

Clima de segurança do paciente em unidades de clínica médica e cirúrgica

Maria Helena Barbosa¹, Thuanne Cristina Sousa e Aleixo², Karoline Faria de Oliveira³,
Kleiton Gonçalves do Nascimento⁴, Márcia Marques dos Santos Felix⁵, Elizabeth Barichello⁶

¹ Enfermeira, Doutora em Enfermagem na Saúde do Adulto. Professora Associado da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. E-mail: mhelena331@hotmail.com.

² Enfermeira. Uberaba, MG, Brasil. E-mail: thuanne_tcsa@hotmail.com.

³ Enfermeira, Mestre em Atenção à Saúde. Discente do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, nível Doutorado, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. E-mail: karol_fmtm2005@yahoo.com.br.

⁴ Enfermeiro, Mestre em Atenção à Saúde. Professor Convocado da Universidade de Uberaba. Uberaba, MG, Brasil. E-mail: kleiton_uniube@yahoo.com.br.

⁵ Enfermeira, Mestre em Enfermagem Fundamental. Discente do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, nível Doutorado, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. E-mail: mm-sf@hotmail.com.

⁶ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. E-mail: lizabarichello@hotmail.com.

Recebido: 11/02/2016.

Aceito: 11/07/2016.

Publicado: 28/11/2016.

Como citar esse artigo:

Barbosa MH, Aleixo TCS, Oliveira KF, Nascimento KG, Felix MMS, Barichello E. Clima de segurança do paciente em unidades de clínica médica e cirúrgica. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016 [acesso em: __/__/__];18:e1183. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.39763>.

RESUMO

Estudo transversal, analítico e quantitativo, que objetivou avaliar o clima de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da equipe de Enfermagem dos setores de Clínica Médica e Cirúrgica. Participaram 52 profissionais. Os dados foram coletados utilizando-se o *Safety Attitudes Questionnaire*. Para análises foram utilizados os testes t de *Student*, análise de variância e correlação de *Spearman* ($\alpha=0,05$). O escore geral médio do instrumento foi 66,94 pontos. O domínio com melhor escore foi “percepção da gerência” (84,60) e os domínios com menor escore foram “condições de trabalho” (60,15) e “percepção do estresse” (55,59). Houve diferenças estatisticamente significantes entre os sexos, nível de escolaridade com o domínio Clima de Segurança. Não houve relação entre a atuação profissional, vínculo empregatício e categoria profissional. Observaram-se fragilidades na percepção da equipe em relação ao clima de segurança, o que remete à necessidade de instituição de estratégias para promoção de um ambiente seguro.

Descritores: Segurança do Paciente; Gestão da Segurança; Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Os agravos ocorridos na assistência à saúde, relacionados ao cuidado prestado ao paciente, vêm ganhando grande relevância, principalmente pelo fato de que a maioria desses eventos podem ser evitados. A ocorrência de eventos adversos vem aumentando ao longo dos anos, tornando-se um problema de saúde pública⁽¹⁾.

Diante deste cenário, com o aumento expressivo da ocorrência destes eventos, a Organização Mundial de Saúde lançou, em 2004, o programa “Aliança Mundial para Segurança do Paciente”, que institui medidas para melhorar a segurança do paciente⁽²⁾. Entretanto, foi a partir de 2013 que no Brasil instituiu-se o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria 523 de 1º de abril de 2013, do Ministério da Saúde, a qual tem como finalidade contribuir para melhorias no cuidado em saúde em hospitais do Brasil.

O PNSP do Ministério da Saúde do Brasil tem como principal foco a implementação de estratégias para a promoção de atitudes seguras dos profissionais da saúde para com os pacientes, familiares, trabalhadores em geral e também com sua própria segurança como profissional⁽³⁾.

Entre os profissionais da área da saúde, a equipe de enfermagem, composta por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem são os que permanecem mais tempo com os pacientes o que os tornam mais suscetíveis a cometerem erros. Em contrapartida, alguns estudos apontam que estes são os profissionais mais preocupados com a segurança do paciente⁽³⁻⁴⁾.

