



**AVALIAÇÃO DA
CULTURA DE SEGURANÇA
NOS HOSPITAIS PÚBLICOS
DO DISTRITO FEDERAL**

PALOMA CARVALHO



Ficha Catalográfica

Carvalho, Paloma Aparecida.

Avaliação da cultura de segurança nos hospitais públicos do Distrito Federal / Paloma Aparecida Carvalho, Leila Bernarda Donato Gottems, Luiz Augusto Casulari Roxo da Motta. – 2018.

56 p.

1. Segurança do Paciente. 2. Cultura Organizacional. 3. Avaliação em Saúde. I. Gottems, Leila Bernarda Donato. II. Motta, Luiz Augusto Casulari Roxo da. III. Título.

CDU 614.2(817.4)



COORDENAÇÃO DA PESQUISA

Paloma Aparecida Carvalho

Leila Bernarda Donato Gottems

Maria Raquel Gomes Maia Pires

Luiz Augusto Casulari Roxo da Motta

EQUIPE DE ESTATÍSTICA

Diogo Suzart Uzêda Picco

Fioravante Mieto Neto

EQUIPE DA COLETA DE DADOS

Alice Martins Pederiva

Diana Dayara Suzart Uzêda Lopes

Gilmara Vieira Correa Lima

July Arielede Ornelas Oliveira

Kênya Magalhães dos Santos

Maria Tereza Sucena

Ricardo de Oliveira Silva

EDIÇÃO DE TEXTO

Ethel de Paula

DIAGRAMAÇÃO E CAPA

Alx Santos



Ficha técnica

Este relatório foi elaborado por Paloma Aparecida Carvalho como produto do Doutorado Interinstitucional em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e Escola Superior de Ciências da Saúde, sob orientação de Luiz Augusto Casulari Roxo da Motta (UnB) e Leila Bernarda Donato Göttems (ESCS). Contou também com o apoio dos pesquisadores Maria Raquel Gomes Maia Pires, Diogo Suzart Uzêda Picco e Fioravante Mieto Neto. Esta pesquisa foi financiada com recursos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, por meio do Edital n° 11 de 03 de setembro de 2014, de apoio a pesquisas da Escola Superior de Ciências da Saúde.

Agradecimentos

Agradecemos aos diretores e demais gestores dos hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que participaram deste estudo.





SUMÁRIO +

ORDEM	DESTINO CONTEÚDO	PÁGINA
01	MEDO DE VOAR APRESENTAÇÃO	06
02	EMBARQUE IMEDIATO INTRODUÇÃO	10
03	RASANTES E PLANAGENS MATERIAL E MÉTODO	14
04	VOOS SOLOS SOB O CÉU DE BRASÍLIA RESULTADOS	20
	ESCALAS CONTEÚDO	
	HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE	26
	HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA	28
	HOSPITAL REGIONAL DO GUARA	30
	HOSPITAL REGIONAL DO GAMA	32
	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA	34
	HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA	36
	HOSPITAL REGIONAL DE SAMAMBAIA	38
	HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA	40
	HOSPITAL REGIONAL DE BRAZLÂNDIA	42
	HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO	44
	HOSPITAL REGIONAL DE PLANALTINA	46
05	PLANOS DE VOOS FUTUROS ANÁLISE DOS RESULTADOS E INDICAÇÕES DE USO	48
06	ESTEIRA DE BAGAGEM REFERÊNCIAS	52





Apresentação | **MEDO DE VOAR?**

A pesquisa acadêmica existe para dar asas ao pensamento crítico, mas nos cabe a façanha de aprender a voar, furando supostos “céus de brigadeiro” e vencendo as turbulências de cada trajeto científico em curso. Avaliar a cultura de segurança nos hospitais públicos do Distrito Federal representou esse voo para o incerto. Uma viagem supersônica para dentro da engrenagem da saúde pública, a fim de checar, com a “máquina” em pleno vapor, o comportamento e a atitude de toda a tripulação de profissionais de saúde a bordo.

A metáfora da aviação aqui utilizada não é mera figura de linguagem. Diversos sistemas de alta confiabilidade conseguiram melhorar a segurança ao longo dos anos, como, por exemplo, a aviação, que tem sido reconhecida como pioneira em aperfeiçoar os procedimentos de segurança, para garantir o funcionamento de todo o complexo de serviços aviatórios com a menor chance possível de um erro acontecer.

Os serviços de saúde estão entre aqueles considerados de alta confiabilidade, ou seja, são os que executam tarefas que exigem precisão sob pressão, com baixa taxa de incidentes (REASON, 2000). Porém, o cenário atual mostra que os serviços de saúde no Brasil ainda apresentam um desempenho de baixa confiabilidade, com altas taxas de incidentes.

Acontece que a percepção de que os serviços de saúde são inseguros ainda é restrita aos profissionais que trabalham com qualidade na saúde e segurança do paciente. A população, de modo geral, confessa ter medo de avião, mas poucas pessoas sabem que deveriam mesmo é ter medo de serem hospitalizadas.

Ao comparar o risco de morte em voos com o risco de morte nas internações, o cenário torna-se muito preocupante. Os serviços de saúde têm se mostrado altamente inseguros, e, ao contrário da aviação, os avanços que aconteceram foram incipientes e ainda não provocaram a mudança que o sistema requer.

12,8%

de eventos adversos
em internações

227 mil

mortes por ano



No Brasil, estudo recente avaliou a ocorrência de eventos adversos em pacientes internados e apontou uma prevalência de 12,8% (MENDES, 2018). Considerando que no ano de 2017 aconteceram, somente no Sistema Único de Saúde (SUS), 11,6 milhões de internações (BRASIL, 2018), o número de eventos adversos que aconteceram é de cerca de 592 mil. De acordo com o Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP), utilizando-se o mesmo método de cálculo feito nos Estados Unidos em um recente estudo (JAMES, 2013), que apontou um número maior de mortes do que o estudo pioneiro nessa área (DEPARTAMENT OF MEDICINE, 1999), estima-se que no Brasil o número de mortes por ano devido a eventos adversos evitáveis supera os 227 mil casos.

A aviação, por sua vez, comemora o status de serviços de alta confiabilidade após fechar o ano de 2017 com um registro de zero mortes de passageiros em voos comerciais, de acordo com a *Aviation Safety Network* (ASN). Esse foi considerado então o ano mais seguro da história da aviação (AVIATION SAFETY NETWORK, 2018).

Os avanços nessa área acontecem a passos largos na direção de um sistema não apenas seguro, mas, sobretudo, resiliente. Em toda a história, o ano em que aconteceram mais acidentes foi o de 1972, com 2429 mortes, seguido de 1985, quando ocorreram 2391 fatalidades (AVIATION SAFETY NETWORK, 2018).

De acordo com a *International Civil Aviation Organization* (ICAO), estima-se que em 2016 aconteceram no mundo todo 34,9 milhões de partidas e 75 acidentes, o que gerou uma taxa global de acidentes de 2,1 por 1 milhão de partidas. Desses, sete foram acidentes fatais que resultaram em 182 mortes. O risco é de um acidente fatal em voo de passageiros a cada 4,98 milhões de decolagens. Em outras palavras, trata-se de um sistema altamente seguro (INTERNATIONAL CIVIL AVIATION ORGANIZATION, 2017).

A grande diferença entre as duas áreas – aviação e saúde – é que, apesar de ambas constituírem sistemas de alto risco, tomando para si o desafio de se tornarem organizações seguras e resilientes, a aviação literalmente decolou rumo à alta confiabilidade, enquanto a saúde ainda não conseguiu alçar voos na mesma direção.

Após 19 anos do primeiro grande estudo mostrando o quanto o cuidado de saúde é inseguro, *To err is human* (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999), estudo esse que inquietou profissionais e estudiosos do mundo todo, o que se percebe é que continuamos muito distantes do que a aviação já conseguiu fazer em termos de segurança. Ou seja, ainda não conseguimos decolar com a velocidade de cruzeiro.

Dr. James, cientista chefe de toxicologia espacial no Centro Espacial Johnson da NASA, em Houston, Texas, desenvolveu uma ampla atuação na área de segurança do paciente após perder seu filho de 19 anos por erros assistenciais em 2002. Conforme afirmou ele,

se estivéssemos na aviação, seríamos como pilotos cegos colocados em aviões com peças faltando, pressionados para decolar em uma pista esburacada e sob uma tempestade cataclísmica. E, com tudo isso, teríamos que conseguir levantar voo e pousar em segurança no nosso destino. Falta muito ainda para voarmos com segurança em um céu de brigadeiro (JAMES, 2013).

Apertem os cintos! Conforme afirmou Chantler, a medicina era simples, pouco efetiva e relativamente segura. Agora ela é complexa, efetiva, mas potencialmente perigosa (CHANTLER, 1999).

O principal questionamento que intriga os pesquisadores deste estudo é compreender o comportamento dos profissionais na assistência e a prática de ações inseguras. Nesse sentido, a reflexão norteadora é: por que os profissionais de saúde não se comportam de forma segura, assim como os da aviação?

Kerber, médico do *Department of Radiology and Neurosurgery, University of California San*

Diego, iniciou a sua prática médica na aviação militar. Ele também se questionou acerca das semelhanças e diferenças em ambas as áreas de atuação (saúde e aviação) e, embora possa parecer à primeira vista que os dois campos sejam inteiramente diferentes, em sua percepção ambos exigem quase exatamente o mesmo tipo de conhecimento: a necessidade de fazer julgamentos complexos (muitas vezes rapidamente) e exatamente os mesmos tipos de habilidades técnicas (KERBER, 2014).

A única diferença significativa nos dois campos, conforme o autor menciona, é que quando o piloto comete um erro significativo, esse erro resulta em sua própria morte, enquanto que na saúde, quando se comete um erro significativo, embora os profissionais se sintam culpados ou frustrados e também sofram, logo passam para o próximo caso (KERBER, 2014). De certa forma, pode-se afirmar que na saúde, toda a tripulação de profissionais acredita estar fora da aeronave. Ou seja, como só quem corre risco de morrer durante a assistência é o próprio paciente, os profissionais de saúde, diferentemente dos pilotos, não se veem diretamente implicados ou não se sentem dentro da cena, correndo igualmente risco junto aos pacientes.

O que impulsionou a aviação na direção da alta confiabilidade foi, indiscutivelmente, a mudança cultural (KERBER, 2014), ou seja, uma mudança de comportamento e de percepção do todo que possibilitou a implementação de melhorias que vieram a contribuir para a segurança do sistema. Contudo, sem a cultura de segurança, os avanços não teriam sido os mesmos.

O que move pesquisas como esta é acreditar que os profissionais da saúde não perderão a esperança de conseguir modificar esse cenário para conseguir promover a qualidade na assistência à saúde e atingir níveis de segurança do paciente igualáveis a outras atividades humanas, como a aviação.

Portas em automático...





✈️ **INTRODUÇÃO** +

EMBARQUE IMEDIATO

Qualidade do cuidado é o grau com que os serviços de saúde voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual. Por sua vez, a segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (RUNCIMAN, 2009).

Estudos em diversos países têm mostrado, desde a década de 1980, a abrangência do cuidado inseguro e suas consequências com danos ao paciente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) desencadeou, a partir desse momento, várias iniciativas com foco na segurança do cuidado, com maior ênfase a partir de 2004, quando criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (OMS, 2009). Impulsionado pelo movimento mundial, o Brasil, que faz parte da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, deu seus primeiros passos rumo à construção de uma Política de Segurança do Paciente em 2001, quando da criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, que tinha o objetivo de atuar como observatório do desempenho e segurança de produtos para a saúde. Os investimentos iniciais foram nas áreas de farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância, incentivando a criação de Gerências de Risco nos hospitais pertencentes a essa rede (BRASIL, 2017).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído em 2013, com o objetivo de qualificar o cuidado em saúde. Nesse programa, a cultura de segurança se configura a partir de cinco características: todos os trabalhadores assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; promove o aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes; e proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2014).

O termo “cultura de segurança” vem sendo utilizado por organizações consideradas de alto risco desde o acidente nuclear de Chernobyl (FLIN et al., 2006). Na saúde, a cultura de segurança é descrita como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo...

No mesmo ano, foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) número 36, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que institui ações para a promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Dentre elas, há o dever de constituir os Núcleos de Segurança do Paciente nas organizações de saúde, o qual deve adotar a disseminação sistemática da cultura de segurança (BRASIL, 2013).

O termo “cultura de segurança” vem sendo utilizado por organizações consideradas de alto risco desde o acidente nuclear de Chernobyl (FLIN et al., 2006). Na saúde, a cultura de segurança é descrita como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo que determinam o compromisso da administração de uma organização de saúde com a gestão da segurança do paciente. As organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por boa comunicação entre os profissionais, confiança mútua e percepções comuns sobre a importância da segurança e efetividade de ações preventivas (NIEVA; SORRA, 2003).

O termo “clima de segurança” é utilizado com pouca ou nenhuma diferenciação do termo “cultura de segurança”, definido como as características superficiais da cultura de segurança, a partir das percepções e atitudes dos indivíduos em um determinado ponto do tempo, ou como sendo os componentes mensuráveis da cultura de segurança (FLIN et al., 2006; NIEVA; SORRA, 2003; HALLIGAN; ZECEVIC, 2011).

