







## ARTIGO ORIGINAL

### Clima de segurança do paciente: avaliação de trabalhadores do pronto-socorro de hospital universitário

*Patient safety climate: evaluation of university hospital emergency team*

Fernanda Cristina Mucelini<sup>1,\*</sup>, Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos<sup>1</sup> , Débora Cristina Ignácio Alves<sup>1</sup> , Eduardo Beserra da Silva<sup>2</sup>, Juliana Aparecida Peixoto Nishiyama<sup>3</sup> , Rúbia Marcela Rodrigues Moraes<sup>4</sup> , João Lucas Campos de Oliveira<sup>5</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, Brasil.

<sup>2</sup>UNIVEL Centro Universitário, Cascavel, Paraná, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

<sup>4</sup>Hospital Universitário Julio Müller, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

<sup>5</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Recebido em 18 de abril de 2020; aceito em 16 de julho de 2020; publicado online em 14 de setembro de 2020

#### PALAVRAS-CHAVE

Cultura

organizacional

Equipe de assistência  
ao paciente

Segurança do  
paciente

Serviço hospitalar de  
emergência

#### RESUMO

**Objetivo:** avaliar o clima de segurança do paciente sob a ótica de trabalhadores do pronto-socorro (PS) de hospital universitário.

**Método:** pesquisa transversal, realizada entre fevereiro e junho de 2019, pelo emprego do *Safety Attitudes Questionnaire Short Form (SAQ)* a uma amostra de 27 trabalhadores atuantes no PS de um hospital universitário do Paraná, Brasil. Aos dados tabulados, procedeu-se análise descritiva, respeitando a pontuação média mínima (75 pontos) para avaliação positiva/negativa do clima de segurança.

**Resultados:** prevaleceram trabalhadoras mulheres (63%) e técnicas de enfermagem (56%). O escore geral médio do SAQ entre a equipe foi de  $62,5 \pm 36$  pontos. Na análise por dimensões/domínios, apenas “satisfação no trabalho” ( $80,9 \pm 29,1$ ) e “trabalho em equipe” ( $75,5 \pm 29$ ) obtiveram escores positivos. O pior domínio avaliado foi “percepção da gerência” ( $44,9 \pm 35,8$ ). Na apreciação por categorias profissionais, a avaliação mais positiva foi de trabalhadores administrativos ( $67,4 \pm 30,8$ ) e a negativa, de enfermeiras ( $54,9 \pm 36,4$ ).

**Conclusão:** a avaliação do clima de segurança no PS apontou muitas fragilidades, tanto se apreciada por domínios como por categorias profissionais.

\*Autor de correspondência:

Água Marinha, no 128 - Bairro Esmeralda | CEP: 85806-710 | Cascavel - PR, Brasil.

Fone: (45) 99907-8411

E-mail: [fernanda11mucelini@hotmail.com.br](mailto:fernanda11mucelini@hotmail.com.br) (Mucelini FC)

Este estudo foi realizado na Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE

<https://doi.org/10.21876/rcshci.v10i3.969>

Como citar este artigo: Mucelini FC, Matos FGOA, Alves DCI, Silva EB, Nishiyama JAP, Moraes RMR, et al. Clima de segurança do paciente: avaliação de trabalhadores do pronto-socorro de hospital universitário. Rev Cienc Saude. 2020;10(3):101-108. <https://doi.org/10.21876/rcshci.v10i3.969>

2236-3785/© 2020 Revista Ciências em Saúde. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob uma licença CC BY-NC-SA ([https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.pt_BR))



**KEYWORDS**

Hospital emergency services  
Organizational culture  
Patient care team  
Patient safety

**ABSTRACT**

**Objective:** to evaluate the climate of patient safety from the perspective of emergency room workers (ER) at a university hospital.

**Methods:** a cross-sectional survey, carried out between February and June 2019, using the Safety Attitudes Questionnaire Short Form (SAQ) to a sample of 27 workers working at the ER of a university hospital in Paraná, Brazil. A descriptive analysis was performed to the tabulated data, respecting the minimum average score (75 points) for positive/negative assessment of the safety climate.

**Results:** women workers (63%) and nursing technicians (56%) prevailed. The average overall SAQ score among the team was  $62.5 \pm 36$  points. In the analysis by dimensions/domains, only "job satisfaction" ( $80.9 \pm 29.1$ ) and "teamwork" ( $75.5 \pm 29$ ) obtained positive scores. The worst domain assessed was "management perception" ( $44.9 \pm 35.8$ ). In the assessment by professional categories, the most positive was of administrative workers ( $67.4 \pm 30.8$ ) and the negative, of nurses ( $54.9 \pm 36.4$ ).

**Conclusion:** the evaluation of the security climate in the ER pointed out many weaknesses, both if appreciated by domains and by professional categories.