Na complexidade do ambiente hospitalar, os setores de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica concentram um grande número de profissionais de enfermagem, além de apresentar alta rotatividade de pacientes. Estudo realizado em uma unidade de Clínica Cirúrgica de um hospital de grande porte pertencente à Rede de Hospitais Sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária da região Centro Oeste do Brasil, estimou uma prevalência de 18,7% de eventos adversos nesse setor⁽⁵⁾.

Instrumentos foram desenvolvidos para mensurar a percepção dos profissionais em relação à segurança do paciente, na perspectiva do clima de segurança pelos profissionais de saúde⁽⁶⁾. O clima reflete a percepção dos profissionais sobre as questões de segurança, em um determinado momento, em seu local de trabalho⁽⁷⁾.

Existe uma associação entre percepções positivas do clima de segurança e a adoção de comportamentos seguros, a melhoria na comunicação, a realização de programas de treinamentos, a redução de eventos adversos, o que contribui para práticas seguras^(6,8).

No Brasil, estudos que mensuram o Clima de Segurança das instituições não são frequentes. Ressalta-se a importância de conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem quanto ao clima de segurança nestes setores, a fim de fornecer subsídios à instituição para a adoção de ações que contribuam com a segurança e, conseqüentemente, a qualidade da assistência.

O objetivo desta pesquisa foi avaliar o clima de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da equipe de enfermagem dos setores de Clínica Médica e Cirúrgica.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal, exploratório, analítico, realizado nos setores de Clínica Médica e Cirúrgica de um hospital público de ensino, de grande porte do estado de Minas Gerais, Brasil. O hospital é de alta complexidade, possui 290 leitos de internação, 45 na Clínica Médica e 65, na Cirúrgica.

Para o cálculo amostral, foi considerado um coeficiente de correlação de Pearson positivo, $r = 0,4$, entre o tempo de formação e o escore total de segurança do paciente, para um nível de significância de 0,05 e um erro tipo II de 0,1, resultando num poder apriorístico de 90%. Empregando-se o aplicativo PASS 2002, chega-se a um tamanho amostral mínimo de 61. Incluindo-se perdas de 20%, o número máximo de tentativas de entrevista a ser considerado seria de 77 profissionais.

Considerando as perdas, a amostra final foi constituída por 52 participantes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar trabalhando na unidade pelo menos há um mês e cumprir no mínimo 20 horas semanais. Foram excluídos três profissionais que se encontravam em afastamento do trabalho, 18 não responderam ao questionário após três tentativas de abordagens e quatro profissionais se recusaram a participar do estudo.

Para obtenção dos dados, foram entregues dois questionários para preenchimento, o instrumento denominado Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), validado para o idioma português do Brasil⁽⁹⁾ e o questionário contendo variáveis sociodemográficas e profissionais.

O SAQ, utilizado com autorização, é composto por 41 itens, dos quais 36 correspondem a seis domínios: 1. Clima de Trabalho em Equipe; 2. Clima de Segurança; 3. Satisfação no Trabalho; 4. Percepção do Estresse; 5. Percepção da Gerência; 6. Condições de Trabalho.

A resposta de cada item segue a escala de cinco pontos de *Likert*: “discorda totalmente”, “discorda parcialmente”, “neutro”, “concorda parcialmente”, “concorda totalmente” e “não se aplica”. O escore final da escala varia de zero a 100, onde zero é a pior percepção do clima de segurança e 100 a melhor percepção. São considerados valores positivos quando o total do escore é maior ou igual a 75⁽⁷⁾. Para critérios de interpretação dos dados deste estudo, foi utilizado, como nivelamento, o valor de pontuação sugerido pelos idealizadores do instrumento.

Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica do programa *Excel*® para *Windows*®, validados por dupla digitação e exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0 para *Windows*®, para processamento e análise.

As variáveis qualitativas foram analisadas segundo estatística descritiva por meio da distribuição de frequência absoluta e percentual, enquanto para as quantitativas foram utilizadas as medidas descritivas de centralidade (média) e de dispersão (desvio padrão, valor mínimo e valor máximo).