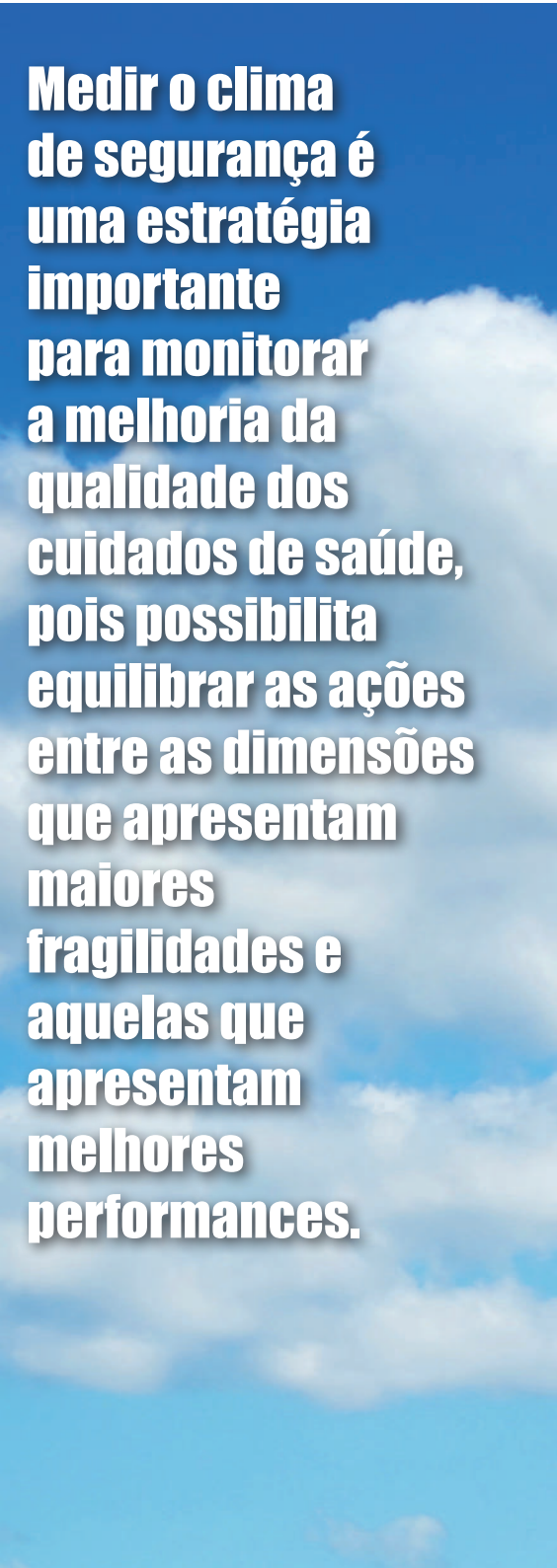
O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal está sob a gestão da Secretaria de Estado de Saúde (SES), órgão do Poder Executivo responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde. Como função, deve dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida aos moradores (GDF, 2017a).

Os serviços de saúde são disponibilizados à população de forma sistemática e organizada em sete regiões de saúde: Leste, Norte, Centro-Norte, Centro-Sul, Sul, Sudoeste e Oeste. Essas regiões são compostas de diversos equipamentos de atenção em saúde e diversas unidades de saúde, tais como unidades básicas de saúde e hospitais. Além dos hospitais das regiões de saúde, há também outros hospitais denominados Unidades de Referência Distrital que estão administrativamente subordinados à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, portanto, não fazem parte das regiões de saúde (GDF, 2017b).

Em cumprimento às políticas de segurança do paciente, os hospitais da SES implantaram os núcleos de segurança do paciente e vêm trabalhando de maneira sistemática a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Nesse sentido, e buscando organizar e otimizar as estratégias de segurança, a SES criou em sua estrutura administrativa a Gerência de Risco em Serviços de Saúde (GDF, 2015). Essa gerência assessora a Subsecretaria de Vigilância Sanitária na execução de ações de prevenção e monitoramento de eventos adversos em serviços de saúde, visando a melhoria da qualidade assistencial e segurança dos pacientes do Distrito Federal (GDF, 2017b).

A implementação do programa prevê a promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual (BRASIL, 2014). Buscando contribuir com a promoção da cultura de segurança nos hospitais públicos do Distrito Federal, realizou-se este estudo com o objetivo de avaliar a percepção dos profissionais que trabalham nos hospitais públicos da rede do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal sobre a cultura de segurança.

Medir o clima de segurança é uma estratégia importante para monitorar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, pois possibilita equilibrar as ações entre as dimensões que apresentam maiores fragilidades e aquelas que apresentam melhores desempenhos. O presente relatório consiste em apresentar o desenho do estudo, bem como os materiais e métodos utilizados, e os resultados da avaliação da cultura de segurança na perspectiva dos profissionais que trabalham nos hospitais.



Medir o clima de segurança é uma estratégia importante para monitorar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, pois possibilita equilibrar as ações entre as dimensões que apresentam maiores fragilidades e aquelas que apresentam melhores performances.



✈ **MATERIAL E MÉTODO** +



RASANTES E PLANAGENS



A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP/FEPECS/SES/GDF), em 1º de agosto de 2016, sob o parecer número 1.656.350.

Trata-se de um estudo transversal analítico, realizado nos hospitais públicos das regiões de saúde do Distrito Federal. Há doze hospitais distribuídos nas sete regiões de saúde, de diversos tamanhos, com número de leitos que oscilam entre 51 e 507, conforme o quadro 1. Todos são classificados como Hospitais Gerais, conforme dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – mês de referência: maio de 2016 (BRASIL, 2016).

QUADRO 1 – Região de saúde, hospital e número de leitos, Brasília, Brasil, 2016

 Hospital	 Leitos
Hospital Regional da Asa Norte	349
Hospital Regional de Sobradinho	322
Hospital Regional de Planaltina	166
Hospital Regional da Asa Sul	331
Hospital Regional do Guará	53
Hospital Regional do Gama	507
Hospital Regional de Santa Maria	422
Hospital Regional de Taguatinga	471
Hospital Regional de Samambaia	138
Hospital Regional da Ceilândia	409
Hospital Regional de Brazlândia	127
Hospital Regional do Paranoá	236
TOTAL	3.531

Fonte: CNES, maio 2016.

A população do estudo foi composta por

16.705

profissionais de diversas áreas oriundos dos
doze hospitais das regiões de saúde

A população do estudo foi composta por todos os profissionais que trabalhavam nos doze hospitais das regiões de saúde, constituída por 16.705 profissionais de diversos níveis de formação e áreas de atuação, conforme dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, tendo como mês de referência maio de 2016 (BRASIL, 2016).

Foi realizada a amostragem estratificada, que consiste na divisão de uma população em grupos (estratos) segundo algumas características conhecidas da população sob estudo. De cada um desses estratos, são selecionadas amostras em proporções convenientes. Neste estudo, os estratos foram formados de acordo com o hospital e o cargo que o profissional ocupava; ou seja, o tamanho da amostra no estrato final é a proporção que um determinado cargo em um determinado hospital deve participar.

Os seguintes estratos foram formados em cada hospital:

1. Administrador / Cargo Comissionado;
2. Assistente Social / Nutricionista / Psicólogo;
3. Auxiliar Operacional de Serviços Diversos (AOSD);
4. Dentista / Farmacêutico / Biomédico;
5. Enfermeiro;
6. Fisioterapeuta / Fonoaudiólogo / Terapeuta Ocupacional;
7. Médico;
8. Médico Residente;
9. Outros;
10. Técnico Administrativo;
11. Técnico em Enfermagem / Auxiliar em Enfermagem;
12. Técnico em Laboratório / Técnico em Nutrição / Técnico em Radiologia.

O quadro 2 mostra o planejamento da amostragem estratificada, ou seja, o número de profissionais que deveriam participar em cada hospital.

QUADRO 2 – Distribuição da amostra por Regiões de Saúde e hospital, Brasília, Brasil, 2016

 Hospital	 Nº de Profissionais	Amostras
Hosp. Regional da Asa Norte - HRAN	2.082	109
Hosp. Regional de Sobradinho - HRS	1.571	86
Hosp. Regional de Planaltina - HRP	836	52
Hosp. Materno Infantil - HMIB	1.854	101
Hosp. Regional do Guarã - HRGU	449	34
Hosp. Regional do Gama - HRG	1.322	77
Hosp. Regional de Santa Maria - HRSM	2.338	118
Hosp. Regional de Taguatinga- HRT	1.621	88
Hosp. Regional de Samambaia - HRSAM	944	57
Hosp. Regional da Ceilândia - HRC	1.847	101
Hosp. Regional de Brazlândia - HRBZ	681	46
Hosp. Regional do Paranoá - HRP	1.160	73
TOTAIS	16.705	945

Fonte: CNES, maio 2016.

A seleção dos participantes aconteceu por conveniência, ou seja, os profissionais dos referidos cargos foram convidados a participar e entrevistados em seu ambiente de trabalho, cumprindo sua jornada regular. Aqueles que concordassem, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e posteriormente respondiam ao questionário. Esse procedimento foi realizado em todos os hospitais até se atingir o quantitativo estimado de profissionais em cada estrato.

Utilizou-se o Questionário Atitudes de Segurança (SAQ), traduzido e adaptado culturalmente para o Brasil (CARVALHO; CASSIANI, 2012). O SAQ (ANEXO 1) é um instrumento autoaplicado (os participantes leem, interpretam e res-

pondem) dividido em duas partes. A primeira é composta por 41 afirmativas que compõem seis domínios: Clima de Trabalho em Equipe (1 a 6), Clima de Segurança (7 a 13), Satisfação no Trabalho (15 a 19), Percepção do Estresse (20 a 23), Percepção da Gerência (24 a 28) e Condições de Trabalho (29 a 32). As afirmativas 14 e 33 a 36 não pertencem a nenhum domínio, porém compõem o escore total. A segunda parte coleta dados que caracterizam os profissionais quanto ao sexo, profissão e anos de atuação na área (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

As respostas às afirmativas seguem uma escala de Likert de cinco pontos que são recodificadas da seguinte forma: discordo totalmente (1) é



igual a 0 pontos, discordo parcialmente (2) gera 25 pontos, neutro (3) gera 50 pontos, concordo parcialmente (4) gera 75 pontos e concordo totalmente (5) gera 100 pontos. O resultado final do instrumento varia de 0 a 100, onde zero representa a pior e 100 a melhor percepção do clima de segurança. Os valores são considerados positivos quando a pontuação total é igual ou superior a 75 (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

As contagens são realizadas como se segue: 1) os itens reversos são invertidos e recodificados (perguntas 2,11 e 36), isto é, a resposta "Discordo totalmente" torna-se "Concordo totalmente", e assim por diante; 2) as afirmativas são agrupadas por domínio; 3) as respostas às

afirmativas em cada domínio são somadas e divididas pelo número de afirmativas em cada domínio (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

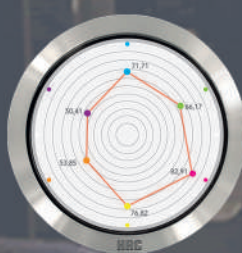
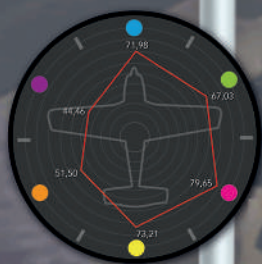
Para esta pesquisa, optou-se por transcreever o SAQ para o formato eletrônico e disponibilizá-lo em aparelhos móveis. A coleta foi realizada por uma equipe contratada e devidamente treinada pelas pesquisadoras, entre setembro de 2016 e janeiro de 2017. Nos locais sem acesso à internet, o participante respondeu no formulário impresso, e posteriormente o profissional da coleta digitou a resposta no formulário eletrônico.

Foram realizadas análises descritivas e inferenciais, utilizando-se o *Statistical Package for the Social Sciences 20.0*.



✈️ **RESULTADOS +**

V O O S S O L O S S O B O
C É U D E B R A S Í L I A





Os resultados geral e de cada hospital estão apresentados na sequência: características dos participantes (sexo, tempo de atuação e cargo); mediana, média e desvio padrão de cada domínio e do total do questionário.


Participaram profissionais de 11 hospitais públicos regionais. O Hospital Regional do Paranoá não aceitou participar. A população do estudo foi de 15.545 (número de profissionais nos 11 hospitais em maio de 2016, mês de referência para o cálculo amostral), e plano amostral de 872 profissionais. O número total de profissionais que responderam ao questionário foi 981. Na tabela 1, essa amostra está organizada pelas características hospital, sexo, tempo de atuação e cargo dos participantes.



Tabela 1 – Distribuição dos participantes por hospital, sexo, tempo de atuação e cargo, Brasília, Brasil, setembro a dezembro de 2016 e janeiro de 2017.

