

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FERNANDA LETICIA FRATES CAUDURO



AValiação DA CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADES CIRÚRGICAS

CURITIBA  
2013

FERNANDA LETICIA FRATES CAUDURO

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADES CIRÚRGICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elaine Drehmer de Almeida Cruz

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Leila Maria Mansano Sarquis

CURITIBA  
2013

Cauduro, Fernanda Letícia Frates  
Avaliação da cultura de segurança em unidades cirúrgicas /  
Fernanda Letícia Frates Cauduro – Curitiba, 2013.  
104 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Elaine Drehmer de Almeida Cruz  
Coorientadora: Professora Dra. Leila Maria Mansano Sarquis  
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do  
Paraná, 2013.

Inclui bibliografia

Clima de segurança. 2. Segurança do paciente. 3. Centro  
cirúrgico hospitalar. I. Cruz, Elaine Drehmer de Almeida. II. Sarquis,  
Leila Maria Mansano. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 613.6

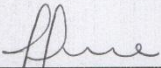
**TERMO DE APROVAÇÃO**

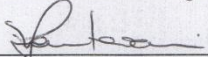
FERNANDA LETICIA FRATES CAUDURO

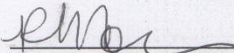
AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADES CIRÚRGICAS

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção de título de mestre em enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem; Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca:

ORIENTADORA:

  
Profª Drª Elaine Drehmer de Almeida Cruz  
Departamento de Enfermagem, UFPR

  
Profª Drª Maria de Fátima Mantovani  
Departamento de Enfermagem, UFPR

  
Profª Drª Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho  
Departamento de Enfermagem, UECE

Curitiba, 10 de dezembro de 2012

Dedico esse trabalho aos meus pais Luiz Fernando Cauduro e Rosemary Frates Cauduro, pelo amor, compreensão e apoio, ao meu irmão Luiz Fernando Cauduro Junior pelo incentivo e ao meu namorado Marcelo Luis Turesso pela paciência no transcorrer dos dois últimos anos. Sem vocês nada disso seria possível.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por sua Graça e Misericórdia, por ter-me dado forças e sabedoria para a execução desse trabalho.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elaine Drehmer de Almeida Cruz, pela orientação, apoio e amizade.

Ao Curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, pelo apoio.

Ao Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto – GEMSA, pelo apoio, ensinamentos e contribuição.

Às professoras D<sup>ra</sup> Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho, Dr<sup>a</sup> Maria de Fátima Mantovani e Dr<sup>a</sup> Leila Maria Mansano Sarquis pelas contribuições e sugestões na construção do trabalho.

Às colegas da turma de Mestrado Acadêmico em Enfermagem – Turma 2013/2014.

Aos profissionais do Centro Cirúrgico Geral e Centro Cirúrgico Gineco - Obstétrico que contribuíram para a execução desse trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro pelo período no qual fui bolsista.

*Pode parecer um princípio estranho anunciar,  
como requisito básico, em um hospital, que não  
se deve causar dano ao doente.*

***Florence Nightingale, 1863***

## RESUMO

A segurança do paciente é destaque nos assuntos relativos à qualidade da assistência em saúde e desde 2004 estratégias para a promoção da cultura de segurança são veiculadas pela Organização Mundial de Saúde por meio dos Desafios Globais. Nesse sentido, o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) como instrumento que permite avaliar a percepção da cultura de segurança em serviços de saúde, é composto por 41 itens distribuídos em seis domínios e quatro itens isolados; a pontuação obedece a escala de Likert com afirmativas que variam desde discordo totalmente a concordo totalmente e escores entre 0 e 100; acima de 75 os escores são considerados positivos para a cultura de segurança. Neste contexto, foram objetivos desta pesquisa: avaliar a cultura de segurança em Centro Cirúrgico Geral (CCG) e Centro Cirúrgico Gineco-Obstétrico (CCGO) de um hospital de ensino, compara-los por domínios entre unidades e população do estudo, e verificar a associação dos escores geral e por domínios e as variáveis de interesse. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa e a escolha das unidades de estudo foi intencional uma vez que desde 2010 o Programa Cirurgia Segura está em implantação na instituição participante. Trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo *survey*, realizada entre junho e agosto de 2013, por meio da aplicação do SAQ. A população alvo foi composta por profissionais dos centros cirúrgicos que atendessem aos critérios de inclusão e exclusão definidos, e foi constituída por 132 participantes, 79 do CCG e 54 do CCGO. Os resultados de cada questionário foram transcritos para o programa Excel® versão 2007 e processados pelo *software* Statistica v.8.0. Predominaram participantes do sexo feminino (75,8%) com tempo de atuação no hospital entre 11 a 20 anos (21,2%). Ao comparar a cultura de segurança por domínios entre sexo, foi observado que o melhor escore (77,7) esteve entre mulheres no domínio “Satisfação no trabalho”, seguido por “Percepção do estresse” (77,3) entre homens. O menor escore foi identificado no domínio “Percepção da gerência” hospitalar (43,3) para sexo masculino. Quando observado o tempo de atuação dos profissionais de ambas unidades o domínio “Satisfação no trabalho” apresentou a melhor pontuação entre aqueles com mais de 20 anos de trabalho. Em contrapartida, os menores escores foram atribuídos aos domínios “Percepção da gerência” hospitalar e “Clima de trabalho em equipe” entre servidores de CCG e CCGO com um a dois anos de atividade. A comparação dos domínios por categoria profissional mostrou que no CCG auxiliares e técnicos de enfermagem sentem-se mais satisfeitos em seu ambiente de trabalho (83,8), corroborando com a percepção dos enfermeiros do CCGO (90,8). As menores percepções por categoria profissional (escore <75) foram atribuídas por médicos residentes do CCG em todos os domínios e para cinco domínios entre os atuantes no CCGO. Entre os itens isolados, a baixa comunicação com prejuízos para a pontualidade dos procedimentos (item 36) foi percebida com os menores escores entre todos os profissionais de ambos centro cirúrgicos. Quando comparados os centros cirúrgicos, os maiores escores foram atribuídos por enfermeiros e médicos do CCGO. Destacam-se os médicos residentes os quais apresentaram a maior frequência de escores negativos, exceto para o domínio “Percepção do estresse” para residentes do CCGO. De modo geral, os profissionais de saúde do CCG e CCGO estão satisfeitos com seu trabalho e considerando o Programa de cirurgia segura em implantação, os resultados direcionam para a necessidade de ações gerenciais com vistas à melhoria da cultura de segurança, sobretudo às questões relativas à comunicação.

Palavras-chave: Clima de segurança; Segurança do paciente; Centro Cirúrgico Hospitalar



## ABSTRACT

Patient safety is the spotlight in subjects related to the quality of medical assistance in healthcare and since 2004 strategies to the promotion of a safety culture are conveyed by the World Health Organization through Global Challenges. In this sense, the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) as an instrument that allows evaluation of the safety culture perception in health services, is compounded by 41 items distributed in 6 domains and 4 isolated items; the score follows the Likert scale with affirmatives sentences that vary from completely disagree to completely agree and scores between 0 and 100; Scores above 75 are considered positive for safety culture. In this context, the objectives of this research were: To evaluate the safety culture on the General Surgical Center (GSV) and Gynecology and Obstetrics Surgical Center (GOSC) from a teaching hospital, to compare them by domains between units and population of the study, and verify the association of general and domain scores and variables of interest. The Research Ethics Committee approved the research and the study units choice was intentional, given that since 2010 the Safe Surgery Program is under implementation on the participant institution. This is a quantitative survey research, conducted between June and August of 2013, by applying the SAQ. The target population is composed by surgical center professionals who meet the defined inclusion and exclusion criteria, and was constituted by 132 participants, 79 from GSV and 54 from GOSC. The results of each questionnaire were transcribed using Excel® software version 2007 and processed using Statistica v.8.0. Software. Female participants (75,8%) who have been working at the hospital from 11 to 20 years (21,2%) were predominant. When comparing the safety culture by sex domains, it was observed that the best score (77.7) was among women within the domain "Job Satisfaction", followed by "Stress perception" (77.3) among men. The lowest score was identified on the domain "Hospital management perception" (43.3), for males. When observing the time the professionals from both units have been acting on the field the domain "Job Satisfaction" showed the best scores among those who have 20 or more years of work. On the other hand, the lowest scores were attributed to the "Hospital management perception" and "Team work climate" among workers from GSV and GOSC working from one to two years in the area. The comparison of domains by professional category showed that at GSV nursing assistants and technicians feel more satisfied in their working environment (83,8), corroborating with the perception of the nurses from GOSC (90,8). The lowest perception by professional category (scores <75) were attributed by residents from GSV in all domains and for five domains among the staff from GOSC. Among the isolated items, the poor communication with losses to the procedures punctuality (item 36) was perceived with the lowest scores among all professionals from both surgical centers. When comparing the surgical centers, the highest scores were given by nurses and doctors from GOSC. Residents stand out as they provided the highest frequency for negative scores, except to the domain "Stress perception" from GOSC residents. In general, health professionals from GSV and GOSC are satisfied with their jobs and considering the Safe Surgery program that is being implemented, the results directed to the necessity of managing actions aiming to improve the safety culture, above all the questions related to communication.

Key words: Safety climate, Patient safety, Hospital Surgical Center

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL DE ENSINO.....	40
TABELA 2 -	CULTURA DE SEGURANÇA POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE CCG E CCGO POR SEXO E TEMPO DE ATUAÇÃO.....	43
TABELA 3 -	CULTURA DE SEGURANÇA POR ITENS ISOLADOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE CCG E CCGO POR SEXO E TEMPO DE ATUAÇÃO.....	44
TABELA 4 -	MÉDIA DE ESCORE DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA POR UNIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL DE ENSINO .....	44
TABELA 5 -	MÉDIA DE ESCORE DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE ENTRE PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL DE ENSINO.....	45
TABELA 6 -	ESCORE TOTAL E ESCORES POR DOMÍNIO DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL DE ENSINO DE CURITIBA.....	46
TABELA 7 -	COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DO CCG E CCGO.....	47
TABELA 8 -	COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR ITENS ISOLADOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DO CCG E CCGO.....	48
TABELA 9 -	COMPARAÇÃO DO VALOR DE $p^{***}$ POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL DE ENSINO.....	48
TABELA 10 -	COMPARAÇÃO DO VALOR DE $p^{***}$ POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL DE ENSINO.....	49
TABELA 11 -	COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR DOMÍNIO E ITENS ISOLADOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA DE UNIDADES DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO.....	50
TABELA 12 -	COMPARAÇÃO DO ESCORE TOTAL E ESCORES POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE CCG EM UM HOSPITAL DE ENSINO.....	52

TABELA 13 -	COMPARAÇÃO DO ESCORE POR ITENS ISOLADOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE CCG EM UM HOSPITAL DE ENSINO.....	53
TABELA 14 -	COMPARAÇÃO DE p*** POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE CCG EM UM HOSPITAL DE ENSINO.....	53
TABELA 15 -	COMPARAÇÃO DE p*** POR ITENS ISOLADOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE CCG EM UM HOSPITAL DE ENSINO.....	54
TABELA 16 -	COMPARAÇÃO DO ESCORE TOTAL E ESCORES POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO.....	56
TABELA 17 -	COMPARAÇÃO DO ESCORE POR ITENS ISOLADOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DO CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO.....	56
TABELA 18 -	COMPARAÇÃO DE p*** POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO.....	58
TABELA 19 -	COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO.....	59
TABELA 20 -	COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO.....	60
TABELA 21 -	COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE ENFERMEIROS DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. ....	61
TABELA 22 -	COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR ITENS ISOLADOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE ENFERMEIROS DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO.....	62
TABELA 23 -	COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE MÉDICOS DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO.....	63

TABELA 24 -	COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR ITENS ISOLADOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE MÉDICOS DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO.....	64
TABELA 25 -	COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE MÉDICOS RESIDENTES DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO.....	65
TABELA 26 -	COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR ITENS ISOLADOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE MÉDICOS RESIDENTES DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO.....	65
TABELA 27 -	COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE TÉCNICOS DE FARMÁCIA, SUPORTE ADMINISTRATIVO, SUPORTE AMBIENTAL, ESTAGIÁRIOS DE ENFERMAGEM, TÉCNICO DE LABORATÓRIO, VOLUNTÁRIOS E RESIDENTE DE ENFERMAGEM DE UNIDADES DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO.....	66
TABELA 28 -	COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE TÉCNICOS DE FARMÁCIA, SUPORTE ADMINISTRATIVO, SUPORTE AMBIENTAL, ESTAGIÁRIOS DE ENFERMAGEM, TÉCNICO DE LABORATÓRIO, VOLUNTÁRIOS E RESIDENTE DE ENFERMAGEM DE UNIDADES DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO.....	67
TABELA 29 -	DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS POR ITENS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL DE ENSINO.....	69

## **LISTA DE SIGLAS**

ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCG	- Centro Cirúrgico Geral
CCGO	- Centro Cirúrgico Gineco-Obstétrico
PCS	- Programa Cirurgia Segura
SAQ	- Questionário de Atitudes de Segurança
OMS	- Organização Mundial da Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	16
2 OBJETIVOS .....	19
3 REVISÃO DE LITERATURA .....	20
3.1 CULTURA DE SEGURANÇA.....	20
3.2 ESTUDOS BRASILEIROS SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA .....	26
3.3 INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA CULTURA E CLIMA DE SEGURANÇA .....	28
4 PERCURSO METODOLÓGICO .....	32
4.1 LOCAL DA PESQUISA .....	32
4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA E ASPECTOS ÉTICOS.....	33
4.3 COLETA DE DADOS .....	35
4.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	37
5 RESULTADOS .....	39
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE UNIDADES DE CENTRO CIRURGICO E COMPARAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA POR SEXO E TEMPO DE ATUAÇÃO.....	40
5.2 AVALIAÇÃO CONSIDERANDO A CLASSIFICAÇÃO TOTAL DO QUESTIONARIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA .....	44
5.3 CULTURA DE SEGURANÇA ENTRE UNIDADES DE CCG E CCGO .....	45
5.4 CULTURA DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CCG .	51
5.5 CULTURA DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE CCGO .....	55
5.6 CULTURA DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE CCG E CCGO .....	58
5.6.1 Cultura de segurança entre auxiliares e técnicos de enfermagem de Unidades de CCG E CCGO. ....	58
5.6.2 Cultura de segurança entre enfermeiros de Unidades de CCG E CCGO. ....	60
5.6.3 Cultura de segurança entre médicos de Unidades de CCG e CCGO .....	62

5.6.4 Cultura de segurança entre médicos residentes de Unidades de CCG E CCGO .....	64
5.6.5 Cultura de segurança entre demais categorias de CCG E CCGO. ....	66
5.4 DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UNIDADES DE CCG E CCGO.....	68
6 DISCUSSÃO .....	73
REFERÊNCIAS .....	87
APÊNDICES.....	95
ANEXOS .....	101

## 1 INTRODUÇÃO

*Segurança do paciente* é definida como o conjunto de ações e atitudes que visam reduzir a ocorrência de danos e evitar eventos adversos ao paciente durante o cuidado médico-hospitalar (WHO, 2005). Atualmente o conceito é tratado como prioridade nos assuntos referentes à qualidade da assistência em saúde e estudos nesta temática ganham espaço com vistas à melhoria do cuidado prestado.

Este termo ganhou destaque após o estudo epidemiológico norte-americano *To err is human: build in safe health care system*, o qual apresentou um diagnóstico sobre agravos provenientes da hospitalização. Este revelou que, aproximadamente, 16% de todos os pacientes internados apresentaram alguma iatrogenia e, como resultado, evoluíram para óbito (KOHN, 2001). A partir de sua publicação pesquisas e ações internacionais foram iniciadas com o intuito de elaborar programas para a promoção da segurança do paciente.

Em 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, a qual prevê estratégias, denominadas desafios, para a redução de eventos adversos aos usuários de serviços de saúde. Importante destacar que os eventos adversos resultam de falhas no processo assistencial, e a melhoria na qualidade do cuidado depende de diferentes fatores, tais como ações organizacionais, construção de ambiente seguro, e gestão de riscos. A gestão de risco inclui a redução de infecções relacionadas à assistência à saúde, o uso adequado e seguro de medicamentos, a prática clínica segura, entre outros (WHO, 2012).

Até novembro de 2013 a OMS lançou três desafios: o primeiro, denominado *Cuidado Limpo é Cuidado Seguro* com o objetivo de promover a higienização das mãos para a redução das infecções relacionadas à assistência à saúde; o segundo, denominado *Cirurgias Seguras Salvam Vidas*, o qual prevê medidas para promover qualidade nas práticas cirúrgicas e o terceiro, *Enfrentando a Resistência Microbiana*, com a finalidade de orientar o uso oportuno e correto de antibióticos. Nesta perspectiva, as estratégias preconizadas pela OMS contribuem para a construção da cultura de segurança, ou seja, mudanças nos padrões de comportamento dos profissionais de saúde a fim de que suas atitudes respeitem os princípios da qualidade assistencial (WHO, 2005).



A cultura de segurança advém do conceito de cultura organizacional, compreendida como o conjunto de crenças, valores, normas e expectativas presentes entre os membros participantes de uma organização (CROW; HARTMAN, 2002). A cultura organizacional deve ser mensurada para fins de avaliação dos processos institucionais, além de serem observados indicadores que caracterizam a organização, tais como o perfil da gerência e dos funcionários, a coerência entre a missão da instituição, atitudes e clima da organização (SCHEIN, 2004). Neste contexto, o clima organizacional é considerado indicador passível de avaliação e permite distinguir uma organização de outra, além de influenciar, direta e indiretamente, o comportamento, motivação, produtividade e satisfação dos profissionais (CARVALHO, 2012). Estes conceitos embasam pesquisas sobre segurança do paciente.

Discussões sobre cultura de segurança tiveram como ponto de partida investigações realizadas em indústrias química, elétrica, de aviação e, sobretudo, nuclear. Essas ganharam destaque após o acidente ocorrido em Chernobyl – Ucrânia, o qual teve a atenção mundial devido suas consequências na saúde das pessoas acometidas pela irradiação (FLIN *et al.*, 2000). Entende-se por cultura de segurança “o conjunto de características e atitudes das organizações e pessoas que determinam as questões relacionadas à segurança” (ALVARADO, 2011, p.99), e sua implementação constitui um dos passos para a formação de um ambiente seguro (FLEMING, 2005).

Assim como na cultura organizacional, a cultura de segurança também deve ser avaliada de modo que lacunas sejam identificadas. O clima de segurança permite obter subsídios para a averiguação da existência, ou não, de problemas relativos ao tema em um grupo ou organização (CARVALHO, 2012). Compreende-se como clima de segurança o componente mensurável da cultura de segurança, o qual é atribuído por meio da avaliação da percepção dos profissionais atuantes em determinado serviço (SEXTON, 2006).

Deste modo, evidencia-se a necessidade de métodos para a mensuração do da cultura e clima de segurança, a exemplo escalas e questionários (GERSHON, 2004). Em 2006 Sexton e colaboradores criaram o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) – *Short Form 2006* (ANEXO 1) com o intuito de mensurar a cultura de segurança entre profissionais de saúde. Este instrumento foi traduzido e validado para a língua portuguesa e aplicado em seis hospitais públicos terciários no Brasil

por Carvalho (2011), e seu título neste idioma é Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ). Como resultados do estudo foi possível reconhecer a percepção dos profissionais atuantes nas instituições de saúde onde foi aplicado (CARVALHO, 2011).

Em face destes, conhecer a cultura segurança nas instituições de saúde torna-se uma ferramenta capaz de elucidar gestores e estudiosos engajados nas questões referentes à segurança do paciente para a melhoria ou implementação de estratégias que visem à qualidade do cuidado. Embasada em tais premissas, a questão norteadora desta pesquisa é: *Qual a percepção da cultura de segurança entre profissionais atuantes nas unidades de centro cirúrgico de um hospital de ensino?*

Optou-se como cenário da pesquisa as unidades de Centro Cirúrgico Geral (CCG) e Gineco-Obstétrico (CCGO), pois, há dois anos, no referido hospital de ensino, um grupo de estudos foi formado por enfermeiros com vistas a implantar as recomendações da OMS para a segurança do paciente em resposta ao desafio Cirurgias Seguras Salvam Vidas o qual tem por objetivos: elevar os padrões de qualidade em serviços de assistência à saúde por meio do estabelecimento de práticas para uma cirurgia segura que contempla a prevenção de infecção em sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas seguras e indicadores de assistência cirúrgica (OMS, 2009).

Em junho de 2010, médicos, cirurgiões, obstetras e anesthesiologistas juntaram-se ao grupo citado, para debater o tema. Desde então se decidiu pela aplicação do programa, inicialmente em especialidades piloto, nas duas unidades, simultaneamente, e cuja avaliação do programa foi tema de dissertação (MAZIERO, 2012). Neste sentido, justifica-se a eleição das unidades para a avaliação da cultura de segurança na vigência da implantação do programa.

Também se enfatiza que o número de artigos científicos que abordam a cultura de segurança no âmbito nacional é reduzido, com destaque ao ambiente cirúrgico, e de modo geral as publicações são recentes. Desta forma, reitera-se o interesse na presente pesquisa a fim de contribuir para a construção do conhecimento relacionado à segurança do paciente no Brasil.

## 2 OBJETIVOS

- Avaliar a cultura de segurança no Centro Cirúrgico Geral e Centro Cirúrgico Gineco-Obstétrico de um hospital de ensino.
- Comparar a cultura de segurança por domínios entre as unidades e população do estudo.
- Verificar a associação dos escores geral e por domínios e as variáveis de interesse.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Para discorrer sobre o tema e o objeto de estudo, esta revisão de literatura é composta pelos temas cultura de segurança, estudos brasileiros sobre cultura de segurança e avaliação da cultura de segurança.

#### 3.1 CULTURA DE SEGURANÇA

A segurança do paciente, considerada na atualidade como prioridade nos assuntos de gestão e qualidade dos serviços de saúde, prevê a minimização, ou eliminação, dos erros ou eventos adversos decorrentes do processo assistencial (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013; WHO, 2005). No ano de 2004, o Comitê Europeu de Saúde elencou dez componentes essenciais à prevenção dos riscos provenientes da assistência à saúde; dentre estes a promoção da cultura de segurança por meio da sensibilização dos profissionais de saúde (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2004).

Contudo, antes de discorrer acerca do conceito, se faz necessário entender as origens da cultura de segurança para melhor compreensão da relevância do assunto. Neste contexto, a cultura organizacional constitui-se como um dos pilares da cultura de segurança.