A análise descritiva do SAQ foi realizada pela média das repostas dos itens após a inversão dos itens reversos e pelo cálculo das repostas dos profissionais aos 41 itens. Esse cálculo foi realizado para cada domínio, a fim de se obter os respectivos escores, com base na fórmula $(m-1) \times 25$, na qual m é a média dos itens do domínio em questão, variando no intervalo [0-100].

Para análise bivariada da influência das variáveis categóricas sobre os escores de segurança, utilizou-se o teste *t* de *Student* (categóricas dicotômicas), análise de variância (ANOVA) para três ou mais categorias e o teste de correlação de *Spearman*, para as variáveis ordinais. Foram consideradas associações estatisticamente significativas aquelas com $p \leq 0,05$.

Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa intitulado “A cultura de segurança do paciente em hospitais de uma região de Minas Gerais”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) sob Parecer nº 2306 de 25 de abril de 2012, respeitando a CNS 466/2012 do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Dos 52 profissionais de enfermagem, 14 (26,92%) eram enfermeiros, 36 (69,23%) técnicos de enfermagem e dois (3,85%) auxiliares de enfermagem. A maioria, 35 (67,31%), do sexo feminino; com apenas um vínculo empregatício, 39 (75,00%); entre cinco a 10 anos de formação profissional, 24 (46,15%); e atuantes na instituição há menos de seis meses, 18 (34,62%). No que se refere à titulação, 36 (69,23%) eram graduados e 16 (30,77%) pós-graduados, *latu* ou *stricto sensu* (Tabela 1).

Tabela 1: Perfil dos 52 profissionais de enfermagem de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica. Uberaba, MG, Brasil, 2015.

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	17	32,69
	Feminino	35	67,31
Categoria Profissional	Enfermeiro	14	26,92
	Auxiliar de Enfermagem	2	3,85
	Técnico de Enfermagem	36	69,23
Tempo de formação	< 6 meses	1	1,92
	6 a 11 meses	2	3,85
	1 a 2 anos	3	5,77
	3 a 4 anos	12	23,08
	5 a 10 anos	24	46,15
	11 a 20 anos	8	15,38
Tempo na instituição	> 21 anos	2	3,85
	< 6 meses	18	34,62
	6 a 11 meses	15	28,85
	1 a 2 anos	0	0,00
	3 a 4 anos	5	9,62
	5 a 10 anos	9	17,31
Pós-graduação	11 a 20 anos	4	7,69
	> 21 anos	1	1,92
Vínculo empregatício	Sim	16	30,77
	Não	36	69,23
	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	26	50,00
Outro vínculo	Universidade Federal do Triângulo Mineiro	14	26,92
	Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba	12	23,08
Outro vínculo	Sim	13	25,00
	Não	39	75,00

No que diz respeito ao vínculo institucional, 26 (50,00%) eram celetistas pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSERH; 14 (26,9%) estatutários pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e 12 (23,1%) celetistas pela Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba.

Em relação ao setor de atuação, 28 (53,85%) estavam locados na Clínica Cirúrgica e 24 (46,15%) na Clínica Médica.

O escore geral médio obtido pelo instrumento foi 66,94 (S=10,30) pontos, com mínimo de 42,07 e máximo de 87,20. O Domínio 3 (D3), Satisfação no trabalho, apresentou maior escore, com média de 84,60 (S= 13,78) pontos.

Verificou-se menores escores no Domínio 6 (D6), o qual avalia as Condições de trabalho, com média de 55,59 (S= 24,11), e o Domínio 5 (D5), relacionado à Percepção da gerência da unidade e do hospital, com média de 60,15 (S= 17,33) (Tabela 2).

Tabela 2: Análise univariada segundo escores geral e por domínios. Uberaba, MG, Brasil, 2015.