CARACTERÍSTICAS	N	%
 HOSPITAIS		
Hospital Regional da Asa Norte	111	11,3
Hospital Materno Infantil de Brasília	107	10,9
Hospital Regional do Guar	34	3,5
Hospital Regional do Gama	82	8,4
Hospital Regional de Santa Maria	115	11,7
Hospital Regional de Taguatinga	100	10,2
Hospital Regional de Samambaia	126	12,8
Hospital Regional de Ceilândia	119	12,1
Hospital Regional de Brazlândia	44	4,5
Hospital Regional de Sobradinho	92	9,4
Hospital Regional de Planaltina	51	5,2

 SEXO		
Feminino	651	66,4
Masculino	281	28,6
Dados ausentes	49	5,0

 TEMPO DE ATUAO		
Menos de 6 meses	32	3,3
6 a 11 meses	48	4,9
1 a 2 anos	83	8,5
3 a 4 anos	177	18,0
5 a 10 anos	212	21,6
11 a 20 anos	169	17,2
21 ou mais anos	125	12,7
Dados ausentes	135	13,8

{CONTINUAÇÃO} **Tabela 1** – Distribuição dos participantes por hospital, sexo, tempo de atuação e cargo, Brasília, Brasil, setembro a dezembro de 2016 e janeiro de 2017.



CARGO

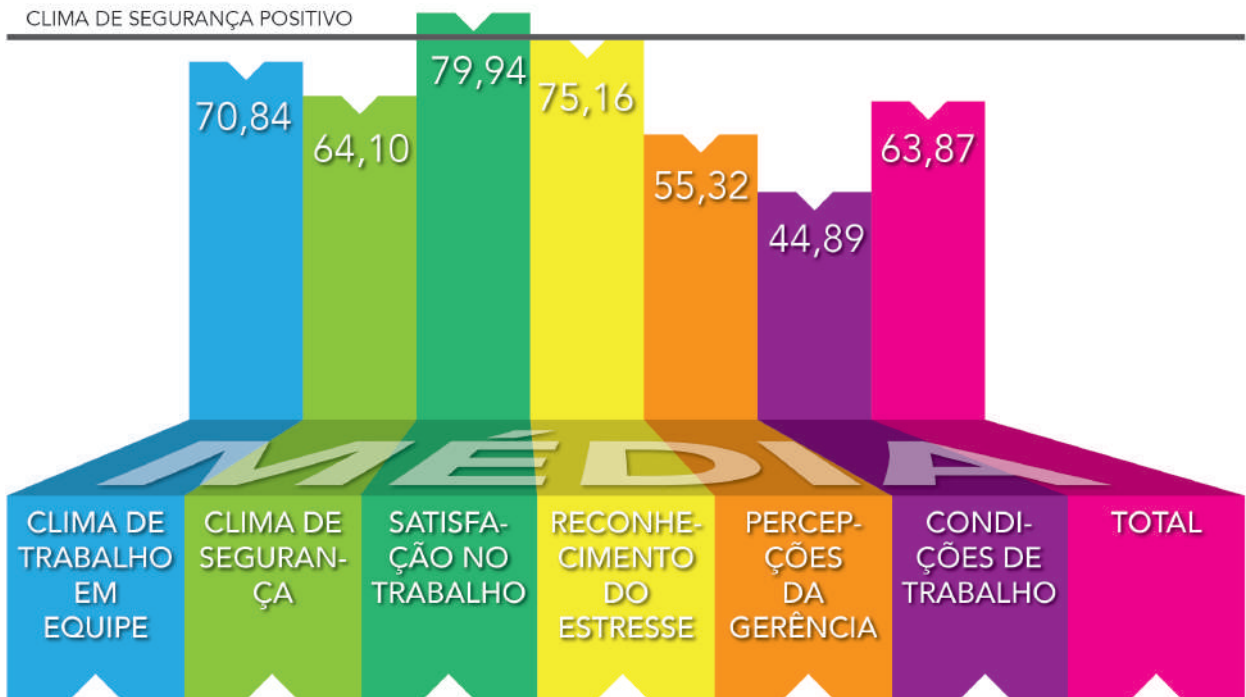
Administrador / Cargo Comissionado	41	4,2
Assistente Social/Nutricionista/Psicólogo	43	4,4
Auxiliar Operacional de Serviços Diversos (AOSD)	113	11,5
Dentista/ Farmacêutico/ Bios	37	3,8
Enfermeiro	160	16,3
Fisioterapeuta/Fonoaudiólogo/Terapeuta Ocupacional	43	4,4
Médico	198	20,2
Médico Residente	21	2,1
Outros	40	4,1
Técnico Administrativo	30	3,1
Técnico em Enfermagem/Auxiliar em Enfermagem	206	21,0
Técnico em Laboratório/Técnico em Nutrição/Técnico em Radiologia	49	5,0
Total	981	100,0

O clima de segurança nos 11 hospitais avaliados (total) foi de 63,87. Com relação aos domínios, observa-se que a satisfação no trabalho apresentou a melhor performance seguida pelo reconhecimento do estresse, ambos com média satisfatória para um clima de segurança positivo, enquanto o domínio condições de trabalho encontra-se no extremo oposto, com a média mais baixa dentre os domínios avaliados, conforme a **Tabela 2** e **Gráfico 1**.

Tabela 2 – Mediana, média e desvio padrão dos domínios e do total do SAQ nos onze hospitais, Brasília, Brasil, 2017.

DOMÍNIOS	MEDIANA	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Clima de trabalho em equipe	71,71	70,84	4,90
Clima de segurança	65,40	64,10	3,65
Satisfação no trabalho	80,04	79,94	2,94
Reconhecimento do estresse	75,32	75,16	4,60
Percepções da gerência	55,44	55,32	4,66
Condições de trabalho	44,46	44,89	4,05
Total	63,51	63,87	2,43

Gráfico 1 – Média dos domínios e do total do SAQ nos onze hospitais, Brasília, Brasil, 2017



60^{,68} a 68^{,14}

oscilação na média total do questionário

75^{,91} a 84^{,27}

oscilação na média dos domínios

47^{,18} a 65^{,76}

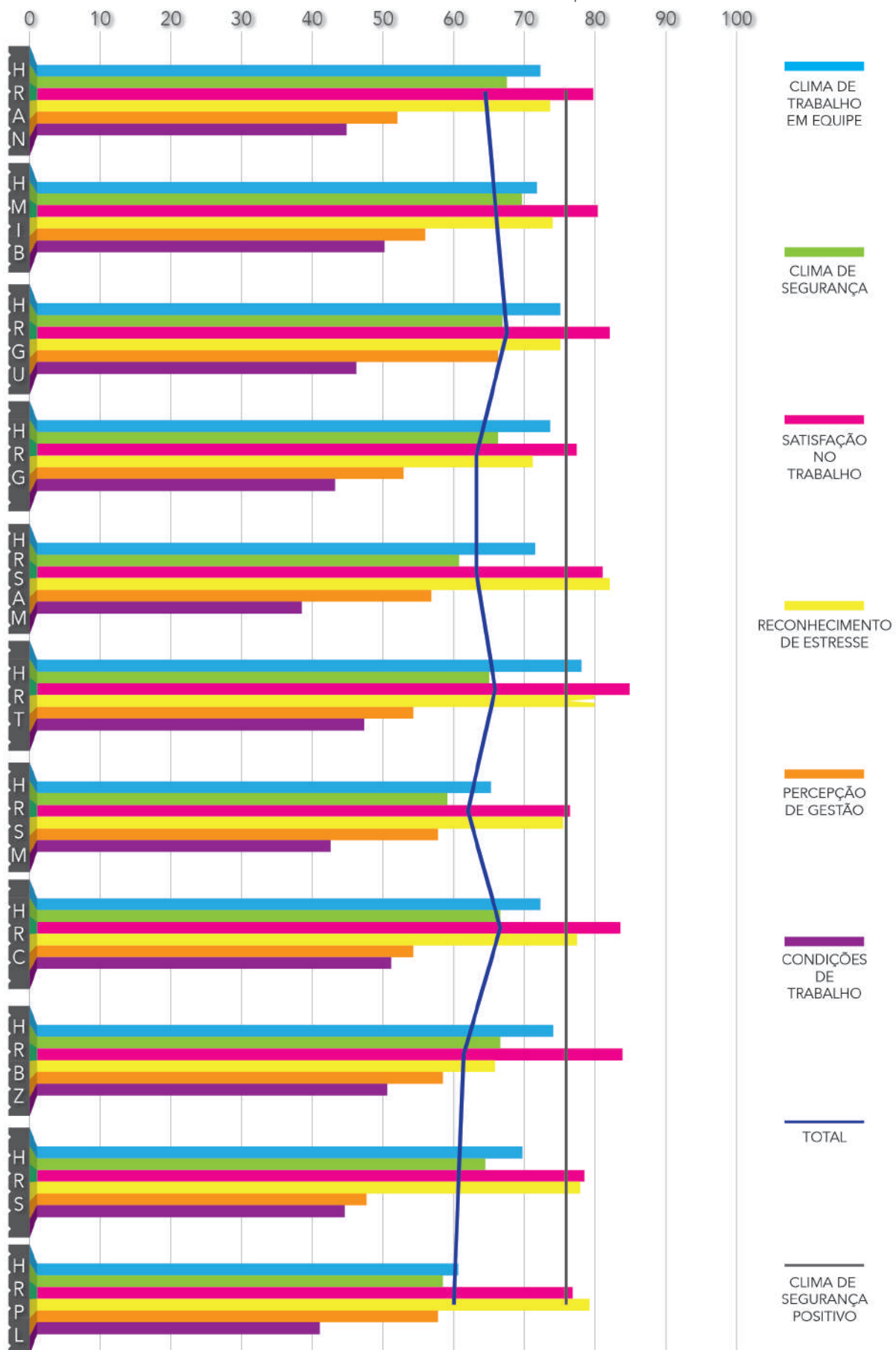
oscilação na média do domínio percepção da gestão

A análise descritiva dos dados mostrou que o desempenho dos 11 hospitais foi semelhante no total do questionário, tendo a média oscilado entre 60,68 a 68,14.

A média dos domínios, no entanto, mostrou maiores diferenças entre os hospitais, sendo a média do domínio satisfação no trabalho a que apresentou menor diferença, oscilando entre 75,91 a 84,27. Esse domínio foi também o que apresentou as médias mais altas dentre todos os domínios avaliados.

A média do domínio percepção da gestão foi a que apresentou maior diferença entre os hospitais, oscilando entre 47,18 a 65,76. Esse domínio apresentou médias baixas, porém o domínio que apresentou as menores médias foi a satisfação do trabalho, que oscilou entre 38,20 e 50,41.

Gráfico 2 – Média dos domínios e do total do SAQ nos onze hospitais, Brasília, Brasil, 2017





HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE

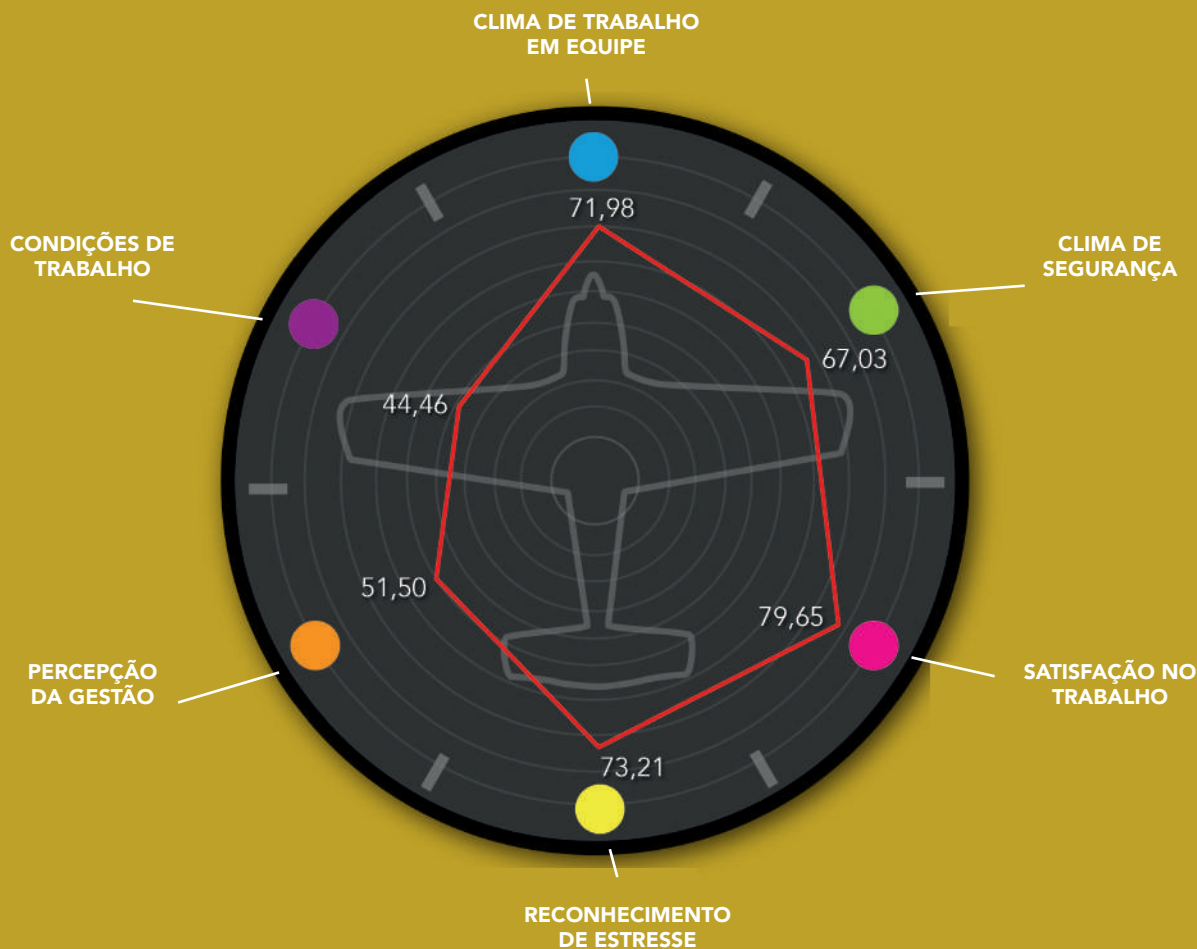
O Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) é um hospital geral com 349 leitos e 2.082 profissionais (BRASIL, 2016). Atende aos usuários em diversas especialidades médicas, dentre elas a assistência a queimados e cirurgia plástica, bem como assistência a doenças raras (GDF, 2017c). Participaram 111 profissionais. Com relação às características dos participantes do estudo predominou o sexo feminino com 71 (64%). Médicos e enfermeiros foram os profissionais com maior frequência 23 (20,7%) cada, seguidos por auxiliar operacional de serviços diversos e técnicos e auxiliares de enfermagem. Em relação ao tempo de atuação, 31 (32%) tem 21 anos ou mais na especialidade, conforme a tabela 3.

