorily. This result is in line with a study in which professionals with less time in the unit tended to evaluate positively the institution that contracted them¹¹. However, some authors²² affirm that the stability of the professionals can contribute to changes in the work process, since the institution does not suffer the consequences of the high turnover rates. It is important to note that scores below 60 are considered as a warning sign for health organizations and indicate urgency in promoting a safe environment in the institution¹¹.

The evaluation of the safety environment under the perception of the professionals can support managers and administrators in identifying existing limitations and weaknesses, in order to establish measures that favor patient safety.

The domain related to Stress Perception evaluates how much stressors can influence the development of the task performed¹⁷. This domain resulted in an overall negative average, however, when comparing the nurse and support groups, a statistical difference was present. A study conducted at a philanthropic and a public hospital in RS found similar results and showed that professionals did not perceive stressful situations. It also highlights the need for professionals to understand that, in order to provide care, they initially need to take care of themselves, avoid feelings of stress and anguish that lead them to abandon their tasks, which may compromise care⁶.

Worker safety is one of the organizational outcomes that must be valued as much as performance, and stress is the central outcome of their experience²³. Working in a hospital setting, there is a risk for the development of occupational stress, related to work overload, to the nocturnal hours. This can be improved

with regard to adjustments in the organizational structure of critical units, resulting in a better quality of care²⁴.

Management Perception is related to the approval of the actions of both the hospital and the unit management¹⁷. The overall mean in the present study was negative, both in unit management (61.08) and in hospital management (66.42). However, the support staff noticed the management more than the nursing staff.

Another study obtained results with the lowest means (44.50) for unit management and (34.9) for hospital management²². Corroborating another study¹⁵, the smallest domains were perception of hospital management (59.61), perception of stress (59.64) and perception of unit management (59.91). The average score shows that the perception of safety culture among professionals is below the minimum recommended by the SAQ mentors¹².

The low perception of hospital unit management and working conditions suggests that caregivers are not concerned with the institution's management commitment with the absent elements of the safety culture. Thus, a change in this culture is suggested through permanent education, and a management model focused on patient safety²².

Another fact demonstrated in this study shows that the professionals who did not work overtime rated the hospital management better than the others. Health professionals who work overtime are restricted from family life, from leisure, from rest, and this may interfere in their health both in the physical and psychosocial spheres, which reflects in the reduction of quality and in the functioning of

the organization²⁵.

The working conditions domain evaluates how the professional perceives the quality of his/her work environment²⁶. The result found indicates the urgency of an intervention, since it showed a low score for this item, which may reflect a risk to the patient's safety²⁷.

Working ipatient's safety, since, without conditions to perform their tasks, the professional²⁸ may feel unmotivated or stressed, which may reflect in a patient's health risk when performing care.

This study infers that in order for health professionals to be able to execute a good job, they must have adequate working conditions and an adequate organizational culture, with sufficient human and material resources, since the lack of material can be one of the factors that triggers the imbalance of quality of life at work²⁹.

Health professionals are exposed to stressful factors and unfavorable working conditions, and most of the time they need to adopt a different behavior, a fact that may be related to the problems they face in their daily lives with patients³⁰.

Another study⁶ carried out in RS, comparing three hospitals, showed that the private institution obtained a better score in the field related to working conditions, which may be related to the public health crisis in the country, stressing the need for changes in health organizations.

In this context, health organizations need to devise ways to improve the working conditions of their staff in order to reduce stress and promote a better work environment, which will reflect in a better quality of care.

CONCLUSION

The present study shows that the safety culture from the perspective of the multiprofessional team was weak, since the only positive domain was job satisfaction. Still, the support team was more satisfied when compared to the nursing team. The other domains (safety environment, work environment, stress perception, unit and hospital management

and working conditions) obtained negative values. The study demonstrated that the support team had a better perception of the safety environment when compared to the nursing professionals. Workers who did not work overtime, professionals who worked in pediatrics and those who did not have direct contact with patients obtained better averages

when compared to other professionals.

The results demonstrate the need to implement actions to consolidate patient safety and provide safe care, including all professionals working in the hospital, together with managers and users, so that everyone understands the importance of changes in

the organizational culture, and the benefits of strengthening patient safety and of all involved in care. One limitation of the study was that it was performed only in a hospital institution, future longitudinally designed studies are indispensable to support the actions aimed at patient safety in the studied institution.