Estatística	Geral	D1*	D2*	D3*	D4*	D5*	D6*
Média	66,94	72,10	65,19	84,60	71,75	60,15	55,59
DP*	10,30	15,32	17,22	13,78	26,43	17,33	24,11
Mínimo	42,07	41,67	1,50	45,00	6,25	27,27	0,00
Máximo	87,20	100,00	92,86	100,00	100,00	97,73	91,67

* D1: Domínio 1; D2: Domínio 2; D3: Domínio 3; D4: Domínio 4; D5: Domínio 5; D6: Domínio 6; DP: desvio padrão.

Em relação à análise bivariada (Tabela 3), não houve diferença significativa entre os sexos feminino e masculino com o escore geral ou entre os domínios, exceto com o Domínio 4, Percepção do estresse, ($p=0,046$).

Tabela 3: Análise bivariada entre sexo, titulação e segundo vínculo empregatício em relação aos escores médios, geral e por domínios. Uberaba, MG, Brasil, 2015.

Variável	Escore Geral	D1*	D2*	D3*	D4*	D5*	D6*
Sexo Masculino	68,86	74,74	70,76	85	59,77	63,71	55,73
Média / (DP*)	-9,26	-15,77	-12,92	-13,04	-29,49	-18,65	-26,48
Sexo Feminino	66,03	70,86	62,57	84,4	77,39	58,47	55,52
Média / (DP*)	-10,77	-15,18	-18,5	-14,29	-23,23	-16,7	-23,34
Sexo (p)	0,35	0,42	0,08	0,89	0,04	0,35	0,98
Pós-Graduado	64,78	67,19	58,35	84,38	85,16	57,46	49,48
Média / (DP*)	-10,46	-14,66	-19,73	-13,15	-20,9	-18,46	-27,63
Graduado	67,95	74,42	68,41	84,69	65,44	61,41	58,47
Média / (DP*)	-10,22	-15,28	-15,17	-14,26	-26,66	-16,91	-22,13
Titulação (p)	0,32	0,12	0,08	0,94	0,01	0,48	0,27
Segundo vínculo	63,32	72,92	62,99	81,67	60,42	52,14	53,85
Média / (DP*)	-10,06	-13,82	-22,69	-14,51	-31,46	-18,71	-31,41
Um vínculo	68,08	71,85	65,88	85,52	75,33	62,67	56,14
Média / (DP*)	-10,24	-15,93	-15,42	-13,61	-24,01	-16,33	-21,81
Outro Vínculo (p)	0,17	0,82	0,69	0,43	0,15	0,09	0,82

* D1: Domínio 1; D2: Domínio 2; D3: Domínio 3; D4: Domínio 4; D5: Domínio 5; D6: Domínio 6; DP: desvio padrão.

Ao comparar os profissionais com e sem pós-graduação verificou-se associação significativa com o Domínio 4, percepção do estresse ($p=0,01$).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos que possuíam ou não outro vínculo empregatício.

Em relação à correlação entre o tempo que trabalha na especialidade, tempo de formação e que trabalha na instituição, não houve correlação entre o escore geral e os Domínios (Tabela 4).

Tabela 4: Análise bivariada correlacional do tempo na especialidade, de formação e de trabalho na instituição em relação aos escores geral e por Domínios. Uberaba, MG, Brasil, 2015.

Variável	Escore Geral	D1*	D2*	D3*	D4*	D5*	D6*
Tempo na Especialidade	-0,09	-0,08	0,14	-0,04	-0,22	-0,08	0,08
r / (p)*	-0,52	-0,59	-0,32	-0,8	-0,13	-0,58	-0,59
Tempo de formação	0,01	-0,02	-0,06	0,02	0,18	-0,04	0,14
r / (p)*	-0,98	-0,88	-0,68	-0,91	-0,22	-0,79	-0,34
Tempo na instituição	-0,11	-0,25	-0,07	-0,08	-0,12	0,07	-0,05
r / (p)*	-0,46	-0,08	-0,65	-0,58	-0,41	-0,62	-0,71

* r= coeficiente de correlação; p= valor de p.