Cultura organizacional é definida como o conjunto de crenças, valores, normas e expectativas que mantém os membros de uma organização unidos (CROW; HARTMAN, 2002). Este conceito foi claramente discorrido por Edgar Schein, em 1985, com a publicação do livro “Cultura organizacional e liderança”, no qual afirma que a cultura organizacional é formada a partir das premissas dos integrantes de um grupo ou organização, as quais são elencadas a partir da resolução de problemas de adaptação interna e externa, com resultados positivos válidos o suficiente para serem ensinados a novos membros (SCHEIN, *apud* VINCENT; 2009).

A mensuração da cultura organizacional ocorre a partir do clima organizacional, e este elemento diferencia uma instituição de outra, bem como

influencia os comportamentos, motivações, produtividade e satisfação profissional (CARVALHO, 2011). A partir do conceito de cultura organizacional tem-se a abordagem de cultura e clima de segurança, de interesse para a área de saúde. Neste sentido, em 2003, o conceito de cultura de segurança foi adaptado para atender às demandas das instituições de saúde, e definida por Nieva e Sorra (2003, p. 18) como “produto de valores e atitudes, percepções e competências individuais e grupais que determinam o compromisso, estilo e a proficiência, quanto às questões de segurança do paciente em uma instituição de saúde”. Embora pesquisadores considerem que a cultura de segurança não consista em um tema novo, pois discussões acerca do assunto são abordadas há décadas pela indústria (FLIN *et al.*, 2000; ALVARADO, 2011), na área de saúde pode-se considerar como tal.

Em 2004, a *National Patient Safety Agency* do Reino Unido elaborou o documento *Seven Steps to Patient Safety* com a finalidade de servir como um guia para o planejamento de atividades relacionadas à segurança do paciente. O primeiro passo consistia na construção da cultura de segurança, além dos benefícios apontados e a seguir apresentados:

- Impacto positivo no funcionamento da organização;
- Análise das falhas com vistas à melhoria da assistência;
- Ciência da equipe sobre os erros e a possibilidade de erros;
- Redução da recorrência e severidade dos erros, por meio de capacitações das equipes;
- Redução dos danos ao paciente por meio de medidas preventivas e comunicação; redução do estresse, culpabilidade e falta de confiança por parte da equipe de saúde;
- Redução do retorno de pacientes por iatrogenias;
- Redução dos custos extra tratamento;
- Redução de custos antes designados para a resolução de queixas e reclamações; e
- Diminuição dos custos sociais.

O documento também destaca que a construção de uma cultura de segurança depende da consciência de que os processos em uma instituição de saúde podem ir mal e, neste caso, os profissionais deverão ter a capacidade de

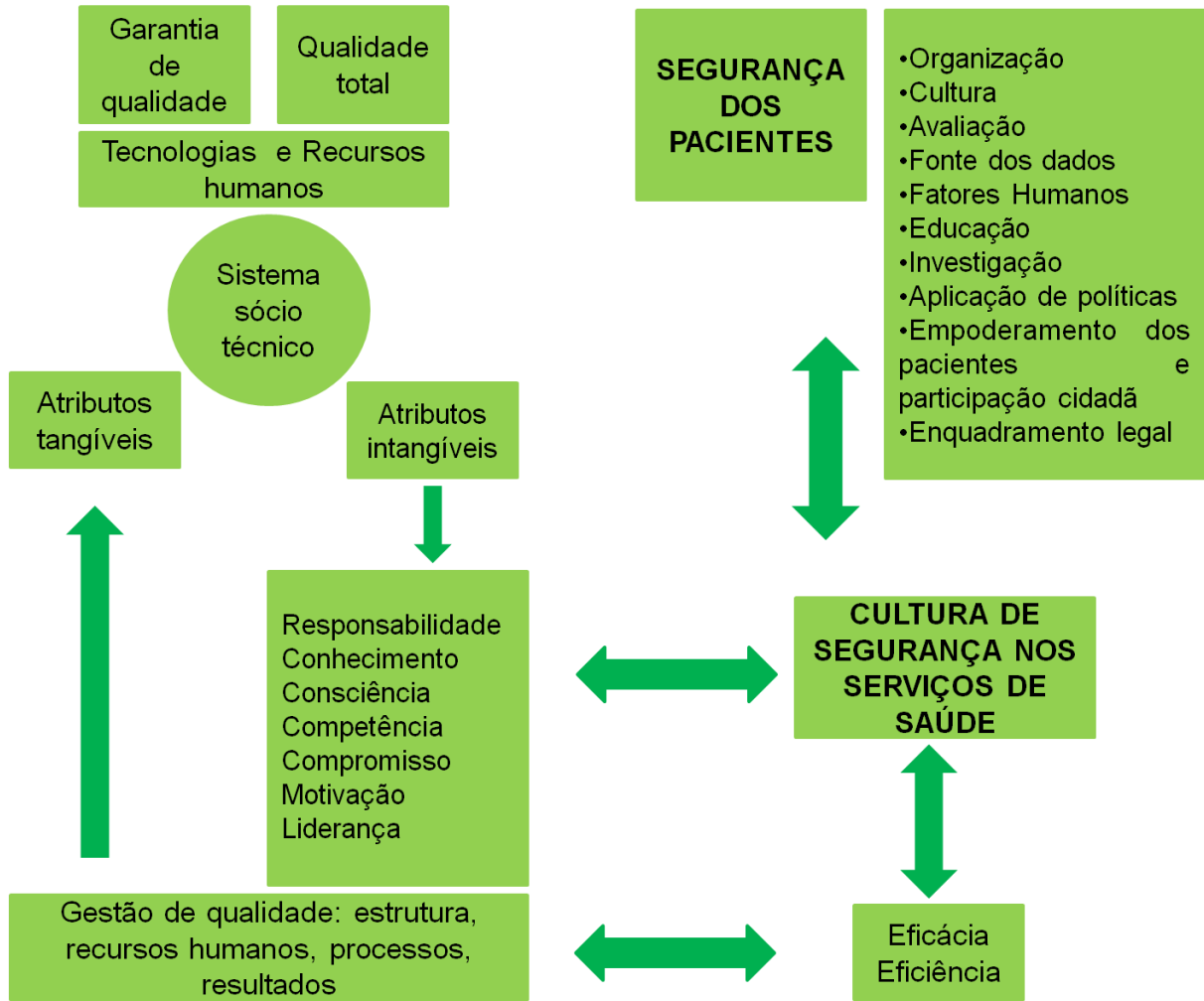
reconhecer os erros e aprender com estes com vistas à melhoria na assistência à saúde (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2004).

De acordo com Vincent (2009), a cultura de segurança é estabelecida a partir das atitudes e valores dos participantes de um grupo, ou instituição, sendo que cada qual contribui para a segurança a seu modo. Contudo, é esperado o comprometimento dos gestores, de modo a exercer liderança clara, e transmitir a todos os atores envolvidos, no processo de instauração da cultura de segurança, de que a segurança do paciente e dos profissionais é prioridade. O autor exemplifica o nível de comprometimento com trabalhadores de serviços gerais, os quais devem estar conscientes acerca do risco de infecções; ou ainda, por meio de administradores, que devem monitorar e relatar os incidentes (VINCENT, 2009).

Neste contexto, a eficácia da cultura de segurança depende da colaboração dos diversos membros de uma organização. Contudo, implementar estratégias com este foco demanda a instauração de políticas institucionais, além de ser essencial a identificação dos fatores que impedem a formação da cultura de segurança (CARVALHO, 2011).

Para Alvarado (2011), a cultura de segurança influencia, com impactos positivos, o funcionamento de uma organização por meio da melhoria contínua de qualidade. A análise dos erros, e sua redução, contribuem para a diminuição do tempo de espera e dos custos oriundos dos eventos adversos. Para a autora a cultura de segurança é capaz de impulsionar os profissionais a se sentirem responsáveis por seus atos, através de liderança proativa, que explica os benefícios de assistência segura sem medidas disciplinares frente a eventos graves.

Neste sentido, a cultura de segurança esta pautada nos fatores comportamentais da equipe de saúde, compreendidos pela responsabilidade, conhecimentos e competências, a exemplo, mas também de questões relativas à segurança do paciente que englobam as ações da organização de saúde em questão. Tais componentes interferem diretamente na eficácia e eficiência da gestão da qualidade dos serviços de saúde (ALVARADO, 2011).



**FIGURA 1:** A CULTURA DE SEGURANÇA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.  
 FONTE: ADAPTADO DE ALVARADO IN: PAHO (2011, p.105)

No Brasil, em publicação recente, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 529, e na qual institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, definido a cultura de segurança em cinco perspectivas (BRASIL, 2013 p. 2-3).

*“cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, paciente e familiares”*

*“cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais”*

*“cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança”*

*“cultura, que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional”*

*“cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança”*

Neste aspecto, observa-se que o tema é reconhecido como relevante em nosso país, em consonância às iniciativas globais com vistas à promoção da segurança do paciente, enfatizando-se a importância do conhecimento acerca da cultura de segurança nos serviços de saúde, bem como da elaboração de estratégias para sua promoção.

No que tange a cultura de segurança em centros cirúrgicos, o Desafio Global “Cirurgia Segura Salvam Vidas” prevê a adesão da equipe cirúrgica a Lista de Verificação com o intuito de, entre outros, reduzir os eventos adversos oriundos de procedimentos cirúrgicos, além de fortalecer a cultura nestes ambientes. Para tal, são apontados como fatores predisponentes o entrosamento entre a equipe multiprofissional e discussões interdisciplinares (OMS, 2009).

Beakley e colaboradores (2006) apontam três elementos os quais contribuem para a cultura da equipe cirúrgica: estrutura do ambiente cirúrgico, percepção dos papéis dentro da equipe cirúrgica e as atitudes dos membros da equipe frente às questões de segurança. Para os autores o trabalho desarticulado de médicos, enfermeiros e demais profissionais atuantes nestas unidades contribuem para a ocorrência de danos, portanto relevante consolidar a comunicação como meio de prevenir agravos ao paciente. Vale ressaltar que as atitudes dos membros da equipe refletem a cultura da organização em que estão inseridos (THOMAS; SEXTON; HELMREICH, 2003).

Neste contexto, a comunicação mostra-se como importante componente neste processo, uma vez que a união de profissionais da saúde, como médicos cirurgiões, diferença de classe profissional, sexo, idade, entre outros, promovem a segregação e são limitantes ao questionamento interdisciplinar (OMS, 2009). Contudo, é válido ressaltar que conforme a literatura aponta, os fatores comportamentais, estruturais e relativos às lideranças devem ser objeto de reflexão para a construção e consolidação da cultura de segurança, independente do serviço



ou unidade me que se deseja reduzir a ocorrência de eventos adversos. (BEAKLEY *et al.*, 2006; OMS, 2009).

Nesta perspectiva, a cultura segurança em centros cirúrgicos está relacionado a uma multiplicidade de fatores e o Segundo Desafio Global da OMS elenca-se como uma estratégia eficaz para sua promoção uma vez que seus objetivos apontam para a eficácia da comunicação entre os membros da equipe, bem com prevê a reorganização da estrutura e processo afim de promover a segurança do paciente nos períodos pré, trans e pós operatório (OMS, 2009). Makari e colaboradores (2006) ao analisar a cultura de segurança em centro cirúrgico de instituições de saúde americanas, por meio de uma versão adaptada do SAQ, identificaram que a percepção variou entre baixa (escore 16,3) e ótima (escore 100) entre os diferentes locais.

Schrer e Fitzpatrick (2008), ao investigarem a percepção de profissionais atuantes no período pré-operatório obtiveram baixos escores e indicaram como fatores correlatos a baixa comunicação entre os profissionais e a baixa relevância do tema atribuída pelos gerentes do serviço. Ainda, estudo conduzido por Hughes, Chang e Mark (2009) revelou que a cultura de segurança é fortemente percebido entre os profissionais atuantes de unidades cirúrgicas, em especial entre enfermeiros, quando a complexidade do paciente é menor e a gestão local mostra-se aberta ao relato de eventos adversos.

Em consonância a estes estudos, Carney e colaboradores (2010a), os quais utilizaram o SAQ para avaliar a cultura de segurança de profissionais atuantes em salas operatórias, concluíram que as percepções indicadas por cada domínio foram variadas entre os diferentes grupos de trabalhadores. Tal premissa é corroborada com as afirmações de Nascimento (2011), pois conclui que em uma mesma organização podem existir subculturas de segurança, sendo pertinente as avaliações da cultura organizacional nas unidades que a compõem.

Deste modo, evidencia-se que o escore do SAQ varia entre serviços e profissionais; e sua avaliação permite compreender a cultura de segurança vigente em uma instituição de saúde. Também, a partir dos resultados, é possível planejar intervenções que contribuam para a construção da cultura de segurança na organização.

### 3.2 ESTUDOS BRASILEIROS SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA

Com o intuito de aprofundar o conhecimento acerca de estudos brasileiros sobre cultura de segurança nos serviços de saúde e a partir da questão norteadora **“Qual a produção científica brasileira sobre cultura e clima de segurança e sua relação com a assistência em saúde?”** realizou-se busca de artigos científicos na biblioteca eletrônica *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), na base de dados de enfermagem (BDENF) e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) no período de agosto a setembro de 2013. Para tal foram utilizados os descritores cultura, segurança e saúde.

Como critérios de inclusão, foram elencados: publicações científicas brasileiras, disponíveis *online* na íntegra com ênfase na temática cultura de segurança no título e/ou resumo. Com relação à periodicidade, ficaram estabelecidos os artigos publicados entre janeiro de 2000 e julho de 2013, uma vez que em 1999 houve a publicação do estudo *“To err is human”* e a partir de então o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, pela OMS, estimulou a formulação de políticas públicas mundiais e, como consequência, a indução de pesquisas sobre o tema. Dissertações, teses e editoriais foram excluídos do estudo.

Identificaram-se oito artigos relacionados à cultura e clima de segurança; destes, dois são caracterizadas como pesquisas de abordagem qualitativa (QUES, MOTORO; GONZÁLES, 2010; WEGNER; PEDRO, 2012), quatro pesquisas de abordagem quantitativa (CLARO *et al.*, 2011; RIGOBELLO *et al.*, 2012; RIBEIRO *et al.*, 2013; PEASE; DAL SASSO, 2013), e dois relacionados à tradução e validação de instrumentos para avaliação de cultura de segurança (CARVALHO; CASSIANI, 2012; REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

Com relação aos participantes dos estudos publicados, predominaram os profissionais de enfermagem (auxiliares, técnicos em enfermagem e enfermeiros) (QUES; MOTORO; GONZÁLES, 2010; WEGNER; PEDRO, 2012; CLARO *et al.*, 2011; RIGOBELLO *et al.*, 2012; PEASE; DAL SASSO, 2013), agentes comunitários de saúde (PAESSE; DAL SASSO, 2013), dentistas (RIBEIRO *et al.*, 2013), familiares, acompanhantes ou cuidadores (WEGNER; PEDRO, 2012) e, em apenas um, foram abordados todos os profissionais atuantes no serviço de saúde investigado (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

No que tange a abordagem específica ao tema, em um dos estudos foram identificados como fatores de promoção da cultura de segurança, o estímulo de familiares à vigilância e fiscalização dos procedimentos executados pelos profissionais de saúde, estímulo à notificação de eventos adversos e à redução de medidas punitivas, com ênfase ao fortalecimento de ações educativas (WEGNER; PEDRO, 2012).

A cultura de não punição aos envolvidos em eventos adversos é encorajada com vistas ao fortalecimento da cultura de segurança. Entretanto, Claro e colaboradores (2009), em estudo desenvolvido em unidade de terapia intensiva, identificaram ações punitivas entre 74,3% dos participantes. Nesta mesma perspectiva, Ques, Montoro e Gonzáles (2010) identificaram como lacunas à cultura de segurança posturas passivas de grupos ou categorias profissionais, deficiências na organização e infraestrutura dos serviços, ausência de indicadores de segurança, baixa comunicação ou notificação dos eventos adversos, além da insuficiência na formação profissional relacionada à segurança do paciente. Os mesmos profissionais participantes do estudo em questão referiram como determinantes à construção da cultura de segurança a mudança organizacional, com valorização do tema pelos gestores dos serviços de saúde, o planejamento estratégico, a formação e educação dos envolvidos com o cuidado ao paciente, bem como a aproximação da academia com a prática assistencial (QUES; MONTORO; GONZÁLES, 2010).

A respeito dos instrumentos utilizados para a avaliação do cli de segurança, dois estudos utilizaram o SAQ (RIGOBELLO *et al.*, 2012; PAESE, DAL SASSO, 2013) e um utilizou a Escala de Clima de Segurança (RIBEIRO *et al.*, 2013). Entre os seis domínios analisados através do SAQ, estudo realizado por Rigobello e colaboradores (2012) demonstrou que a percepção da cultura de segurança variou de acordo com o local/unidade, categoria profissional e tempo de atuação. O domínio Satisfação no Trabalho apresentou maior escore, enquanto o domínio Percepção da Gerência, menor valor. Em consonância a estes resultados, Paese e Dal Sasso (2013), ao aplicarem uma versão adaptada do SAQ para o contexto da atenção primária, observaram altos índices de percepção da cultura de segurança relacionados à prevenção de eventos adversos, e entre os menores índices a percepção do erro em saúde.

Deste modo, foi possível verificar a preocupação emergente quanto às questões de cultura e clima de segurança, bem como à pertinência do uso de

instrumentos para a mensuração de indicadores relacionados aos tema cultura de segurança. Vale salientar que além do SAQ, o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety- HSOPS-* também configura-se como ferramenta de avaliação de cultura nas instituições de saúde brasileiras. Esse instrumento, proposto pela *Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)* foi traduzido e validado para o português (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012), configurando-se como mais uma ferramenta auxiliar instituições de saúde em diagnósticos situacionais e em pesquisas relacionadas à segurança do paciente.

### 3.3 INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA CULTURA E CLIMA DE SEGURANÇA

A cultura de segurança, como componente primordial para que ações de promoção à segurança do paciente sejam efetivas, de modo a propiciar a qualidade da assistência em saúde, deve encorajar o comprometimento de toda a organização. Deste modo, é relevante que a comunicação entre líderes e trabalhadores seja estabelecida, afim de que dificuldades e desafios sejam conhecidos e discutidos e, deste modo, que este movimento contribua para aumentar a confiança entre os protagonistas das atividades assistenciais. Para tal, é essencial conhecer o *status* da cultura organizacional para a segurança do paciente.

Para Nieva e Sorra (2003) a avaliação da cultura de segurança torna-se fundamental para que sejam identificadas as áreas com maior ou menor necessidade de melhoria da consciência de segurança do paciente. Ainda nesta perspectiva, ao se avaliar a cultura de segurança, é relevante que sejam apontadas as lacunas existentes entre a cultura vigente e a implicação desta no cuidado ofertado.

As abordagens para avaliar a cultura de segurança podem ser qualitativas ou quantitativas; Cooper (2000) defende a associação de abordagens para melhor compreensão das variáveis envolvidas na cultura de segurança em determinada instituição. Contudo, é sugerido que em fase anterior à investigação se diferencie cultura e clima e, então, se estabeleça qual é o foco da avaliação.

Em estudo de revisão de literatura realizado por Nascimento (2011) são apontados três métodos de avaliação: o primeiro de caráter epidemiológico, no qual os dados são obtidos através de questionários auto administráveis; o segundo de caráter sociológico em que os dados são obtidos por meio de abordagens qualitativas, a exemplo observação de reuniões ou retorno de experiências; e ainda a avaliação de caráter sócio antropológico, por associação de instrumentos, como entrevistas, questionários e observação.

Com relação às metodologias de abordagem de caráter qualitativo ou quantitativo, e a respectiva triangulação destes, podem favorecer a instituição de saúde a obter resultados que revelem as potencialidades e lacunas do serviço, e eventuais estratégias já desempenhadas para a segurança do paciente (OCCELLI *et al.*, 2007)

Em consonância a esta linha, Vieira Neto, Barroso e Gonçalves (2009) relacionam os aspectos mensuráveis da avaliação de cultura de segurança e as técnicas para a coleta de dados, da seguinte forma:

- Avaliação de fatores comportamentais: observação direta, diário de campo, pesquisa ação e sombreamento;
- Avaliação de atitudes e percepção de segurança: entrevistas, grupos focais, técnicas projetivas, questionários e análise de grades;
- Avaliação dos fatores ambientais: auditorias, análise de documentação, análise da política organizacional.

Ainda que a gama de técnicas para avaliação da cultura ou do clima de segurança sejam as mais diversas, atualmente é observado o uso de questionários como recurso à compreensão da cultura de segurança vigente em uma instituição, bem como em unidades/serviços específicos que compõem a complexa instituição de saúde.

Conforme revela Colla e colaboradores (2005) a diversidade de questionários disponíveis permite avaliar a cultura de segurança geral na instituição de saúde, em unidades hospitalares isoladas, bem como em locais de atenção à saúde específicos. Entre alguns dos questionários atualmente disponíveis, e a seguir apresentados, dois foram validados culturalmente, traduzidos e adaptados para a língua portuguesa:

- SLOAPS: *Strategies for Leadership*

- PSCHO: *Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations*
- HSOPS: *Hospital Survey on Patient Safety* - Agency for Healthcare Research and Quality<sup>1</sup>
- SAQ: *Safety Attitudes Questionnaire*<sup>1</sup>
- SCS: *Safety Culture Survey*

---

<sup>1</sup>Instrumentos adaptados para versão em língua portuguesa

O SLOAPS foi desenvolvido pela *Advancing Health in American* no ano de 2000 e propõe a avaliação da cultura de segurança em instituições de saúde por meio de quatro passos: o primeiro visa estabelecer uma equipe com representantes de diferentes categorias profissionais; em seguida estes deverão realizar uma avaliação inicial da instituição de saúde por meio de questões contidas no instrumento; após esta etapa os representantes de cada categoria deverão solicitar aos demais membros de equipe preencham o SLOAPS para realizar o somatório final. Resultados negativos indicam a necessidade da construção de um plano de ação. Os autores do instrumento recomendam que a aplicação deste seja anual e que os dados sejam comparados a demais instituições de saúde (AHA; 2009).

O PSCHO é um instrumento de avaliação da cultura de segurança idealizado pelo *Emergency Care Research Institute* (ECRI), uma entidade sem fins lucrativos que realiza pesquisas na área da segurança do paciente. O questionário se apresenta em um caderno que contém 46 questões distribuídos em sub-ítem que podem variar de *a* a *t*. Estes estão elencados nos seguintes temas: cultura de segurança, chefias, relatórios de eventos adversos, educação e meio ambiente e tecnologias. Sua aplicação pode ocorrer em diferentes instituições de saúde, sejam estas de pequeno a grande porte e permitem os gestores de saúde conhecer o perfil organizacional para segurança do paciente (ECRI; 2005).