REFERENCES

1. National Patient Safety Foundation. *Freefromharm: accelerating patient safety improvement fifteen years after to erris human*. Boston, 2015: 1-45
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
3. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. *Rev. Eletr. Enfermagem*. 2017;19: 1-12.
4. Petschonek S, Burlison J, Cross C, Martin K, Laver J, Landis RS, et al. Development of the just culture assessment tool: measuring the perceptions of health-care professionals in hospitals. *J Patient Saf*. 2013; 9(4):190-97.
5. Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMCM. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(5):747-754.
6. Toso GL, Golle L, Magnago TSBS, Herr GEG, Loro MM, Aozane F, et al. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. *Rev. Gaúcha Enf*. 2016; 37(4): 1-8.
7. Health and Safety Commission. Reino Unido, 1993.
8. Kaufman L, Mccaughan D. The effect of organisational culture on patient safety. *Nurs Stand*. 2013;27(43): 50-56.
9. Stavrianopoulos T. The development of patient safety culture. *Health Science Journal*. 2012;6(2):201-11.
10. Kolankiewicz ACB, Loro MM, Schmidt CR, Santos FP, Bandeira VAC, Magnago TSBS. Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(5):531-7.
11. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire: Short Form 2006 para o Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(3):1-8.
12. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*. 2006;6(44): 1-10.
13. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. *Texto Contexto Enf*. 2018;27(3): e2670016.
14. Oliveira ICL, Cavalcante MLSN, Freitas SA, Freitas RJM, Silva BV, Marinho DMF, et al. Safety culture: perception of health professionals in a mental hospital. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(5):2316-22.
15. Tondo JCA, Guirardello EB. Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2017; 70(6): 1355-60.
16. Barbosa MH, Aleixo TCS, Oliveira KF, Nascimento KG, Felix MMS, Barichello E. Clima de segurança do paciente em unidades de clínica médica e cirúrgica. *Rev Eletrônica de Enf*. 2016; 18: 1-10.
17. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enf*. 2012; 55(5): 728-35.
18. Luiz RB, Simões ALA, Barichello E, Barbosa MH. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 23(5): 880-7.
19. Marinho MM, Radünz V, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. *Texto Contexto Enf*. 2016;23(3): 581-90.
20. Cossi MS, Costa RR, Medeiros SM, Menezes RMP. A capacidade para o trabalho da equipe de enfermagem inserida no ambiente hospitalar. *Rev Atenção à Saúde*. 2015; 13(43): 68-72.
21. Ferreira NN, Lucca SR. Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(1): 68-79.
22. Carvalho PA, Göttems LBD, Pires MRGM, Oliveira MLC. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 23(6): 1041-8.
23. Palacios KEP, Pacheco EA, Severino AF. Clima organizacional e estresse em equipes de trabalho. *Revista de Psicologia: Organizações e Trabalho*. 2013; 13(1): 37-48.
24. Versa GLGS, Murassaki ACY, Inoue KC, Augusto de Melo W, Faller JW, Matsuda LM. Estresse ocupacional: avaliação de enfermeiros intensivistas que atuam no período noturno. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012; 33(2):78-85.
25. Renner JS, Taschetto DVR, Baptista GL, Basso CR. Qualidade de vida e satisfação no trabalho: a percepção dos técnicos de enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. *Rev Mineira de Enfermagem*. 2014; 18(2): 440-46.
26. Cossi MS, Costa RR, Medeiros SM, Menezes RMP. A capacidade para o trabalho da equipe de enfermagem inserida no ambiente hospitalar. *Revista de Atenção à Saúde*. 2015; 13(43): 68-72.
27. Santiago THR, Turrini RNT. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. Escola de Enfermagem da USP*. 2015; 49(Esp):123-30.
28. Pantoja FGB, Silva MVS, Andrade MA, Santos AAS. Avaliação do Burnout em trabalhadores de um hospital universitário do

município de Belém (PA). Rev. Saúde em Debate. 2017; 41(Esp): 200-14.

29. Tambasco LP, Silva HS, Pinheiro KMK, Gutierrez BAO. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. Rev. Saúde em Debate. 2017; 41(Esp):140-51.

30. Ribeiro RN, Souza PM. Relação entre qualidade de vida no trabalho e o índice de absenteísmo nas organizações: uma análise empírica do absenteísmo em profissionais de enfermagem. In: II Congresso de Administração e Tecnologia - O Estudo das Tecnologias frente às mudanças sociais, 2016, 7-11.

Fragilidades na cultura de segurança do paciente na perspectiva de uma equipe de saúde

Margit Kahl Beck*
Marli Maria Loro*
Vanessa Adelina Casali Bandeira*
Catiele Raquel Schmidt*
Sandra Dal Pai*
Laura Renner Bandeira*
Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz**

1072

Fragilidades na cultura de segurança do paciente...
O Mundo da Saúde, São Paulo - 2018;42(4): 1062-1081