Na análise de variância (ANOVA) em relação à atuação profissional (assistencial, administrativa ou ambas), vínculo empregatício e categoria profissional (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem), não houve diferença significativa entre os grupos em relação ao escore geral ou aos seis Domínios do instrumento, com $p > 0,05$.

DISCUSSÃO

A maioria dos profissionais da equipe de enfermagem eram técnicos de enfermagem. Esse fato pode estar relacionado à necessidade de maior número dessa categoria profissional em relação à quantidade de enfermeiros. Estudo realizado nas clínicas médica e cirúrgica de um hospital de ensino de Ribeirão Preto, obteve 69% de técnicos e auxiliares⁽¹⁰⁾.

A maioria dos profissionais não possuía outro vínculo empregatício. Em relação à segurança do paciente esse fato está diretamente relacionado, afinal, outras jornadas demandam cargas excessivas de trabalho, que podem gerar cansaço físico e mental, além de estresse para o profissional e assim desencadear problemas relacionados à segurança do paciente. Jornadas de trabalho longas podem desencadear exaustão física e mental, minimiza os momentos de lazer e com a família, além de contribuir para uma maior suscetibilidade ao estresse em geral⁽¹¹⁾.

O escore médio geral obtido no estudo obteve resultado abaixo do indicado como sendo o escore ideal (75 pontos) para o Clima de Segurança. Estudo realizado em unidades de internação cirúrgicas de um hospital público de Florianópolis evidenciou média geral dos escores abaixo de 75⁽¹²⁾. Um elevado clima de segurança favorece o compartilhamento de bons comportamentos, que beneficia o paciente durante o seu cuidado. Assim, todos os profissionais trabalham em prol de práticas seguras para a assistência ao paciente⁽¹³⁻¹⁴⁾.

O "Clima de trabalho em equipe" obteve média de 72,1 pontos, valor aproximado (68,8 pontos) foi encontrado em estudo realizado na Austrália utilizando o mesmo instrumento⁽¹⁵⁾. Este domínio mensura a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe. Estudos apontam que quanto maior o trabalho em equipe, melhor é a segurança tanto relacionado aos pacientes quanto aos profissionais⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

O Domínio "Satisfação no trabalho" obteve escore de 84,60, a pontuação mais alta dentre os outros domínios. Estudo realizado nos Estados Unidos e no Canadá utilizando o SAQ obteve resultado menor (74,5%)⁽¹⁸⁾. A satisfação profissional está relacionada com a autonomia, maior remuneração, status

profissional, interação entre os profissionais⁽¹⁹⁾. Profissionais satisfeitos tendem a prestar a assistência de qualidade, por estarem mais motivados e dedicados^(10,19).

Ao mesmo tempo, foi encontrado baixo escore (média 55,59) para o Domínio 6, "Condições de trabalho", que está relacionado à qualidade do ambiente de trabalho. Estudo realizado em duas unidades de internação cirúrgica de um hospital público de Florianópolis apresentou média baixa (40) neste Domínio⁽¹²⁾. Escassos recursos materiais, má organização gerencial, infraestrutura ruim afetam na qualidade do atendimento, aumentando a probabilidade de eventos adversos⁽²⁰⁾.

O Domínio "Percepção da gerência da unidade e do hospital" obteve média 60,15. Apesar de ser uma média abaixo do recomendado como ideal, foi encontrado valor maior do que em estudo realizado em unidades cirúrgicas de um hospital universitário da região Sul do Brasil, que encontrou média de 39 pontos⁽¹²⁾.

Esse domínio está relacionado à aprovação das ações da gerência ou administração na unidade em que o profissional atua. A maioria dos profissionais possui vínculo institucional de menos de seis meses (34,6%). Pesquisa realizada em seis hospitais do Brasil para validação do questionário refere que existe uma relação inversa entre o tempo na instituição e a avaliação institucional, o que faz com que eles tendam a realizar uma boa avaliação da instituição quando mais recentes no ambiente de trabalho, o que pode justificar uma avaliação positiva da gerência⁽⁹⁾.