Ainda no contexto dos diferentes instrumentos de avaliação da cultura de segurança o SCS está vinculado a um projeto da *New South Wales Government* – Austrália ligado a pesquisas em segurança do trabalho. Este se apresenta em um caderno com 37 questões, cada uma com três afirmativas em que uma deverá ser assinalada pelo participante. Estas estão inseridas em seis temas: treinamento e supervisão, procedimentos de trabalho seguro, consulta, relatórios de segurança, comprometimento da direção e gestão de riscos. Sua finalidade é avaliar a atitude

dos profissionais de saúde em relação à segurança dentro da organização (NSW; sem ano).

Com relação aos instrumentos adaptados para a língua portuguesa, o HSOPS contempla 42 questões em uma disposição de 12 dimensões de cultura de segurança. Essas são avaliadas individualmente nas unidades de instituições de saúde utilizando-se escala de Likert, com atribuições que variam de “discordo totalmente” a “concordo totalmente” (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

O SAQ, versão traduzida e validada por Carvalho (2011) recebeu incentivo do Programa *Small Research Grants* da OMS, e foi eleito, pois apresenta boas propriedades psicométricas e mostra-se válido e confiável para avaliar a cultura de segurança o qual será abordado na metodologia do estudo.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo *survey* transversal. A pesquisa do tipo *survey* é compreendida como método capaz de obter informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo, indicado como representante de uma população alvo através de um instrumento de pesquisa, habitualmente um questionário (PINSONNEAULT; KRAMER, 1993).

A pesquisa de abordagem quantitativa é caracterizada pela coleta sistemática de informações que podem ser quantificadas e os resultados analisados por meio de procedimentos estatísticos. A presente pesquisa também é considerada transversal visto que a coleta de dados ocorreu em um ponto do tempo, sendo apropriada para descrever a situação, o *status* do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo do tempo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

### 4.1 LOCAL DA PESQUISA

Pesquisa realizada no CCG e CCGO de um hospital de ensino de grande porte da cidade de Curitiba. A escolha do local da pesquisa foi intencional, uma vez que um estudo apresentou os resultados quanto à implantação do Programa Cirurgia Segura no CCG da referida instituição. Entre os resultados observou-se a não adesão a itens essenciais à segurança do paciente preconizados pelo referido Programa, tais como a confirmação da identidade do paciente, tipo de procedimento e lateralidade antes da indução anestésica; ausência da pausa cirúrgica e da conferência dos materiais utilizados, bem como a confirmação verbal desses elementos (MAZIERO, 2012).

Sobre o hospital de ensino, este é referência para o Estado do Paraná e atende pessoas do Brasil e de outros países da América do Sul. Conta com várias especialidades tendo o Sistema Único de Saúde (SUS) como sua única fonte de recursos para custeio (HC- UFPR, 2012a).

O CCG faz parte de uma Unidade Funcional, firmada por contrato de gestão em 2004, a qual compreende os serviços: Centro Cirúrgico, Central de Material e



Esterilização, Anestesiologia, Suprimento e Distribuição (medicamentos, órteses, próteses e afins). A unidade funcional é composta por gerente, supervisores, equipe de enfermagem e um colegiado interno. Conta com nove salas cirúrgicas e realiza cerca de 800 cirurgias/mês (HC-UFPR, 2012b).

O CCGO compõe a unidade funcional da mulher e do recém-nascido e tem por objetivo propiciar a assistência multiprofissional à mulher e ao recém-nato e realiza cirurgias ginecológicas, obstétricas, curetagem pós-aborto, cesarianas e parto normal, sendo que em 2011 realizou um total de 235 procedimentos (HC-UFPR, 2012c).

#### 4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA E ASPECTOS ÉTICOS

A população alvo, entendida como a população teórica, foi identificada por meio das listas de funcionários e residentes fornecidas pela gerência de cada unidade cirúrgica. A partir dessa, foram aplicados os seguintes critérios de inclusão para a composição da população do estudo: ser trabalhador atuante no CCG ou CCGO, independentemente da profissão ou ocupação, atuar há mais de quatro semanas na unidade e com jornada semanal de trabalho de, pelo menos, 20 horas (SEXTON *et al.*, 2006), e responder ao SAQ, versão validada e adaptada para a realidade brasileira (CARVALHO, 2011), após formalizar o aceite para participação no estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos aqueles que se encontravam afastados de suas atividades laborais, por motivo de saúde ou afastamento intencional, e assim permaneceram durante todo o período de coleta de dados, além daqueles que expressaram recusa em participar da pesquisa.

Durante a aproximação com as unidades da pesquisa foram identificadas pessoas que não constavam das listas consultadas, tais como voluntários, técnico de laboratório e estagiários de enfermagem e medicina que, apesar de não serem compreendidos como trabalhadores da unidade desempenhavam atividades de assistência; ao aplicarem-se os critérios de inclusão, passaram a compor a população alvo. Compuseram a amostra de estudo 110 participantes da unidade de CCG e 75 participantes da unidade de CCGO, conforme aponta a Figura 2.

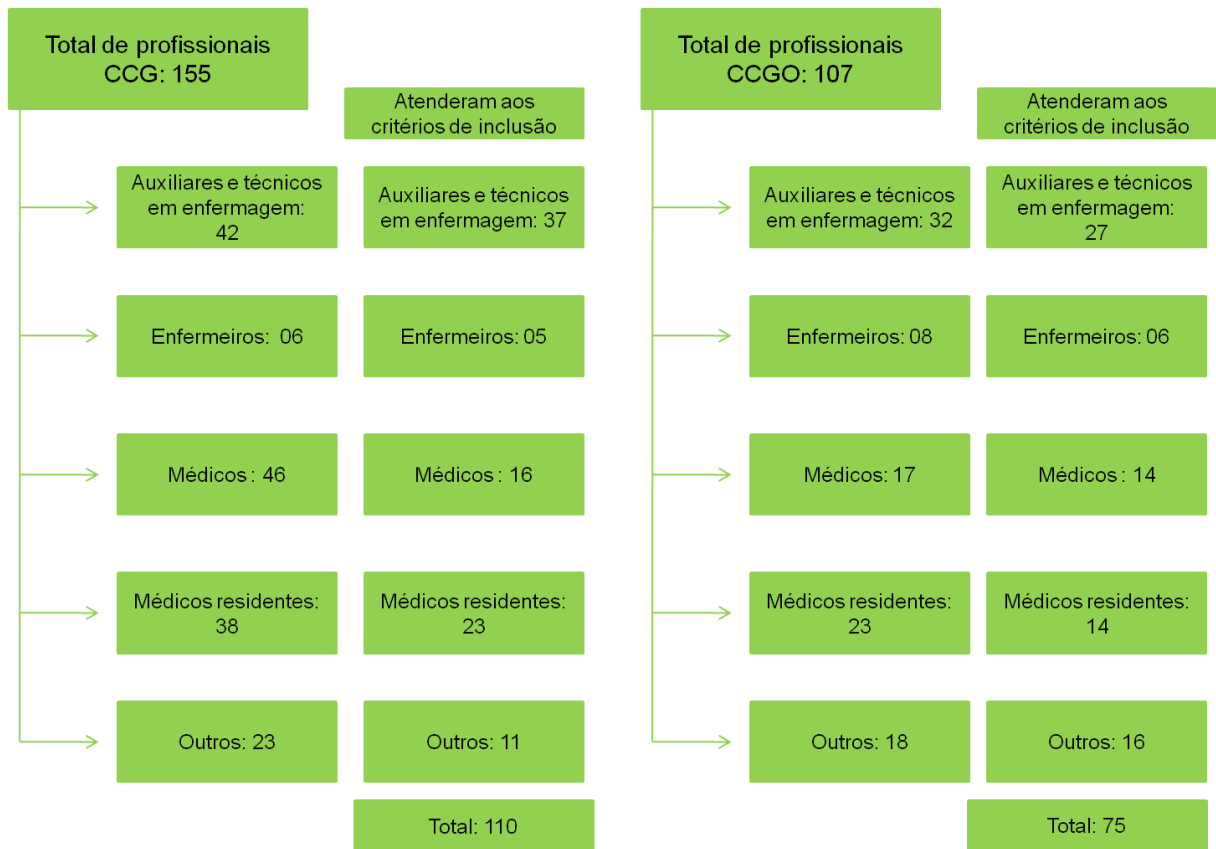


FIGURA 2- DISTRIBUIÇÃO TOTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES EM UNIDADES DE CCG E CCGO ANTES E APÓS APLICAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO. CURITIBA, 2013. FONTE: A autora (2013).

O projeto intitulado “Avaliação do clima organizacional para segurança do paciente” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde em 10 de abril de 2013, por meio do parecer CEP/SD 241.958 e recebeu o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº13383813.2.0000.0102 (APÊNDICE 1).

A presente pesquisa é recorte do projeto acima mencionado e para a abordagem dos participantes atuantes nos Centros Cirúrgicos deste hospital de ensino, local da pesquisa, realizou-se mediante consentimento formal através do preenchimento do TCLE (APÊNDICE 2). Garantiu-se o sigilo e anonimato por meio da não identificação do participante no SAQ. Os instrumentos devolvidos serão mantidos em arquivo de acordo com a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde vigente até a data de aprovação do projeto

### 4.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio da aplicação do SAQ particularizado para cada unidade, de acordo com o preconizado por Sexton e colaboradores (2006). Por exemplo, no item da versão genérica onde se lê “Nesta unidade é difícil discutir sobre erros?” passou a ler-se “No Centro Cirúrgico é difícil discutir sobre erros?”. Assim, foram disponibilizados dois instrumentos (ANEXO 3 e 4) cada qual específico para o CCG e CCGO, respectivamente. A abordagem, com convite à participação, explicação sobre a pesquisa, distribuição e resgate dos questionários e do TCLE aos participantes ocorreu no período de junho a agosto de 2013.

Com relação ao *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form*(SAQ)2006, ou Questionário de Atitudes de Segurança, este é um instrumento que visa avaliar a cultura de segurança nas instituições de saúde e foi idealizado na Universidade do Texas, a partir de dois outros instrumentos, denominados *Intensive Care Unit Managent Attitudes Questionnaire* e *Flight Managent Attitudes Questionnaire*. O SAQ, instrumento autoaplicável, é composto por duas partes, a primeira composta por 41 itens, entre esses 33 estão inseridos em seis domínios (Quadro 1) e cinco (itens 14, 33 a 36) não pertencem a domínio específico. O item 14 refere-se à percepção do trabalhador quando propõe sugestões relativas à segurança do paciente; os itens 33 ao 36 estão relacionados à colaboração entre os membros da equipe assistencial e à falhas de comunicação. Salienta-se que os itens 2, 11 e 36 são itens reversos, ou seja, caso o profissional assinale a alternativa correspondente a *concordo totalmente*, passará a ler-se *discordo totalmente* (SEXTON, 2006; CARVALHO, 2011).

Domínios	Descrição	Exemplo de itens
<b>Clima de Trabalho em Equipe</b> Itens 1 a 6	Compreende a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe	Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem sucedida
<b>Clima de Segurança</b> Itens 7 a 13	Avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente	Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente

<b>Satisfação no Trabalho</b> Itens 15 a 19	É a visão positiva do local de trabalho	Eu gosto do meu trabalho
<b>Percepção do Estresse</b> Itens 20 a 23	Trata do reconhecimento do quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho	Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado
<b>Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital</b> Itens 24 a 29	Refere-se a aprovação das ações da gerência quanto as questões de segurança	A administração está fazendo um bom trabalho
<b>Condições de Trabalho</b> Itens 30 a 32	Refere-se à percepção da qualidade do ambiente de trabalho	Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados

**QUADRO 1-** Domínios do Questionário de Atitudes e Segurança (SAQ). Fonte: Sexton *et al.* (2006) adaptado por Carvalho (2011). Curitiba, 2013.

A segunda parte do instrumento (SEXTON *et al.*, 2006) é composta por colunas para o preenchimento de dados do participante relativos ao sexo, categoria profissional, tempo e unidade de atuação, entre outros.

Para o processo de avaliação transcultural para a língua portuguesa Carvalho (2011) optou pela escolha do SAQ por apresentar boas propriedades psicrométricas, representado pelo alfa de Cronbach, o qual consiste em uma estimativa de confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa (FREITAS; RODRIGUES, 2005). No que tange ao cálculo do escore do instrumento, a escala final varia de 0 a 100 pontos, sendo o menor valor a pior percepção e o maior valor, a melhor percepção.

A pontuação segue de acordo com os itens propostos na escala de Likert em que *discordo totalmente* equivale a 0 ponto; *discordo parcialmente* a 25 pontos, *neutro* a 50 pontos, *concorda parcialmente* equivalente a 75 pontos e *concorda totalmente* refere-se a 100 pontos. Ao final, são considerados valores positivos para cultura de segurança a soma igual ou superior a 75 pontos. São considerados questionários válidos aqueles que apresentam taxa de resposta superior a 65%. Deste modo, após o recebimento dos instrumentos preenchidos, foram mantidos na pesquisa somente os considerados válidos.

Para o uso deste instrumento e seguimento à pesquisa, antes da aplicação do SAQ, foi realizada reunião formal com os gerentes de cada unidade participante com

explicação do objetivo do estudo, finalidade do SAQ, procedimentos para a abordagem da população alvo e para o preenchimento do questionário. Para a unidade de CCGO, por solicitação da unidade gerencial, também houve apresentação da proposta do estudo em reunião de colegiado, com aprovação formal para a realização da pesquisa.

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa individualmente, em seu local de trabalho e em momentos de sua disponibilidade; na ocasião foi explicado sobre os objetivos da pesquisa e sobre tempo estimado de 15 minutos para a resposta do questionário auto aplicável. Nos casos de aceite, foi entregue um envelope contendo o SAQ, TCLE, lápis e borracha; a devolução do SAQ e TCLE se deu por meio do depósito em uma urna lacrada, disponível nas unidades de estudo; ou devolução diretamente ao pesquisador, conforme acordado entre o participante e o pesquisador.

#### 4.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para cada instrumento devolvido procedeu-se a somatória dos escores atribuídos à cada questão, em cada domínio. O resultado foi dividido pelo número de questões, resultando em um número absoluto; quando igual ou superior a 75 pontos, a cultura de segurança foi considerado positivo.

Para fins de análise comparativa, os dados foram inseridos no Programa Excel® e posteriormente exportados para análise estatística no programa *Statistica* v.8.0. No que se refere aos itens reversos, 2, 11 e 36, imediatamente ao serem inseridos no Programa Excel® realizou-se a transição de respostas, ou seja, onde lê-se *concordo totalmente* passou a ler-se *discordo totalmente*, desta forma escores baixos indicaram baixas percepções da cultura de segurança e fragilidades quanto ao conteúdo abordado.

Para a comparação de dois grupos em relação aos domínios do SAQ foi considerado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Comparações de mais de dois grupos foram feitas usando-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. Testes de hipótese foram utilizados quando comparados duas unidades e valendo-

se da hipótese nula de resultados iguais para duas unidades ou grupos e hipótese alternativa de resultados diferentes. Valores de  $p < 0,05$  indicaram significância estatística.

## 5 RESULTADOS

De um total de 110 profissionais de saúde atuantes no CCG, que atenderam aos critérios e participaram da pesquisa, 5 são enfermeiros, 37 técnicos e auxiliares de enfermagem, 16 médicos, 23 residentes de medicina, 7 técnicos de farmácia, 1 técnico de radiologia, 4 suporte administrativo, 6 suporte ambiental e 11 outros (instrumentadores cirúrgico, acadêmicos de enfermagem e acadêmicos de medicina). Todos foram abordados em seu ambiente de trabalho, entretanto 12 trabalhadores recusaram participar da pesquisa (2 técnicos em enfermagem, 4 médicos, 2 residentes de medicina, 3 técnicos de laboratório e 1 auxiliar de serviços gerais).

Deste modo, foram incluídos no estudo 98 participantes, aos quais foram entregues o TCLE e o SAQ. Após retorno dos questionários obteve-se, em 20 questionários, taxa de resposta às afirmativas inferior a 65%, sendo esses excluídos da pesquisa, ou seja, 80,6% dos questionários apresentaram possibilidade de avaliação. Os demais questionários (n=78) foram considerados válidos e foram respondidos pelos seguintes profissionais, os quais compuseram a amostra final do estudo: 4 enfermeiros, destes 1 em atividade gerencial, 33 técnicos e auxiliares de enfermagem, 11 médicos, 13 residentes de medicina, 3 técnicos de farmácia, 1 técnico de radiologia, 3 suporte administrativo, 5 suporte ambiental, 5 outros (instrumentadores cirúrgico, acadêmicos de enfermagem e acadêmicos de medicina).

Com relação ao CCGO, de um total de 75 profissionais de saúde, os quais também obedeceram aos critérios de inclusão anteriormente descritos, 6 são enfermeiros, destes um em atividade gerencial, 27 técnicos e auxiliares de enfermagem, 14 médicos, 12 residentes de medicina, 3 técnicos de farmácia, 2 suporte administrativo, 7 suporte ambiental e 4 outros (residente de enfermagem, estagiário de enfermagem, técnico de laboratório e voluntário). A abordagem dos participantes também ocorreu no ambiente de trabalho, entretanto 8 profissionais recusaram participar da pesquisa (2 técnicos em enfermagem, 2 médicos, 3 residentes de medicina e 1 auxiliar de serviços gerais).

Deste modo, foram incluídos no estudo 68 participantes, aos quais foram entregues o TCLE e o SAQ. Após retorno dos questionários, observou-se taxa de

resposta menor que 65% em 13 questionários, os quais foram excluídos, restando 54 questionários válidos. Assim como para o CCG, para o CCGO 79,4% dos questionários foram passíveis de avaliação. Compuseram a amostra final do estudo 54 profissionais distribuídos nas seguintes categorias: 6 enfermeiros, 16 técnicos e auxiliares de enfermagem, 8 médicos, 10 residentes de medicina, 2 técnicos de farmácia, 1 suporte administrativo, 4 suporte ambiental, 2 técnicos em farmácia e 5 outros (estagiários de enfermagem, técnico de laboratório, voluntário e residente de enfermagem). Para fins de apresentação dos resultados os demais profissionais que não enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos e médicos residentes foram agrupados em uma única categoria, descritos como outros.

#### 5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE UNIDADES DE CENTRO CIRURGICO E COMPARAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA POR SEXO E TEMPO DE ATUAÇÃO

No que se refere às características contempladas na segunda parte do SAQ, relacionado às características sociodemográficas (Tabela 1), ficou evidenciado que a maioria dos profissionais corresponde ao sexo feminino, auxiliares e técnicos em enfermagem e atuam por tempo entre 11 e 20 anos.

**TABELA 1** - PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>N (%)</b>
Continua	
<b>Sexo</b>	
Feminino	100 (75,8)
Masculino	32 (24,2)
Total	132 (100)
<b>Categoria profissional CCG</b>	
Auxiliar/ técnico de enfermagem	33 (42,3)
Enfermeiro	04 (05,1)
Médico	11 (14,1)
Médico residente	13 (16,6)
Outros <sup>1</sup>	17 (21,7)
Total	78 (100)



**TABELA 1-** PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Conclusão N (%)</b>
<b>Categoria profissionais CCGO</b>	
Auxiliar/ técnico de enfermagem	16 (29,6)
Enfermeiro	06 (11,1)
Médico	14 (25,9)
Médico residente	08 (14,8)
Outros <sup>1</sup>	10 (18,5)
Total	54 (100)
<b>Tempo na especialidade CCG e CCGO</b>	
Menos de 6 meses	09 (06,8)
6 a 11 meses	06 (04,5)
1 a 2 anos	16 (12,1)
3 a 4 anos	09 (06,8)
5 a 10 anos	20 (15,1)
11 a 20 anos	28 (21,2)
21 anos ou mais	27 (20,4)
Não informado	27 (20,4)
Total	132 (100)
<b>Atuação principal CCG e CCGO</b>	
Adulto	21 (15,9)
Pediatria	04 (03)
Ambos	78 (59)
Não informado	29 (21,9)
Total	132 (100)

<sup>1</sup>Técnicos de farmácia, suporte administrativo, suporte ambiental, estagiários de enfermagem, técnico de laboratório, voluntários e residentes de enfermagem.

Fonte: A autora (2013).

Os resultados da Tabela 2 e 3 apresentam a média de escore obtido em cada domínio distribuído por sexo e tempo de atuação dos participantes de ambas unidades de centro cirúrgico. Embora o número de trabalhadores do sexo feminino seja maior que masculino, a cultura de segurança foi considerada satisfatória para o domínio “Satisfação no Trabalho” com escore médio de 77,7 entre mulheres e próximo a 75 entre homens (74,4). A “Percepção do estresse” também obteve escore médio superior a 75, porém apenas para o sexo masculino, (77,3) o qual indica que para este grupo há maior percepção da influência negativa dos fatores estressores na prática laboral.

Ainda neste contexto, os menores escores foram atribuídos à “Percepção da gerência” (unidade e hospital), seguido pelo “Clima de segurança”, “Clima de trabalho em equipe” e “Condições de trabalho”, para ambos os sexos. Entre itens isolados, predominaram escore médio aproximado a 75, ainda que apenas para o item

35, entre homens, o escore médio foi de 75. Os menores valores foram atribuídos para as afirmativas que tratam de sugestões para segurança do paciente acatadas pela gerência da unidade (item 14) com escores médios para mulheres e homens 60,3 e 52,3, respectivamente, bem como para “Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns” (item 36), com escores médios de 46,8 e 21, respectivamente. Foi observada significância estatística nos domínios “Percepção do estresse”, “Percepção da gerência da unidade e hospital”, “Condições trabalho” e item 36.

No que se refere aos escores médios obtidos, comparando-se o tempo médio de atuação no serviço, resultados positivos estiveram presentes nos domínios “Satisfação no Trabalho” com escore médio igual a 85,8 entre trabalhadores que atuam por tempo superior a 20 anos (exceto entre trabalhadores com tempo de um a dois anos); o “Clima de segurança” apresentou escore médio próximo a 75 apenas para aqueles com tempo de serviço superior a 20 anos (71,2) e vai ao encontro dos resultados gerados para “Percepção do estresse” entre participantes com tempo menor a um ano (71,5).

Os menores escores médios foram atribuídos aos demais domínios em que se destacam as maiores e menores médias por tempo de atuação. A “Percepção da gerência do hospital” foi avaliada com escore igual à 40,9 e o “Clima de trabalho em equipe” foi considerado baixo com as menores avaliações entre trabalhadores que atuam há um ou dois anos (50,3); o escore de 69,4 foi atribuído para aqueles que atuam de cinco a 10 anos. O “Clima de segurança” foi considerado negativo e com menor escore (57,9) entre aqueles com menor tempo de atuação.