**INTRODUÇÃO**

Ainda que algumas iniciativas políticas e técnicas posicionem a segurança do paciente como elemento indissociável da qualidade do cuidado em saúde, aspectos comportamentais individuais e coletivos nas instituições podem ser barreiras para que assistência segura ocorra de fato. Emerge então a importância da cultura de segurança do paciente, que é um conjunto de atitudes e crenças de um grupo de pessoas que busca diminuir e evitar riscos inerentes à assistência em saúde, valoriza o aprendizado com os erros e busca a melhoria contínua da segurança, além de ter o cuidado seguro acima das metas financeiras institucionais<sup>1,2</sup>. Por sua vez, o clima de segurança abrange uma faceta passível de verificação/mensuração da cultura de segurança do paciente<sup>3,4</sup>.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde, objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, e um dos seus eixos é estimular a notificação de incidentes relacionados ao cuidado em saúde<sup>2</sup>. Isso demanda mudança de cultura institucional daquela considerada punitiva para a cultura de aprendizado e de segurança, além da cultura justa<sup>2,4</sup>.

Dados do boletim de segurança dos pacientes oriundos do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária do Brasil informa que, de maio de 2019 a abril de 2020, foram notificados 153.126 incidentes relacionados à assistência à saúde<sup>5</sup>. Destes, 102.958 ocorreram em hospitais, e os eventos com maior frequência de notificação foram: "falhas durante a assistência à saúde" (35.587), "lesões por pressão" (28.758) e "falhas envolvendo cateter venoso" (21.527)<sup>5</sup>. Precisamente nos serviços de urgência/emergência, neste mesmo período, foram informados 4.322 eventos, sendo que as notificações predominantes foram: "evasão do paciente" (1.273), "falhas envolvendo cateter venoso" (1.013) e "falha na identificação do paciente" (816)<sup>5</sup>.

Apesar da inegável importância de se investigar os incidentes como ação da gestão de riscos na promoção da segurança do paciente, tanto de forma ativa como reativa (por meio de análise de notificações, principalmente)<sup>6</sup>, um estudo recente de revisão da literatura com objetivo de identificar e analisar publicações nacionais sobre os motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais no contexto dos serviços de saúde brasileiros evidenciou que o medo ou receio em notificar, além da notificação focada em eventos mais graves, falta de conhecimento sobre o tema ou como notificar, e a centralização da notificação no profissional enfermeiro eram os principais motivos para não adesão às notificações de incidentes<sup>7</sup>. Essa realidade reafirma a influência dos aspectos comportamentais e culturais na definição dos rumos de (in)segurança do paciente nos diferentes espaços de prestação de assistência à saúde<sup>1,4,6</sup>.

Nos hospitais, o pronto-socorro (PS) é uma unidade crítica que atende pacientes em situações clínicas que necessitam de atendimento de urgência ou de emergência. Portanto, é fato que o referido cenário apresenta riscos potenciais de danos aos pacientes em virtude, inclusive, de uma demanda de trabalho atribulada de difícil racionalização gerencial<sup>8</sup>. Neste sentido, estudo realizado na área de urgência e emergência apontou que o processo de trabalho favorece a execução de inúmeros procedimentos de risco devido à gravidade e a rotatividade de pacientes, assim como a sobrecarga de trabalho, a insuficiência de recursos materiais, físicos e deficiências em processos operacionais são fatores que podem comprometer a segurança do paciente neste âmbito de cuidado<sup>9</sup>.

Considerando a complexidade dos ambientes de cuidado em urgência e emergência, e que a apreciação do clima de segurança pode ser uma estratégia para (re)definição de ações para a assistência segura, o objetivo do estudo consistiu em avaliar o clima de segurança do paciente sob a ótica de trabalhadores do PS de hospital universitário.

## MÉTODOS

Pesquisa transversal e descritiva. Foi desenvolvida no PS de hospital universitário público do Paraná, Brasil, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital possui 210 leitos, englobando atendimento em unidades de internação, unidades de terapia intensiva (UTI) adulto, pediátrica e neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário (UCI), PS, centro cirúrgico (CC), centro obstétrico (CO) e ambulatórios de especialidades.

A população neste estudo foi constituída pelos profissionais que atuavam no PS, de fevereiro a junho de 2019. Não houve cálculo amostral, uma vez que a intenção era a de alcançar um censo da população elegível no recorte temporal estabelecido.

Como critério de inclusão, o trabalhador deveria atuar há, pelo menos, três meses na unidade ( $n = 70$ ; 100%). Foram excluídos os trabalhadores que estavam afastados ou de férias/licenças na época de coleta de dados ( $n = 11$ ; 15,7%), os que não deram retorno efetivo à coleta de dados após três tentativas ( $n = 8$ ; 11,4%) e os que retornaram o instrumento de coleta de dados com mais de cinco informações incompletas ( $n = 4$ ; 5,7%). Houve ainda profissionais que não aceitaram ( $n = 20$ ; 28,6%) participar do estudo, o que, apesar de não constituir critério de exclusão, foi um fator que contribuiu para a amostra final ( $n = 27$ ; 38,6%) de profissionais participantes.