Resumo

O estudo objetivou mensurar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional atuante em uma instituição hospitalar. Estudo transversal e quantitativo, realizado em uma instituição hospitalar. Foram incluídos todos os trabalhadores da instituição com carga horária semanal de no mínimo 20h ou mais e que atuavam havia pelo menos 30 dias no setor, e excluídos os que estavam em férias, licença de saúde ou qualquer outro afastamento durante este o período da coleta. A coleta de dados foi realizada em outubro de 2017, por meio do instrumento *Safety Attitudes Questionnaire*. A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva e analítica. Identificou-se prevalência do sexo feminino, faixa etária entre 31 e 40 anos e escolaridade de ensino médio completo. Entre os domínios, a satisfação com o trabalho foi o único que apresentou média positiva ($88,18 \pm 14,63$). Quando comparados os grupos equipe de enfermagem e apoio, verificou-se diferença significativa nos domínios satisfação do trabalho, percepção de *stress*, gerência de unidade e do hospital. Além disso, identificou-se que características de trabalho como realizar hora extra, local de trabalho e tempo na instituição também são variáveis que interferem na avaliação do SAQ. Evidencia-se uma cultura de segurança avaliada como negativa pelos profissionais da instituição. Esse local requer uma intervenção urgente, um trabalho multiprofissional, para que reconheçam a necessidade de mudanças na cultura organizacional, com implantação de ações e estratégias que beneficiem a qualidade do cuidado como um todo, em prol da temática segurança do paciente, dos profissionais e da instituição hospitalar.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Cultura de segurança. Enfermagem. Instituição Hospitalar.

INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, segurança do paciente é um tema de relevância, definida como livre de danos ou prejuízos, tanto para os trabalhadores que realizam assistência à saúde, quanto para os pacientes que são assistidos¹. No Brasil, no intuito de contribuir para qualificar o cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde e, por meio dele, implementar ações e melhorar a cultura de segurança nas instituições, o Ministério da Saúde em 01 de abril de 2013, publicou a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, a qual instituiu o Programa Nacional de Segurança do

Paciente (PNSP)².

A Cultura de Segurança é compreendida como produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão de uma organização saudável e segura². Quando a cultura institucional é voltada para a segurança do paciente e o profissional comunicar os erros cometidos, ou mesmo percebidos antes de afetar o paciente, há melhor percepção do grau de segurança por este profissional. Ainda, é necessário que estes

DOI: 10.15343/0104-7809.2018420410621081

*Departamento das Ciências da Vida da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Ijuí – RS, Brasil

**Programa de Pós-Graduação Mestrado em Atenção Integral à Saúde da UNIJUÍ, Ijuí – RS Ijuí/RS, Brasil.
E-mail: adri.saudecoletiva@gmail.com

erros sejam discutidos com toda a equipe, na perspectiva do aprendizado coletivo e, desta forma, se evitem outros erros com ou sem danos ao paciente³.

Frequentemente, nos serviços de saúde constata-se fragilidades no que se refere a aspectos que contemplam a segurança do paciente, entre eles o pouco ou, mesmo, a inexistência de diálogo aberto quando ocorre um incidente ou evento adverso, na efetivação da assistência. Ademais, cabe destacar que o ambiente de trabalho necessita ser aberto e não ameaçador, para a comunicação de erros na assistência em saúde. A abordagem justa e equilibrada contribui para um nível maior de notificação de eventos, adesão a melhores práticas de segurança e, por consequência, a redução de danos aos pacientes⁴.

Importante que a abordagem precisa ser adequadamente pautada pelos gestores, pois isso implica em excluir o profissional que provocou o erro, comprometendo, desta maneira, a tomada de medidas preventivas com toda a equipe⁵. O âmbito hospitalar proporciona aos assistidos procedimentos e tratamentos complexos, o que potencializa a ocorrência de erros e eventos adversos aos pacientes, quando não há uma cultura de segurança positiva. Com isso, a qualidade dos serviços prestados é aspecto que vem sendo discutido amplamente pelos gestores de saúde no intuito de estabelecer estratégias para fortalecer cuidados de saúde seguros e isentos de erros⁶.

Organizações com uma cultura de segurança positiva caracterizam-se por uma comunicação pautada na confiança mútua, por meio da percepção comum da importância da segurança e do reconhecimento da eficácia das medidas preventivas⁷. Assim, os elementos principais de uma cultura de segurança incluem liderança eficaz, trabalho em equipe, aprendizagem a partir dos erros e criação de um ambiente de confiança, pois estes elementos contribuem para a qualidade assistencial e segurança do paciente⁸.

A avaliação da cultura de segurança é o primeiro passo para melhorar a segurança do paciente nas organizações de saúde por permitir uma visão clara dos aspectos de segurança que requerem atenção eminente, identificação de aspectos positivos e negativos

da cultura e avaliação comparativa dos seus escores com outras instituições de saúde⁹. Estudo aponta que a avaliação da cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional em instituição hospitalar constitui-se em lacuna do conhecimento¹⁰.

A mensuração da cultura de segurança nas instituições de saúde, por meio de escalas, é um método utilizado desde o início dos anos de 1980. Sua mensuração constitui-se ferramenta importante para avaliar a qualidade da assistência prestada ao paciente. Ademais, pode ser realizada antes e após implementação de intervenções, tais como treinamento da equipe e atividades que possam minimizar o estresse dos profissionais¹¹. Assim, neste estudo¹¹, utilizou-se o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), para mensurar a cultura de segurança do paciente, na medida em que é ferramenta robusta, de fácil aplicação e tem boa taxa de resposta dos profissionais de saúde.