A “Percepção da gerência”, seja esta da unidade ou do hospital, também revelou dados para cultura de segurança críticos, expressos pelos profissionais com tempo de serviço menor a quatro anos. As “Condições de trabalho” não refletem um ambiente de qualidade, principalmente para participantes com tempo de serviço entre 11 e 20 anos, contudo, aqueles que iniciaram suas atividades há menos de um ano o escore médio foi apresentou o resultado de 63,6. Do mesmo modo que para as comparações dos escores médios entre itens isolados por sexo, as menores percepções da cultura de segurança estiveram para os itens 14 e 36, o que reflete a concordância destas variáveis neste quesito. Vale salientar que para esta avaliação a colaboração da equipe multiprofissional vivenciada pelos médicos foi considerada

ligeiramente superior à dos enfermeiros, conforme identificado pelas médias dos itens 33 e 34, respectivamente.

**TABELA 2 - CULTURA DE SEGURANÇA POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE CCG E CCGO POR SEXO E TEMPO DE ATUAÇÃO. CURITIBA, 2013.**

	Domínios SAQ							
	SAQ total	*D1	D2	D3	D4	D5a	D5b	D6
Sexo	Media (**DP)	Media (DP)	Media (DP)	Media (DP)	Media (DP)	Media (DP)	Media (DP)	Media (DP)
Feminino	64,3 (16,9)	64,7 (21,4)	63,9 (20,1)	77,7 (22,2)	61,4 (29)	58,5 (24,0)	60,3 (25,9)	62,1 (29,3)
Masculino	57,8 (16,8)	57,0 (24,7)	61,7 (21,1)	74,7 (17,3)	77,3 (15,8)	45,4 (25,2)	43,3 (25,9)	60,3 (32,6)
p*** valor	0,078	0,130	0,423	0,232	<b>0,01</b>	0,018	<b>0,002</b>	0,383
Tempo de atuação								
< 6 meses	68,9 (11,2)	70,8 (15,2)	61 (13,8)	79 (18,5)	72,7 (30,3)	64,6 (16)	61,1 (18,3)	73,6 (19,8)
6 a 11 meses	51,8 (19,4)	49 (29,1)	53,1 (28)	68,3 (27)	69,8 (24,2)	38,9 (12)	40,8 (12,8)	48,6 (25,5)
1 a 2 anos	52,8 (20,2)	50,3 (27,2)	56 (17,7)	60 (27,4)	63,8 (24,7)	41,4 (26,9)	40,9 (30,6)	57 (31,5)
3 a 4 anos	64,1 (20,4)	63,1 (26,0)	65,7 (24,4)	79,6 (27,1)	54,4 (28,2)	56,5 (31,5)	61,7 (28,9)	57,4 (39)
5 a 10 anos	66,8 (13,8)	69,4 (16,3)	65,4 (20,0)	79,8 (17,9)	68,5 (24,2)	63,3 (20,0)	62,2 (23)	58,8 (29,7)
11 a 20 anos	59,9 (16)	63,5 (21,9)	60,4 (24,3)	76,2 (17,7)	67,9 (28,2)	49,3 (23,8)	51,5 (26,5)	45,7 (28,9)
21 anos ou mais	65,5 (15,3)	67,3 (17,1)	71,7 (14,8)	85,8 (12,4)	58,0 (36,9)	55,6 (24,8)	60,8 (28)	62 (30,4)
p*** valor	0,298	0,333	0,077	0,734	0,054	0,193	0,271	0,195

\*Domínios do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ)

D1: Clima de trabalho em equipe

D2: Clima de segurança

D3: Satisfação no trabalho

D4: Percepção do estresse

D5a: Percepção da gerência da unidade

D5b: Percepção da gerência do hospital

D6: Condições de trabalho

\*\* Desvio Padrão

\*\*\* p < 0,05

Fonte: A autora (2013).

**TABELA 3 - CULTURA DE SEGURANÇA POR ITENS ISOLADOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE CCG E CCGO POR SEXO E TEMPO DE ATUAÇÃO. CURITIBA, 2013.**

	Itens isolados SAQ				
	Item 14	Item 33	Item 34	Item 35	Item 36
Sexo	Media (**DP)	Media (**DP)	Media (**DP)	Media (**DP)	Media (**DP)
Feminino	52,3 (39,3)	74,5 (30,5)	74,2 (31,8)	71,6 (30,6)	46,8 (36,9)
Masculino	48 (26,8)	58,9 (40,6)	70,2 (33,2)	75 (32,6)	21 (24,2)
p*** valor	<b>0,017</b>	0,08	0,587	0,462	<b>0,001</b>
Tempo de atuação					
< 6 meses	62,5 (26,7)	88,9 (13,2)	83,3 (25)	71,4 (30,4)	56,3 (37,2)
6 a 11 meses	41,7 (20,4)	54,2 (43,1)	79,2 (29,2)	62,5 (26,2)	16,7 (20,4)
1 a 2 anos	39,1 (30,2)	59,4 (32,8)	76,6 (24,9)	67,3 (23,7)	50 (37,6)
3 a 4 anos	63,9 (30,9)	69,4 (41)	86,1 (33,3)	87,5 (20,9)	50 (37,5)
5 a 10 anos	56,3 (35,2)	77,5 (22,8)	69,4 (29,1)	72,2 (27)	46,1 (39,3)
11 a 20 anos	63 (36,3)	75,9 (32,9)	65,2 (36,9)	81,5 (33,9)	33,3 (35,4)
21 anos ou mais	67,2 (29,9)	64,1 (37,6)	62,5 (40,8)	66,7 (34,9)	39,1 (32,9)
p*** valor	0,113	0,342	0,379	0,16	0,275

\*Domínios do Questionário de Atitudes de Segurança

\*\*Desvio Padrão

\*\*\* p <0,05

Fonte: A autora (2013)

## 5.2 AVALIAÇÃO CONSIDERANDO A CLASSIFICAÇÃO TOTAL DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA

Ficou evidenciado que para ambos os centros cirúrgicos os baixos escores, ou seja, a baixa percepção da cultura de segurança superou em quase 50% bons índices, ou escores positivos. A tabela 4 apresenta os resultados desta análise.

**TABELA 4 - MÉDIA DE ESCORE DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA POR UNIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.**

SAQ total	CCG	CCGO
< 75	58 (74,4%)	39 (72,2%)
≥ 75	20 (25,6%)	15 (27,8%)
Total de instrumentos	78	54
p*** valor	0,842	

\*\*\* p <0,05

Fonte: A autora (2013).

Ao analisar as médias do SAQ total por categorias profissional observa-se que prevalecerem baixos escores entre a maioria dos participantes, sobretudo para médicos residentes (95,6%), médicos (78,9%) e demais profissionais (74,2%).

**TABELA 5 - MÉDIA DE ESCORE DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE ENTRE PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013**

<b>SAQ total</b>	<b>Aux/ téc. Enfermagem</b>	<b>Enfermeiros</b>	<b>Médico</b>	<b>Médico residente</b>	<b>Outras<sup>1</sup></b>
< 75	30 (61,2%)	7 (70%)	15 (78,9%)	22 (95,6%)	23 (74,2%)
≥ 75	19 (38,8%)	3 (30%)	4 (21,1%)	1 (4,4%)	8 (25,8%)
Total	49	10	19	23	31
p***valor	0,041				

<sup>1</sup>Técnicos de farmácia, suporte administrativo, suporte ambiental, estagiários de enfermagem, técnico de laboratório, voluntários e residentes de enfermagem.

\*\*\* p<0,05

Fonte: A autora (2013)

Os dados obtidos revelam a necessidade da divulgação destes para a comunidade de profissionais que atuam nos setores participantes com o intuito de oferecer conhecimento acerca da perspectiva da segurança do paciente nos CCG e CCGO do referido hospital de ensino, uma vez que houve concordância para a baixa cultura de segurança vivenciada nos setores de pesquisa.

### 5.3 CULTURA DE SEGURANÇA ENTRE UNIDADES DE CCG E CCGO

Os escores do SAQ para cada domínio e questões isoladas foram analisados de modo geral e comparados entre os centros cirúrgicos. Conforme observado na Tabela 6 o maior escore evidencia cultura de segurança satisfatória ao domínio “Satisfação no Trabalho” (76,9), e os menores atribuídos aos domínios “Percepção da gerência” relacionado à unidade e ao hospital (médias de 55,4 e 56,2), seguido pelas “Condições de trabalho” (58,7). Entre os itens isolados aproximaram-se ao escore médio de 75 os itens 33 a 35, os quais tratam do relacionamento profissional entre enfermeiros, médicos e farmacêuticos. O item 36 apresentou o menor escore médio (40,3) o qual indica falhas de comunicação nos centros cirúrgicos estudados.

No que tange ao item que trata da categoria “farmacêuticos” vale salientar que tanto no CCG e CCGO profissionais com tal formação não são encontrados,

mas sim técnicos em farmácia. Entretanto, a análise dos resultados, entre unidades ou isoladas, o item foi contemplado. Desta forma, pode-se compreender que para os demais trabalhadores das unidades o técnico em farmácia é entendido como farmacêutico.

**TABELA 6 – ESCORE TOTAL E ESCORE POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.**

<b>Domínios SAQ</b>	<b>Média</b>	<b>DP**</b>
Clima de trabalho em equipe	62,8	22,4
Clima de segurança	63,4	20,3
Satisfação no trabalho	76,9	21,1
Percepção do estresse	65,3	27,3
Percepção da gerência da unidade	55,4	24,8
Percepção da gerência do hospital	56,2	26,8
Condições de trabalho	58,7	29,3
Item 14	58,3	34,4
Item 33	70,8	33,7
Item 34	73,2	32
Item 35	72,5	31
Item 36	40,3	35,9
SAQ total	62,7	17

\*\* Desvio Padrão

Fonte: A autora (2013)

Quando comparados os escores médios entre as categorias de profissionais de ambos centro cirúrgicos, verifica-se que para as respostas relacionadas aos domínios do SAQ o numero de participantes que responderam às questões foi equânime, sendo estes 49 aux./ téc. Enfermagem, 10 enfermeiros, 19 médicos , 23 médicos residentes e 31 das demais categorias profissionais, conforme descrito na Tabela 7. Contudo ao observar o quantitativo de respostas dos itens isolados

(Tabela 8) este número sofreu variação, ou seja, os participantes não responderam as questões ou assinalaram não se aplica a afirmativa que se apresentava.

Nota-se os altos índices de baixos escores entre os diferentes domínios com exceção a “Satisfação no trabalho”. Neste sentido, os enfermeiros apresentaram o maior escore médio (82,5), enquanto que a menor percepção neste domínio foi apresentada pelos médicos residentes (59,8). Ainda com relação aos médicos residentes este grupo apresentou escore médio próximo a 75 apenas no domínio “Percepção do estresse” (74,5), o qual indica a influência dos fatores estressores no ambiente de trabalho na execução de tarefas.

Para os itens isolados foram observados escores médios satisfatórios, ou proximidade a 75, nos itens 33 - exceto médicos residentes (47,8) -; e para os itens 34 e 35 - ressalva a médicos residentes (69) e demais categorias (66,7) -. Os menores escores foram identificados nos itens 14 e 36. Na tabela abaixo são apresentados os resultados obtidos. Não houve diferença estatística significativa entre categorias apenas para o domínio “Percepção do estresse” e itens 34 e 35.

**TABELA 7- COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DO CCG E CCGO. CURITIBA, 2013.**

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

<sup>1</sup>Técnicos de farmácia, suporte administrativo, suporte ambiental, estagiários de enfermagem, técnico de laboratório, voluntários e residentes de enfermagem.

\*\* Desvio Padrão

\*\*\* p<0,05

Fonte: A autora (2013).





**TABELA 9-** COMPARAÇÃO DO VALOR DE  $p^{***}$  POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Grupos	Conclusão						
	SAQ total	*D1	D2	D3	D5a	D5b	D6
Aux./ téc. Enfermagem x Outros <sup>1</sup>	0,635	0,996	0,728	0,400	0,613	0,336	0,622
Enfermeiro x Médico responsável	0,619	0,778	0,924	0,541	0,913	0,814	0,486
Enfermeiro x Médico residente	<b>0,040</b>	<b>0,014</b>	<b>0,038</b>	<b>0,018</b>	<b>0,009</b>	<b>0,004</b>	0,615
Enfermeiro x Outros <sup>1</sup>	0,563	0,962	0,792	0,632	0,878	0,626	0,108
Médico responsável x Médico residente	<b>0,002</b>	<b>0,001</b>	<b>0,016</b>	<b>0,032</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	0,137
Médico responsável x Outros <sup>1</sup>	0,956	0,661	0,648	0,824	0,964	0,770	0,281
Médico residente x Outros <sup>1</sup>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,002</b>	<b>0,008</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	<b>0,005</b>

<sup>1</sup>Técnicos de farmácia, suporte administrativo, suporte ambiental, estagiários de enfermagem, técnico de laboratório, voluntários e residentes de enfermagem.

\*\*\*  $p < 0,05$

Fonte: A autora (2013).

**TABELA 10-** COMPARAÇÃO DO VALOR DE  $p^{***}$  POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Grupos	Item 14	Item 33	Item 36
Aux./ téc. enfermagem x Enfermeiro	0,198	0,693	0,192
Aux./ téc. Enfermagem x Médico	0,912	0,947	0,317
Aux./ téc. enfermagem x Médico residente	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>	0,255
Aux./ téc. Enfermagem x Outros <sup>1</sup>	0,059	0,747	<b>0,026</b>
Enfermeiro x Médico	0,279	0,691	0,616
Enfermeiro x Médico residente	0,081	0,052	0,639
Enfermeiro x Outros <sup>1</sup>	0,945	0,865	<b>0,008</b>
Médico x Médico residente	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,004</b>	0,952
Médico x Outros <sup>1</sup>	0,161	0,750	<b>0,006</b>
Médico residente x Outros <sup>1</sup>	<b>0,011</b>	<b>0,004</b>	<b>0,003</b>

<sup>1</sup>Técnicos de farmácia, suporte administrativo, suporte ambiental, estagiários de enfermagem, técnico de laboratório, voluntários e residentes de enfermagem.

\*\*\*  $p < 0,05$

Fonte: A autora (2013).

Com relação aos domínios do SAQ e itens 14, 33 a 36, ao compará-lo entre as unidades de centro cirúrgico listadas, observa-se o domínio “Satisfação no trabalho” com escore médio igual a 75,9 para o CCG e 78,4 para o CCGO. Escores inferiores foram atribuídos aos domínios “Percepção da gerência da unidade e hospitalar” e “Condições de trabalho”, em ambas as unidades; para os itens isolados, a questão relacionada às falhas de comunicação com consequentes atrasos no atendimento, apresentou escore médio igual a 37,8 (CCG) e 43,8 (CCGO).

Entre os itens isolados não foram verificados escores médios superiores a 75, entretanto houve proximidade para itens 33 a 35; o pior resultado esteve relacionado ao item 36 (CCG- 37,8; CCGO- 43,8); não houve diferença estatística significativa entre as unidades de centro cirúrgico.

**TABELA 11-** COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR DOMÍNIO E ITENS ISOLADOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA DE UNIDADES DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Domínios SAQ	CCG	CCGO	p*** valor
	Média (**DP)	Média (DP)	
Clima de trabalho em equipe	61 (24,5)	65,4 (19)	0,511
Clima de segurança	63,2 (21,2)	63,7 (19,2)	0,972
Satisfação no trabalho	75,9 (23,5)	78,4 (17,2)	0,921
Percepção do estresse	62,4 (27,4)	69,5 (26,8)	0,124
Percepção da gerência da unidade	54,2 (26)	57,1 (23,1)	0,496
Percepção da gerência do hospital	53,9 (28)	59,4 (25)	0,243
Condições de trabalho	57,7 (31)	60,2 (26,8)	0,683
Item 14	57,8 (35,9)	60,2 (32,5)	0,949
Item 33	68,8 (34,9)	73,6 (31,9)	0,487
Item 34	73 (32,9)	60,2 (31,1)	0,89
Item 35	73,7 (30,9)	71 (31,4)	0,588
Item 36	37,8 (37,1)	43,8 (34,3)	0,259

Continua

**TABELA 11-** COMPARAÇÃO DOS ESCORES DA CULTURA DE SEGURANÇA POR DOMÍNIO E ITENS ISOLADOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Domínios SAQ	CCG	CCGO	Conclusão
	Média (**DP)	Média (DP)	p ***valor
<b>SAQ total</b>	61,3 (18,4)	64,7 (14,8)	0,387

<sup>1</sup>Técnicos de farmácia, suporte administrativo, suporte ambiental, estagiários de enfermagem, técnico de laboratório, voluntários e residentes de enfermagem.

\*\* Desvio Padrão

\*\*\*  $p < 0,05$

Fonte: A autora (2013).

#### 5.4 CULTURA DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CCG

As categorias de profissionais que responderam às afirmativas dos domínios do SAQ para CCG e itens 14, 33 a 36 foram comparadas e como evidências o domínio “Satisfação no Trabalho” reuniu os maiores escores médios entre as categorias auxiliares e técnicos em enfermagem (83,8), outros - demais categorias - (80,7) e médicos (75,7); os escores médios para os domínios “Percepção da gerência da unidade e hospitalar” apresentaram os menores valores com ênfase à “Percepção de clima de segurança” atribuída por médicos residentes (29,8 e 26,7) respectivamente.

Para os itens isolados os melhores escores foram identificados entre itens 33 a 35, embora para o item 33 apenas auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos e outros – demais categorias profissionais – concordaram com escores acima de 75 e somente médicos atribuíram escore positivo ao item 35. Os menores escores estiveram entre itens 14 e 36, com ênfase ao resultado igual a zero segundo enfermeiros ao item 36. Não houve diferença estatística significativa entre categorias apenas para o domínio “Percepção do estresse” e item 34. Os resultados obtidos são descritos a seguir.

**TABELA 12 - COMPARAÇÃO DO ESCORE TOTAL E ESCORES POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE CCG EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.**

Categoria profissional	N	Domínios SAQ							
		SAQ Total	*D1	D2	D3	D4	D5a	D5b	D6
		Média (**DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Aux./téc. Enfermagem	33	68,3 (16,5)	67,3 (22)	69,6 (17,3)	83,8 (19,7)	58,8 (32)	64,5 (25,1)	64,5 (27,5)	67,7 (27,4)
Enfermeiro	4	46,7 (6,69)	51,7 (11,1)	50 (9,7)	70 (5,77)	62,5 (30,6)	34,4 (9,8)	46,3 (24,3)	25 (20,4)
Médico	11	57,6 (13,1)	60,2 (21,9)	53,6 (26,5)	75,7 (21,3)	70,5 (22)	45,7 (22,8)	46,6 (25,6)	47 (31,5)
Médico residente	13	42,5 (17,7)	34,3 (26)	47,9 (22,8)	51,6 (30,2)	70,2 (23,5)	29,8 (19,8)	26,7 (17,5)	39,1 (33,2)
Outros <sup>1</sup>	17	68,1 (15)	72 (16,5)	72 (15,7)	80,7 (16,4)	58,2 (23)	62,9 (20,9)	60,8 (24)	67,2 (25,9)
p*** valor		<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,004</b>	<b>0,010</b>	0,566	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,007</b>

\*Domínios do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ)

<sup>1</sup>Técnicos de farmácia, suporte administrativo, suporte ambiental, estagiários de enfermagem, técnico de laboratório, voluntários e residentes de enfermagem.

\*\* Desvio Padrão

\*\*\* p<0,05

Fonte: A autora (2013).

**TABELA 13- COMPARAÇÃO DO ESCORE POR ITENS ISOLADOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE CCG EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.**

Continua

Categoria profissional	N	Itens isolados SAQ								
		Item 14		Item 33		Item 34		Item 35		Item 36
		Média (**DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)
Aux./téc. enfermagem	33	73,5 (28,6)	32	75,8 (32,1)	31	75,8 (34,5)	22	70,5 (34,2)	29	45,7 (40,1)
Enfermeiro	4	37,5 (43,3)	4	50 (45,6)	4	56,3 (37,5)	2	37,5 (53)	4	0,0 (0,0)
Médico	11	59,1 (34)	11	84,1 (16,9)	11	70,5 (33,2)	11	93,2 (16,2)	11	20,5 (18,8)
Médico residente	13	23,1 (29,7)	13	34,6 (33,1)	13	73,1 (34,6)	11	70,5 (27)	13	26,9 (34,7)
Outros <sup>1</sup>	16	57,8 (35)	17	76,5 (32,4)	17	73,5 (29,9)	12	70,8 (29,8)	15	55 (33)

**TABELA 13-** COMPARAÇÃO DO ESCORE POR ITENS ISOLADOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE CCG EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

		Itens isolados SAQ								Conclusão
Categoria profissional	N	Item 14		Item 33		Item 34		Item 35		Item 36
		Média (**DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)
p*** valor		<b>0,001</b>		<b>0,007</b>		0,667		---		<b>0,007</b>

<sup>1</sup>Técnicos de farmácia, suporte administrativo, suporte ambiental, estagiários de enfermagem, técnico de laboratório, voluntários e residentes de enfermagem.

\*\* Desvio Padrão

\*\*\*  $p < 0,05$

Fonte: A autora (2013).

Para os domínios e itens que apresentaram significância estatística as categorias foram comparadas duas a duas. As informações apresentadas na abaixo revelam diferença estatística para percepção de clima de segurança entre auxiliares e técnicos de enfermagem, e demais trabalhadores em todos os domínios e itens isolados. Nas demais comparações destacam-se enfermeiros e outros - demais trabalhadores - apresentando diferença significativa nos domínios “Clima de segurança”, “Percepção da gerência da unidade” e “Condições de trabalho”.

**TABELA 14 -** COMPARAÇÃO DE p\*\*\* POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE CCG EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Continua

Grupos	SAQ total	*D1	D2	D3	D5a	D5b	D6
Aux./ téc. Enfermagem x Enfermeiro	<b>0,007</b>	0,090	0,051	<b>0,070</b>	<b>0,007</b>	0,203	<b>0,008</b>
Aux./ téc. Enfermagem x Médico	0,058	0,353	<b>0,044</b>	0,188	<b>0,016</b>	0,052	0,056
Aux./ téc. Enfermagem x Médico residente	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,002</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,004</b>
Aux./ téc. Enfermagem x Outros <sup>1</sup>	0,966	0,612	0,573	0,412	0,818	0,771	0,856
Enfermeiro x Médico	0,168	0,320	0,568	0,384	0,306	0,989	0,186
Enfermeiro x Médico residente	0,896	0,453	0,972	0,703	0,854	0,170	0,396

**TABELA 14 - COMPARAÇÃO DE p\*\*\* POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE CCG EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.**  
Conclusão

Grupos	SAQ total	*D1	D2	D3	D5a	D5b	D6
Enfermeiro x Outros <sup>1</sup>	<b>0,010</b>	0,060	<b>0,032</b>	0,194	<b>0,014</b>	0,289	<b>0,014</b>
Médico x Médico residente	<b>0,034</b>	<b>0,015</b>	0,390	0,079	0,088	0,059	0,480
Médico x Outros <sup>1</sup>	0,094	0,221	<b>0,025</b>	0,577	0,044	0,124	0,113
Médico residente x Outros <sup>1</sup>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,012</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,016</b>

\*Domínios do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ)

<sup>1</sup>Técnicos de farmácia, suporte administrativo, suporte ambiental, estagiários de enfermagem, técnico de laboratório, voluntários e residentes de enfermagem.