A coleta de dados ocorreu no período supracitado pelo emprego do *Safety Attitudes Questionnaire Short Form* (SAQ), na sua versão traduzida do inglês e culturalmente adaptada ao Brasil<sup>10</sup>. O SAQ é um instrumento dividido em duas partes. A primeira parte é composta por 41 itens que contempla seis domínios divididos em: a) Clima de Trabalho em Equipe; b) Clima de Segurança; c) Satisfação no Trabalho; d) Percepção do Estresse; e) Percepção da Gerência (que é subdividido em gerência da unidade e gerência do hospital) e; f) Condições de Trabalho. A segunda parte do instrumento propõe-se extrair dados do profissional (sexo, categoria profissional, tempo de atuação e a unidade de atuação adulto ou pediátrico)<sup>10</sup>. Cinco itens da escala (14, 33, 34, 35 e 36) não estão relacionados a nenhum domínio específico e foram alocados na categoria "Fator".

A resposta dos 41 itens do instrumento segue em escala de cinco pontos do tipo *Likert* com os seguintes graus de mensuração: discorda totalmente (A), discorda parcialmente (B), neutro (C), concorda parcialmente (D), concorda totalmente (E) e não se aplica<sup>10</sup>. A opção A equivale a 0 pontos, opção B a 25 pontos, opção C a 50 pontos, opção D a 75 pontos, opção E a 100 pontos, e a opção "não se aplica" a 0 pontos<sup>10</sup>.

Para a análise dos dados, foram consideradas atitudes positivas de segurança do paciente escores superiores a 75 pontos na escala *Likert* (equivalentes a "concordo parcialmente" ou "concordo totalmente"). Para obter os escores finais entre os domínios do SAQ fez-se a somatória das respostas das questões de cada domínio e este valor foi dividido pelo número de questões de cada domínio<sup>10</sup>.

Os dados coletados manualmente foram inseridos em planilhas eletrônicas do *software Microsoft® Office*

*Excel®*. Após, os mesmos foram convertidos para o formato *comma-separated values* (CSV) e criado um código para compilação e exportação de dados para realização da análise estatística descritiva, com cálculo de medidas de proporção percentual, intervalo de confiança de 95% para proporções, e medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio padrão).

O estudo repetiu integralmente os princípios éticos que regem as pesquisas envolvendo seres humanos. Acerca disso, o estudo faz parte de projeto matricial que encontra-se devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde sob parecer no. 3.062.301/2018.

## RESULTADOS

Com relação à caracterização dos trabalhadores, a maioria dos 27 entrevistados era do sexo feminino ( $n = 17$ ; 63%), técnica de enfermagem ( $n = 15$ ; 56%), atuava no referido setor de 11 a 20 anos ( $n = 9$ ; 33,3%) e atendia na sua rotina de trabalho tanto pacientes adultos como pediátricos ( $n = 20$ ; 74%) (Tabela 1).

A análise descritiva por domínios/fator resultante da aplicação do SAQ na unidade investigada indicou que a média geral dos escores foi de 62,5, com amplitude de 44,9 a 80,9 pontos. Apenas os domínios "satisfação no trabalho" ( $80,9 \pm 29,1$ ) e "trabalho em equipe" ( $75,5 \pm 29$ ) obtiveram escores positivos na pesquisa (valor  $\geq 75$ ). O pior domínio avaliado foi o "percepção da gerência" ( $44,9 \pm 35,8$ ) (Tabela 2).

Entre as categorias profissionais, a avaliação mais positiva foi de trabalhadores administrativos ( $67,4 \pm 30,8$ ) e a negativa de enfermeiras ( $54,9 \pm 36,4$ ) (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

Os achados da presente pesquisa vão ao encontro de estudos que investigaram o perfil da enfermagem no Brasil. A literatura mostra que a maioria dos trabalhadores de enfermagem é do sexo feminino, com acúmulo de mais de um emprego ou com dupla jornada de trabalho, e que a categoria dos técnicos de enfermagem é a mais numerosa nas unidades hospitalares<sup>11,12</sup>. Estudo de revisão integrativa constatou que diversos países como Brasil, Chile, Canadá, Estados Unidos e África do Sul possuem profissionais de enfermagem com instrução abaixo do nível superior<sup>13</sup>. Isso denota característica da divisão social e técnica do trabalho da profissão, na qual o enfermeiro, inclusive em unidades de PS, pode se distanciar do cuidado direto<sup>8</sup> e/ou da gerência da assistência<sup>13</sup>, enfatizando-se em ações burocráticas.

A literatura evidencia que quanto maior a formação profissional, maior é a percepção dos fatores que podem causar um cuidado inseguro. Dessa forma, a elevação do nível de escolaridade pode ser interpretado como fator positivo para a promoção da segurança do paciente<sup>14</sup>. Neste sentido, interpreta-se neste estudo que a maior escolaridade de enfermeiros (pior avaliação do clima de segurança) em comparação aos técnicos de enfermagem (melhor avaliação entre a

**Tabela 1** - Caracterização demográfica e profissional dos profissionais da equipe multidisciplinar da unidade de Pronto-Socorro de hospital universitário (n = 27). Paraná, 2019.