Tabela 3 – Características dos profissionais do HRAN, Brasília, Brasil, 2017

CARACTERÍSTICA	N	%
SEXO		
Feminino	71	64
Masculino	40	36
TEMPO DE ATUAÇÃO		
< de 6 meses	4	3,6
6 a 11 meses	6	5,4
1 a 2 anos	8	7,2
3 a 4 anos	15	13,5
5 a 10 anos	20	18,0
11 a 20 anos	13	11,7
> 21 anos	31	27,9
Dados ausentes	14	12,6
PROFISSIONAIS		
Administrador / Cargo Comissionado	3	2,7
Assistente Social/Nutricionista/Psicólogo	4	3,6
Auxiliar Operacional de Serviços Diversos (AOSD)	18	16,2
Dentista/ Farmacêutico/ Biomédico	3	2,7
Enfermeiro	23	20,7
Fisioterapeuta/Fonoaudiólogo/Terapeuta Ocupacional	4	3,6
Médico	23	20,7
Médico Residente	6	5,4
Outros	4	3,6
Técnico Administrativo	3	2,7
Técnico em Enfermagem/Auxiliar em Enfermagem	14	12,6
Técnico em Laboratório/Técnico em Nutrição/Técnico em Radiologia	6	5,4
Total	111	100

O clima de segurança (média geral) foi de 63,51. Observa-se que a satisfação no trabalho é o domínio que apresenta a melhor performance, enquanto o domínio condições de trabalho encontra-se no extremo oposto, com a média mais baixa dentre os domínios avaliados. Observa-se ainda que o reconhecimento do estresse e clima de trabalho em equipe apresentaram médias muito próximas do recomendado (75).

Gráfico 3 – Média dos domínios do SAQ no HRAN, Brasília, Brasil, 2017





HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA

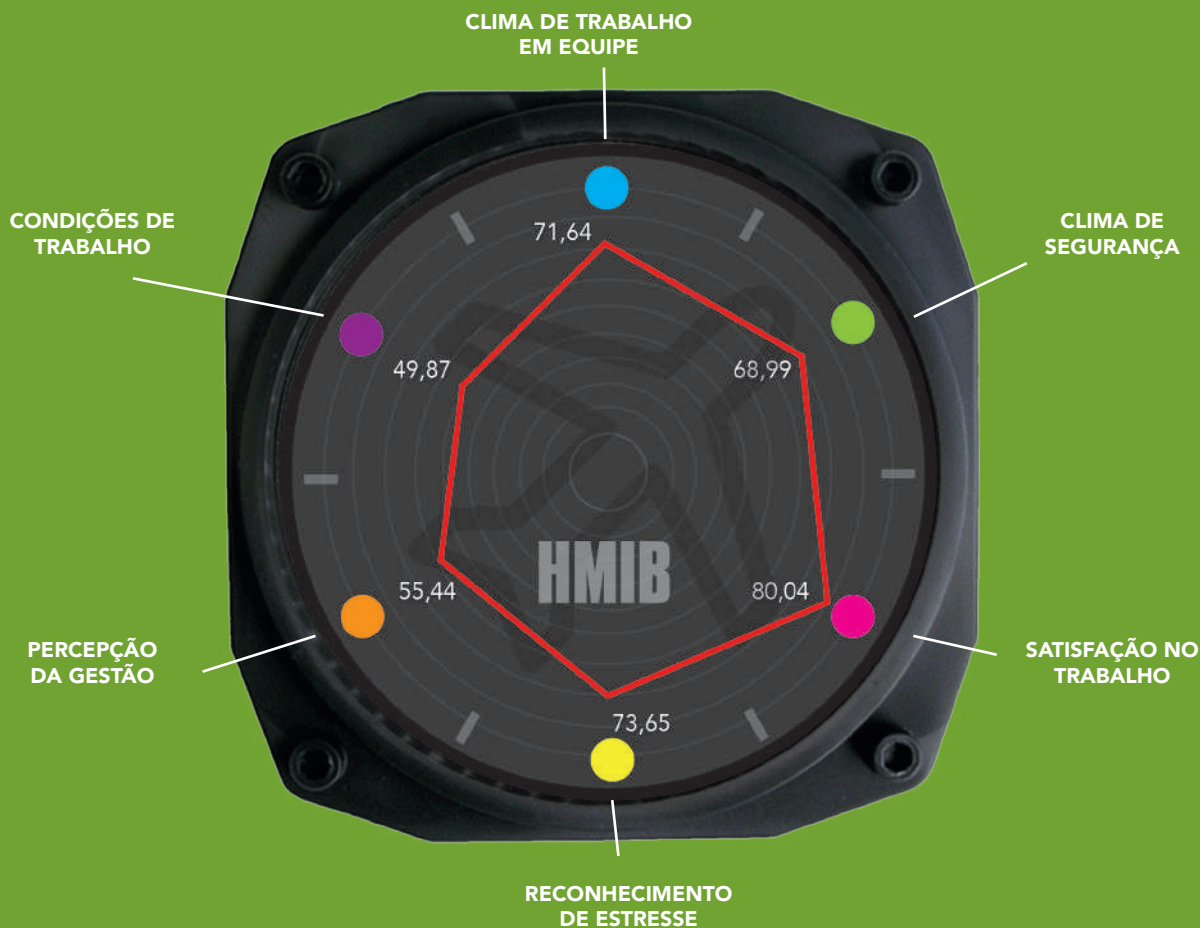
O Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) é um hospital geral com 331 leitos e 1.854 profissionais (BRASIL, 2016). Apesar dessa classificação, atende predominantemente aos usuários que necessitam de atenção especializada na área materno infantil, prestando assistência médica integral e integrada ao binômio mãe-filho e à criança, promove o desenvolvimento da medicina e o treinamento de pessoas para prestar assistência à saúde humanizada, qualificada, oportuna e segura (GDF, 2017c). Com relação às características dos participantes do estudo, na amostra de 107 participantes predominou o sexo feminino com 84 (78,5%). Técnicos e auxiliares e enfermagem foram os profissionais com maior frequência, seguidos por enfermeiros e médicos. Em relação ao tempo de atuação, 22 (20,6%) tem entre 5 e 10 anos na especialidade, conforme a tabela 5.

Tabela 5 – Características dos profissionais do HMIB, Brasília, Brasil, 2017

Característica	N	%
SEXO		
Feminino	84	78,5
Masculino	23	21,5
TEMPO DE ATUAÇÃO		
< de 6 meses	2	1,9
6 a 11 meses	14	13,1
1 a 2 anos	16	15,0
3 a 4 anos	22	20,6
5 a 10 anos	19	17,8
11 a 20 anos	14	13,1
> 21 anos	20	18,7
PROFISSIONAIS		
Administrador / Cargo Comissionado	3	2,8
Assistente Social/Nutricionista/Psicólogo	4	3,7
Auxiliar Operacional de Serviços Diversos (AOSD)	13	12,1
Dentista/ Farmacêutico/ Biomédico	3	2,8
Enfermeiro	26	24,3
Fisioterapeuta/Fonoaudiólogo/Terapeuta Ocupacional	2	1,9
Médico	20	18,7
Médico Residente	3	2,8
Outros	3	2,8
Técnico Administrativo	3	2,8
Técnico em Enfermagem/Auxiliar em Enfermagem	22	20,6
Técnico em Laboratório/Técnico em Nutrição/Técnico em Radiologia	5	4,7
Total	107	100

O clima de segurança (média geral) foi de 65,30. Os resultados do questionário demonstraram que a satisfação no trabalho é o domínio que apresenta a melhor média e mediana, porém também apresentou o maior desvio padrão, enquanto o domínio condições de trabalho encontra-se no extremo oposto, com a média e mediana mais baixa dentre os domínios avaliados. Observa-se ainda que o reconhecimento do estresse apresentou média e mediana muito próximas do ideal e com um desvio padrão menor.

Gráfico 4 – Média dos domínios do SAQ no HMIB, Brasília, Brasil, 2017





HOSPITAL REGIONAL DO GUARA

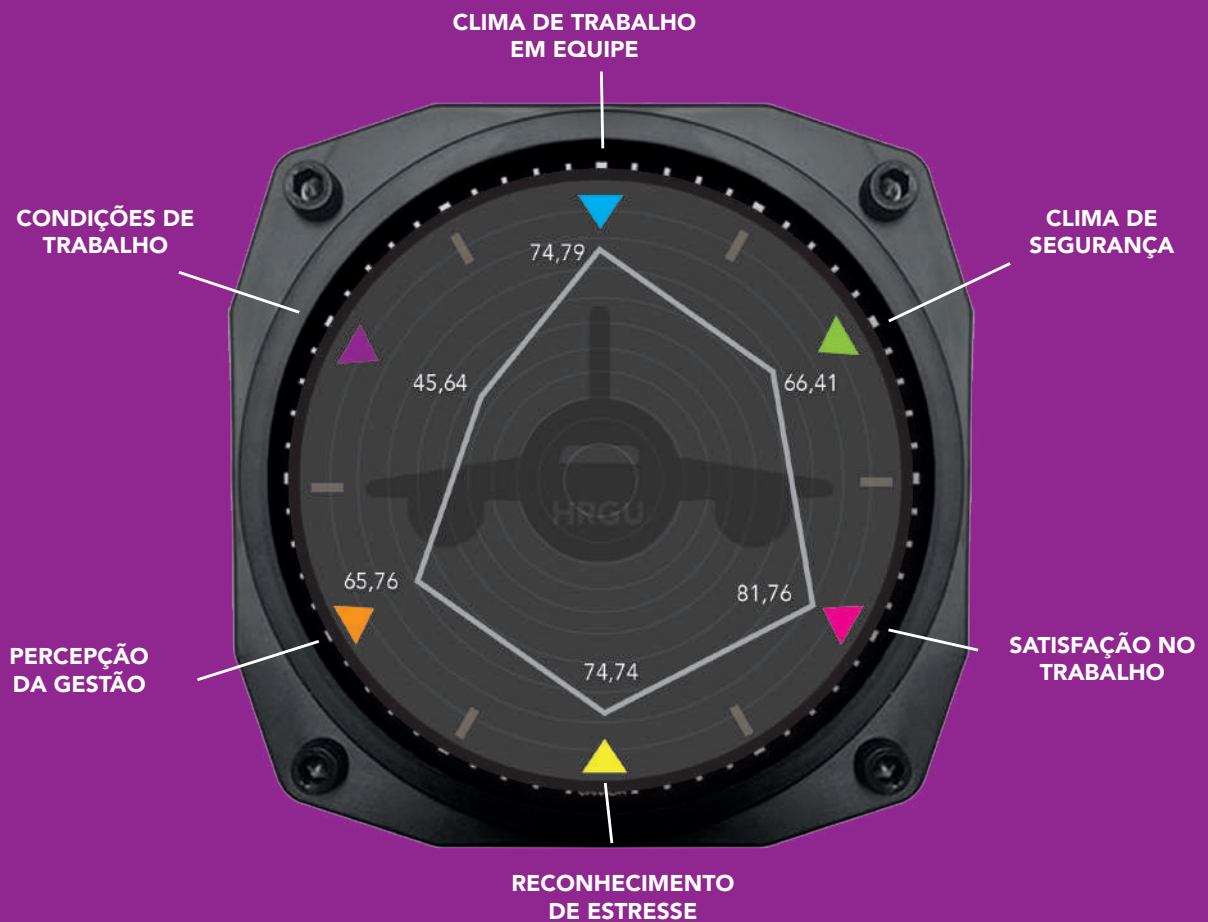
O Hospital Regional do Guara (HRGU)  um hospital geral com 53 leitos e 449 profissionais (BRASIL, 2016). É o menor hospital regional, referência em geriatria, e atende aos usuários que necessitam de assistência médica nas especialidades clínica médica, pediatria e ginecologia (esta última atende somente emergência). Dispõe também de ambulatório que atende a diversas especialidades na área da saúde (GDF, 2017c). Com relação às características dos participantes do estudo, na amostra de 34 participantes predominou o sexo feminino com 21 (63,6%). Médicos e enfermeiros foram os profissionais com maior frequência, 7 (20,6%) cada, seguidos por técnicos e auxiliares de enfermagem. Em relação ao tempo de atuação, 14 (56%) tem entre 5 e 10 anos na especialidade, conforme a tabela 7.