\*\*\* p<0,05

Fonte: A autora (2013).

**TABELA 15 - COMPARAÇÃO DE p\*\*\* POR ITENS ISOLADOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE CCG EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.**

Grupos	Item 14	Item 33	Item 36
Aux./ téc. Enfermagem x Enfermeiro	0,050	0,182	<b>0,007</b>
Aux./ téc. enfermagem x Médico	0,190	0,663	0,090
Aux./ téc. enfermagem x Médico residente	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>	0,094
Aux./ téc. enfermagem x Outros <sup>1</sup>	0,105	0,846	0,225
Enfermeiro x Médico	0,313	0,142	0,139
Enfermeiro x Médico residente	0,429	0,459	0,114
Enfermeiro x Outros <sup>1</sup>	0,325	0,168	<b>0,001</b>
Médico x Médico residente	<b>0,013</b>	<b>0,002</b>	0,921
Médico x Outros <sup>1</sup>	0,920	0,808	<b>0,014</b>
Médico residente x Outros <sup>1</sup>	<b>0,009</b>	<b>0,002</b>	<b>0,014</b>

<sup>1</sup>Técnicos de farmácia, suporte administrativo, suporte ambiental, estagiários de enfermagem, técnico de laboratório, voluntários e residentes de enfermagem.

\*\*\* p<0,05

Fonte: A autora (2013).

## 5.5 CULTURA DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE CCGO

Os escores médios dos domínios do SAQ e itens 14, 33 a 36 entre trabalhadores do CCGO foram comparados e como evidências o domínio “Satisfação no Trabalho” reuniu os maiores escores médios para enfermeiros (90,8), médicos (80,6), auxiliares e técnicos em enfermagem (78,4), outros - demais categorias - (77,5) e proximidade a escores médios positivos entre médicos residentes (70,5).

Em desacordo ao CCG, o CCGO apresentou escores positivos para enfermeiros e médicos, respectivamente quanto aos domínios “Clima de trabalho em equipe” (79,9 e 77,8) e “Clima de segurança” (76,2 e 76,1). Para o domínio “Percepção do estresse” escores maiores a 75 foram identificados entre auxiliares e técnicos em enfermagem (81,3) e médicos residentes (80); no entanto enfermeiros, neste mesmo domínio, atribuíram escores médios inferiores a 50 (35,4). Os domínios “Percepção da gerência da unidade e do hospital” obtiveram escores de 75,1 e 76,7 respectivamente, entre médicos.

Em relação aos itens isolados (14,33 a 36), as afirmativas “Eu vivencio boa colaboração com os enfermeiros neste Centro Obstétrico”, “Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos neste Centro Obstétrico” e “Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos neste Centro Obstétricos”, apresentaram escores positivos entre auxiliares e técnicos em enfermagem, enfermeiros e médicos (Item 33); enfermeiros, médicos e residentes (Item 34) e enfermeiros e médicos (Item 35). Apenas médicos residentes atribuíram escore positivo (81,3) à afirmativa “Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração” (Item 14). Não foram observados escores médios superiores a 75 para a afirmativa “Falhas na comunicação que levam a atrasos são comuns” (Item 36).

Houve diferença estatística entre os grupos apenas para os domínios “Clima de trabalho em equipe”, “Clima de segurança”, “Percepção do estresse”, “Percepção da gerência da unidade e hospital” e item 36. A tabela a seguir apresenta os resultados para esta análise.

**TABELA 16-** COMPARAÇÃO DO ESCORE TOTAL E ESCORES POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Categoria profissional	N	Domínios SAQ							
		SAQ Total	*D1	D2	D3	D4	D5a	D5b	D6
		Média (**DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Aux./téc. Enfermagem	16	64,8 (14,9)	63,7 (17)	63,2 (24)	78,4 (18,7)	81,3 (17,4)	54,9 (22,8)	61,1 (26,8)	53,9 (30,4)
Enfermeiro	6	72,7 (11,2)	79,9 (15,9)	76,2 (17,9)	90,8 (10,2)	35,4 (37,2)	73,1 (11,4)	71,7 (23,2)	65,3 (30,5)
Médico	8	74,4 (9,79)	77,8 (12)	76,1 (15,8)	80,6 (15,7)	64,1 (29,1)	75,1 (11,6)	76,7 (14,4)	69,8 (25,6)
Médico residente	10	55,9 (10,5)	58,2 (13,2)	51,5 (12,2)	70,5 (15)	80 (22,4)	40,4 (15,3)	44 (18,2)	50,8 (19,8)
Outros <sup>1</sup>	14	62 (17,6)	59,3 (23,9)	60,4 (13,8)	77,5 (18,6)	66,2 (20,4)	54,2 (27,3)	53,3 (26,2)	66,4 (25,6)
p*** valor		<b>0,049</b>	<b>0,038</b>	<b>0,017</b>	0,203	<b>0,016</b>	<b>0,004</b>	<b>0,026</b>	0,368

\*Domínios do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ)

<sup>1</sup>Técnicos de farmácia, suporte administrativo, suporte ambiental, estagiários de enfermagem, técnico de laboratório, voluntários e residentes de enfermagem.

\*\* Desvio Padrão

\*\*\* p<0,05

Fonte: A autora (2013).

**TABELA 17-** COMPARAÇÃO DO ESCORE POR ITENS ISOLADOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DO CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Continua

Categoria profissional	N	Itens isolados SAQ									
		Item 14		Item 33		Item 34		Item 35		Item 36	
		Média (**DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)	
Aux./téc. Enfermagem	15	60 (35,1)	16	79,7 (27,7)	15	65 (37,6)	15	70 (35,6)	15	31,7 (34,7)	
Enfermeiro	5	65 (41,8)	6	83,3 (30,3)	6	87,5 (13,7)	6	87,5 (13,7)	5	60 (33,5)	
Médico	8	81,3 (25,9)	8	71,9 (38,8)	8	75 (32,7)	8	78,1 (33,9)	8	37,5 (32,7)	
Médico residente	10	45 (19,7)	10	65 (26,9)	10	85 (17,5)	10	67,5 (20,6)	10	30 (23)	
Outros <sup>1</sup>	14	53,6 (33,8)	14	69,2 (38,4)	13	67,3 (34,4)	12	62,5 (37,7)	14	64,3 (33,6)	



**TABELA 17-** COMPARAÇÃO DO ESCORE POR ITENS ISOLADOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DO CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

		Itens isolados do SAQ								Conclusão
Categoria profissional	N	Item 14		Item 33		Item 34		Item 35		Item 36
		Média (**DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)
p*** valor		0,084		0,538		0,614		0,423		0,037

<sup>1</sup>Técnicos de farmácia, suporte administrativo, suporte ambiental, estagiários de enfermagem, técnico de laboratório, voluntários e residentes de enfermagem.

\*\* Desvio Padrão

\*\*\* p<0,05

Fonte: A autora (2013).

Para os domínios e itens que apresentaram diferença estatística as categorias foram comparadas duas a duas. As informações apresentadas na a seguir evidenciam a diferença para percepção da cultura de segurança entre enfermeiros, médicos residentes e outros - demais profissionais -, e auxiliares e técnicos de enfermagem em pelo menos um domínio, e entre médicos e residentes e enfermeiros e outros – demais categorias - em três ou mais domínios.

Houve significância para clima de segurança no item 36 apenas entre outros – demais profissionais –e, auxiliares e técnicos de enfermagem e médicos residentes.

**TABELA 18 -** COMPARAÇÃO DE p\*\*\* POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Grupos	Continua						
	SAQ total	*D1	D2	D3	D5a	D5b	Item 36
Aux./téc. Enfermagem x Enfermeiro	0,195	0,070	0,214	<b>0,002</b>	<b>0,049</b>	0,369	0,078
Aux./téc. Enfermagem x Médico	0,103	0,052	0,165	0,128	<b>0,020</b>	0,136	0,608
Aux./téc. Enfermagem x Médico residente	0,118	0,300	<b>0,029</b>	0,920	0,060	<b>0,043</b>	0,912
Aux./téc. Enfermagem x Outros <sup>1</sup>	0,750	0,850	0,348	<b>0,030</b>	0,900	0,319	<b>0,006</b>
Enfermeiro x Médico	0,868	0,967	0,989	0,101	0,883	0,682	0,222
Enfermeiro x Médico residente	<b>0,017</b>	<b>0,014</b>	<b>0,005</b>	<b>0,005</b>	<b>0,001</b>	<b>0,017</b>	0,112

**TABELA 18** - COMPARAÇÃO DE p\*\*\* POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Grupos							Conclusão
	SAQ total	*D1	D2	D3	D5a	D5b	Item 36
Enfermeiro x Outros	0,132	0,056	0,058	0,130	<b>0,043</b>	0,106	0,776
Médico x Médico residente	<b>0,006</b>	<b>0,009</b>	<b>0,002</b>	0,191	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,003</b>	0,704
Médico x Outros <sup>1</sup>	0,065	<b>0,040</b>	<b>0,036</b>	0,736	<b>0,017</b>	<b>0,025</b>	0,060
Médico residente x Outros <sup>1</sup>	0,212	0,398	0,184	0,066	0,085	0,261	<b>0,016</b>

\*Domínios do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ)

<sup>1</sup>Técnicos de farmácia, suporte administrativo, suporte ambiental, estagiários de enfermagem, técnico de laboratório, voluntários e residentes de enfermagem.

\*\* Desvio Padrão

\*\*\* p<0,05

Fonte: A autora (2013).

## 5.6 CULTURA DE SEGURANÇA ENTRE PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE CCG E CCGO

Para cada categoria profissional, em ambos os centros cirúrgicos, compararam-se os escores atribuídos aos domínios e itens isolados (14, 33 a 36) do SAQ. Os resultados para cada análise são descritas a seguir.

### 5.6.1 Cultura de segurança entre auxiliares e técnicos de enfermagem de Unidades de CCG E CCGO.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 19 o domínio “Satisfação no Trabalho” foi o único a revelar escore médio superior a 75 nas unidades de CCG (83,8) e CCGO (78,4). Entre itens isolados, apenas para a afirmativa “Eu vivencio boa colaboração entre os enfermeiros neste Centro Cirúrgico” – item 36 – o clima de segurança neste quesito foi considerado satisfatório em ambas unidades (CCG:75,8; CCGO: 79,7). No entanto, para esta categoria,

escores médios maiores a 75 foram verificados no domínio “Percepção do estresse” somente entre técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes no CCGO (81,3), e para a afirmativa “Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos neste Centro Cirúrgico” – item 34 –, apenas no CCG.

Entre os menores escores médios, auxiliares e técnicos em enfermagem do CCG atribuíram igualmente o escore médio de 64,5 para o domínio “Percepção da gerência da unidade e do hospital”, ao passo que entre profissionais do CCGO a insatisfação para clima de segurança foi superior à gerência da unidade (54,9), comparado a gerência do hospital (61,1). Vale ressaltar que todos os profissionais desta categoria responderam as afirmativas contempladas em cada domínio, ao passo que para itens isolados houve disparidades, conforme apontado na Tabela 20.

Houve proximidade a escore médio positivo relacionado à afirmativa “Minhas sugestões sobre segurança do paciente seriam postas em ação se eu as expressasse à administração” – item 14 – entre o grupo atuante no CCG (73,5). Embora para o item 36 o escore de 45,7 (CCG) e 31,7 (CCGO) não represente o valor atribuído pela totalidade de profissionais destas unidades, entre os itens isolados a afirmativa apresentou o menor escore. Para esta análise, observou-se significância estatística apenas no domínio “Percepção do estresse”.

**TABELA 19-** COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Domínios SAQ	CCG	CCGO	Continua
	Média (**DP)	Média (DP)	p*** valor
Clima de trabalho em equipe	67,3 (22)	63,7 (17)	0,428
Clima de segurança	69,6 (17,3)	63,2 (24)	0,506
Satisfação no trabalho	83,8 (19,7)	78,4 (18,7)	0,336
Percepção do estresse	58,8 (32)	81,3 (17,4)	<b>0,02</b>
Percepção da gerência da unidade	64,5 (25,1)	54,9 (22,8)	0,199
Percepção da gerência do hospital	64,5 (27,5)	61,1 (26,8)	0,681

**TABELA 19-** COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Domínios SAQ	CCG	CCGO	Conclusão
	Média (**DP)	Média (DP)	p*** valor
Condições de trabalho	67,7 (27,4)	53,9 (30,4)	0,140
<b>SAQ total</b>	<b>68,3 (16,5)</b>	<b>64,8 (14,9)</b>	<b>0,357</b>

\*\* Desvio Padrão

\*\*\*  $p < 0,05$

Fonte: A autora (2013).

**TABELA 20 -** COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR ITENS ISOLADOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Itens isolados SAQ	N	CCG	N	CCGO	p*** valor
		Média (**DP)		Média (DP)	
Item 14	33	73,5 (28,6)	15	60 (35,1)	0,199
Item 33	32	75,8 (32,1)	16	79,7 (27,7)	0,705
Item 34	31	75,8 (34,5)	15	65 (37,6)	0,365
Item 35	22	70,5 (34,2)	15	70 (35,6)	0,963
Item 36	29	45,7 (40,1)	15	31,7 (34,7)	0,351

\*\* Desvio Padrão

\*\*\*  $p < 0,05$

Fonte: A autora (2013).

### 5.6.2 Cultura de segurança entre enfermeiros de Unidades de CCG E CCGO.

A análise dos escores atribuídos aos domínios e itens isolados exibe como resultado as diferentes percepções de cultura de segurança nas unidades de estudo. Os melhores escores foram identificados entre o grupo de profissionais do CCGO e apenas o domínio Satisfação no Trabalho obteve escore médio superior a 75 (90,8). “Condições de trabalho” apresentou o pior escore médio (25) com maior evidência para o CCG. No que se refere ao grupo que compõe o CCG, em nenhum

domínio ou item houve escore superior a 75, entretanto “Satisfação no trabalho” obteve o melhor resultado com escore médio de 70.

Ao comparar os escores atribuídos por enfermeiros de ambos centros cirúrgicos, evidencia-se a diferença acentuada entre os resultados para os domínios “Percepção do estresse” (CCG:62,5; CCGO:35,4), “Percepção da gerência da unidade e hospital” (CCG:34,4; CCGO:73,1 e CCG:46,3; CCGO:71,7 respectivamente) e “Condições de trabalho” CCG:25,0; CCGO:65,3). Neste contexto, há uma forte evidência a qual aponta para a compreensão de que em uma mesma organização, unidades semelhantes podem apresentar clima de segurança diferente, relacionado às peculiaridades vivenciadas entre as categorias que compõem a força motriz do serviço de saúde.

Com relação aos itens isolados, reafirma-se a presença de resultados positivos no CCGO para itens 33 a 35. A diferença entre valores para CCG e CCGO é reforçada pelo item 36 em que o pior valor atribuído por enfermeiros do CCG é 0,0 enquanto para o mesmo grupo em CCGO é igual a 60. Para esta análise não houve significância estatística para os domínios “Percepção do estresse” e “Percepção da gerência do hospital”, bem como aos itens isolados 14, 33 e 34. Assim como para auxiliares e técnicos de enfermagem, as respostas dos itens isolados não representou o total de enfermeiros das unidades de pesquisa conforme descrito na Tabela 21.

**TABELA 21-** COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE ENFERMEIROS DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Domínios SAQ	CCG	CCGO	p*** valor
	Média (**DP)	Média (DP)	
Clima de trabalho em equipe	51,7 (11,1)	79,9 (15,9)	<b>0,019</b>
Clima de segurança	50 (9,7)	76,2 (17,9)	<b>0,019</b>
Satisfação no trabalho	70 (5,8)	90,8 (10,2)	<b>0,010</b>
Percepção do estresse	62,5 (30,6)	35,4 (37,2)	0,352
Percepção da gerência da unidade	34,4 (9,8)	73,1 (11,4)	<b>0,01</b>
Percepção da gerência do hospital	46,3 (24,3)	71,7 (23,2)	0,114

Continua

**TABELA 21-** COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE ENFERMEIROS DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Domínios SAQ	CCG		CCGO		Conclusão p*** valor
	Média (**DP)		Média (DP)		
Condições de trabalho	25 (20,4)		37,5 (43,3)		0,413
SAQ total	46,7 (6,69)		72,7 (11,2)		<b>0,009</b>

\*\* Desvio Padrão

\*\*\* p<0,05

Fonte: A autora (2013).

**TABELA 22-** COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR ITENS ISOLADOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE ENFERMEIROS DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Itens isolados SAQ	N	CCG		CCGO		p*** valor
		Média (**DP)		Média (DP)		
Item 14	4	65 (41,8)		65,3 (30,5)		0,038
Item 33	4	50 (45,6)		83,3 (30,3)		0,257
Item 34	4	56,3 (37,5)		87,5 (13,7)		0,114
Item 35	2	37,5 (53)		87,5 (13,7)		—
Item 36	4	0 (0)		60 (33,5)		<b>0,016</b>

\*\* Desvio Padrão

\*\*\* p<0,05

Fonte: A autora (2013).

### 5.6.3 Cultura de segurança entre médicos de Unidades de CCG e CCGO

A análise entre unidades de centro cirúrgico, para a categoria médicos, revela concordância em ambos os grupos quanto a cultura de segurança relacionado ao domínio “Satisfação no trabalho”, com escore igual a 75,5 para CCG e 80,6 para CCGO. Apenas este domínio apresentou resultados positivos nas duas variáveis.

Também foram identificados escores satisfatórios para os domínios “Clima de trabalho em equipe” (77,8) “Clima de segurança” (76,1) e “Percepção da gerência da unidade e hospital” (75,1 e 76,7, respectivamente) atribuídos somente por médicos

do CCGO. Para CCG, não foram identificados escores positivos nos demais domínios, contudo para itens isolados, a afirmativa “Eu vivencio boa relação com os enfermeiros deste Centro Cirúrgico” – item 33 – indica escore igual a 84,1.

Nesta perspectiva, resultados positivos igualmente são identificados para a afirmativa “Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração” – item 14- com média de 81,3, “Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos neste Centro Cirúrgico Gineco-Obstétrico” – item 34 – com média igual a 75,0 e para “Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos neste Centro Cirúrgico Gineco-Obstétrico” - item 35-, 93,1 (CCG) e 78,1 (CCGO).

No que tange a diferença entre os escores atribuídos por domínios, por centro cirúrgico, destacam-se os domínios “Percepção da gerência da unidade e hospital” e “Condições de trabalho” com resultados que distanciam-se 20 pontos ou mais em meio as variáveis.

Em relação à significância estatística, sua ocorrência é identificada apenas para o domínio “Percepção da gerência”. A tabela 23 apresenta os escores entre as unidades de pesquisa.

**TABELA 23** - COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE MÉDICOS DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Domínios SAQ	CCG	CCGO	p*** valor
	Média (**DP)	Média (DP)	
Clima de trabalho em equipe	60,2 (21,9)	77,8 (12)	0,051
Clima de segurança	53,6 (26,5)	76,1 (15,8)	0,075
Satisfação no trabalho	75,7 (21,3)	80,6 (15,7)	0,778
Percepção do estresse	70,5 (22)	64,1 (29,1)	0,545
Percepção da gerência da unidade	45,7 (22,8)	75,1 (11,6)	<b>0,007</b>
Percepção da gerência do hospital	46,6 (25,6)	76,7 (14,4)	<b>0,02</b>
Condições de trabalho	47 (31,5)	69,8 (25,6)	0,091
SAQ total	57,6 (13,1)	74,4 (9,79)	<b>0,007</b>

\*\* Desvio Padrão

\*\*\*  $p < 0,05$

Fonte: A autora (2013).

**TABELA 24** - COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR ITENS ISOLADOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE MÉDICOS DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Itens isolados SAQ	CCG	CCGO	p*** valor
	Média (**DP)	Média (DP)	
Item 14	59,1 (34)	81,3 (25,9)	0,177
Item 33	84,1 (16,9)	71,9 (38,8)	0,840
Item 34	70,5 (33,2)	75 (32,7)	0,904
Item 35	93,2 (16,2)	78,1 (33,9)	0,272
Item 36	20,5 (18,8)	37,5 (32,7)	0,310

\*\* Desvio Padrão

\*\*\*  $p < 0,05$

Fonte: A autora (2013).

#### 5.6.4 Cultura de segurança entre médicos residentes de Unidades de CCG E CCGO

Ao contrário das categorias anteriormente descritas, médicos residentes apresentaram as menores percepções para clima de segurança (Tabela 25). Não houve concordância nas unidades de CCG e CCGO de escores acima de 75 para nenhum domínio e itens isolados.

A “Percepção do estresse” foi identificada com média igual a 80,0 para o CCGO, ou seja, há o reconhecimento de que fatores estressores influenciam na execução do trabalho nesta unidade. Em contrapartida, ao passo que nas análises anteriores a “Satisfação no trabalho” apresentou escores satisfatórios para a maioria dos profissionais, médicos residentes atribuíram médias de 51,6 (CCG) e 70,5 (CCGO). As piores percepções foram designadas a “Percepção da gerência da unidade e hospital”, seguida por “Condições de trabalho” e “Clima de trabalho em equipe”.

No que se refere aos itens isolados, para este grupo, apenas no CCGO “Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos neste Centro Cirúrgico” – item



34 – foi considerado positivo. As menores médias foram atribuídas para “Falhas na comunicação que levam a atrasos são comuns” – Item 36 -, seguido por “Minhas sugestões sobre segurança seria postas em ação se eu as expressasse à administração”-item 14-.

Após análise estatística a “Percepção da gerência do hospital” e itens 14 e 33 apresentaram diferença estatística significativa.

**TABELA 25-** COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE MÉDICOS RESIDENTES DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Domínios SAQ	CCG	CCGO	p*** valor
	Média (**DP)	Média (DP)	
Clima de trabalho em equipe	34,3 (26)	58,2 (13,2)	<b>0,008</b>
Clima de segurança	47,9 (22,8)	51,5 (12,2)	0,343
Satisfação no trabalho	51,6 (30,2)	70,5 (15)	0,186
Percepção do estresse	70,2 (23,5)	80 (22,4)	0,313
Percepção da gerência da unidade	29,8 (19,8)	40,4 (15,3)	0,166
Percepção da gerência do hospital	26,7 (17,5)	44 (18,2)	<b>0,03</b>
Condições de trabalho	39,1 (33,2)	50,8 (19,8)	0,313
SAQ total	42,5 (17,7)	55,9 (10,5)	<b>0,02</b>

\*\* Desvio Padrão

\*\*\*  $p < 0,05$

Fonte: A autora (2013).