Variáveis	n	%	IC 95%*
<b>Sexo</b>			
Feminino	17	63	[42,4 - 80,6]
Masculino	10	37	[19,4 - 57,6]
<b>Tempo de atuação</b>			
até 11 meses	1	3,7	[0,1 - 19,0]
1 a 2 anos	2	7,4	[0,9 - 24,3]
3 a 4 anos	4	14,8	[4,2 - 33,7]
5 a 10 anos	7	26	[11,1 - 46,3]
11 a 20 anos	9	33,3	[16,5 - 54,0]
21 a 39 anos	4	14,8	[4,2 - 33,7]
<b>Foco de atendimento</b>			
Ambos	20	74	[53,7 - 88,9]
Adulto	7	26	[11,1 - 46,3]
Criança	-	-	
<b>Categoria profissional</b>			
Técnico de Enfermagem	15	55,6	[35,3 - 74,5]
Enfermeiro	7	26	[11,1 - 46,3]
Médico	3	11	[2,4 - 29,2]
Administrativo	2	7,4	[0,9 - 24,3]

\*Intervalo de Confiança de 95% para proporções.

**Tabela 2** - Análise descritiva por domínios/fator do *Safety Attitudes Questionnaire Short Form* (SAQ) no Pronto Socorro de um hospital universitário (n = 27). Paraná, 2019.

Domínio/fator do SAQ	Média	Mediana	DP
Satisfação no trabalho	80,9	100	29,1
Trabalho em equipe	75,5	75	29
Percepção de estresse	71,8	87	35,3
Fator	65,4	75	34,8
Clima de Segurança	62,0	75	34,3
Condição de trabalho	54,6	50	36,4
Percepção da gerência	44,9	50	35,8
<b>Geral</b>	<b>62,5</b>	<b>75</b>	<b>36</b>

DP, desvio padrão.

equipe assistencial) pode ser produto, talvez, da criticidade aguçada dos trabalhadores com maior nível de escolaridade.

Assim como demonstrado na Tabela 2, dois estudos recentes<sup>14,15</sup> também identificaram escore positivo no domínio “satisfação no trabalho”, que normalmente está associado com circunstâncias laborais, saúde do profissional, relacionamento com a equipe, carga de trabalho, remuneração, autonomia e reconhecimento profissional<sup>16</sup>.

A satisfação no trabalho é um conjunto de

sentimentos favoráveis ao labor referidos pelos profissionais<sup>16</sup>. Na área de urgência e emergência, pode se relacionar com o sentimento de orgulho dos profissionais de saúde em salvar vidas, como também de valorização e reconhecimento pelo seu trabalho<sup>17</sup>.

Outro domínio que apresentou discreto escore positivo na pesquisa foi “trabalho em equipe” (75,5 pontos), assemelhando-se com estudo realizado em dois hospitais no estado do Rio Grande do Sul, sendo um hospital filantrópico, que obteve escore 77,0 pontos e outro privado, que atingiu pontuação de 76,0 pontos<sup>18</sup>. Na divisão do trabalho em saúde, a integração da equipe não anula diferenças técnicas mas busca articular as ações e a interação dos sujeitos nas complexas necessidades de cuidado<sup>19</sup>. Nesta divisão, inclusive em ambientes de cuidado de urgência e emergência como o PS<sup>8</sup>, o enfermeiro assume papel evidente no que tange à gestão do serviço e da própria assistência e, portanto, é um importante articulador entre a equipe de trabalho e a instituição<sup>13</sup>.

Liderar equipes de trabalho envolvidas no cuidar do cliente hospitalizado envolve seleção consciente das ações e comportamentos ético-morais esperados pela equipe liderada. Partindo da premissa de que a liderança é competência passível de ser desenvolvida e que ela independente do cargo de gestor ou chefe imediato, espera-se que o enfermeiro seja agente de mudanças na organização e no processo de trabalho em saúde<sup>20</sup>.

**Tabela 3** - Escores de cada categoria profissional por domínios/fator *Safety Attitudes Questionnaire Short Form* (SAQ) no Pronto Socorro de um hospital universitário. Paraná, 2019.

Categoria Profissional	Domínios do SAQ								DP*
	ST	TE	PE	F	CS	CT	PG	Total	
Médico	71,7	76,4	83,3	71,7	58,3	66,7	37,9	61,8	31,6
Enfermeiro	77,1	62,5	75,0	50,7	56,6	28,6	41,2	54,9	36,4
Técnico de Enfermagem	85,0	82,2	67,0	70,0	65,2	64,4	45,8	65,6	36,8
Administrativo	77,5	68,7	78,1	72,5	62,5	54,2	62,5	67,4	30,8
<b>Geral</b>	<b>80,9</b>	<b>75,5</b>	<b>71,8</b>	<b>65,4</b>	<b>62,0</b>	<b>54,6</b>	<b>44,9</b>	<b>62,5</b>	<b>36,0</b>

ST - Satisfação no trabalho; TE - Trabalho em equipe; PE - Percepção do estresse; F - Fator; CS - Clima de segurança; CT - Condição do Trabalho; PG - Percepção da gerência. \*Desvio padrão.