Tabela 7 – Características dos profissionais do HRGU, Brasília, Brasil, 2017

CARACTERÍSTICA	N	%
SEXO		
Feminino	21	61,8
Masculino	12	35,3
Dados ausentes	1	2,9
Tempo de atuação		
< de 6 meses	0	0
6 a 11 meses	0	0
1 a 2 anos	0	0
3 a 4 anos	5	20
5 a 10 anos	14	56
11 a 20 anos	4	16
> 21 anos	2	8
Dados ausentes	9	26,5
PROFISSIONAIS		
Administrador / Cargo Comissionado	0	0,0
Assistente Social/Nutricionista/Psicólogo	2	5,9
Auxiliar Operacional de Serviços Diversos (AOSD)	0	0,0
Dentista/ Farmacêutico/ Biomédico	3	8,8
Enfermeiro	7	20,6
Fisioterapeuta/Fonoaudiólogo/Terapeuta Ocupacional	1	2,9
Médico	7	20,6
Médico Residente	0	0,0
Outros	2	5,9
Técnico Administrativo	2	5,9
Técnico em Enfermagem/Auxiliar em Enfermagem	6	17,6
Técnico em Laboratório/Técnico em Nutrição/Técnico em Radiologia	4	11,8
Total	34	100

O clima de segurança (média geral) foi de 68,14. Observa-se que a satisfação no trabalho é o domínio que apresenta a melhor média, enquanto o domínio condições de trabalho encontra-se no extremo oposto. Observa-se ainda que o clima de trabalho em equipe e o reconhecimento do estresse apresentaram médias muito próximas do ideal.

Gráfico 5 – Média dos domínios do SAQ no HRGU, Brasília, Brasil, 2017





HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

O Hospital Regional do Gama (HRG) é um hospital geral com 507 leitos e 1.322 profissionais (BRASIL, 2016). É referência em tratamento de tuberculose, e atende aos usuários que necessitam de assistência médica em diversas especialidades clínicas e cirúrgicas. Dispõe também de ambulatório que atende a várias especialidades na área da saúde (GDF, 2017c). Com relação às características dos participantes do estudo, na amostra de 82 participantes predominou o sexo feminino com 57 (74%). Técnicos e auxiliares de enfermagem foram os profissionais com maior frequência, 25 (30,5%), seguidos por médicos. Em relação ao tempo de atuação, 19 (26,4%) tem entre 5 e 10 anos na especialidade, conforme a tabela 9.

Tabela 9 – Características dos profissionais do HRG, Brasília, Brasil, 2017

CARACTERÍSTICA	N	%
SEXO		
Feminino	57	69,5
Masculino	20	24,4
Dados ausentes	5	6,1
TEMPO DE ATUAÇÃO		
< de 6 meses	4	4,9
6 a 11 meses	3	3,7
1 a 2 anos	11	13,4
3 a 4 anos	8	9,8
5 a 10 anos	19	23,2
11 a 20 anos	11	13,4
> 21 anos	16	19,5
Dados ausentes	10	12,2
PROFISSIONAIS		
Administrador / Cargo Comissionado	3	3,7
Assistente Social/Nutricionista/Psicólogo	3	3,7
Auxiliar Operacional de Serviços Diversos (AOSD)	6	7,3
Dentista/ Farmacêutico/ Biomédico	3	3,7
Enfermeiro	6	7,3
Fisioterapeuta/Fonoaudiólogo/Terapeuta Ocupacional	3	3,7
Médico	20	24,4
Médico Residente	3	3,7
Outros	3	3,7
Técnico Administrativo	1	1,2
Técnico em Enfermagem/Auxiliar em Enfermagem	25	30,5
Técnico em Laboratório/Técnico em Nutrição/Técnico em Radiologia	6	7,3
Total	82	100

O clima de segurança (média geral) foi de 63,05. Os resultados do questionário demonstram que a satisfação no trabalho é o domínio que apresenta a melhor média, enquanto o domínio condições de trabalho apresentou a menor média. Observa-se ainda que o clima de trabalho em equipe também teve um bom desempenho próximo do ideal, 75.

Gráfico 6 – Média dos domínios do SAQ no HRG, Brasília, Brasil, 2017





HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA

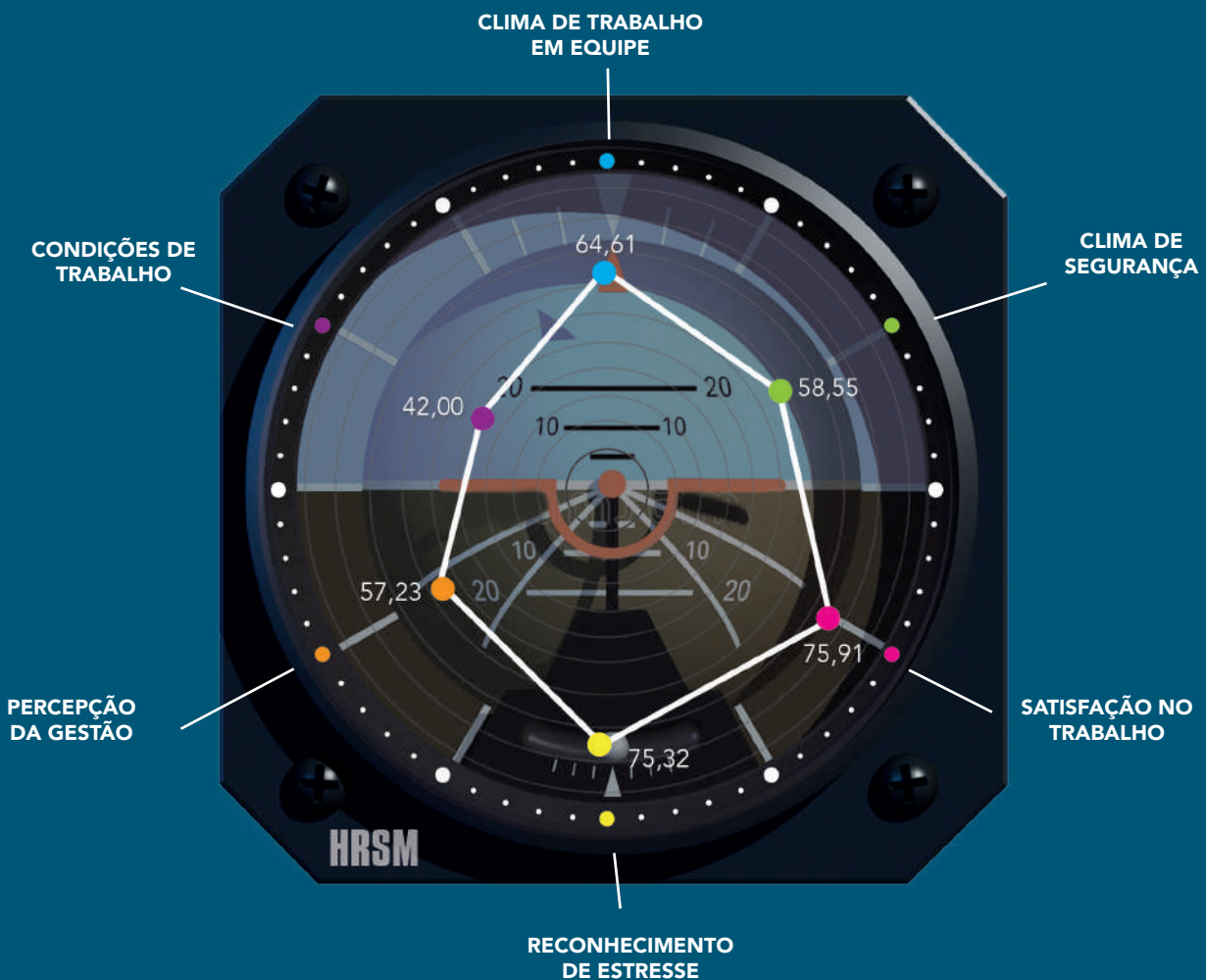
O Hospital Regional de Santa Maria (HRSAM) é um hospital geral com 442 leitos e 2.338 profissionais (BRASIL, 2016). Atende aos usuários que necessitam de assistência médica em diversas especialidades clínicas e cirúrgicas. Dispõe também de ambulatório que atende a várias especialidades na área da saúde (BRASIL, 2016). Com relação às características dos participantes do estudo, na amostra de 115 participantes predominou o sexo feminino com 79 (70,5%). Técnicos e auxiliares de enfermagem foram os profissionais com maior frequência, 40 (34,8%), seguidos por enfermeiros e médicos. Em relação ao tempo de atuação, 44 (47,8%) tem entre 5 e 10 anos na especialidade, conforme a tabela 11.

Tabela 11 – Características dos profissionais do HRSAM, Brasília, Brasil, 2017

CARACTERÍSTICA	N	%
SEXO		
Feminino	79	68,7
Masculino	33	28,7
Dados ausentes	3	2,6
TEMPO DE ATUAÇÃO		
< de 6 meses	5	4,3
6 a 11 meses	2	1,7
1 a 2 anos	8	7,0
3 a 4 anos	24	20,9
5 a 10 anos	44	38,3
11 a 20 anos	6	5,2
> 21 anos	3	2,6
Dados ausentes	23	20,0
PROFISSIONAIS		
Administrador / Cargo Comissionado	4	3,5
Assistente Social/Nutricionista/Psicólogo	8	7,0
Auxiliar Operacional de Serviços Diversos (AOSD)	6	5,2
Dentista/ Farmacêutico/ Biomédico	3	2,6
Enfermeiro	19	16,5
Fisioterapeuta/Fonoaudiólogo/Terapeuta Ocupacional	7	6,1
Médico	15	13,0
Médico Residente	0	0,0
Outros	0	0,0
Técnico Administrativo	11	9,6
Técnico em Enfermagem/Auxiliar em Enfermagem	40	34,8
Técnico em Laboratório/Técnico em Nutrição/Técnico em Radiologia	2	1,7
Total	115	100

O clima de segurança (média geral) foi de 60,98. Observa-se que a satisfação no trabalho e o reconhecimento do estresse foram os domínios que apresentaram as melhores médias, enquanto o domínio condições de trabalho foi o que apresentou a menor média.

Gráfico 7 – Média dos domínios do SAQ no HRSM, Brasília, Brasil, 2017





HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA

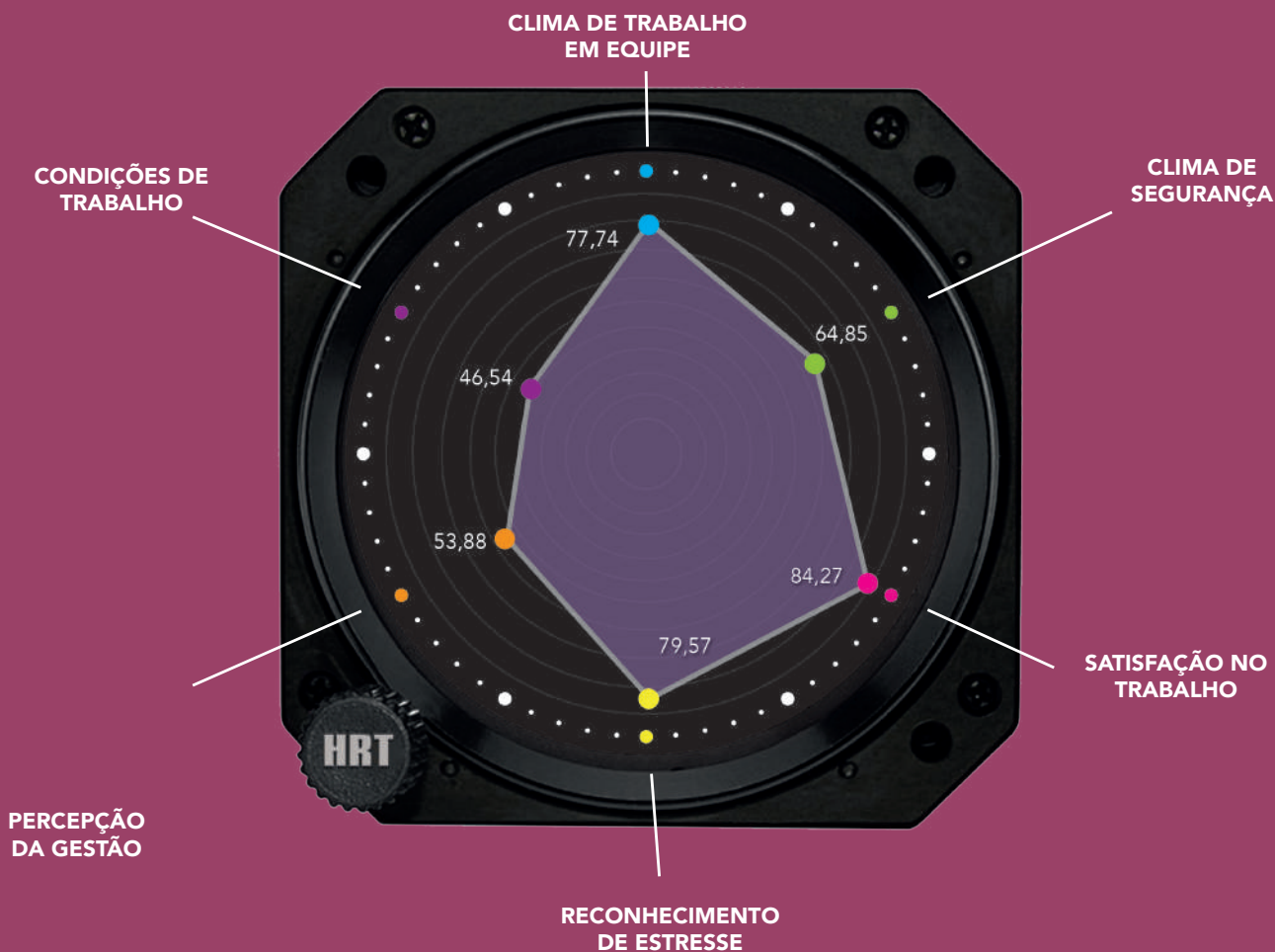
O Hospital Regional de Taguatinga (HRT) é um hospital geral com 471 leitos e 1.621 profissionais (GDF, 2017c). O atendimento aos usuários é em nível secundário, ou seja, nas especialidades de média complexidade. Dispõe também de ambulatório que atende a várias especialidades na área da saúde (GDF, 2017c). Com relação às características dos participantes do estudo, na amostra de 100 participantes predominou o sexo feminino com 59 (59%). Médicos foram os profissionais com maior frequência, 33 (33%), seguidos por enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem, 16 (16%) cada. Em relação ao tempo de atuação, 19 (19%) tem entre 5 e 10 anos na especialidade e 18 (18%) tem entre 11 e 20 anos, conforme a tabela 13.