**TABELA 26-** COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR ITENS ISOLADOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE MÉDICOS RESIDENTES DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Continua

Itens isolados SAQ	CCG	CCGO	p*** valor
	Média (**DP)	Média (DP)	
Item 14	42 (18,6)	45 (19,7)	<b>0,03</b>
Item 33	34,6 (33,1)	65 (26,9)	<b>0,03</b>
Item 34	73,1 (34,6)	85 (17,5)	0,648
Item 35	70,5 (27)	67,5 (20,6)	0,654

**TABELA 26-** COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR ITENS ISOLADOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE MÉDICOS RESIDENTES DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Itens isolados SAQ	CCG	CCGO	Conclusão
	Média (**DP)	Média (DP)	p*** valor
Item 36	26,9 (37,4)	30 (23)	0,446

\*\* Desvio Padrão

\*\*\* p<0,05

Fonte: A autora (2013).

#### 5.6.5 Cultura de segurança entre demais categorias de CCG E CCGO.

As informações apresentadas na Tabela 27 assemelham-se às listadas para auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos quando comparadas as médias para clima de segurança no domínio “Satisfação no trabalho”. Neste sentido, em ambas as unidades de centro cirúrgico os escores foram superiores a 75.

Houve proximidade a 75 para os domínios “Clima de trabalho em equipe” (72) e “Clima de segurança” (72) para os profissionais de CCG. Assemelham-se ainda os valores identificados nos domínios “Percepção do estresse” e “Percepção da gerência da unidade e hospital” os quais não superaram o limite para escore satisfatório.

Entre itens isolados a convivência com enfermeiras de CCG foi considerada positiva, apenas - item 33-, enquanto o item 14 superou o 36 com as menores médias para o CCGO. Houve significância estatística apenas para o domínio “Clima de segurança”.

**TABELA 27-** COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE TÉCNICOS DE FARMÁCIA, SUPORTE ADMINISTRATIVO, SUPORTE AMBIENTAL, ESTAGIÁRIOS DE ENFERMAGEM, TÉCNICO DE LABORATÓRIO, VOLUNTÁRIOS E RESIDENTE DE ENFERMAGEM DE UNIDADES DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Domínios SAQ	CCG	CCGO	Continua
	Média (**DP)	Média (DP)	p*** valor
Clima de trabalho em equipe	72 (16,5)	59,3 (23,9)	0,200
Clima de segurança	72 (15,7)	60,4 (13,8)	0,036
Satisfação no trabalho	80,7 (16,4)	77,5 (18,6)	0,570

**TABELA 27-** COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE TÉCNICOS DE FARMÁCIA, SUPORTE ADMINISTRATIVO, SUPORTE AMBIENTAL, ESTAGIÁRIOS DE ENFERMAGEM, TÉCNICO DE LABORATÓRIO, VOLUNTÁRIOS E RESIDENTES DE ENFERMAGEM DE UNIDADES DE CCG E CCGO DE UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Domínios SAQ	CCG	CCGO	p*** valor
	Média (**DP)	Média (DP)	
Percepção do estresse	58,2 (23)	66,2 (20,4)	0,377
Percepção da gerência da unidade	62,9 (20,9)	54,2 (27,3)	0,297
Percepção da gerência do hospital	60,8 (24)	53,3 (26,2)	0,186
Condições de trabalho	67,2 (25,9)	66,4 (25,6)	0,984
SAQ total	68,1 (15)	62 (17,6)	0,279

\*\* Desvio Padrão

\*\*\* p<0,05

Fonte: A autora (2013).

**TABELA 28 -** COMPARAÇÃO DOS ESCORES POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA ENTRE TÉCNICOS DE FARMÁCIA, SUPORTE ADMINISTRATIVO, SUPORTE AMBIENTAL, ESTAGIÁRIOS DE ENFERMAGEM, TÉCNICO DE LABORATÓRIO, VOLUNTÁRIOS E RESIDENTE DE ENFERMAGEM DE UNIDADES DE CCG E CCGO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.

Itens isolados SAQ	N	CCG	N	CCGO	p*** valor
		Média (**DP)		Média (DP)	
Item 14	16	57,8 (35)	14	53,6 (33,8)	0,759
Item 33	17	76,5 (32,4)	13	69,2 (38,4)	0,650
Item 34	17	73,5 (29,9)	13	67,3 (34,4)	0,650
Item 35	12	70,8 (29,8)	12	62,5 (37,7)	0,671
Item 36	15	55 (33)	14	64,3 (33,6)	0,451

\*\* Desvio Padrão

\*\*\* p<0,05

Fonte: A autora (2013).

#### 5.4 DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UNIDADES DE CCG E CCGO

Nos dados da tabela 29 são apresentadas a distribuição das respostas dos trabalhadores de saúde de ambos os centros cirúrgicos por item da escala. De acordo com os resultados 55% dos participantes referiram haver dificuldades para relatar problemas com o paciente (item reverso) e acreditam que as discordâncias são tratadas de modo apropriado (58%). Chama atenção os altos percentuais atribuídos ao item 4 (77,6%) e 5 (76%), o qual identifica o coleguismo, trabalho em equipe e comunicação percebido pelo grupo de profissionais em questão e 61,1% acreditam que médicos e enfermeiros trabalham em conjunto em sincronismo às necessidades locais

Em alusão a cultura de segurança, 66,7% sentiriam segurança caso fossem pacientes em ambos os centro cirúrgicos; quanto às afirmativas relacionadas a eventos adversos para 67,5% dos trabalhadores os erros são tratados de modo adequado e 68,3% afirmam conhecer os meios para a notificação de eventos adversos e apenas metade (55,5%) relatam receber retorno sobre seu desempenho nas atividades realizadas. Em consonância a estes dados, metade da população (51,1%) afirmou ser difícil falar sobre erros nos setores em que atuam, ao passo que para grande parte dos profissionais (73,3%) há estímulo entre o grupo para que dúvidas e situações preocupantes relacionadas a segurança do paciente sejam informados. Contudo, no item “A cultura nesta área torna fácil aprender com o erro dos outros” somente 56,9% concordaram total ou parcialmente neste quesito.

No que tange a satisfação no trabalho, os altos percentuais atribuídos aos itens deste domínio demonstram que, apesar de problemas e situações vivenciadas pelos trabalhadores, há motivação para manterem-se na unidade que atuam. A maioria apontou com positividade a afirmativa “Eu gosto do meu trabalho” (93,7%) e “Eu me orgulho de trabalhar nesta área” (82,4%). Com percentuais mais baixos, 60,6% acreditam que a moral no ambiente de trabalho é alta; 69% sentem-se parte de uma grande família e 79,5% creem ser o CCG e CCGO lugares bons para se trabalhar.

Para as afirmativas que descrevem o quanto fatores de estresse influenciam nas atividades laborais, 72,5% acreditam que o desempenho no trabalho é

prejudicado quando há excesso de tarefas, contudo corroborada pelo item “O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência”, 53,8% concordaram totalmente ou parcialmente. Pouco mais de 20% dos participantes discordaram total ou parcialmente para as afirmativas que refletem a diminuição da eficiência no trabalho e probabilidade de cometer erros em situações hostis.

Em relação a “Percepção da gerência” os percentuais registrados foram próximos, contudo houve tendência a índices menos significativos quando comparados entre unidade (CCG e CCGO) e hospital. De acordo com os resultados, apenas “A administração está fazendo um bom trabalho” com enfoque para as unidades de pesquisa, apresentou percentual acima de 60%. Ressalta-se a afirmativa “Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes”.

Finalmente, para o domínio “Condições de trabalho”, os resultados sugerem a necessidade de melhor preparo dos profissionais que iniciam suas atividades nas unidades de centro cirúrgico (item 30), melhor veiculação interna de informes sobre decisões terapêuticas e diagnósticas (item 31), bem como supervisão adequada de estagiários (item 32).

Entre os itens que não fazem parte de nenhum domínio destacam-se os baixos percentuais atribuídos a afirmativa “Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns” a qual revela a fragilidade da comunicação interna a qual poderá influenciar diretamente nas atividades que sucedem o cuidado em uma unidade cirúrgica.

**TABELA 29 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS POR ITENS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.**

Itens SAQ	Continua			
	Discordo N (%)	Neutro N(%)	Concordo N (%)	NA <sup>2</sup>
<b>1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área</b>	29 (22,8)	19 (15)	79 (62,2)	1 (0,8)
<b>2 R. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente</b>	72 (55)	13 (9,9)	46 (35,1)	1 (0,8)
<b>3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)</b>	38 (29)	17 (13)	76 (58)	---
<b>4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes</b>	18 (14,4)	10 (8)	97 (77,6)	5 (3,8)

**TABELA 29 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS POR ITENS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.**

Itens SAQ	Continua			
	Discordo N (%)	Neutro N(%)	Concordo N (%)	NA <sup>2</sup>
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	22 (17,1)	9 (7)	98 (76)	1 (0,8)
6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	42 (32,1)	9 (6,9)	80 (61,1)	---
7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente	27 (20,9)	16 (12,4)	86 (66,7)	1 (0,8)
8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área	25 (19,8)	16 (12,7)	85 (67,5)	3 (2,3)
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	21 (16,7)	19 (15,1)	86 (68,3)	3 (2,3)
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	37 (28,9)	20 (15,6)	71 (55,5)	3 (2,3)
11 R. Nesta área, é difícil discutir sobre erros	67 (51,5)	17 (13,1)	46 (35,4)	1 (0,8)
12. Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	20 (15,3)	15 (11,5)	96 (73,3)	1 (0,8)
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	33 (25,4)	23 (17,7)	74 (56,9)	2 (1,5)
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração	35 (27,1)	28 (21,7)	66 (51,2)	2 (2,5)
15. Eu gosto do meu trabalho	4 (3,1)	4 (3,1)	119 (93,7)	1 (0,8)
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	32 (24,8)	8 (6,2)	89 (69)	3 (2,3)
17. Este é um bom lugar para trabalhar	17 (12,9)	10 (7,6)	105 (79,5)	---
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área	11 (8,4)	12 (9,2)	108 (82,4)	---
19. O moral nesta área é alto	38 (28,8)	14 (10,6)	80 (60,6)	---
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	27 (20,6)	9 (6,9)	95 (72,5)	1 (0,8)
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado	32 (24,6)	14 (10,8)	84 (64,6)	1 (0,8)

**TABELA 29 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS POR ITENS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.**

Itens SAQ	Continua			
	Discordo N (%)	Neutro N(%)	Concordo N (%)	NA <sup>2</sup>
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	27 (20,9)	18 (14)	84 (65,1)	2 (1,5)
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorrespiratória, convulsões).	39 (32,8)	16 (13,4)	64 (53,8)	12 (9)
24A. A administração apóia meus esforços diários (hospital)	47 (36,2)	15 (11,5)	68 (52,3)	1 (0,8)
24B. A administração apóia meus esforços diários (unidade)	49 (38)	20 (15,5)	60 (46,5)	1 (0,8)
25A. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (hospital)	35 (26,9)	19 (14,6)	76 (58,5)	1 (0,8)
25B. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (unidade)	40 (30,5)	13 (9,9)	78 (59,5)	---
26A. A administração está fazendo um bom trabalho (hospital)	30 (22,7)	16 (12,1)	86 (65,2)	---
26B. A administração está fazendo um bom trabalho (unidade)	32 (24,4)	29 (22,1)	70 (53,4)	---
27A. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa (hospital)	48 (37,2)	19 (14,7)	62 (48,1)	2 (1,5)
27B. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa (unidade)	49 (38)	25 (19,4)	55 (42,6)	2 (1,5)
28A. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a)(hospital)	48 (37,5)	12 (9,4)	68 (53,1)	---
28B. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a) (unidade)	48 (37,8)	17 (13,4)	62 (48,8)	4 (3)
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes	80 (63)	6 (4,7)	41 (32,3)	1 (0,8)
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	51 (40,2)	18 (14,2)	58 (45,7)	2 (1,5)
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	42 (34,4)	15 (12,3)	65 (53,3)	10 (7,5)

**TABELA 29 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS POR ITENS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA, 2013.**

Itens SAQ	Conclusão			
	Discordo N (%)	Neutro N(%)	Concordo N (%)	NA <sup>2</sup> N (%)
<b>32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados</b>	35 (28,2)	10 (8,1)	79 (63,7)	5 (3,8)
<b>33. Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área</b>	29 (22,3)	10 (7,7)	91 (70)	1 (0,8)
<b>34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área</b>	23 (18)	10 (7,8)	95 (74,2)	4 (3)
<b>35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área</b>	16 (14,7)	17 (15,6)	76 (69,7)	21 (15,8)
<b>36 R. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns</b>	72 (58,1)	17 (13,7)	35 (28,2)	4 (3)

<sup>2</sup>Não se aplica.

Fonte: A autora (2013).



## 6 DISCUSSÃO

Discussões sobre cultura de segurança ganham espaço na medida em que a segurança do paciente torna-se prioridade nos assuntos relacionados à gestão da qualidade em saúde. Para Alvarado (2011) a cultura de segurança, quando positiva, estimula a equipe a tornar-se responsável por suas atitudes, os eventos adversos são tratados de modo imparcial e medidas punitivas perante estas situações são reduzidas.

A avaliação da cultura segurança, resguardadas as diferenças conceituais, é importante para o reconhecimento das lacunas existentes nos serviços de saúde que impeçam o estabelecimento de atitudes voltadas ao cuidado seguro. Neste sentido, o uso de instrumentos de avaliação da cultura de segurança, como o SAQ, constitui ferramenta de diagnóstico situacional e permite o planejamento de intervenções para segurança do paciente coerentes com as necessidades de cada instituição ou serviço.

Na última década diferentes estudos que avaliam a cultura de segurança entre categorias profissionais, comparando-se unidades de atuação e os domínios estabelecidos pelo SAQ, foram conduzidos (DA CORREGIO, 2012; RIGOBELLO *et al.*, 2012; MARTEN *et al.*, 2011; CARNEY *et al.*, 2010b; LEE *et al.*, 2010; PATTERSON *et al.*, 2010; MODAK *et al.*, 2007). Nesta pesquisa, a cultura de segurança foi avaliada entre unidades de centro cirúrgico e comparado entre as unidades, sexo, tempo de atuação e categoria profissional.

No que tange a taxa de retorno do questionário, bem como o número total de instrumentos com possibilidade de avaliação dos escores por domínio e escore total, a literatura revela taxas entre 64% a 89% (RAFTOPOULOS; PAVLAKIS, 2013; DA CORREGIO, 2012; RIGOBELLO *et al.*, 2012; MARTEN *et al.*, 2011; CARNEY *et al.*, 2011; CARNEY *et al.*, 2010b; LEE *et al.*, 2010; PATTERSON *et al.*, 2010; MODAK *et al.*, 2007; MAKARY *et al.*, 2007; MAKARY *et al.*, 2006) corroborando com o obtido nesta pesquisa em que 80,6% dos questionários do CCG e 79,4% do CCGO foram passíveis de avaliação. Em relação ao preenchimento do SAQ, entre os questionários que excluídos por apresentarem resposta inferior a 65%, os motivos apresentados foram falta de tempo para preencher o instrumento, e entre aqueles que não atuam diretamente na assistência ao paciente, como técnicos de Raio-x,

laboratório e equipe de limpeza, o principal motivo foi considerar o questionário específico para equipe de enfermagem e médicos, portanto os trabalhadores referiram que não teriam propriedade para concordar ou discordar das afirmativas do instrumento. Carvalho (2011) observou dificuldades para o preenchimento do SAQ entre profissionais de nível médio, o qual pode ser explicado pela formação deste grupo, geralmente composto por trabalhadores menos favorecidos, com dificuldades para inserção no mercado de trabalho (FILHO; WERMELINGER; GARCIA, 2010)

De acordo com os resultados, observa-se que as características demográficas contempladas no SAQ para sexo, tempo de atuação e categoria profissional vão ao encontro de estudos nacionais (DA CORREGIO, 2012; RIGOBELLO *et al.*, 2012) e internacionais (MARTEN *et al.*, 2011; CARNEY *et al.*, 2010b; LEE *et al.*, 2010; PATTERSON *et al.*, 2010) em que predominaram trabalhadores do sexo feminino, pertencentes à enfermagem, com cinco a 20 anos de experiência nos serviços de CCG e CCGO. Conforme dados da OMS (2008), no mundo, estima-se que 75% dos trabalhadores da saúde sejam profissionais da enfermagem e do sexo feminino. Em consonância a estes dados, no Brasil, a enfermagem, representada por auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros constitui a maior força de trabalho nos serviços de saúde (COFEN, 2011).

As análises referentes à percepção da cultura de segurança associado à sexo e tempo de serviço demonstram que houve concordância para estas variáveis nos domínios “Satisfação no Trabalho” e “Percepção do estresse”, com escores próximos e/ou superiores a 75. A cultura de segurança não foi considerada positiva para os demais domínios com destaque a “Percepção da gerência” e “Clima de segurança”.

A aplicação do SAQ em unidades de clínicas médicas e cirúrgicas no Brasil apresentou resultado semelhante em que a “Satisfação no Trabalho” exibiu escores de 81 e 79 para homens e mulheres, respectivamente, e variou de 77 a 88 de acordo com o tempo de atuação. A “Percepção do estresse” alcançou resultados próximos a 75, quando comparados os sexos e predominaram escores abaixo de 75 para tempo de atuação. No que se refere às piores percepções, os dados corroboram com estudo cuja percepção das gerências apresentaram escores entre 49 a 58, respectivamente entre os sexos; e o “Clima de segurança” apresentou

escore próximo a 75 (71) apenas para o tempo de atuação entre profissionais superior a 21 anos (RIGOBELLO *et al.*, 2012).

Em outro estudo, conduzido em serviços de emergência, profissionais do sexo feminino apresentaram maior satisfação em seu ambiente de trabalho quando comparado aos homens (escore igual a 81 e 71,3 respectivamente). O estresse no ambiente de trabalho não apresentou valores superiores a 75, ao passo que a gerência daquele serviço obteve escore próximo a 75 para mulheres (PATTERSON *et al.*, 2010). Estudo semelhante conduzido por Raftopoulos e Pavlakis (2013), ao compararem a variável sexo em unidade de terapia intensiva, identificou altos escores relacionados à satisfação na unidade de atuação e baixas - escores que não excederam 30 pontos - para a “Percepção do estresse”. A “Percepção da gerência” também foi considerada insuficiente, seguido pelas “Condições de trabalho”.

As comparações dos escores do SAQ por domínios e entre unidades de CCG e CCGO revelam o domínio “Satisfação no trabalho” com escores acima de 75. Da Correggio (2012) em estudo conduzido em centro cirúrgico, a qual utilizou uma versão do SAQ não validada, obteve como resultado apenas escores negativos. Em unidades de terapia intensiva os escores para este domínio variaram de 78 a 89 e indicou que trabalhadores, para aqueles setores, tinham uma visão positiva do local que atuam (RAFTAPOULOS; PAVLASKI, 2013). Neste contexto, Rigobello e colaboradores (2012) afirmam que boas percepções relacionadas a este domínio influenciam, diretamente, na qualidade da assistência prestada. Para Azevedo (2012) a produtividade de uma equipe, seja esta em grupos específicos ou equipe multiprofissional, depende de fatores intrínsecos e extrínsecos, pautados no conceito de satisfação no trabalho.

Em contrapartida, os domínios relacionados à “Percepção da gerência” e “Condições de trabalho” foram avaliados com os menores escores. A gerência, ou liderança, são reconhecidas como subculturas da cultura de segurança. Desta forma, a direção dos serviços de saúde devem reconhecer que o ambiente assistencial possui riscos; e agrupar a visão, missão, competência, recursos humanos e legais daqueles que executam as atividades, afim de conceber os elementos pertinentes para a construção da segurança do paciente (SAMMER *et al.*, 2010).

Neste sentido, de modo geral a população participante desta pesquisa não identifica os elementos necessários para a promoção da segurança do paciente por seus líderes, sejam estes da unidade, ou da organização.

No que tange às condições de trabalho, apontada com baixos escores da cultura de segurança nesta pesquisa, em levantamento qualitativo realizado por Stumm, Maçalai e Kirchner (2006) profissionais de enfermagem atuantes em centro cirúrgico identificaram o baixo provimento de materiais como principal fator a comprometer a assistência ao paciente, bem como ser uma das situações relacionada às condições de trabalho de maior preocupação pelos gerentes. Neste mesmo cenário, Silva e Alvim (2010), em estudo realizado em centro cirúrgico de um hospital de ensino do Rio de Janeiro, a falta de recursos materiais foi apontada como um fator que dificulta a assistência, inclusive como determinante para a suspensão do ato cirúrgico.

Destacam-se também os itens isolados relacionados à comunicação entre profissional e gerência, no sentido da troca de informações e implementação de estratégias para segurança do paciente (item 14), em que houve concordância, tanto para a análise entre domínios como entre o CCG e CCGO, para baixos escores; e também para a afirmativa “Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns”. Conforme aponta Sammer e colaboradores (2010) a linguagem clara, estruturada, com técnicas corretas de comunicação é primordial para a promoção de uma cultura de segurança do paciente.

A comunicação foi identificada com os menores escores para esta pesquisa, o que reflete desarticulação das atividades entre a equipe multidisciplinar atuante nas unidades cirúrgicas. Por consequência, havendo atrasos, e até mesmo suspensão de cirurgias, pode-se inferir que há desgaste por todos os envolvidos nas atividades previamente agendadas.

Ao confrontar os escores obtidos, por meio da análise e comparação de domínios, considerando-se a população total da pesquisa, e população do estudo no CCG e no CCGO, identificaram-se proximidades e divergências nas percepções da cultura de segurança por domínios e itens isolados. No que se refere a escores positivos, a maioria dos trabalhadores destas unidades sente-se satisfeito com seu ambiente de trabalho, com melhores escores para CCGO, exceto entre médicos residentes, em ambos os centros cirúrgicos, bem como entre enfermeiros do CCG.

Ainda, apontando-se dados em desacordo, a população de médicos residentes atribuiu, para todos os domínios, baixos escores (<75), exceto para a “Percepção do estresse”. Para Modak e colaboradores (2007) a percepção de estresse obteve menor valor atribuído entre residentes de medicina atuantes em ambulatório; ainda foi identificada baixa percepção da cultura de segurança e maior para “Satisfação no trabalho”. Em estudo de avaliação dos níveis de estresse apresentados por médicos residentes brasileiros Katsurayama e colaboradores (2011) identificaram, por meio de escalas próprias, a identificação deste condicionante e mostraram que 75,1% encontravam-se estressados nos setores em que atuavam e, entre esses, mais da metade atuavam em centro cirúrgico.