Os domínios “clima de segurança”, “condição de trabalho” e “percepção da gerência” apresentaram escores negativos em todas as categorias profissionais. Já o domínio “percepção do estresse” só não atingiu valor positivo na ótica dos técnicos de enfermagem, denotando que, apesar de ter sido a categoria assistencial com maior escore geral, foi a que apresentou pior condição de estresse laboral (Tabela 3). Levanta-se a hipótese de que isso pode estar relacionado à presença ininterrupta dos profissionais de nível médio no cuidado direto aos pacientes atendidos no PS, ou seja, pela sua exposição constante a uma demanda de trabalho exaustiva comum a este ambiente e, portanto, estressante.

Com relação ao domínio “clima de segurança”, que apresentou escore abaixo da média (62,0) de recorte, dados correlatos foram encontrados em estudo desenvolvido em um hospital de alta complexidade de uma capital do nordeste brasileiro, que obteve escore médio de 53,47 pontos<sup>21</sup>. Tais aspectos podem estar correlacionados com a deficiência de comprometimento institucional (logo, cultural) na segurança do paciente, sobretudo a questões pertinentes a eventos adversos<sup>22</sup>.

Trabalhar no PS pode ser fonte de estresse emocional ocasionado pela sobrecarga de trabalho, adequação deficitária de profissionais, insumos impróprios e escassos, além da comum superlotação<sup>8</sup>. Tais condições contribuem para a redução da qualidade de vida dos profissionais e interferem na segurança do paciente<sup>23</sup>. A sobrecarga de trabalho associada às precárias condições de trabalho das instituições de saúde, aos múltiplos vínculos empregatícios e à necessidade de tomada de decisão imediata (característica do serviço de urgência e emergência) contribuem para a ocorrência de eventos adversos<sup>24</sup>. Esses fatores, de forma (in)direta, podem contribuir para a média desfavorável para o domínio clima de segurança do paciente.

O domínio “condição de trabalho” obteve um escore baixo (54,6), condizente com estudo realizado em uma instituição pública de alta complexidade do Distrito Federal (40,7)<sup>25</sup>. Pesquisa realizada em unidade de transplante de medula óssea demonstrou que a perspectiva sobre esse domínio se evidenciou com maior fragilidade entre os profissionais,

particularmente entre os técnicos de enfermagem<sup>26</sup>. Salientou-se que quando o profissional não dispõe de equipamentos, suporte logístico, informações relacionadas ao paciente e supervisão adequada, contribui-se para prestação de assistência limitada e com aumento de risco de eventos adversos<sup>26</sup>.

É importante que todo profissional de saúde se aproprie, por meio de treinamento em serviço, das normas e rotinas da instituição em que atua para minimizar as discrepâncias relacionadas às atividades diárias<sup>27</sup>. Nesse contexto, a capacitação profissional pode contribuir tanto para a padronização do cuidado, como para a valorização do trabalhador e, consequentemente, para a assistência mais segura<sup>28</sup>.

O domínio “percepção do estresse” também obteve escore médio insuficiente no presente estudo (71,8). Tal resultado foi influenciado negativamente pela categoria de técnicos de enfermagem, que atingiu escore médio de 67,0 pontos. Tal achado corrobora com estudo realizado no noroeste do Rio Grande do Sul, desenvolvido em três hospitais, sendo dois filantrópicos e um privado, visto que o mesmo também apresentou escore insuficiente (57,5 pontos) para os auxiliares/técnicos de enfermagem<sup>29</sup>. Em contrapartida, a categoria de médicos obteve avaliação positiva (83,3) neste domínio, o que denota mecanismos de enfrentamento diferentes pelas categorias em relação às adversidades estressoras impostas no trabalho, o que provavelmente guarda relação com a natureza das próprias atividades (e volume) produzidas, e também o reconhecimento social delas advindas.

O domínio “percepção da gerência” obteve escore 44,9, o mais baixo do estudo. Esse domínio está associado a aprovação das condutas da gerência ou administração por parte dos trabalhadores<sup>10</sup> e o escore reduzido aponta que existe reprovação das ações da gerência em relação à cultura de segurança institucional.

Estudo realizado em um hospital privado especializado em cirurgias oftalmológicas de um município do Rio de Janeiro<sup>30</sup> também identificou valor baixo no referido domínio (41,1). Da mesma forma, pesquisa realizada em hospital de ensino do interior paulista<sup>31</sup> apresentou indícios de correlação negativa com as variáveis “tempo de atuação na unidade” e

“intenção em deixar a profissão”, indicando que quanto maior o valor dessas duas variáveis, menor o escore do domínio “percepção da gerência da unidade”.

A avaliação negativa do domínio de percepção da gerência pode indicar que a promoção de ações de segurança do paciente não é deliberada de forma compatilhada pela gestão hospitalar, o que é preocupante, uma vez que as condições de liderança e definições coletivas de ações gerenciais em prol da segurança impactam diretamente no cuidado (in)seguro ao paciente<sup>32</sup>.