A partir desse contexto, este estudo teve como questão norteadora: Como é a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos trabalhadores de um hospital geral do Sul do Brasil? E, como objetivo, mensurar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional atuante em uma instituição hospitalar.

MÉTODOS

Estudo transversal, de caráter quantitativo, desenvolvido em hospital de pequeno porte, localizado no noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Esta instituição hospitalar possui 72 leitos, destes, oito pediátricos, quatro de alojamento conjunto (maternidade), cinco destinados à saúde mental, 17 leitos de clínica cirúrgica, 21 leitos destinados a pacientes de convênio e/ou particulares e 17 para atendimentos de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda, um bloco cirúrgico com duas alas, uma Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA) com três leitos e uma sala de parto, um Pronto Atendimento (PA), três Postos de Enfermagem. Entre os trabalhadores da instituição, 53 eram da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem)

e 56, da equipe de apoio (administração, assistente social, nutricionista, psicóloga, médicos, cozinheiras, higienizadoras, serviços gerais, departamento de RX, farmacêutico), totalizando 109 trabalhadores.

Os critérios de inclusão para participar do estudo foram: ser trabalhador que atue no hospital, com carga horária semanal de no mínimo 20 horas ou mais, e que trabalhe há pelo menos um mês naquele setor. Esta carga horária e tempo possibilitam aos profissionais maior conhecimento sobre os valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência quanto às questões de segurança do paciente na instituição em que atua¹².

Foram excluídos os trabalhadores que se encontravam em férias, em licença de saúde ou qualquer outro afastamento durante o período de coleta de dados.

Foram excluídos sete funcionários por estarem em licença-maternidade ou de saúde, quatro por atuarem havia menos de 30 dias na unidade e seis por estarem em férias durante o período, o que resultou em 92 profissionais elegíveis. Destes, seis não aderiram à pesquisa. Assim, participaram 86 trabalhadores, o que corresponde a uma taxa de resposta de 93,5%.

A coleta de dados foi realizada no mês de outubro de 2017, por uma acadêmica de enfermagem previamente treinada. A capacitação ocorreu por meio de leitura sobre o tema, pré-teste com o instrumento de pesquisa e esclarecimento de dúvidas com relação ao questionário. Para efetivar a coleta de dados, inicialmente, foi solicitada à instituição pesquisada autorização e, posteriormente, submetido o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Após aprovação, obteve-se uma relação nominal dos trabalhadores e seus respectivos turnos de trabalho. A seguir, foi realizada a escala para coleta, nos três turnos de atuação dos profissionais. Também foi realizado contato com os enfermeiros dos setores, a fim de estabelecer horários para a coleta. Os profissionais foram abordados no local de trabalho em momentos em que estavam disponíveis. A pesquisadora fez a explanação dos objetivos do estudo e convidou-os a

participar. Após o aceite, orientou para que se dirigissem a uma sala reservada, para terem privacidade ao responder o questionário. Cada participante recebeu um envelope contendo duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e uma do questionário. A mesma permaneceu em outra sala, a fim de esclarecer dúvidas, se necessário, e receber o questionário respondido.

Como instrumento de pesquisa, utilizou-se o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), desenvolvido na Universidade do Texas¹², na sua versão validada para o Brasil¹¹. Ele é dividido em duas partes: a primeira possui 41 itens que contemplam seis domínios (clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gestão da unidade e do hospital, condições de trabalho e reconhecimento de estresse)⁹. A segunda contempla dados do profissional (sexo, categoria, tempo de atuação e a unidade de atuação, adulto ou pediátrico) elaborada pelas autoras.

As respostas do SAQ seguiram uma escala *Likert* com cinco opções: discordo totalmente (A), discordo um pouco (B), neutro (C), concordo um pouco (D), concordo totalmente e não se aplica (E). A pontuação final do instrumento varia de 0 a 100, onde zero representa a pior percepção do clima de segurança e 100 representa a melhor percepção.

Os valores são considerados positivos quando a pontuação total é maior ou igual a 75¹². A pontuação é ordenada da seguinte forma: discordo totalmente (A) é igual a 0 pontos; discordo um pouco (B) é igual a 25 pontos; neutro (C) é igual a 50 pontos; concordo parcialmente (D) é igual a 75 pontos e concordo totalmente (E) é igual a 100 pontos¹².

Os dados foram organizados no programa *Epi-Info*® 6.04, com dupla digitação independente. Após correções de erros e inconsistências na digitação, a análise estatística foi realizada no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 18.0 for Windows.

Para a análise descritiva utilizaram-se medidas de tendência central (média), medidas de dispersão (desvio padrão), frequência relativa e absoluta.

Para verificar a normalidade das variáveis foi aplicado o teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

Para a comparação de médias utilizou-se o teste de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*. A confiabilidade do SAQ foi analisada pelo *Alfa de Cronbach*. Foi considerado estatisticamente significativo valor de $p < 0,05$. O estudo foi

aprovado pelo CEP da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ) sob CAEE: 70987517.4.0000.5350, em 18 de setembro de 2017, e respeitou todos os princípios éticos.