Foram observadas diferenças nos escores atribuídos por enfermeiros e médicos para os domínios “Clima de trabalho em equipe” e “Clima de segurança”, considerados positivos para os referidos profissionais atuantes no CCGO. Outra divergência identificada está relacionada ao domínio “Percepção da gerência” visto que médicos do CCGO atribuíram escores 75,1 e 76,7 para gerentes da unidade e do hospital, respectivamente. As condições de trabalho apresentaram baixos escores em todas as comparações, o que vai ao encontro dos achados em comparações anteriores nesta pesquisa. A partir destes dados, entende-se que para enfermeiros e médicos do CCGO há melhor colaboração entre os membros da equipe e comprometimento para a segurança do paciente frente aos que atuam no CCG.

Em avaliação da cultura de segurança realizada em unidade de cuidados cirúrgicos intensivos pediátrico, o SAQ foi aplicado em dois períodos, comparando-se os escores entre médicos, enfermeiros e demais profissionais. Refutando os achados desta pesquisa, as percepções mais frágeis foram elencadas para os domínios “Percepção da gerência”, com escores mais baixos atribuídos por médicos, bem como para “Condições de trabalho”; e o clima de trabalho em equipe foi considerado positivo apenas entre médicos (MARTEN *et al.*, 2011).

Em estudo anterior, Modak e colaboradores (2007) observaram que enfermeiros de uma unidade ambulatorial sentiam-se mais satisfeitos com seu trabalho e reconheciam com melhor percepção o clima de segurança quando comparados a profissionais médicos. Neste sentido, Marten e colaboradores (2011) alertam que estas comparações devem ser analisadas de forma cautelosa, uma vez

que o número de enfermeiros é significativamente maior que a de médicos, em grande parte das instituições de saúde.

Com relação aos itens isolados, destacam-se as percepções da cultura de segurança diferenciadas, principalmente, para enfermeiros e médicos residentes do CCG e CCGO. Para o item 14, apesar de apenas médicos do CCGO atribuírem escore satisfatório para a afirmativa, os enfermeiros de CCG apresentaram percepção muito baixa (escore igual a 37,5) frente a esta mesma categoria no CCGO (escore igual a 65); e médicos residentes do CCG (escore igual a 25) frente aos atuantes em CCGO (escore igual a 45).

A afirmativa “Eu vivencio boa colaboração com enfermeiros deste CCG/ CCGO” indica que os enfermeiros do CCG estavam vivenciando, no período da coleta de dados, baixa cooperação (escore igual a 50), ao passo que enfermeiros do CCGO apresentaram escore igual a 83,3, com percepção positiva para este item. Em contrapartida, médicos de CCG atribuíram boa colaboração e para este mesmo grupo do CCGO, o escore médio foi de 71,9, o que indica que há *déficit* no relacionamento desses com o grupo de enfermeiros. Em relação à afirmativa “Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos deste CCG/ CCGO” demonstrou-se que para o grupo de enfermeiros, médicos e residentes houve melhor percepção da cultura de segurança para este item no CCGO comparado ao CCG.

Para o item 35, com afirmativa semelhante, porém relacionada à farmacêuticos (lembrando que nas unidades de pesquisa os técnicos de farmácia são entendidos como farmacêuticos), a colaboração observada pelos trabalhadores do CCGO foi superior a do CCG, exceto para médicos. De modo geral, observa-se que, na perspectiva dos itens 33 a 35, a equipe de CCGO vivencia melhor colaboração entre sua equipe quando comparado ao CCG. Tal premissa é corroborada com a significância estatística de maior expressão para CCG a CCGO.

Neste contexto, pesquisadores observaram entre médicos, e entre médicos e enfermeiros, atuantes em sala operatória, colaboração considerada positiva pelos médicos. Contudo, na perspectiva dos enfermeiros haviam dificuldades quando vivenciam a colaboração com médicos. Os itens abordados possuem forte correlação com o domínio “Clima de trabalho em equipe”, visto que a cooperação

entre os agentes de cuidado em uma unidade influenciam na organização das atividades diárias (MAKARI *et al.*, 2006b).

Pereira (2010), em estudo que identificou as percepções de trabalho em equipe em ambiente cirúrgico, observou que mais da metade dos participantes mostraram-se insatisfeitos com a colaboração vivenciada entre médicos e enfermeiros, além de indicarem a comunicação ineficiente como um fator diretamente relacionado à cooperação entre equipes.

Por fim, na afirmativa “Falhas na comunicação que levam atrasos no atendimento são comuns” houve unanimidade em considerar que este indicador apresenta a pior percepção entre a população do estudo. Sobressai-se a percepção das enfermeiras da CCG, as quais atribuíram escore igual a zero. Nesta perspectiva, a comunicação novamente teve destaque e condiz com as observações anteriormente firmadas por autores que evidenciaram forte relação deste fator para a vigência da cultura ou clima de segurança (MAKARI *et al.*, 2006; PEREIRA, 2010).

Nas comparações que se seguiram, as percepções por domínios puderam ser analisadas por categoria entre CCG e CCGO. A percepção da cultura de segurança (SAQ total) foi evidenciada como baixa para todos os grupos pesquisados. O “Clima de trabalho em equipe” foi considerado positivo apenas para enfermeiros e médicos atuantes em CCGO. Auxiliares e técnicos de enfermagem, demais profissionais (outros) de ambas as unidades, enfermeiros e médicos do CCG não consideram que há boa colaboração nas referidas unidades. Entre todos os trabalhadores, 77,6% concordaram parcial ou totalmente com a afirmativa “Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes” e 76% referiram ter facilidade em questionar o grupo frente à dúvidas no ambiente de trabalho.

Este domínio foi avaliado, de forma isolada, por Carney e colaboradores (2010) e comparadas com as percepções entre enfermeiros e médicos de centro cirúrgico, ficou evidenciado que médicos experimentavam melhor colaboração que enfermeiros, assim como observado sob a mesma perspectiva por Marten e colaboradores (2011) em unidades de cuidados intensivos pediátricos. Contudo Lee e colaboradores (2010) observaram escores abaixo de 50, indicando baixa percepção. No contexto brasileiro, Carvalho (2011) também identificou baixos escores entre trabalhadores de saúde para este domínio, o que vai ao encontro de investigação conduzida por Da Correggio (2012). Neste sentido, quando o clima de

trabalho em equipe é vivenciado de forma positiva, este repercute na qualidade da assistência ao paciente (ROSE *et al.*, 2006); em ambiente cirúrgico está associado à redução de complicações no período intra-operatório (MAZZOCCO *et al.*, 2009).

Para o “Clima de segurança”, os resultados assemelham-se ao domínio anterior; para enfermeiros e médicos do CCGO, as percepções alcançaram escores superiores a 75 (escore médio igual a 76,2 e 76,1, respectivamente), ao passo que para o CCG as médias foram de 50 e 53,6 para esta mesma ordem. Em relação à distribuição de respostas neste domínio, somente 35,4% concordaram parcial ou totalmente com a afirmativa “Neste CCG/CCGO é difícil discutir sobre erros”, ao passo que 68,3% conhecem os meios para notificar eventos adversos e 73,3% são encorajados por seus colegas a informarem situações relacionadas a segurança do paciente.

Estudo realizado no Reino Unido, com trabalhadores de centro cirúrgico, houve forte tendência a escores positivos para o domínio “Clima de segurança” (ALLARD *et al.*, 2011); em unidades de cuidados intensivos pediátrico o escore para este domínio não superou o mínimo desejável, contudo sofreu melhorias no período de um ano (MARTEN *et al.*, 2011). Entre médicos cirurgiões estadunidenses houve prevalência de baixos escores relacionados aos meios adequados para encaminhar problemas sobre a segurança do paciente, ao passo que a discussão de erros foi considerada com forte percepção (CARNEY *et al.*, 2010); já em unidades de terapia intensiva a discussão de eventos adversos recebeu os menores escores (44,8) e os maiores escores foram relacionados ao adequado manejo de erros (94,4) (RAFTAPOULOS; PAVLAKIS, 2013).

No Brasil, Carvalho (2011) também obteve baixos escores para o domínio em questão, assim como Da Correggio (2012) o qual demonstrou que metade dos profissionais consideraram baixo a cultura de segurança. Neste sentido, a autora afirma que instituições, as quais reconhecem a cultura de segurança como importante para a segurança do paciente, devem estar comprometidas com a prevenção de eventos adversos e no tratamento destes quando ocorrerem.

Destacou-se a “Satisfação no trabalho” avaliada pelos auxiliares e técnicos em enfermagem, com as melhores percepções, e menores entre médicos residentes. Ou seja residentes de ambas as unidades consideraram negativo seu ambiente de trabalho. Na distribuição das respostas 93,7% concordaram, total ou parcialmente, ao afirmarem que gostam de seu trabalho, e 82,4% orgulham-se de



atuarem no CCG/CCGO. Raftapoulos e Pavlakis (2013) identificaram resultado próximo a 100% para a afirmativa “Eu gosto do meu trabalho” e 89,6% orgulhavam-se de atuarem nos setores que desenvolviam suas atividades. Resultado semelhante foi observado por Rigobello e colaboradores (2012) em relação à equipe de enfermagem e por Carvalho (2011), entre os diferentes trabalhadores de saúde de seis hospitais brasileiros. Em estudo que avaliou a satisfação do trabalho de profissionais da enfermagem atuantes em centro cirúrgico oncológico, 72,9% sentiam-se satisfeitos (MEIRELLES; ZEITOUNE, 2003), corroborando com os achados nesta pesquisa. Conforme aponta Melo, Barbosa e Souza (2011), em revisão integrativa sobre satisfação no trabalho de equipes de enfermagem, dos 17 estudos analisados, cinco evidenciaram insatisfação e em quatro os resultados foram positivos.

Contrariando o exposto acima, Marten e colaboradores (2011) verificaram escores positivos para satisfação no trabalho apenas entre as demais categorias profissionais que não médicos e enfermeiros, sendo as piores percepções consideradas por médicos. Um centro cirúrgico brasileiro revelou que 58,39% dos trabalhadores atribuíram baixos escores, ou seja, estavam insatisfeitos com seu trabalho (DA CORREGGIO, 2012). Em revisão de literatura sobre saúde e qualidade de vida de residentes de medicina, a síndrome de Burnout, estresse e depressão foram evidenciados como os maiores fatores que influenciam a satisfação nas atividades desempenhadas (LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010).

A “Percepção do estresse” a qual avalia o quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho, obteve os maiores resultados para auxiliares e técnicos em enfermagem, bem como para médicos residentes atuantes no CCGO; menor escore foi verificado entre enfermeiros desta mesma unidade cirúrgica. Com relação à distribuição das respostas para este domínio metade (53,8%) concordaram que o cansaço influencia negativamente em situações de emergência, e 72,5% reconhecem que quando a carga de trabalho é excessiva, há reflexos no desempenho laboral.

Em contrapartida, Raftapoulos e Pavlakis (2013) identificaram este domínio com baixos escores, entre as afirmativas, todas apresentaram valor menor que 40; Da Correggio (2012) em estudo brasileiro, obteve percentual igual a 57,12%; Marten e colaboradores (2011) identificaram maior estresse entre médicos, quando comparados com enfermeiros e demais profissionais de unidade de cuidados

intensivos cirúrgico pediátrico; Carvalho (2011) obteve média de 71,5 entre trabalhadores de saúde de diferentes hospitais brasileiros. Para Silva (2011) o estresse laboral emerge de experiências e situações de difícil adaptação. Em espaço cirúrgico, as situações que geram estresse são diversas, tais como o relacionamento entre os membros da equipe, ambiente, recursos humanos e materiais, comportamento do cirurgião e fatores relacionados às condições de saúde do paciente. Estas podem resultar em alterações psicológicas e fisiológicas no profissional que exerce suas atividades em sala cirúrgica (CAREGNATO; LAUTERT, 2005). Entre profissionais de enfermagem atuantes em centro cirúrgico oncológico, o estresse foi atribuído à sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, falta de reconhecimento profissional e situações emocionais desagradáveis (GOMES; SANTOS; CAROLINO, 2013).

A “Percepção da gerência”, seja esta do hospital ou de um setor, é outro fator determinante para a segurança do paciente. Para esta avaliação, houve predominância de baixas percepções para cultura de segurança, com exceção de médicos atuantes no CCGO, as demais as médias foram inferiores ao valor limítrofe, e medianas com valores máximos de 75. Observado que os menores escores foram atribuídos por enfermeiros de CCG, cujas médias não superaram 50, ao passo que para enfermeiros do CCGO houve proximidade a 75. Médicos residentes perceberam este domínio com os piores resultados de escore; desta forma, compreende-se que para este grupo as questões sobre segurança do paciente em centro cirúrgico não são tratados com a devida pertinência para os gestores.

No que se refere às questões que englobam este domínio, apenas 32,3% da população do estudo concordou total ou parcialmente com o item que aborda o quantitativo e qualitativo de profissionais atuantes nos centros cirúrgicos. Neste sentido, é válido ressaltar que diversos profissionais questionaram este item e cinco não responderam por afirmaram serem duas questões em uma única pergunta. Ou seja, muitos concordavam ou discordavam com o quantitativo/ qualitativo de profissionais na equipe e vice e versa. Em duas situações os participantes deixaram suas sugestões escritas no SAQ aplicado para que o item seja reformulado, e para a qual concordamos pela dualidade no texto, impedindo uma avaliação real.

Para a afirmativa “A administração do hospital está fazendo um bom trabalho” 65,2% concordaram total ou parcialmente, ao passo que quando avaliada a administração dos centros cirúrgicos houve concordância total ou parcial de 53,4%.

Quase 40% dos participantes não concordam que as gerências apoiam seus esforços diários. Valor próximo foi atribuído ao item “Profissionais problemáticos são tratados de maneira construtiva neste CCG/ CCGO”.

Estudos brasileiros também apresentaram como resultados percepções para as gerências avaliadas abaixo de 75 (CARVALHO, 2011; DA CORREGGIO, 2012; RIGOBELLO *et al.*, 2012). A literatura internacional também aponta prevalência de escores que indicam insatisfação com as lideranças locais (MODAK *et al.*, 2007; MARTEN *et al.*, 2011; RAFTAPOULOS; PAVLAKIS, 2013). Neste contexto, um estudo identificou resultados negativos em ambas as categorias profissionais avaliadas em uma unidade de cuidados intensivos cirúrgico pediátricos, sendo os médicos com os menores escores (MARTEN *et al.*, 2011); outro estudo revelou que médicos residentes estavam mais insatisfeitos com as gerências que médicos, enfermeiros e gerentes do serviço em que atuavam (MODAK *et al.*, 2011). Um estudo mais recente identificou, entre os itens que compõem o domínio, o baixo reconhecimento da gerência hospitalar frente aos esforços diários entre trabalhadores de cinco unidades de terapia intensiva (RAFTAPOULOS; PAVLAKIS, 2013).

Por último, as “Condições de trabalho”, domínio o qual reflete a qualidade do ambiente de trabalho, apresentou apenas escores negativos entre todas as categorias. Os mais baixos foram atribuídas por enfermeiros, seguido dos médicos residentes, em ambos centro cirúrgicos. São afirmativas que fazem parte deste domínio os itens 30 a 32. Para o primeiro, 40,2% da população da pesquisa discordou que haja treinamento adequado aos novos membros da equipe; metade concordou que as informações necessárias para decisões diagnósticas estejam ao alcance; e 63,7% afirmaram que os estagiários são bem supervisionados.

Em consonância aos achados nesta pesquisa, a percepção da gerência também foi avaliada como negativa em estudos nacionais e internacionais nos diferentes contextos de atenção à saúde (MODAK *et al.*, 2007; LEE *et al.*, 2010; CARVALHO, 2011; MAKARI *et al.*, 2011; DA CORREGGIO, 2012; RIGOBELLO *et al.*, 2012, RAFTAPOULOS; PAVLAKIS, 2013). Entre esses, Raftapoulos e Pavlakis (2013) observaram percentuais de escores positivos diferentes entre as questões que compõem o domínio, sendo pior sobre o treinamento dos novos membros de equipe (45,2%) e melhor relacionada à supervisão de estagiários (90%).

A baixa percepção para este domínio fornece subsídios para refletir acerca do ambiente em que estes trabalhadores estão inseridos, e sua relação com outros domínios; a exemplo, conforme aponta Caregnato e Lautert (2005), a percepção do estresse, influencia diretamente na satisfação profissional.

Referente aos itens isolados sobressaem os itens 14 e 36, nos quais as médias e medianas oscilaram conforme a categoria e centro cirúrgico. Neste aspecto, é válido ressaltar que segundo enfermeiros do CCG e CCGO suas sugestões não são reconhecidas quando se espera melhorias para a segurança do paciente, e 21,7% dos participantes optaram pela neutralidade nestas afirmativas. As falhas na comunicação (item reverso), como determinantes para o atraso de cirurgias, foi considerado muito ruim (escore zero) para este mesmo grupo e 58,1% discordaram com a afirmativa.

Os resultados obtidos nesta pesquisa são semelhantes aos achados na literatura internacional e nacional, embora no Brasil sejam escassos os estudos que utilizaram o SAQ . A avaliação da cultura de segurança nas unidades cirúrgicas fornecem subsídios às gerencias para a construção de estratégias com vistas à melhoria da cultura de segurança.

## 7 CONCLUSÃO

O Questionário de Atitudes e Segurança (SAQ), eleito para a avaliação da cultura de segurança em unidades de centro cirúrgico, foi escolhido por ser um dos únicos instrumentos traduzidos e validados para a realidade brasileira e propiciar a comparação da cultura de segurança do paciente vigente em uma instituição pública de saúde, a qual reconhece a necessidade de ações voltadas a esta temática, por meio da implantação recente do Programa Cirurgia Segura.

Os domínios que contemplam a análise da cultura de segurança são fortes indicadores das potencialidades e fragilidades relacionadas à segurança percebidas pela equipe de trabalho, contudo devem ser analisados de acordo com o contexto que estão inseridos, bem como do conhecimento acerca da cultura de segurança compreendida por estes trabalhadores.

Neste contexto, a avaliação entre equipe de enfermagem, médicos e demais categorias demonstrou importante variação da cultura percebida nas diferentes unidades de centro cirúrgico, conforme cada domínio, sexo e tempo de atuação. Vale ressaltar que a maioria dos participantes demonstrou estar satisfeitos com seu trabalho, embora entre médicos residentes de ambas unidades houve os menores escores para cinco domínios. As baixas percepções atribuídas às gerências (hospitalar e das unidades) apontam para possível distanciamento entre as equipes e seus supervisores, bem como as condições de trabalho, que indicam a necessidade de um diagnóstico situacional acerca da estrutura material e recursos humanos.

Ainda que o SAQ total, nas unidades de CCG e CCGO, tenham apresentado escore inferior a 75, as melhores percepções da cultura de segurança foram verificadas entre trabalhadores do CCGO, com maior significância entre enfermeiros e médicos. De modo geral, para os demais profissionais, as médias e medianas concordaram com a visão dos demais membros da equipe. Os resultados desta pesquisa devem ser de conhecimento dos membros que compõem a força de trabalho das unidades pesquisadas, além das lideranças locais e hospitalar, com o intuito de que estes protagonistas percebam as lacunas a serem vencidas em prol da segurança do paciente.

Ainda, seus resultados fornecem subsídios para a compreensão do processo de implantação do Programa Cirurgia Segura nos centros cirúrgicos, com suas potencialidades e limitações. Por fim, é esperado que tais informações sejam pertinentes e contempladas para a formulação de estratégias para a melhoria da segurança do paciente nos centros cirúrgicos avaliados.

## REFERÊNCIAS

ADVANCED HEALTH IN AMERICAN -AHA-. **Strategies for LEADERSHIP An Organizational Approach to Patient Safety**. Disponível em: [https://www.premierinc.com/safety/topics/patient\\_safety/downloads/31\\_AHA\\_VHA\\_patient\\_safety\\_assessment\\_tool.pdf](https://www.premierinc.com/safety/topics/patient_safety/downloads/31_AHA_VHA_patient_safety_assessment_tool.pdf) Acesso em: 23/11/2013.

ALLARD, J; *et al.* Pre-surgery briefings and safety climate in the operating theatre. **BMJ Qual Saf**.v.20,n.8.p 711-17, 2011.

ALVARADO, A.L.M. Cultura de seguridad.**Enfermería y seguridad de los pacientes**. Organización Panamericana de La Salud. Oficina Regional de La Organización Mundial de La Salud. Whashington, D.C, p, 99-106, 2011.

AZEVEDO, R.O.B. Satisfação no trabalho dos Profissionais de Cuidados de Saúde Primários. Estudo exploratório em profissionais de cuidados de saúde primários de um Agrupamento de Centros de Saúde.[**dissertação**] Universidade Fernando Pessoa. Porto Alegre, 2012, 97 p.

BLEAKLEY A, *et al.* Improving teamwork climate in operating theatres: the shift from multiprofessionalism to interprofessionalism. **Journal of Interprofessional Care**.v.20, p.461-70, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº. 529 de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1 de abr. de 2013.

CAREGNATO, R.C.A; LAUTERT, L. O estresse da equipe multiprofissional na Sala de Cirurgia. **Rev. Bras. Enfer**.v.58, n.5, p.545-50, 2005.

CARNEY BT, MILLS PD, BAGIAN JP, WEEKS WB. Six differences in operating room care giver perceptions of patient safety: a pilot study from the Veterans Health Administration Medical Team Training Program. **Qual Safe Health Care**.v. 19,n.2,p.128-31, 2010a.

CARNEY, B.T; *et al.* Differences in nurse and surgeon perceptions of teamwork: implications for use of a briefing checklist in the OR. **AORN journal**.v.91, n.6, p.723-29, 2010b.

CARNEY,B.T; *et al.* Changing perceptions of safety climate in the operating room with the Veterans Health Administration Medical team training Program. **American Journal of Medical Quality**. v.26,n.3,p.181-84, 2011.

CARVALHO, R.E.F.L. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2011. 143 p.

CARVALHO, R.E.F.L. CASSIANI, S.H.B. Questionário de Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.20, n.3, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt\\_a20v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf). Acesso em 12/09/ 2013.

CLARO, C.M; *et al.* Eventos adversos em terapia intensiva: percepção dos enfermeiros sobre cultura não punitiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.45, n.1, p.167-72, 2011.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Atlas da Enfermagem – Profissionais de enfermagem por sexo no Brasil**. Disponível em:<http://www.portalcofen.gov.br/atlas/>. Acesso em: 10/11/2013.

COLLA, J.B; BRACKEN, A.C; KINNEY, L.M; WEEKS, W.B. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Qual Safe Health Care**.v.14,p. 364-6, 2005.

COOPER, M.D. Towards a model of safety culture.**Safety Science**.v.36, n.2, p.111-36, 2000.

CROW, S.M; HARTMAN, S.J. Organizational culture: its impact on employe relations and discipline in health care organizations. **Health Care Manegemant** , v.21, n.2, p. 22-8, 2002.