Os itens não correlatos a nenhum domínio e alocados na categoria denominada “Fator”, que também obteve escore negativo (65,4) Tabela 2 e 3). O ‘item 14’ refere-se à percepção da segurança sob o prisma dos profissionais junto a instituição, os ‘itens 33 a 35’ refere-se a cooperação efetiva entre os profissionais da equipe assistencial e o ‘item 36’ refere-se à percepção das falhas na comunicação<sup>10</sup>.

A literatura aponta que a colaboração implementada na prática promove a relação de comprometimento entre o profissional e a instituição fundamentada na responsabilidade bilateral<sup>33</sup> e recomenda o aperfeiçoamento da comunicação entre os profissionais de saúde, afirmando que as informações pertinentes ao cuidado dos pacientes sejam precisas e completas, garantindo a adequada comunicação na transição do cuidado<sup>34</sup>.

De forma geral, foi possível verificar que o clima de segurança da equipe multidisciplinar que atua no PS investigado não foi positivo, sendo calculado em 62,5 ( $\pm$  36) com mínima de 44,9 e máxima de 80,9 pontos. Resultado equiparado foi verificado em estudo realizado em um hospital público da região do triângulo mineiro, que obteve escore médio de 61,8 pontos<sup>35</sup>. Outro estudo realizado em uma instituição privada do Estado de Piauí<sup>36</sup> obteve percentual médio de respostas positivas 42,05%. Tais comparações demonstram que o clima de segurança foi avaliado negativamente e que outras realidades nacionais enfrentam a mesma ou pior realidade.

Ressalta-se que o desenvolvimento da cultura e clima de segurança adequados está atrelado ao amplo conhecimento e à gestão estratégica da estrutura e dinâmica organizacional, reconhecendo seus objetivos e valores institucionais para que estes sejam transmitidos de forma clara e horizontal a todos os membros, estimulando atitudes e comportamentos voltados ao alcance das metas estabelecidas, as quais devem priorizar ações de segurança na centralidade do cuidado<sup>37</sup>.

As instituições de saúde que não possuem os preceitos de segurança do paciente claramente estabelecidos na dinâmica organizacional tendem a apresentar cultura de segurança negativa<sup>38</sup> podendo acarretar em impactos financeiros, sociais e psicológicos também negativos tanto para os profissionais de saúde como para os pacientes assistidos<sup>1</sup>.

É fundamental que a instituição de saúde incentive a adoção de estratégias para promover a segurança do paciente, proporcionando recursos para que os profissionais desenvolvam proficuamente a cultura e o clima de segurança na sua rotina diária de trabalho<sup>21</sup>. Para isso, é essencial o investimento em infraestrutura e nas relações de trabalho para garantir o nível de segurança desejado<sup>25</sup>.

As limitações mais expressivas deste estudo relacionam-se a amostra reduzida de trabalhadores e a ausência de análise estatística mais robusta. Todavia, acredita-se que o estudo contribui no sentido de estabelecer o diagnóstico situacional do clima de segurança específico da área de urgência e emergência hospitalar. Isso pode ser considerado uma importante ferramenta de gestão ao ofertar a identificação das limitações e fragilidades existentes para articulação de medidas que proporcionem a equipe multiprofissional o clima positivo que favoreça a segurança do paciente.

Outra possível contribuição do estudo é a constatação de claro contraste descritivo da avaliação do enfermeiro sobre o clima de segurança no PS em comparação aos outros membros da equipe de saúde, o que possivelmente pode acentuar discussões a respeito de seu papel como gerente do cuidado em prol da segurança, além de suscitar responsabilidade de seu papel educativo em meio à equipe multiprofissional.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que a avaliação do clima de segurança na ótica dos trabalhadores do PS hospitalar pesquisado foi negativa, tanto sob o prisma de apreciação por domínios, como por categorias profissionais. A satisfação no trabalho e o trabalho em equipe parecem ser fortalezas no contexto estudado. A melhor avaliação se deu entre os trabalhadores mais distantes da assistência. Ademais, a percepção dos enfermeiros foi evidentemente destoante e mais crítica em relação à avaliação dos outros membros da equipe, o que denota olhar atento a respeito da sua opinião sobre questões que envolvem a segurança do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Batalha EMSS, Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. Revista HU [Internet]. 2016 [cited 2020 Mar 30];42(2):133-42. Disponível em: [periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2518/872](http://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2518/872)
2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde (BR); 2014 [cited 2020 Mar 30]. Available from: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)
3. Andrade LEL, Lopes JM, Souza MCMF, Vieira RFJ, Farias LPC, Santos CCM et. Patient safety culture in three Brazilian hospitals with different types of management. Ciênc Saúde Coletiva. 2018;23(1):161-72. doi: 10.1590/1413-81232018231.24392015
4. Souza CS, Tomaschewski-Barlem JG, Rocha LP, Barlem