Tabela 13 – Características dos profissionais do HRT, Brasília, Brasil, 2017

CARACTERÍSTICA	N	%
SEXO		
Feminino	59	59,0
Masculino	28	28,0
Dados ausentes	13	13,0
TEMPO DE ATUAÇÃO		
< de 6 meses	3	3,0
6 a 11 meses	4	4,0
1 a 2 anos	7	7,0
3 a 4 anos	12	12,0
5 a 10 anos	19	19,0
11 a 20 anos	18	18,0
> 21 anos	12	12,0
Dados ausentes	25	25,0
PROFISSIONAIS		
Administrador / Cargo Comissionado	6	6,0
Assistente Social/Nutricionista/Psicólogo	3	3,0
Auxiliar Operacional de Serviços Diversos (AOSD)	7	7,0
Dentista/ Farmacêutico/ Biomédico	3	3,0
Enfermeiro	16	16,0
Fisioterapeuta/Fonoaudiólogo/Terapeuta Ocupacional	4	4,0
Médico	33	33,0
Médico Residente	0	0,0
Outros	5	5,0
Técnico Administrativo	3	3,0
Técnico em Enfermagem/Auxiliar em Enfermagem	16	16,0
Técnico em Laboratório/Técnico em Nutrição/Técnico em Radiologia	4	4,0
Total	100	100

O clima de segurança (média geral) foi de 66,13. Observa-se que a satisfação no trabalho é o domínio que apresenta a melhor performance, enquanto o domínio condições de trabalho foi o que apresentou a menor média. Nota-se ainda que os domínios clima de trabalho em equipe e reconhecimento do estresse apresentaram médias positivas, ou seja, acima de 75.

Gráfico 8 – Média dos domínios do SAQ no HRT, Brasília, Brasil, 2017





HOSPITAL REGIONAL DE SAMAMBAIA

O Hospital Regional de Samambaia (HRSam) é um hospital geral com 138 leitos e 944 profissionais (BRASIL, 2016). É um hospital geral destinado ao atendimento e internação nas especialidades clínica médica, clínica cirúrgica, ginecologia e obstetrícia (GDF, 2017c). Com relação às características dos participantes do estudo, na amostra de 126 participantes predominou o sexo feminino com 84 (66,7%). Técnicos e auxiliares de enfermagem foram os profissionais com maior frequência, 30 (23,8%), seguidos por auxiliar operacional de serviços diversos, 22 (17,5%) e médicos, 20 (15,9%) cada. Em relação ao tempo de atuação, 54 (45%) tem entre 11 e 20 anos, conforme a tabela 15.

Tabela 15 – Características dos profissionais do HRSam, Brasília, Brasil, 2017

CARACTERÍSTICA	N	%
SEXO		
Feminino	84	66,7
Masculino	42	33,3
TEMPO DE ATUAÇÃO		
< de 6 meses	4	3,2
6 a 11 meses	8	6,3
1 a 2 anos	10	7,9
3 a 4 anos	24	19,0
5 a 10 anos	18	14,3
11 a 20 anos	54	42,9
> 21 anos	2	1,6
Dados ausentes	6	4,8
PROFISSIONAIS		
Administrador / Cargo Comissionado	8	6,3
Assistente Social/Nutricionista/Psicólogo	6	4,8
Auxiliar Operacional de Serviços Diversos (AOSD)	22	17,5
Dentista/ Farmacêutico/ Biomédico	6	4,8
Enfermeiro	16	12,7
Fisioterapeuta/Fonoaudiólogo/Terapeuta Ocupacional	8	6,3
Médico	20	15,9
Médico Residente	0	0,0
Outros	4	3,2
Técnico Administrativo	0	0,0
Técnico em Enfermagem/Auxiliar em Enfermagem	30	23,8
Técnico em Laboratório/Técnico em Nutrição/Técnico em Radiologia	6	4,8
Total	126	100

O clima de segurança (média geral) foi de 62,77. Observa-se que o reconhecimento do estresse e a satisfação no trabalho foram os domínios que apresentaram a melhor performance, enquanto o domínio condições de trabalho foi o que apresentou a menor média.

Gráfico 9 – Média dos domínios do SAQ no HRSam, Brasília, Brasil, 2017





HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA

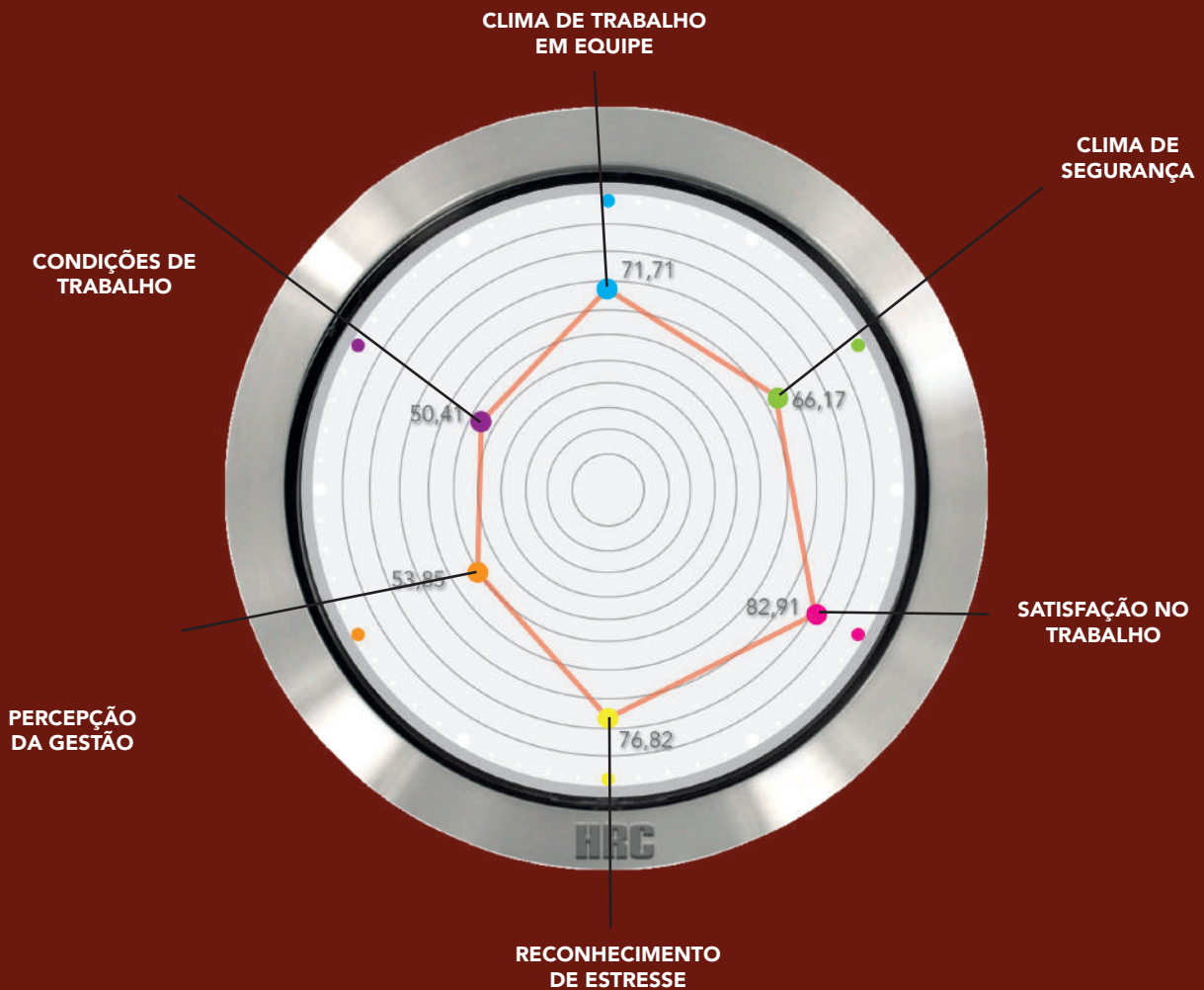
O Hospital Regional de Ceilândia (HRC) é um hospital geral com 409 leitos e 1.847 profissionais (BRASIL, 2016). Atende aos usuários que necessitam de assistência médica em diversas especialidades clínicas e cirúrgicas. Dispõe também de ambulatório que atende a várias especialidades na área da saúde (GDF, 2017c). Com relação às características dos participantes do estudo, na amostra de 119 participantes predominou o sexo feminino com 69 (74,2%). Médicos foram os profissionais com maior frequência, 30 (25,2%), seguidos por técnicos e auxiliares de enfermagem, 21 (17,6%). Em relação ao tempo de atuação, 54 (45%) tem entre 11 e 20 anos, conforme a tabela 17.

Tabela 17 – Características dos profissionais do HRC, Brasília, Brasil, 2017

CARACTERÍSTICA	N	%
SEXO		
Feminino	69	58,0
Masculino	24	20,2
Dados ausentes	26	21,8
TEMPO DE ATUAÇÃO		
< de 6 meses	4	3,4
6 a 11 meses	5	4,2
1 a 2 anos	9	7,6
3 a 4 anos	20	16,8
5 a 10 anos	16	13,4
11 a 20 anos	17	14,3
> 21 anos	16	13,4
Dados ausentes	32	26,9
PROFISSIONAIS		
Administrador / Cargo Comissionado	5	4,2
Assistente Social/Nutricionista/Psicólogo	4	3,4
Auxiliar Operacional de Serviços Diversos (AOSD)	12	10,1
Dentista/ Farmacêutico/ Biomédico	4	3,4
Enfermeiro	14	11,8
Fisioterapeuta/Fonoaudiólogo/Terapeuta Ocupacional	5	4,2
Médico	30	25,2
Médico Residente	4	3,4
Outros	10	8,4
Técnico Administrativo	5	4,2
Técnico em Enfermagem/Auxiliar em Enfermagem	21	17,6
Técnico em Laboratório/Técnico em Nutrição/Técnico em Radiologia	5	4,2
Total	119	100

O clima de segurança (média geral) foi de 65,29. Observa-se que a satisfação no trabalho apresentou a melhor média, enquanto o domínio condições de trabalho foi o que apresentou a menor média.