DA CORREGGIO, T.C. Avaliação da cultura de segurança em um Centro Cirurgico de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. [trabalho de conclusão de curso] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de residência integrada multiprofissional em saúde; 2012. 92 p.

EMERGENCY CARE RESEARCH INSTITUTE - ECRI. **Patient Safety and Risk Management Resources**. Patient Safety Self-Assessment Questionnaire. Disponível em <https://www.ecri.org/PatientSafety/HrcReports/Pages/default.aspx>. Acesso em 28/11/2013.



FILHO, A.A; WERMELINGER, M.C.M.W; GARCIA, A.C.P. **A formação profissional de nível médio na área da saúde: a modalidade sequencial em foco.** 27ª Reunião da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação – ANPED. 2010. Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes/27/gt09/t093.pdf>. Acesso em: 22/11/2013.

FLEMING, M. Measuring safety culture measurement and improvement: A “How To” Guide. **Healthcare Quarterly**, v.8, special issue, p. 146-50, 2005.

FLIN, R. *et al.* Measuring safety climate: identifying the common features. **Safety Science**.v.33,n.1-3, p.177-92,2000.

FREITAS, A.L.P; RODRIGUES, A.G. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. XII SIMPEP, Bauru, SP. Disponível em: [www.simpep.feb.unesp.br/anais/anais\\_12/copiar.php?arquivo=Freitas\\_ALP\\_A%20avalia%20E7%E3o%20da%20confiabilidade.pdf](http://www.simpep.feb.unesp.br/anais/anais_12/copiar.php?arquivo=Freitas_ALP_A%20avalia%20E7%E3o%20da%20confiabilidade.pdf) . Acesso em: 02/02/2013

GERSHON, R.R. *et al.* Measurement of organizational culture and climate in healthcare. **J NursAdm**, v.1 p. 33-40, 2004.

GOMES, S.F.F; SANTOS, M.M.M.C.C; CAROLINO, E.T.M.A. Riesgos psicosociales em El trabajo: estrés y estrategias de *coping* em enfermeros en oncologia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/2013nahead/es\\_0104-1169-rlae-0213-2365.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/2013nahead/es_0104-1169-rlae-0213-2365.pdf). Acesso em: 12/11/2013.

HARTMANN CW, METERKO M, ROSEN AK, SHIBEI Z, SHOKEEN P, SINGER S, ET AL. Relationship of hospital organizational culture to patient safety climate in the Veterans Health Administration. **MedCare Res Rev**.v.66,n,3. p.320–38, 2009.

HC – UFPRa. INSTITUCIONAL. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/dru6/?q=node/32>. Acesso em: 29/12/2012

HC – UFPRb. UCC – UNIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/Templates/informacoes/missao/fatos.html#2004>. Acesso em: 29/12/2012.

HC-UFPRc. CENTRO OBSTÉTRICO E MATERNIDADE 1998-2011. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/?q=node/4850>. Acesso em 29/12/2012

HOSPITAL DE CLINICAS – UFPR. Grupo de Trabalho Cirurgia Segura do Hospital de Clínicas – PR. Curitiba. **Ata da reunião realizada no dia 26 ago. 2011.** n.12, 2011.

HUGHES, L.C; CHANG, Y; MARK, B.A. Quality and atrength of patient safety climate on medical-surgical units.**Health CareManage Rev.** v,34, n.1, p.19-28, 2009. 11/11/2013

KASURAYAMA, M. *et al.* Avaliação dos níveis de estresse psicológico em médicos residentes e não residentes de hospitais não universitários. **PsicologiaHospitalar.**v.9, n.1, p.75-96, 2011.

LEE, W.C; *et al.* Hospital Safety Culture in Taiwan: a national survey using Chinese version Safety Attitude Questionnaire. BMC Health Services Research.v.10, n. 10.Disponívelem: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20698965>. Acesso em: 11/11/2013.

LOURENÇÃO, L.G; MOSCARDINI, A.C; SOLER, Z.A.S.G. Saúde e qualidade devida de médicos residentes. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v.1,n.56, p. 81-91, 2010.

MARTEN, J.P; *et al.* Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: An evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. **Pediatric Cri Care Med.** v.12, n.6, 310-6, 2011.

MAKARY, M.A; *et al.* Operating room briefings and wrong-site surgery.**Jam Coll Surg.**v.204, n.2, p.236-43, 2007.

MAZIERO, E.C.S. Avaliação da adesão ao programa cirurgia segura em cirurgias ortopédicas em um hospital de ensino.**[dissertação]**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná.2000, p.105.

MEIRELLES, N.F; ZEITOUNE, R.C.G.Satisfação no trabalho e fatores de estresse da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico oncológico. **REDALYC.** v. 7, n. 1, p.78-88, 2003.

MODAK, I; *et al.* Measuring Safety Culture in the Ambulatory Setting: the Safety Attitudes Questionnaire-Ambulatory-version. **JGIM**. v.1, n.22, p.1-5, 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2227589/>. Acesso em: 11/11/2013.

NASCIMENTO, A. Sécurité des patients et culture de sécurité: unerevue de La littérature.**Rev. ciênc. saúde coletiva**. v.16, n.8, p. 3591-3602. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000900027&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000900027&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 20/01/2013.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY.NPSA. **Seven Steps to patient safety**. The full reference guide. 2004. Disponível em:<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59787>. Acesso em: 20/11/2013.

NEW SOUTH WALES GOVERNMENT .NSW. WORKCOVER. Safety culture survey: questionnaire. Disponível em [http://www.workcover.nsw.gov.au/formspublications/publications/Pages/safetyculture\\_surveyquestionnaire.aspx](http://www.workcover.nsw.gov.au/formspublications/publications/Pages/safetyculture_surveyquestionnaire.aspx). Acesso em: 22/11/2013.

NIEVA, V.F;SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safetyin healthcare organizations. **QualSaf Health Care**;v,12(Suppl II):ii, p.17–ii23, 2003.

OCCELLI P, *et al.* La culture de sécurité em santé: um concept em pleine émergence. **Risques &Qualité**. v.4,p.207-12, 2007.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Spotlight: estatísticas da força de trabalho em saúde**. Departamento de Recursos Humanos para Saúde da OMS. 2008. Disponível em: [http://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight\\_2\\_PO.pdf](http://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight_2_PO.pdf). Acesso em 11/11/2013. Acesso em 10/11/2013.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde**; tradução de Marcela Sanchez Nilo e Irma Angélica Duran – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Disponível em: [repositorio.proqualis.net/filesserver.php?fileid=2570](http://repositorio.proqualis.net/filesserver.php?fileid=2570). Acesso em 03/01/2014.

PATTERSON, P.D; *et al.* The emergency medical services Safety Attitudes Questionnaire. **American Journalof Medical Quality**. v.2,n.25,p109-115,2010.

PEREIRA, M.C.M.A.P. **Dinâmicas e percepções sobre trabalho de equipa: um estudo em ambiente cirúrgico.[Dissertação]** (Mestrado Integrado em Medicina) Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde. Covilhã, 2010.

PAESE, F; DAL SASSO, G.T.M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto e Contexto Enferm.** v.22, n.2, p.302 – 10, 2013.

PINSONNEAULT, A; KRAEMER, K.L. Survey research in management information system in assesment. **Journal of Management Information System**, 1993. Disponível em: <http://escholarship.org/uc/item/6cs4s5f0#page-7>. Acesso em: 09/09/2013.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUES, A.A.M; MONTORO, C.H; GONZÁLES, M.G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Rev. Latino – Am. Enfermagem.**v.18, n.3 Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_07.pdf). Acesso em: 13/10/13.

RAFTAPOULOS, V; PAVLAKIS, A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. **Journal of Critical Care.** n.28,p.51-61,2013.

REIS, C.T; LAGUARDIA, J; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública.**v.28, n.11, p.2199-210, 2012.

RIBEIRO, P.H.V; *et al.* Clima de segurança organizacional e a adesão às precauções padrão entre dentistas. **Acta Paul Enferm.** v.26, n.2, p.192-7, 2013.

RIGOBELLO, M.C.G; *et al.* Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**v.25, n.5, p.728-35, 2012.

SAMMER, C.E; *et al.* What is Patient Safety Culture? A review of the literature. **Jornal Nursing Scholarship.**v.42,n.2,p.156-65,2010.

SCHERER, D; FITZPATRICK, J.J. Perceptions of patient safety culture among physicians and RNs in the perioperative area. **AORN J**, v.87,n.1,p.163–75, 2008.

SCHEIN, E. **Organizational culture and leadership**.3rd Edition. San Francisco: Jossey-Bass, 2004. 429p.

SCOTT, T. *et al.* The quantitative measurement of organizational culture in healthcare: a review of the available instruments. **Health Serv Res**, v.3, p 923-945, 2003.

SEXTON, J.B, *et al.* The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, in merging research. **BMC Health Serv Res**, v.6, 2006.

SILVA, D.C, ALVIM, N.A.T . Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem **ver Bras Enferm**,v.63,n.3,p.427-34,2010.

SILVA, V.L. O Estresse Laboral e a Síndrome De Burnout á luz dos sentimentos da enfermagem de um centro cirúrgico. **[dissertação]** Guarulhos: Universidade Guarulhos; 2011. 158 p.

STUMM,E.M.F; MALAÇA, R.T; KICHNER,R.M. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico.**Texto Contexto Enferm**, v.13,n.3,p.464-71,2006.

THOMAS,E.J; SEXTON,J.B;HELBREICH,R.L. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses physicians. **Critical Care Medicine**.v.31,n.3,p.956-9,2003.

VIEIRA NETO, A.S; BARROSO, A.C.O; GONÇALVES, A. **Knowledge basis is safety culture for researchers and practitioners**. International Nuclear Atlantic Conference – INAC. Rio de Janeiro, RJ. Brazil, 2009.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente**. Orientações para evitar eventos adversos.Ed. Yendis. São Caetano do Sul, 2009.v.1.p 3-5.

KOHN L.T; CORRIGAN J.M; DONALDSON, M.S.**To err is human: building a safer health system**. National Academy Press. Washington, 2001.

WEGNER, W; PEDRO, E.N.E. A segurança do paciente na circunstância do cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Rev. Latino –**

**Am. Enfermagem.** v.20, n.3. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt\\_a02v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a02v20n3.pdf). Acesso em 13/09/2013.

WHO. **World Alliance for Patient Safety.** Geneva, 2005.

WHO. **Patient Safety Program.** Disponível em:  
<http://www.who.int/patientsafety/campaigns/en/> Acesso em 02/04/2012.

## **APÊNDICES**

APÊNDICE 1 – PARACER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



# APÊNDICE 1- PARACER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE - SCS -



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação do clima organizacional para segurança do paciente

**Pesquisador:** ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 13383813.2.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 241.958

**Data da Relatoria:** 10/04/2013

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa proveniente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, sob responsabilidade da professora Elaine Drehmer de Almeida Cruz e colaboração de Fernanda Letícia Frates Cauduro. O projeto prevê a realização de entrevista com profissionais da área de saúde envolvidos nos cuidados dos paciente em diversos níveis assistenciais: centro cirúrgico, enfermarias e ambulatórios do Hospital de Clínicas da UFPR. A todos será aplicado o questionário "Safety Attitudes Questionnaire" (Sexton, 2006), versão traduzida validada para o Brasil. A justificativa do estudo baseia-se em pesquisa que aponta que aproximadamente 16% de todos os pacientes internados em hospitais, foram vítimas de alguma iatrogenia, e como resultado o óbito (KOHN, 2001). O trabalho será um estudo avaliativo quantitativo e transversal.

#### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a segurança na assistência em saúde em um hospital de ensino.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores não descrevem riscos relacionados à pesquisa, mas asseguram que a confidencialidade será preservada. Quanto ao benefício, as pesquisadoras destacam que os resultados da pesquisa poderão contribuir para a implementação de futuras estratégias em segurança do paciente com vistas à garantir qualidade no cuidado ofertado.

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 280

**Bairro:** 2ª andar

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante para aprimorar a assistência oferecida pelos profissionais de saúde ao nível hospitalar.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE está de acordo com as orientações deste comitê.

**Recomendações:**

Não há.

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



CURITIBA, 10 de Abril de 2013

---

Assinador por:  
Claudia Seely Rocco  
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240



UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

	<p>MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	
---	---	---

**AUTORIZAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PESQUISA EM SERES HUMANOS**

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, de acordo com a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. Uma das vias ficará com você e a outra via com a pesquisadora. Sua assinatura representa a concordância em participar da pesquisa. Em caso de recusa em participar você não será penalizado de forma alguma. Você poderá desistir da sua participação a qualquer momento, se assim desejar, sem nenhum dano ou constrangimento, sendo somente necessário a manifestação verbal de sua desistência à pesquisadora. As pesquisadoras colocam-se à disposição para os esclarecimentos neste momento e a qualquer etapa desta pesquisa.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**

**Título do Projeto:** “Avaliação do clima organizacional para segurança do paciente”

**Pesquisador Responsável:** Elaine Drehmer de Almeida Cruz

**Endereço/telefone:** Rua Lothario Meissner, 632 3º andar - Jardim Botânico  
CEP: 80210-170 Curitiba-PR – Tel:(041) 36570362 - (041) 84168951

**Pesquisador Colaborador:** Fernanda Leticia FratesCauduro

**Endereço/telefone:** Rua Edmundo Angely, 199 Jardim das Américas, Curitiba – PR – Tel: (041) 35645457 -(041) 9667-9220

**Prezado (a) Senhor (a)**

Estamos realizando uma pesquisa sobre a percepção dos profissionais atuantes nas unidades de internação, centros cirúrgicos e ambulatoriais sobre clima de cultura de segurança. A cultura de segurança é compreendida como o conjunto de características e atitudes das organizações e pessoas que determinam as questões relacionadas à segurança e o clima de segurança seu componente passível de avaliação. Este estudo tem como objetivo geral avaliar o clima de segurança nas unidades de internação, centros cirúrgicos e ambulatoriais em um hospital de ensino. Os dados se destinarão a elaboração de trabalho de pesquisa a ser apresentada ao Departamento de Enfermagem, do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Está garantido o sigilo e anonimato do pesquisado e da instituição de origem.

Solicitamos a sua colaboração em participar deste estudo através da autorização para o preenchimento de um questionário sobre a sua percepção quanto a clima de segurança na unidade em que atua e terá tempo previsto de 15 minutos para seu preenchimento. Você será identificado somente pela pesquisadora, por meio de um código e quando os resultados forem publicados não aparecerá seu nome e sim um código.

A sua participação nesta pesquisa é livre, não cabendo qualquer benefício ou remuneração. Não há riscos, prejuízos, desconforto ou lesões que possam ser provocados pela pesquisa, não havendo necessidade de indenização ou ressarcimento de despesas. Não há benefícios pessoais decorrentes da sua participação na pesquisa. A pesquisadora responsável coloca-se a sua disposição para os esclarecimentos a qualquer etapa desta pesquisa e encontra-se no Departamento de Enfermagem da UFPR, conforme endereço acima citado, de segunda a sexta-feira no horário das 07:00 às 16:00 horas.

Prof<sup>ª</sup>Dr<sup>ª</sup> Elaine Drehmer de Almeida Cruz  
Pesquisador Responsável

Curitiba, \_\_/\_\_/\_\_.

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_, RG/ CPF n.º \_\_\_\_\_, atuante na unidade \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo Avaliação do clima organizacional para segurança do paciente como participante. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora responsável Prof<sup>ª</sup>Dr<sup>ª</sup> Elaine Drehmer de Almeida Cruz e pela pesquisadora colaboradora Fernanda Letícia FratesCauduro sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou prejuízo.

\_\_\_\_\_  
nome do sujeito da pesquisa

\_\_\_\_\_  
assinatura

\_\_\_\_\_  
local e data

\_\_\_\_\_  
nome do pesquisador

\_\_\_\_\_  
assinatura

\_\_\_\_\_  
local e data

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

## **ANEXOS**

ANEXO 1- *SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE*(SAQ)

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA PARA CENTRO CIRÚRGICO GERAL

ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA PARA CENTRO CIRÚRGICO GINECO - OBSTÉTRICO


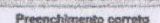
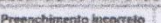








## ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA PARA CENTRO CIRÚRGICO GERAL

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

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

• Apague muito bem qualquer resposta que você desejar mudar 

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

	A	B	C	D	E	X
	Discordo totalmente	Discordo em parte	Neutro	Concordo em parte	Concordo totalmente	Não se aplica
1) As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas neste Centro Cirúrgico.	A	B	C	D	E	X
2) Neste Centro Cirúrgico, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.	A	B	C	D	E	X
3) Neste Centro Cirúrgico, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	A	B	C	D	E	X
4) Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	A	B	C	D	E	X
5) É fácil para os profissionais que atuam neste Centro Cirúrgico fazerem perguntas quanto existe algo que eles não entendem.	A	B	C	D	E	X
6) Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	A	B	C	D	E	X
7) Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.	A	B	C	D	E	X
8) Erros são tratados de maneira apropriada neste Centro Cirúrgico.	A	B	C	D	E	X
9) Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente neste Centro Cirúrgico	A	B	C	D	E	X
10) Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.	A	B	C	D	E	X
11) Neste Centro Cirúrgico, é difícil discutir sobre erros.	A	B	C	D	E	X
12) Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente.	A	B	C	D	E	X
13) A cultura neste Centro Cirúrgico torna fácil aprender com os erros dos outros.	A	B	C	D	E	X
14) Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração.	A	B	C	D	E	X
15) Eu gosto do meu trabalho.	A	B	C	D	E	X
16) Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	A	B	C	D	E	X
17) Este é um bom lugar para trabalhar.	A	B	C	D	E	X
18) Eu me orgulho de trabalhar neste Centro Cirúrgico.	A	B	C	D	E	X
19) A moral neste Centro Cirúrgico é alto.	A	B	C	D	E	X
20) Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	A	B	C	D	E	X
21) Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a).	A	B	C	D	E	X
22) Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	A	B	C	D	E	X
23) O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorespiratória, convulsões).	A	B	C	D	E	X
24a) A administração deste Centro Cirúrgico apoia meus esforços diários.	A	B	C	D	E	X
24b) A administração deste hospital apoia meus esforços diários.	A	B	C	D	E	X
25a) A administração deste Centro Cirúrgico não compromete conscientemente a segurança do paciente.	A	B	C	D	E	X
25b) A administração deste hospital não compromete conscientemente a segurança do paciente.	A	B	C	D	E	X
26a) A administração deste Centro Cirúrgico está fazendo um bom trabalho.	A	B	C	D	E	X
26b) A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho.	A	B	C	D	E	X
27a) Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa administração do Centro Cirúrgico.	A	B	C	D	E	X
27b) Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa administração do hospital.	A	B	C	D	E	X
28a) Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da administração do Centro Cirúrgico.	A	B	C	D	E	X
28b) Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da administração do hospital.	A	B	C	D	E	X
29) Neste Centro Cirúrgico, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.	A	B	C	D	E	X
30) Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.	A	B	C	D	E	X
31) Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim.	A	B	C	D	E	X
32) Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.	A	B	C	D	E	X
33) Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) neste Centro Cirúrgico.	A	B	C	D	E	X
34) Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos neste Centro Cirúrgico.	A	B	C	D	E	X
35) Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos neste Centro Cirúrgico.	A	B	C	D	E	X
36) Falhas na comunicação que levam atrasos no atendimento são comuns.	A	B	C	D	E	X

**INFORMAÇÕES**

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

**Cargo: (marque somente um)**

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

Médico residente  Farmacêutico (a)  Fonoaudiólogo

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

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

Auxiliar de enfermagem / Técnico de enfermagem  Nutricionista  Outro:

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

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

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



ANEXO 3- QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA PARA CENTRO CIRÚRGICO GINECO - OBSTÉTRICO

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

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

• Use somente lápis número 2 Preenchimento correto Preenchimento incorreto

• Apague muito bem qualquer resposta que você desejar mudar

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

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

1) As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas neste Centro Gineco - Obstétrico. A B C D E X

2) Neste Centro Gineco - Obstétrico, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente. A B C D E X

3) Neste Centro Gineco - Obstétrico, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente). A B C D E X

4) Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes. A B C D E X

5) É fácil para os profissionais que atuam neste Centro Gineco - Obstétrico fazerem perguntas quanto existe algo que eles não entendem. A B C D E X

6) Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada. A B C D E X

7) Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente. A B C D E X

8) Erros são tratados de maneira apropriada neste Centro Gineco - Obstétrico. A B C D E X

9) Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente neste Centro Gineco - Obstétrico. A B C D E X

10) Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho. A B C D E X

11) Neste Centro Gineco - Obstétrico, é difícil discutir sobre erros. A B C D E X

12) Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente. A B C D E X

13) A cultura neste Centro Gineco - Obstétrico torna fácil aprender com os erros dos outros. A B C D E X

14) Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração. A B C D E X

15) Eu gosto do meu trabalho. A B C D E X

16) Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família. A B C D E X

17) Este é um bom lugar para trabalhar. A B C D E X

18) Eu me orgulho de trabalhar neste Centro Gineco - Obstétrico. A B C D E X

19) A moral neste Centro Gineco - Obstétrico é alto. A B C D E X

20) Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado. A B C D E X

21) Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a). A B C D E X

22) Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis. A B C D E X

23) O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiopulmonar, convulsões). A B C D E X

24a) A administração deste Centro Gineco - Obstétrico apoia meus esforços diários. A B C D E X

24b) A administração deste hospital apoia meus esforços diários. A B C D E X

25a) A administração deste Centro Gineco - Obstétrico não compromete conscientemente a segurança do paciente. A B C D E X

25b) A administração deste hospital não compromete conscientemente a segurança do paciente. A B C D E X

26a) A administração deste Centro Gineco - Obstétrico está fazendo um bom trabalho. A B C D E X

26b) A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho. A B C D E X

27a) Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa administração do Centro Gineco - Obstétrico. A B C D E X

27b) Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa administração do hospital. A B C D E X

28a) Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da administração do Centro Gineco - Obstétrico. A B C D E X

28b) Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da administração do hospital. A B C D E X

29) Neste Centro Gineco - Obstétrico, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes. A B C D E X

30) Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe. A B C D E X

31) Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim. A B C D E X

32) Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados. A B C D E X

33) Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) neste Centro Gineco - Obstétrico. A B C D E X

34) Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos neste Centro Gineco - Obstétrico. A B C D E X

35) Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos neste Centro Gineco - Obstétrico. A B C D E X

36) Falhas na comunicação que levam atrasos no atendimento são comuns. A B C D E X

**INFORMAÇÃO**

Você já havia preenchido este instrumento anteriormente?  Sim  Não  Não sabe

Data (mês/ano): \_\_\_\_\_

**Cargo: (marque somente um)**

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

Médico residente  Farmacêutico (a)  Fonoaudiólogo

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

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

Auxiliar de enfermagem / Técnico de enfermagem  Nutricionista  Outro:

**Gênero:**  homem  mulher

**Atuação principal:**  adulto  pediatria  ambos

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