- ELD, Silva TL, Neutzling BRS. Patient safety culture in intensive care units: perspective of health professional. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(esp):e20180294. doi: [10.1590/1983-1447.2019.20180294](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180294)
5. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Incidentes relacionados à assistência à saúde. Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, maio de 2019 a abril de 2020 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde (BR); 2020 [cited 2020 maio 31]. Available from: [www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/brasil](http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/brasil)
  6. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde - Série segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde (BR); 2017 [cited 2020 mar 30]. Available from: [portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7++Gestao+de+Riscos+e+Investigacao+de+Eventos+Adversos+Relacionados+a+Assistencia+a+Saude/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57](http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7++Gestao+de+Riscos+e+Investigacao+de+Eventos+Adversos+Relacionados+a+Assistencia+a+Saude/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57)
  7. Alves MFT, Carvalho DS, Albuquerque GSC. Barriers to patient safety incident reporting by Brazilian health professionals: an integrative review. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [cited 2020 mar 30];24(8):2895-908. doi: [10.1590/1413-81232018248.23912017](https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017)
  8. Bugs TV, Rigo DF H, Bohrer CD, Borges F, Oliveira JLC, Tonini NS. Dificuldades do enfermeiro no gerenciamento da unidade de pronto-socorro hospitalar. *Rev Enferm UFSM.* 2017;7(1):90-9. doi: [10.5902/2179769223374](https://doi.org/10.5902/2179769223374)
  9. Paixão DPSS, Batista J, Maziero ECS, Alpendre FT, Amaya MR, Cruz EDA. Adesão aos protocolos de segurança do paciente em unidade de pronto atendimento. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 1):577-84. doi: [10.1590/0034-7167-2017-0504](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0504)
  10. Carvalho REFL. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. Tese [Doutorado]. Ribeirão Preto, SP: Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2011 [cited 2020 Sep 05]. 173 f. Available from: [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-30112011-085601/publico/RhannaEmanuelaFonteneleLimadeCarvalho.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-30112011-085601/publico/RhannaEmanuelaFonteneleLimadeCarvalho.pdf)
  11. Machado MH (coordenadora). Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil: Relatório Final. Rio de Janeiro, RJ: Nerhus-Daps-Ensp/Fiocruz; 2017 [cited 2020 Mar 30]. Available from: [www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf](http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf)
  12. Machado MH, Wermelinger M, Vieira M, Oliveira E, Lemos W, Aguiar WF, et al. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros técnicos e auxiliares. *Enferm Foco.* 2016;7:15-34. doi: [10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.687](https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.687)
  13. Leal JAL, Melo CMM. Processo de trabalho da enfermeira em diferentes países: uma revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(2):413-23. doi: [10.1590/0034-7167-2016-0468](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0468)
  14. Magalhães FHL, Pereira ICA, Luiz RB, Barbosa MH, Ferreira MBG. Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(spe):e20180272. doi: [10.1590/1983-1447.2019.20180272](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180272)
  15. Pagani S, Crozeta K, Crisigiovanni ABR. Culture of patient safety: evaluation of nurses. *Rev Rene.* 2019;20:e39782. doi: [10.15253/2175-6783.20192039782](https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192039782)
  16. Teruya KY, Costa ACS, Guirardello EB. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem em unidades de terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enferm.* 2019;27:e3182. doi: [10.1590/1518-8345.3168.3182](https://doi.org/10.1590/1518-8345.3168.3182)
  17. Kolhs M, Olschowsky A, Barreta NL, Schimerfening J, Vargas R, Busnello GFA. Enfermagem na urgência e emergência: entre o prazer e o sofrimento. *Fundam Care Online.* 2017;9(2):422-31. doi: [10.9789/2175-5361.2017.v9i2.422-431](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.422-431)
  18. Toso GL, Golle L, Magnago TSBS, Gerli EGH, Loro MM, Aozane F, Kolankiewicz ACB. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(4):e58662. doi: [10.1590/1983-1447.2016.04.58662](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.58662)
  19. Peduzzi M, Oliveira MAC, Silva JAM, Agreli HLF, Miranda Neto MV. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: *Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria.* Barueri: Manole; 2016 [cited 2020 mar 31]. Available from: [edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod\\_resource/content/1/Trabalho em equipe.pdf](http://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf)
  20. Silva VLS, Camelo SHH, Soares MI, Resck ZMR, Chaves LDP, Santos FC, et al. Práticas de Liderança em Enfermagem Hospitalar: um Self de enfermeiras gestoras. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03206. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016099503206>
  21. Barradas NNUF, Guimarães DBO, Mendes PM, Abreu IM de, Avelino FVSD, Dias SRS, et al. Atitudes de segurança da equipe de enfermagem no ambiente hospitalar. *Rev Enferm UFP* [Internet]. 2019 [cited 2020 abr 02];13:e239908. Available from: [pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1048164](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1048164)
  22. Picolotto, A, Barella D, Moraes FR, Gasperi P. The patient safety culture of a nursing team from a central ambulatory. *J Res Fundam Care On Line.* 2019;11(2):333-8. doi: [10.9789/2175-5361.2019.v11i2.333-338](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.333-338)
  23. Kogien M, Cedaro JJ. Pronto-socorro público: impactos psicossociais no domínio físico da qualidade de vida de profissionais de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm.* 2014; 22(1):51-8. doi: [10.1590/0104-1169.3171.2387](https://doi.org/10.1590/0104-1169.3171.2387)
  24. Falcão DA, Macedo AMA, Sousa VM, Fernandes KJSS, Pereira FGF. Estresse da equipe de enfermagem no serviço de pronto-atendimento de um hospital público. *Rev. Enferm UFPI* [Internet]. 2019 [cited 2020 abr 01];8(2):38-44. Available from: [revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/8352/pdf](http://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/8352/pdf)
  25. Carvalho PA, Laundos CAS, Juliano JVS, Casulari LA, Gottens LBD. Avaliação da cultura de segurança em um hospital público no Distrito Federal, Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2019 ;72(Suppl 1):252-8. doi: [10.1590/0034-7167-2017-0716](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0716)
  26. Fermo VC, Radünz V, Rosa LM, Marinho MM. Professional attitudes toward patient safety culture in a bone marrow transplant unit. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(1):e55716. doi: [10.1590/1983-1447.2016.01.55716](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.55716)
  27. Manhães ACTS. Treinamento interno de equipe visando o aumento da lucratividade da empresa. *Revista Valore* [Internet]. 2016 dez [cited 2020 mar 30]; 1(1)94-110. Available from: [revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/23/6](http://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/23/6)
  28. Costa DB, Garcia SD, Vannuchi MTO, Haddad, MCL. Impacto do treinamento da equipe no processo de trabalho em saúde: revisão integrativa. *Rev. Enferm UFPE Online.* [Internet]. 2015 [cited 2020 mar 30];9(4)7439-47. Available from: [periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13603/16430](http://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13603/16430)
  29. Kolankiewicz ACB, Loro MM, Schmidt CR, Santos FP, Bandeira VAC, Magnago TSBS. Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(5):531-7. doi: [10.1590/1982-0194201700076](https://doi.org/10.1590/1982-0194201700076)
  30. Ribeiro ICA, Cunha KCS. Evaluation of patient safety climate in an ophthalmic surgical hospital. *Enfermeria Global* [Internet]. 2018 [cited 2020 abr 06];52:333-49. Available from: [scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/pt\\_1695-6141-eg-17-52-316.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/pt_1695-6141-eg-17-52-316.pdf)