RESULTADOS

Participaram do estudo 86 profissionais, desses, 46 (53,5%) eram da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem) e 40 (46,5%) da equipe de apoio (administrativo, recepção, faturamento, suprimentos, cozinha, serviços gerais, departamento de RX). Identificou-se maior frequência do sexo feminino (78,6%), faixa etária entre 31 e 50 anos (70,7%), que viviam com companheiro (81,6%), escolaridade de Ensino Médio completo (65,1%), e que tinham

filhos (82,4%).

Na Tabela 1 evidencia-se que o domínio que obteve média positiva foi satisfação de trabalho. Quando comparados os grupos de enfermagem e apoio, os domínios satisfação do trabalho, percepção de stress, gerência de unidade e do hospital apresentaram diferença estatística significativa. As características de trabalho que apresentaram diferença estatística significativa quanto às avaliações do SAQ estão apresentadas nas Tabelas 2 e 3.

Tabela 1 – Avaliação da média dos domínios do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) quanto às equipes do Sul do Brasil, 2017

Domínios do SAQ	Enfermagem M±DP	Apoio M±DP	p	Geral M±DP	Alfa Cronbach
Clima de trabalho em equipe	68,58 ± 16,20	66,90 ± 20,30	0,924	67,80 ± 18,13	0,639
Clima de segurança	62,90 ± 16,30	65,88 ± 20,76	0,458	64,29 ± 18,45	0,611
Satisfação de trabalho	86,09 ± 13,90	90,59 ± 15,24	0,005	88,18 ± 14,63	0,626
Percepção de stress	63,45 ± 30,22	50,26 ± 20,33	0,008	57,32 ± 26,77	0,803
Gerência unidade	51,81 ± 19,82	71,72 ± 18,88	0,000	61,08 ± 21,71	0,592
Gerência hospital	57,06 ± 20,90	77,18 ± 22,58	0,000	66,42 ± 23,81	0,608
Condições de trabalho	50,09 ± 24,35	47,08 ± 32,88	0,842	48,69 ± 28,50	0,680

M - média; DP - desvio padrão; *p < 0,05; Mann-Whitney; Alfa-Cronbach.

Tabela 2 – Avaliação da média dos domínios do *Safety Attitudes Questionnaire* quanto às características hora extra, principal área de atuação e se escolheu unidade de trabalho de profissionais de um hospital do Sul do Brasil, 2017

Domínios do SAQ	HORA EXTRA		PRINCIPAL ÁREA ATUAÇÃO		ESCOLHEU A UNIDADE		
	Sim	Não	Adulto	Adulto/pediatria	Sim	Não	
	M±DP	M±DP	M±DP	M±DP	M±DP	M±DP	
Clima de segurança	61,2±19,5	65,4±17,3	63,3±17,6	66,8±18,2	63,8±19,6	65,5±16,8	0,783
Clima de trabalho	64,7±14,8	69,2±19,6	69,2±15,7	67,1±23,8	67,2±18,7	69,5±16,9	0,700
Satisfação no trabalho	85,2±15,2	89,8±14,4	86,3±13,8	90,5±16,9	88,6±14,2	87,1±15,9	0,883
Percepção de stress	64,9±27,3	53,2±25,9	64,3±27,6	48,4±24,4	55,9±25,2	60,9±30,7	0,450
Gerência unidade	48,3±22,3	68,1±17,9	54,4±19,6	72,6±24,4	61,1±22,3	60,9±20,7	0,958
Gerência hospital	56,5±24,9	71,8±21,6	61,8±18,7	69,8±30,6	66,4±21,9	66,6±28,6	0,7280
Condições de trabalho	42,7±28,9	51,5±27,9	51,8±25,3	51,6±29,4	53,3±27,8	36,8±27,4	0,019

Mann-Whitney.

Tabela 3 – Avaliação da média dos domínios do *Safety Atitudes Questionnaire* quanto às características forma de contato com o paciente e tempo de instituição de profissionais de um hospital da Região Sul do Brasil, 2017

Domínios do SAQ	FORMA CONTATO PACIENTE		TEMPO DE INSTITUIÇÃO					P	
	Direta	Indireta	1 ano	>1 a 3 anos	>3 anos a 5 anos	>5 anos a 10 anos	>10 anos a 20 anos		
	M±DP	M±DP	M±DP	M±DP	M±DP	M±DP	M±DP		
Clima de segurança	64,2±18,5	65,5±18,6	68,83±7,76	73,05±21,21	73,90±18,62	58,65±18,75	57,38±16,08	66,51±18,34	0,031
Clima de trabalho	67,5±18,4	69,0±18,1	75,00±11,99	75,69±18,89	78,74±12,02	58,92±21,48	61,07±15,87	72,80±12,33	0,010
Satisfação no trabalho	87,0±15,1	94,25±6,93	87,50±6,54	95,90±4,90	93,50±8,51	81,61±18,84	84,28±16,96	94,41±6,34	0,032
Percepção de stress	58,8±28,0	54,58±20,93	62,50±33,07	59,09±31,54	50,62±29,52	52,08±26,30	61,60±21,63	63,11±26,05	0,759
Gerência unidade	57,3±21,6	74,58±16,16	54,69±13,98	69,31±24,45	64,58±19,17	56,11±19,77	58,63±27,80	67,00±21,88	0,295
Gerência hospital	63,9±23,6	74,75±23,70	68,23±10,32	67,27±31,96	73,50±29,72	60,00±20,60	64,64±27,97	73,38±20,05	0,324
Condições de trabalho	49,0±30,3	47,92±23,23	58,33±21,36	47,72±34,77	50,41±31,20	44,79±25,87	44,64±34,53	52,45±27,91	0,907