O apoio da gerência em relação às ações de segurança é essencial para evitar situações em que o medo de se reportar à seus superiores, temendo represálias, possa dificultar ações no combate a possíveis eventos adversos⁽²⁰⁾.

Quanto ao Domínio "Clima de segurança", obteve média de 65,19 pontos. Esse domínio se refere à percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente. Estudos que utilizaram o SAQ obtiveram pontuações elevadas para esse Domínio, como 83,5; 71,0; 74,5, respectivamente^(15,18,21).

A pontuação do estudo não alcançou a pontuação considerada adequada. Uma menor avaliação do clima de segurança pode estar relacionada às instituições de saúde ainda utilizarem de uma cultura punitiva para lidar com os erros, o que faz com que os profissionais não se pronunciem diante desse acontecimento⁽¹⁰⁾. Estudo realizado com enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva indica que 27% de seus profissionais apontaram o medo e a vergonha como motivos para não notificação de eventos adversos⁽²²⁾.

Em relação ao Domínio 4, "Percepção do estresse", que refere ao reconhecimento de quanto os fatores estressores podem influenciar na execução do trabalho, foi encontrada pontuação 71,75. Estudo realizado em enfermarias clínica e cirúrgica de seis instituições do Brasil, aponta que um elevado estresse está relacionado com uma percepção negativa do estresse no questionário⁽⁹⁾. Esse dado opõe-se a outros estudos que encontraram médias de 28,56 e 55,1 respectivamente^(16,18).

Houve diferença entre os sexos apenas em relação ao Domínio 4, "Percepção do estresse", sendo que o sexo feminino possui maior escore em relação a esse domínio. Estudo multicêntrico realizado para validação do questionário não observou diferença na pontuação do SAC⁽⁹⁾. Estudo realizado nos Estados

Unidos observou que não há diferença entre o sexo e o reconhecimento do estresse⁽²³⁾. O estresse está associado ao cansaço, dificuldade de realizar o trabalho, frustração, ansiedade, desamparo, desmotivação o que pode atrapalhar a assistência e aumentar os eventos adversos⁽²⁴⁾.

Não houve relação entre a escolaridade e os escores de segurança, exceto no Domínio 4, "Percepção do estresse". Ter um nível de escolaridade maior acarreta em maiores responsabilidades, o que pode implicar em níveis maiores de estresse.

Não houve relação entre os tempos que trabalha na especialidade, na instituição, e o de formação dos profissionais com o clima de segurança. Esse dado demonstra que as atitudes de segurança podem não estar relacionadas à experiência do profissional. Estudo de revisão integrativa aponta que a não ocorrência de erros está relacionada ao número adequado de pessoal, diminuição da sobrecarga de trabalho, bom relacionamento entre a equipe multiprofissional, liderança e de supervisão de enfermagem adequada⁽²⁵⁾.

CONCLUSÃO

O estudo evidencia um sinal de alerta para as unidades analisadas e indica a necessidade de serem adotadas medidas eficazes para a mudança dos hábitos na instituição. O clima de segurança do paciente na percepção dos profissionais da equipe de enfermagem dos setores de Clínica Médica e Cirúrgica apresentou percepções negativas em cinco domínios avaliados. Tal resultado aponta a necessidade do planejamento de ações voltadas ao "Clima de Trabalho em Equipe", ao "Clima de Segurança", à "Percepção do Estresse", à "Percepção da Gerencia" e às "Condições de Trabalho". Os profissionais consideram-se satisfeitos com o trabalho, apesar de perceberem de forma negativa os outros aspectos que envolvem a segurança do paciente.

A avaliação do clima de segurança possuiu diferença significativa ao se comparar o sexo (feminino e masculino) e o nível de escolaridade (possui ou não pós-graduação) em relação ao domínio Percepção do estresse.

A capacitação dos profissionais envolvidos na gerência e assistência deve ser voltada aos constructos relacionados às questões de segurança, principalmente os avaliados negativamente. Dessa forma, as soluções dos problemas podem ser planejadas e executadas.