31. Tondo JCA, Guirardello EB. Perception of nursing professionals on patient safety culture. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(6):1284-90. Doi: [10.1590/0034-7167-2016-0010](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0010)
32. Sfantou DF, Laliotis A, Patelarou AE, Sifaki-Pistolla D, Matalliotakis M, Patelarou E. Importance of leadership style towards quality of care measures in healthcare settings: a systematic review. *Healthcare (Basel).* 2017;5(4):73. doi: [10.3390/healthcare5040073](https://doi.org/10.3390/healthcare5040073)
33. Green BN, Johnson CD. Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future. *J Chiropr Educ.* 2015;29(1):1-10. doi: [10.7899/jce-14-36](https://doi.org/10.7899/jce-14-36)
34. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. 2. ed. Brasília, DF: ANVISA; 2017 [cited 2020 abr 07]. Available from: [portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assistência+Segura+-+Uma+Reflexão+Teórica+Aplicada+à+Prática/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573](http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assistência+Segura+-+Uma+Reflexão+Teórica+Aplicada+à+Prática/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573)
35. Luiz RB, Simões ALA, Barichello E, Barbosa MH. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. *Rev Latino-Am Enferm.* 2015;23(5):880-7. doi: [10.1590/0104-1169.0059.2627](https://doi.org/10.1590/0104-1169.0059.2627)
36. Silva MVP, Carvalho PMG. Cultura de segurança do paciente: atitudes dos profissionais de enfermagem de um serviço de pronto atendimento. *R Interd [Internet]*; 2016 [cited 2020 abr 03];9(1):1-12. Available from: [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6771974.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6771974.pdf)
37. Rocha FLR, Gaioli CCL, Camelo SHH, Mininel VA, Vegro TC. Organizational culture of a psychiatric hospital and resilience of nursing workers. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(5):765-72. doi: [10.1590/0034-7167.2016690501](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690501)
38. Reis GAX, Oliveira JLC, Ferreira AMD, Vituri DW, Marcon SS, Matsuda LM. Difficulties to implement patient safety strategies: perspectives of management nurses. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(esp):e20180366. doi: [10.1590/1983-1447.2019.20180366](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180366)

---

**Conflitos de interesse:** Os autores informam não haver conflitos de interesse relacionados a este artigo.

**Indicação sobre as contribuições de cada autor:**

Concepção e desenho do estudo: FCM, FGOAM, DCIA, JLCO.

Análise e interpretação dos dados: FCM, FGOAM, DCIA, JLCO.

Coleta de dados: FCM, FGOAM.

Redação do manuscrito: FCM, FGOAM, DCIA, JLCO.

Revisão crítica do texto: FCM, FGOAM, DCIA, JLCO, JAPN, RMRM.

Aprovação final do manuscrito\*: FCM, FGOAM, DCIA, JLCO, JAPN, RMRM, EBS.

Análise estatística: EBS.

Responsabilidade geral pelo estudo: FGOAM.

\*Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito submetido à Rev Cienc Saude.

**Informações sobre financiamento:** Financiamento próprio.