Mann-Whitney, Kruskal-Wallis.

DISCUSSÃO

Estudo¹³ que avaliou a cultura de segurança do paciente no contexto hospitalar vem ao encontro do estudo em tela, na medida em que o maior percentual de participantes do estudo integrava a equipe de enfermagem, eram do sexo feminino, encontravam-se na faixa etária de até 50 anos e possuíam ensino médio completo.

No estudo em tela o domínio condições de trabalho foi o que obteve menor média e a satisfação no trabalho, o maior. Estudo¹⁴ realizado com equipe de saúde em um hospital do Nordeste do Brasil encontrou os mesmos resultados.

Resultados deste estudo evidenciaram que o domínio satisfação de trabalho teve média positiva, vindo ao encontro de outros estudos realizados nacionalmente^{6,15,16,17,18}.

A Satisfação no Trabalho representa a visão positiva do local de trabalho¹⁷. Para autores¹⁹, a satisfação no trabalho pode transformar o ambiente em um local mais seguro.

Neste estudo, a equipe de apoio apresentou melhor satisfação no trabalho quando comparada à enfermagem. Importante destacar que os trabalhadores de enfermagem são em maior número na maioria nas instituições hospitalares, assistem integralmente os pacientes e estão expostos a inúmeros riscos ao efetivarem a assistência à saúde, entre eles estão situações estressoras, sofrimento físico e psíquico e também considerável vulnerabilidade à *Síndrome de Bournout*^{20,21}. Ainda é necessário destacar que neste domínio houve diferença estatística.

O domínio clima de trabalho em equipe, o qual avalia a qualidade das relações e a colaboração entre profissionais¹⁷, obteve média geral negativa (67,80). Estudo realizado vem ao encontro do presente estudo, na medida em que igualmente obteve escores baixos (59,1)²².

Salienta-se que uma equipe coordenada, com boa comunicação, que trabalha de forma harmoniosa, produz um cuidado mais humanizado e qualifica a segurança do paciente. O trabalho em equipe deve envolver relação harmoniosa de cooperação entre os trabalhadores da equipe⁶.

Nesta investigação o domínio Clima de Segurança ficou com média abaixo do esperado (64,29), o que está a sinalizar que, na instituição investigada, os trabalhadores não reconheciam envolvimento com a temática segurança do paciente. O Clima de Segurança representa o quanto os profissionais reconhecem o envolvimento da organização para com a segurança do paciente¹⁷.

Estudo em que o escore geral do SAQ foi de 61,8 corroborou a percepção negativa dos participantes do estudo quanto ao clima de segurança do paciente e inferiu que a análise da cultura de segurança do paciente é importante ferramenta que permite diagnosticar e executar atividades por meio dos domínios que precisam ser aprimorados¹⁸.

Ao se avaliar o clima de segurança relacionado ao tempo de atuação na instituição, aqueles com tempo inferior a cinco anos o avaliaram de forma satisfatória. Esse resultado vai ao encontro de estudo em que profissionais com menos tempo na unidade tenderam a avaliar de uma forma positiva a instituição que os contratou¹¹. Entretanto, autores²² afirmam que a estabilidade dos profissionais pode contribuir para mudanças no processo de trabalho, uma vez que a instituição não sofre as consequências das altas taxas de substituição de pessoal (*turnover*). Importante salientar que escores abaixo de 60 são considerados sinal de alerta para as organizações de saúde, e indicam urgência na promoção do clima de segurança na instituição¹¹.

A avaliação do clima de segurança sob a percepção dos profissionais poderá subsidiar gestores e administradores na identificação das limitações e fragilidades existentes, para então estabelecer medidas que favoreçam a segurança do paciente.

O domínio referente a Percepção do Estresse avalia o quanto fatores estressores podem influenciar no desenvolvimento do trabalho¹⁷. Ele resultou em média geral negativa, no entanto[,] quando comparados os grupos enfermagem e apoio, apresentou diferença estatística. Estudo realizado em um hospital filantrópico e um público no RS encontrou

resultado semelhante e demonstrou que os profissionais não percebiam as situações de estresse.