Gráfico 10 – Média dos domínios do SAQ no HRC, Brasília, Brasil, 2017





HOSPITAL REGIONAL DE BRAZLÂNDIA

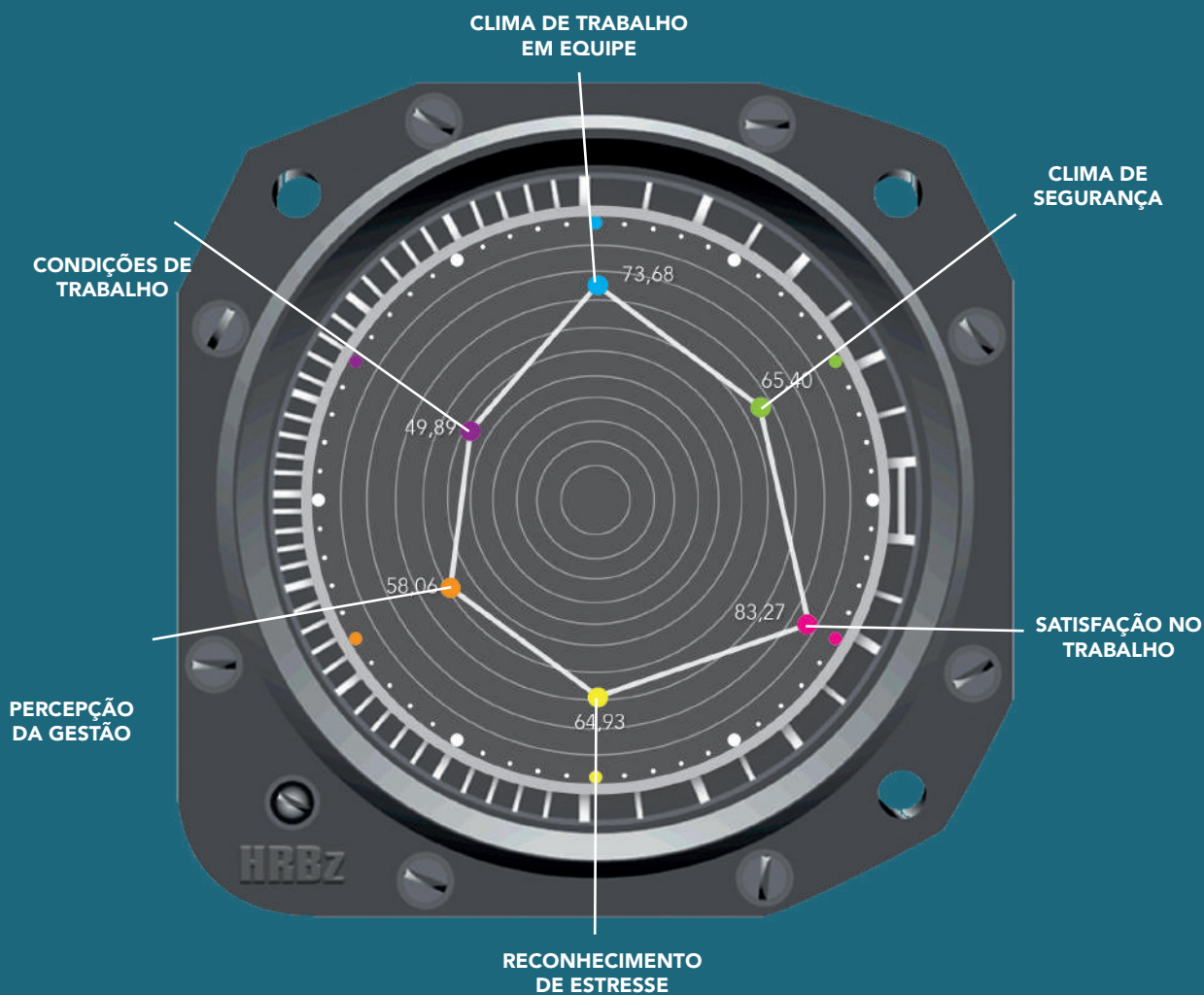
O Hospital Regional de Brazlândia (HRBz) é um hospital geral com 127 leitos e 681 profissionais (BRASIL, 2016). Atende aos usuários que necessitam de assistência médica em diversas especialidades clínicas e cirúrgicas. Dispõe também de ambulatório que atende várias especialidades na área da saúde (GDF, 2017c). Com relação às características dos participantes do estudo, na amostra de 44 participantes predominou o sexo feminino com 33 (75%). Auxiliar operacional de serviços diversos foram os profissionais com maior frequência, 8 (18,2%), seguidos por médicos e técnicos e auxiliares de enfermagem, 9 (13,6%) cada. Em relação ao tempo de atuação, 13 (%) tem entre 5 e 10 anos, conforme a tabela 19.

Tabela 19 – Características dos profissionais do HRBz, Brasília, Brasil, 2017

CARACTERÍSTICA	N	%
SEXO		
Feminino	33	75,0
Masculino	11	25,0
TEMPO DE ATUAÇÃO		
< de 6 meses	1	2,3
6 a 11 meses	1	2,3
1 a 2 anos	2	4,5
3 a 4 anos	11	25,0
5 a 10 anos	13	29,5
11 a 20 anos	7	15,9
> 21 anos	4	9,1
Dados ausentes	5	11,4
PROFISSIONAIS		
Administrador / Cargo Comissionado	3	6,8
Assistente Social/Nutricionista/Psicólogo	3	6,8
Auxiliar Operacional de Serviços Diversos (AOSD)	8	18,2
Dentista/ Farmacêutico/ Biomédico	3	6,8
Enfermeiro	5	11,4
Fisioterapeuta/Fonoaudiólogo/Terapeuta Ocupacional	3	6,8
Médico	6	13,6
Médico Residente	0	0,0
Outros	3	6,8
Técnico Administrativo	1	2,3
Técnico em Enfermagem/Auxiliar em Enfermagem	6	13,6
Técnico em Laboratório/Técnico em Nutrição/Técnico em Radiologia	3	6,8
Total	44	100

O clima de segurança (média geral) foi de 65,72. Observa-se que a satisfação no trabalho apresentou a melhor média, enquanto o domínio condições de trabalho foi o que apresentou a menor média.

Gráfico 11 – Média dos domínios do SAQ no HRBz, Brasília, Brasil, 2017





HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO

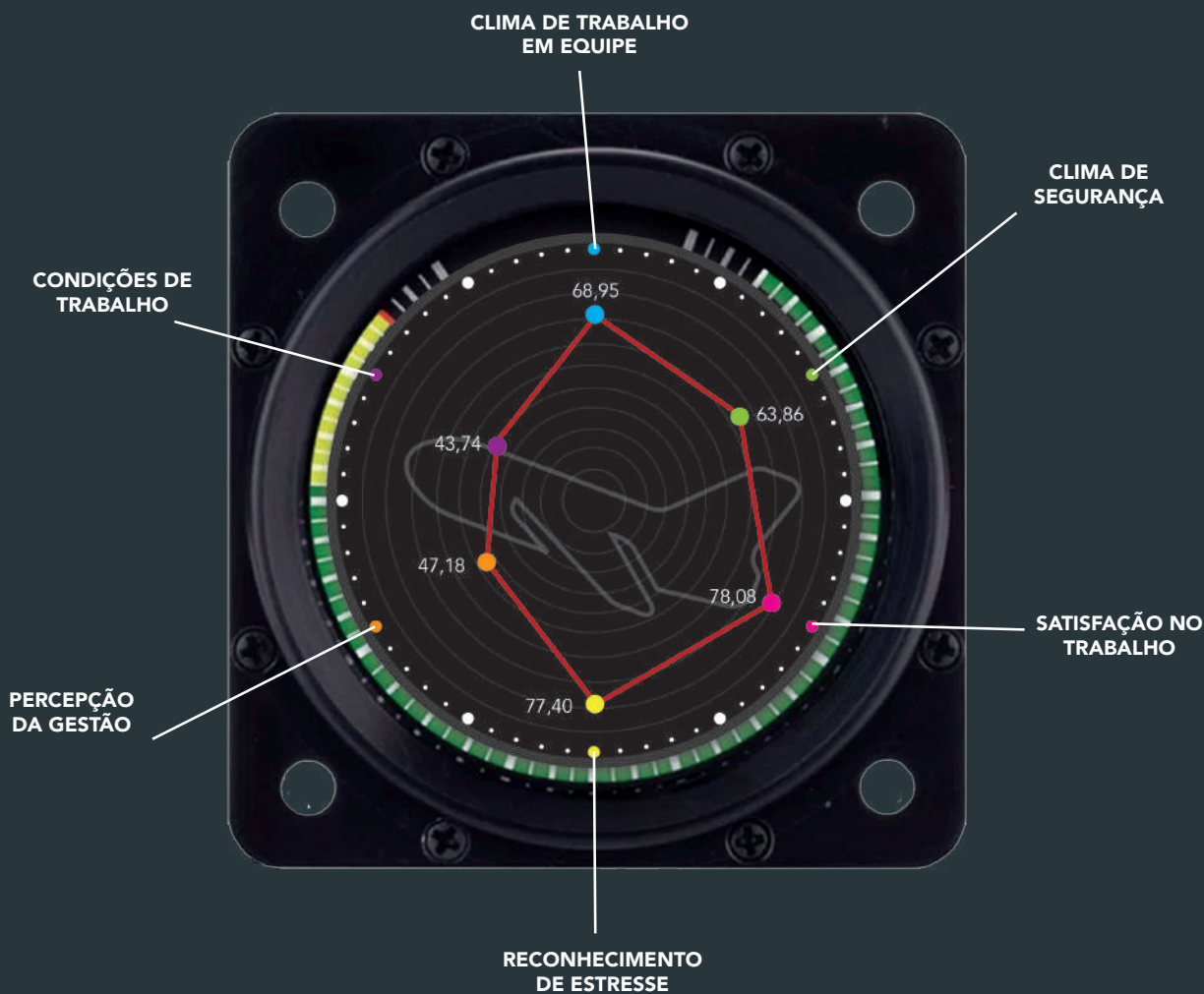
O Hospital Regional de Sobradinho (HRS) é um hospital geral com 322 leitos e 1.571 profissionais (BRASIL, 2016). Atende aos usuários que necessitam de assistência médica em diversas especialidades clínicas e cirúrgicas. Dispõe também de ambulatório que atende a várias especialidades na área da saúde (GDF, 2017c). Com relação às características dos participantes do estudo, na amostra de 92 participantes predominou o sexo feminino com 58 (63%). Técnicos e auxiliares de enfermagem foram os profissionais com maior frequência, 20 (21,7%), seguidos por médicos, 19 (20,7%) cada. Em relação ao tempo de atuação, 22 (23,9%) tem entre 3 a 4 anos, conforme a tabela 21.

Tabela 21 – Características dos profissionais do HRS, Brasília, Brasil, 2017

CARACTERÍSTICA	N	%
SEXO		
Feminino	58	63,0
Masculino	33	35,9
Dados ausentes	1	1,1
TEMPO DE ATUAÇÃO		
< de 6 meses	5	5,4
6 a 11 meses	4	4,3
1 a 2 anos	11	12,0
3 a 4 anos	22	23,9
5 a 10 anos	19	20,7
11 a 20 anos	11	12,0
> 21 anos	12	13,0
Dados ausentes	8	8,7
PROFISSIONAIS		
Administrador / Cargo Comissionado	3	3,3
Assistente Social/Nutricionista/Psicólogo	3	3,3
Auxiliar Operacional de Serviços Diversos (AOSD)	15	16,3
Dentista/ Farmacêutico/ Biomédico	3	3,3
Enfermeiro	12	13,0
Fisioterapeuta/Fonoaudiólogo/Terapeuta Ocupacional	3	3,3
Médico	19	20,7
Médico Residente	5	5,4
Outros	3	3,3
Técnico Administrativo	1	1,1
Técnico em Enfermagem/Auxiliar em Enfermagem	20	21,7
Técnico em Laboratório/Técnico em Nutrição/Técnico em Radiologia	5	5,4
Total	92	100

O clima de segurança (média geral) foi de 61,12. Observa-se que a satisfação no trabalho apresentou a melhor média, enquanto o domínio condições de trabalho foi o que apresentou a menor média.