Como limitação deste estudo, embora tenha sido utilizada amostragem aleatória simples para obtenção do tamanho amostral, o corte transversal para obtenção dos dados pode limitar o espectro da análise, contudo, os objetivos propostos foram atingidos. Sugere-se, assim, que estudos longitudinais sejam realizados futuramente.

Agradecimentos

Agradecimentos à Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais.

REFERÊNCIAS

1. Tase TH, Lourenção DCA, Bianchini SM, Tronchin DMR. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(2):196-200.
2. Anvisa. Segurança do Paciente. Programa Nacional de Segurança do Paciente: estado da arte e perspectivas [acesso em: 12 out 2015]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f016f380417e01a38ebdee22d1e56fc9/anvisa_apresentacao.pdf?mod=ajperes.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente. Brasília 2014 [acesso em: 26 out 2015]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.
4. Corbellini VL, Schilling MCL, Frantz SF; Godinho TG, Urbanetto JS. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* Brasília. 2011;64(2):241-7.
5. Paranaguá TTB; Bezerra ALQ; Silva ANBC; Azevedo Filho FM. Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. *Acta Paul Enferm.* São Paulo. 2013;26(3):256-62.
6. Lee WC, Wung HY, Liao HH, Lo CM, Chang FL, Wang PC, et al. Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version safety attitude questionnaire. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:1-8.
7. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res.* 2006;44(6):1-10.
8. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *Qual Saf Health Care.* 2011;11(45):4-12.
9. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2012 [acesso em: 26 out 2015];20(3):575-82. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf.
10. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, de Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* São Paulo. 2012;25(5):728-35.
11. Lima GF, Bianchi ERF. Estresse entre enfermeiros hospitalares e a relação com as variáveis sociodemográficas. *Rev Min Enferm.* Belo Horizonte. 2010;14(2):210-18.
12. Marinho MM, Radünz V, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. *Texto Contexto Enferm.* 2014;23(3):581-90.
13. Camposa DC, Dias MCF. A cultura de segurança no trabalho: um estudo exploratório. *Revista Eletrônica Sistemas & Gestão* [internet]. Niterói. 2012 [acesso em: 10 dez 2015];7(4):594-[604]. Disponível em: <http://www.revistasg.uff.br/index.php/sg/article/view/V7N4A7/V7N4A7>.
14. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro. 2013;18(7):2029-36.
15. Chaboyer W, Chamberlain D, Hewson-Conroy K, Grealay B, Elderkin T, Brittin M, et al. CNE Article: Safety culture in australian intensive care units: establishing a baseline for quality improvement. *Am J Crit Care.* 2013;22(2):93-102.
16. Raftopoulos V, Pavlakis A. Safety climate in 5 intensive care units: a Nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the safety attitudes questionnaire. *Journal of Critical Care.* 2012;28(1):51-61.
17. Magalhães AMM, Dall’Agnol CM, Marck PB. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2013 [acesso em: 10 dez 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf.
18. Patterson PD, Huang DT, Fairbanks RJ, Simeone S, Weaver M, Wang HE Variation in Emergency Medical Services Workplace Safety Culture. *Prehosp Emerg Care.* 2010;14(4):448-60.
19. Siqueira VTA, Kurcgant P. Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(1):151-7.
20. Martínez AAQ, Hueso CM, Gálvez GG. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm.* 2010;18(3):[08 telas].
21. Alayed AS, Johansson HL. Saudi Arabian ICU safety culture and nurses’ attitudes. *International Journal of Health Care Quality Assurance.* 2014;27(7):581-93.
22. Claro CM, Krocokcz DVC, Toffolletto MC, Padilha KG. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(1):167-72.

23. Carney BT, Mills PD, Bagian JP, Weeks WB. Sex differences in operating room care giver perceptions of patient safety: a pilot study from the Veterans Health Administration Medical Team Training Program. *Qual Saf Health Care*. 2010;19:128-31.
24. Correggio TC, Amante LN, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. *Rev. SOBECC*. 2014;19(2):67-73.
25. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(1):144-54.