Ainda ressalta a necessidade de os profissionais compreenderem que, para prover o cuidado, inicialmente necessitam cuidar de si próprios, evitar sentimentos de estresse e angústia que os levem a abandonar suas tarefas, o que pode comprometer o cuidado⁶.

A segurança do trabalhador é um dos resultados organizacionais que deve ser valorizado tanto quanto o desempenho, e o estresse é o resultado central de sua experiência²³.

No trabalho em ambiente hospitalar há risco para desenvolvimento do estresse ocupacional, relacionado à sobrecarga de trabalho, às jornadas noturnas, e pode ser aprimorado no que se refere às adequações da estrutura organizacional das unidades críticas, tendo como consequência uma qualidade melhor do cuidado²⁴.

A Percepção da Gerência está relacionada com a aprovação das ações tanto da gerência hospitalar quanto da unidade¹⁷. A média geral no estudo em tela foi negativa, tanto na gerência da unidade (61,08) como na gerência do hospital (66,42). No entanto, a equipe de apoio percebeu mais a gerência, do que a equipe de enfermagem.

Outro estudo obteve resultados com as menores médias (44,50) para a gerência da unidade e (34,9) para a gerência do hospital²². Corroborando outro estudo¹⁵, os menores domínios foram percepção da gerência do hospital (59,61), percepção do estresse (59,64) e percepção da gerência da unidade (59,91). A média do escore expõe que a percepção da cultura de segurança entre os profissionais está abaixo do mínimo recomendado pelos mentores do SAQ¹².

A baixa percepção em relação à gerência da unidade do hospital e condições de trabalho sugere que os profissionais que atuam na assistência não estão implicados com o compromisso da gestão da instituição com os fatores ausentes da cultura de segurança e, com isso, sugere mudança desta cultura, por meio de educação permanente, e um modelo de gestão com foco na segurança do paciente²².

Outro dado evidenciado no estudo denota

que os profissionais que não faziam hora extra avaliaram melhor a gerência do hospital do que os demais. Profissionais de saúde que trabalham horas a mais restringem-se do convívio familiar, do lazer, do descanso, e isso pode implicar em sua saúde, tanto no âmbito físico, quanto no psicossocial, o que reflete na diminuição da qualidade e no funcionamento da organização²⁵.

O domínio condições de trabalho avalia como o profissional percebe a qualidade do seu ambiente de trabalho²⁶. O resultado encontrado indica a premência de uma intervenção, uma vez que mostrou escore abaixo da medida para este item, o que pode refletir em risco para a segurança do paciente²⁷.

As condições de trabalho podem contribuir para o desenvolvimento de burnout em maior proporção do que características isoladas de cada profissional²⁸.

Esse resultado pode influenciar de maneira negativa à segurança do paciente, uma vez que, sem condições para desempenhar o seu trabalho, o profissional sente-se desmotivado, estressado, o que pode refletir em risco a saúde do paciente quando se realiza o cuidado assistencial.

Estudo infere que para que os profissionais de saúde consigam exercitar executar um bom trabalho, é preciso que tenham condições de trabalho propícias e uma cultura organizacional adequada, com recursos humanos e materiais em quantidade suficientes, pois a falta de material pode ser um dos fatores que desencadeia o desequilíbrio da qualidade de vida do trabalho²⁹.

Os profissionais de saúde são expostos a fatores estressantes e condições desfavoráveis de trabalho, e na maior parte do tempo precisam adotar um comportamento diferente, fato que pode estar relacionado aos problemas que vivem no seu cotidiano com os pacientes³⁰. Outro estudo⁶ realizado no RS, comparando três hospitais, evidenciou, no domínio relacionado às condições de trabalho, que a instituição privada obteve melhor escore, o que pode estar relacionado à crise na saúde pública no país, colocando como premente a necessidade de mudanças nas organizações de saúde.

Nesse contexto, as organizações de saúde necessitam planejar maneiras para aprimorar

as condições de trabalho de sua equipe, com vistas a amenizar as situações de estresse e favorecer um melhor ambiente de trabalho, que refletirá na melhor qualidade do cuidado.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidencia que a cultura de segurança na perspectiva da equipe multiprofissional estava fragilizada, uma vez que o único do domínio positivo foi satisfação do no trabalho. Ainda, a equipe de apoio mostrou-se mais satisfeita quando comparada à equipe de enfermagem. Os demais domínios (clima de segurança, clima de trabalho, percepção do estresse, gerência de unidade e hospital e condições de trabalho) obtiveram valores negativos.

O estudo evidenciou que a equipe de apoio teve melhor percepção do clima de segurança, quando comparada aos profissionais da enfermagem. Trabalhadores que não realizavam horas extras, profissionais que atuavam na pediatria e os que não possuíam contato direto com pacientes obtiveram

médias melhores, se comparados aos demais profissionais.

Os resultados demonstram a necessidade de implementar ações com intuito de consolidar a segurança do paciente e prestar cuidado seguro, incluindo todos os profissionais atuantes na instituição hospitalar, em conjunto com gestores e usuários, para que todos percebam a importância de mudanças na cultura organizacional, e os benefícios do fortalecimento da segurança do paciente e de todos envolvidos no cuidado.

Considerando como limitação o estudo ter sido realizado apenas em uma instituição hospitalar, futuros delineamentos longitudinais são indispensáveis para dar suporte às ações voltadas à segurança do paciente na referida instituição

REFERÊNCIAS

1. National Patient Safety Foundation. Freefromharm: accelerating patient safety improvement fifteen years after to erris human. Boston, 2015: 1-45
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
3. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. Rev. Eletr. Enfermagem. 2017;19: 1-12.
4. Petschonek S, Burlison J, Cross C, Martin K, Laver J, Landis RS, et al. Development of the just culture assessment tool: measuring the perceptions of health-care professionals in hospitals. J Patient Saf. 2013; 9(4):190-97.
5. Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMCM. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22(5):747-754.
6. Toso GL, Golle L, Magnago TSBS, Herr GEG, Loro MM, Aozane F, et al. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. Rev. Gaúcha Enf. 2016; 37(4): 1-8.
7. Health and Safety Commission. Reino Unido, 1993.
8. Kaufman L, Mccaughan D. The effect of organisational culture on patient safety. Nurs Stand. 2013;27(43): 50-56.
9. Stavrianopoulos T. The development of patient safety culture. Health Science Journal. 2012;6(2):201-11.
10. Kolankiewicz ACB, Loro MM, Schmidt CR, Santos FP, Bandeira VAC, Magnago TSBS. Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. Acta Paul Enferm. 2017;30(5):531-7.
11. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire: Short Form 2006 para o Brasil. Rev Latino-Am Enfermagem. 2012;20(3):1-8.
12. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Services Research. 2006;6(44): 1-10.
13. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. Texto Contexto Enf. 2018;27(3): e2670016.
14. Oliveira ICL, Cavalcante MLSN, Freitas SA, Freitas RJM, Silva BV, Marinho DMF, et al. Safety culture: perception of health

professionals in a mental hospital. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(5):2316-22.

15. Tondo JCA, Guirardello EB. Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2017; 70(6): 1355-60.
16. Barbosa MH, Aleixo TCS, Oliveira KF, Nascimento KG, Felix MMS, Barichello E. Clima de segurança do paciente em unidades de clínica médica e cirúrgica. *Rev Eletrônica de Enf.* 2016; 18: 1-10.
17. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enf.* 2012; 55(5): 728-35.
18. Luiz RB, Simões ALA, Barichello E, Barbosa MH. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015; 23(5): 880-7.
19. Marinho MM, Radünz V, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. *Texto Contexto Enf.* 2016;23(3): 581-90.
20. Cossi MS, Costa RR, Medeiros SM, Menezes RMP. A capacidade para o trabalho da equipe de enfermagem inserida no ambiente hospitalar. *Rev Atenção à Saúde.* 2015; 13(43): 68-72.
21. Ferreira NN, Lucca SR. Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2015; 18(1): 68-79.
22. Carvalho PA, Göttems LBD, Pires MRGM, Oliveira MLC. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015; 23(6): 1041-8.
23. Palacios KEP, Pacheco EA, Severino AF. Clima organizacional e estresse em equipes de trabalho. *Revista de Psicologia: Organizações e Trabalho.* 2013; 13(1): 37-48.
24. Versa GLGS, Murassaki ACY, Inoue KC, Augusto de Melo W, Faller JW, Matsuda LM. Estresse ocupacional: avaliação de enfermeiros intensivistas que atuam no período noturno. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012; 33(2):78-85.
25. Renner JS, Taschetto DVR, Baptista GL, Basso CR. Qualidade de vida e satisfação no trabalho: a percepção dos técnicos de enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. *Rev Mineira de Enfermagem.* 2014; 18(2): 440-46.
26. Cossi MS, Costa RR, Medeiros SM, Menezes RMP. A capacidade para o trabalho da equipe de enfermagem inserida no ambiente hospitalar. *Revista de Atenção à Saúde.* 2015; 13(43): 68-72.
27. Santiago THR, Turrini RNT. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. Escola de Enfermagem da USP.* 2015; 49(Esp):123-30.
28. Pantoja FGB, Silva MVS, Andrade MA, Santos AAS. Avaliação do Burnout em trabalhadores de um hospital universitário do município de Belém (PA). *Rev. Saúde em Debate.* 2017; 41(Esp): 200-14.
29. Tambasco LP, Silva HS, Pinheiro KMK, Gutierrez BAO. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Saúde em Debate.* 2017; 41(Esp):140-51.
30. Ribeiro RN, Souza PM. Relação entre qualidade de vida no trabalho e o índice de absenteísmo nas organizações: uma análise empírica do absenteísmo em profissionais de enfermagem. In: *II Congresso de Administração e Tecnologia - O Estudo das Tecnologias frente às mudanças sociais*, 2016, 7-11.