Gráfico 12 – Média dos domínios do SAQ no HRS, Brasília, Brasil, 2017





HOSPITAL REGIONAL DE PLANALTINA

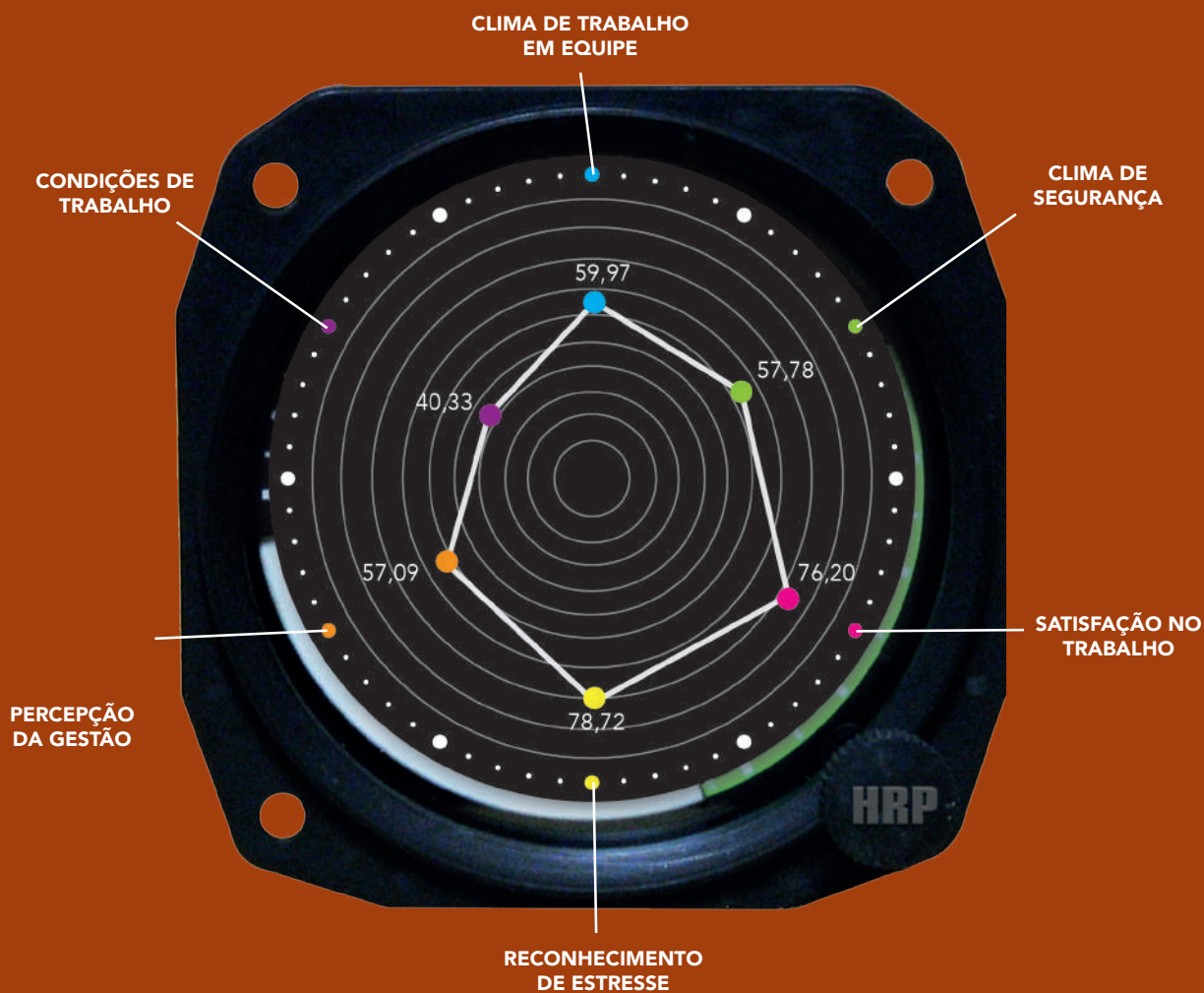
O Hospital Regional de Planaltina (HRP) é um hospital geral com 166 leitos e 836 profissionais (BRASIL, 2016). Atende aos usuários que necessitam de assistência médica em diversas especialidades clínicas e cirúrgicas. Dispõe também de ambulatório que atende a várias especialidades na área da saúde (GDF, 2017c). Com relação às características dos participantes do estudo, na amostra de 51 participantes predominou o sexo feminino com 36 (70,6%). Enfermeiros foram os profissionais com maior frequência, 16 (31,4%), seguidos por técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem e auxiliar operacionais de serviços diversos 6 (11,8%) cada. Em relação ao tempo de atuação, 14 (27,5%) tem entre 3 a 4 anos e 14 (27,5%) tem entre 11 a 20 anos, conforme a tabela 23.

Tabela 23 – Características dos profissionais do HRP, Brasília, Brasil, 2017

CARACTERÍSTICA	N	%
SEXO		
Feminino	36	70,6
Masculino	15	29,4
TEMPO DE ATUAÇÃO		
< de 6 meses	0	0,0
6 a 11 meses	1	2,0
1 a 2 anos	1	2,0
3 a 4 anos	14	27,5
5 a 10 anos	11	21,6
11 a 20 anos	14	27,5
> 21 anos	7	13,7
Dados ausentes	3	5,9
PROFISSIONAIS		
Administrador / Cargo Comissionado	3	5,9
Assistente Social/Nutricionista/Psicólogo	3	5,9
Auxiliar Operacional de Serviços Diversos (AOSD)	6	11,8
Dentista/ Farmacêutico/ Biomédico	3	5,9
Enfermeiro	16	31,4
Fisioterapeuta/Fonoaudiólogo/Terapeuta Ocupacional	3	5,9
Médico	5	9,8
Médico Residente	0	0,0
Outros	3	5,9
Técnico Administrativo	0	0,0
Técnico em Enfermagem/Auxiliar em Enfermagem	6	11,8
Técnico em Laboratório/Técnico em Nutrição/Técnico em Radiologia	3	5,9
Total	92	100

O clima de segurança (média geral) foi de 60,68. Observa-se que a satisfação no trabalho apresentou a melhor média, enquanto o domínio reconhecimento do estresse foi o que apresentou a menor média.

Gráfico 13 – Média dos domínios do SAQ no HRP, Brasília, Brasil, 2017





✈ **ANÁLISE DOS RESULTADOS E INDICAÇÕES DE USO +**
PLANOS DE VOOS FUTUROS



Aqui, preparar para pouso não é exatamente o fim da viagem. Os resultados encontrados neste estudo são o início da trajetória de avaliação da cultura de segurança nos hospitais da SES e podem ser utilizados como base para as próximas avaliações e como instrumento de gestão, visando à promoção da cultura de segurança, para que esses hospitais decolesem sem escalas em direção à posição de organizações de alta confiabilidade.

Um hospital para chegar no estágio da alta confiabilidade, tal como a aviação, precisa desenvolver uma abordagem sistêmica para lidar com erros, bem como eliminar a cultura de medo ainda presente e disseminada entre os profissionais de saúde.

A cultura mais encontrada em serviços de saúde, conhecida como cultura “velha”, ainda é aquela em que os profissionais de saúde não podem errar ou que acreditam que não vão errar. Consideram que esse ato é vergonhoso e motivo de reprovação pelos próprios colegas, sendo abordado de uma forma individual, como um produto do descuido (BRASIL, 2017).

Essa cultura é reforçada pela abordagem individual do erro. Uma forma de resolver a consequência do erro é nominando, culpando e estimulando o sentimento de vergonha no profissional, direcionando as medidas corretivas a quem errou (por exemplo, treinando o profissional), o que cria a falsa sensação de segurança de que o problema foi resolvido. O profissional, por sua vez, passa a sofrer de angústia física e emocional e até stress pós-traumático, decorrente do seu envolvimento no incidente, o que o leva a esconder seus erros. A abordagem sistêmica parte da pre-

missa de que o erro do profissional faz parte do sistema, e, portanto, utiliza a educação, protocolos e diretrizes clínicas, como também mudanças no sistema, como barreiras ao erro. Nesse tipo de abordagem, as redundâncias muitas vezes são necessárias (SATURNO, apud BRASIL, 2017).

As organizações de saúde que desejam seguir viagem rumo à alta confiabilidade precisam adotar a abordagem sistêmica do erro como uma das estratégias de ampliar a cultura de segurança, buscando mitigar os fatores contribuintes que levam ao erro e, ao mesmo tempo, criando barreiras para impedir que o erro chegue a causar um incidente com dano (evento adverso) ao paciente (BRASIL, 2017).

Conforme citam Gama e Saturno (apud BRASIL, 2017, p. 37),

o sucesso na gestão da segurança do paciente passa por um reconhecimento do risco relacionado à assistência à saúde moderna, que utiliza processos complexos e tecnologias potentes, cuja segurança muitas vezes depende do desempenho humano. Os objetivos da organização precisam ser consistentes com a meta de melhoria da segurança, que passa por uma comunicação aberta e não punitiva sobre os eventos adversos e falhas de segurança.



Nesse sentido, com o intuito de orientar o uso das informações desse relatório para a criação e manutenção da cultura de segurança nos hospitais avaliados, sugerem-se as quatro práticas seguras do *National Quality Forum* para criar e manter uma cultura de segurança (BRASIL, 2017, p. 37-38):

Definir estruturas e sistemas de liderança: segundo o consenso, "os líderes dirigem valores, os valores dirigem os comportamentos, e os comportamentos coletivos dos indivíduos de uma organização definem a sua cultura". Assim, os líderes devem estar envolvidos no processo de criar e transformar a cultura de segurança do paciente, sendo que estruturas de liderança devem ser estabelecidas com a intenção de sensibilizar, responsabilizar, habilitar e agir em favor da segurança de cada um dos pacientes atendidos. Especificamente, podemos enfatizar a necessidade de existir um Programa ou Sistema de Gestão da Qualidade com responsabilidades claras a todos os níveis, não somente no nível dos gerentes.

Avaliar a cultura, informar sobre os resultados e intervir: parte da ideia de que somente podemos melhorar o que podemos medir. O serviço de saúde deve utilizar algum dos questionários validados para esta finalidade, que englobam as várias dimensões que compõem o construto da cultura de segurança e realizar avaliações

periódicas da cultura de segurança. Ainda, cabe ao serviço de saúde informar os resultados dessas avaliações aos profissionais e gestores, além de tomar as medidas de melhoria necessárias localmente.

Promover o trabalho em equipe: os erros devido a um trabalho em equipe deficiente são reconhecidos nos serviços de saúde e em outras áreas como causas de dano e óbito. Por isso, se recomenda estabelecer um enfoque proativo, sistemático e organizacional de formação em trabalho em equipe, com construção de habilidades e melhoria dos desempenhos das equipes para diminuir os danos preveníveis.

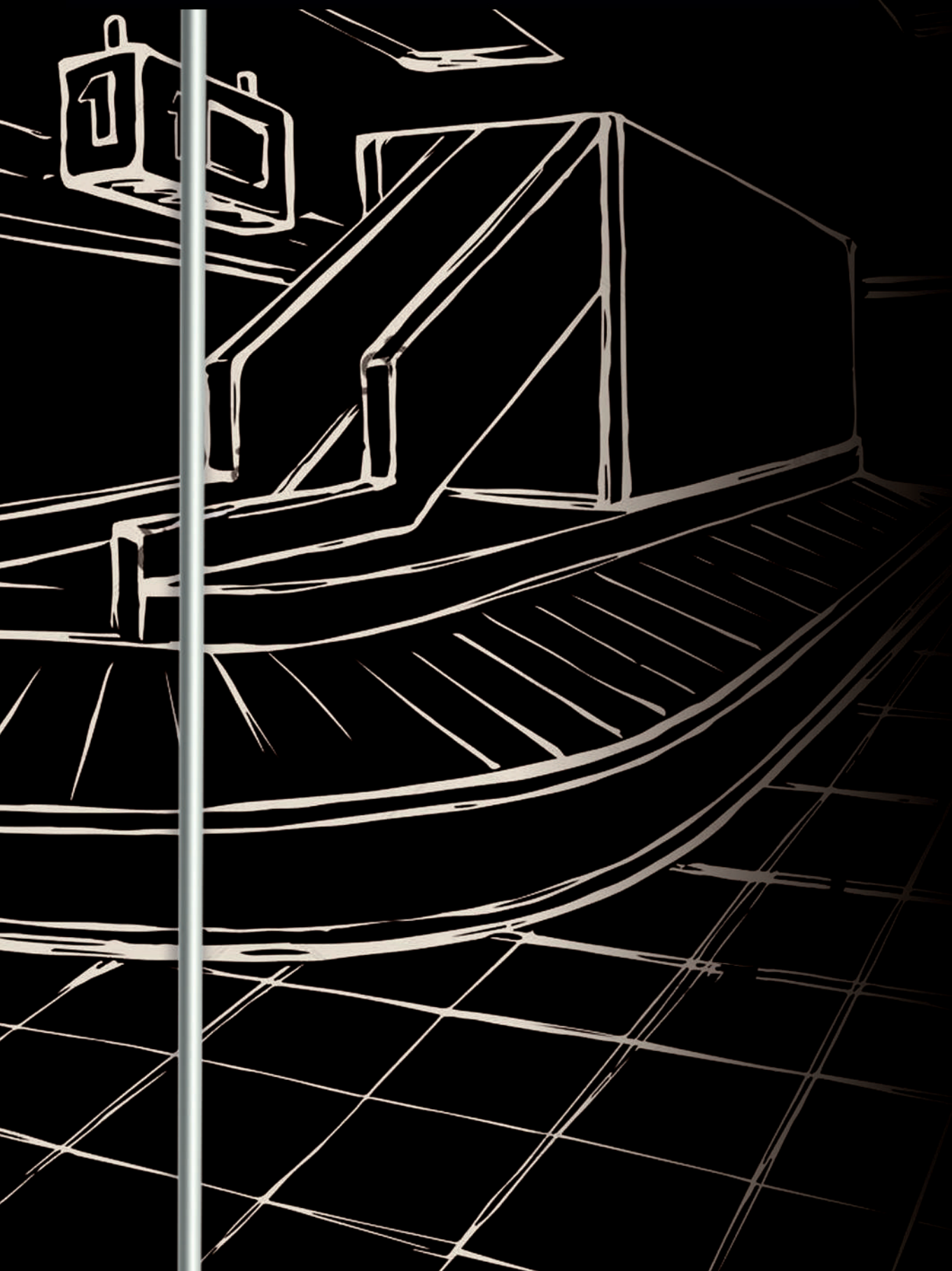
Identificar e mitigar os riscos e perigos: as organizações que prestam serviços de saúde devem sistematicamente identificar e diminuir os riscos e perigos relacionados com a segurança do paciente por meio de um enfoque contínuo de redução dos danos preveníveis. Isso deve incluir uma série de métodos internos, sejam retrospectivos, concorrentes ou prospectivos, para analisar os riscos genéricos, além de esforços dirigidos a riscos específicos, tais como o risco de quedas, má nutrição, isquemia por torniquetes pneumáticos, aspiração e fadiga do pessoal. Também mostra a necessidade de o serviço de saúde contar com um bom sistema de monitoramento que revele os prováveis problemas de segurança, reforçando a importância de ter bons indicadores.



✈ **REFERÊNCIAS +**



ESTEIRA DE BAGAGEM



AVIATION SAFETY NETWORK. Disponível em: <<https://aviation-safety.net/>>. Acesso em: 18 mar 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. – Série segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017. Disponível em: <https://www2.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica?category_id=194>. Acesso em 20 jan 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 20 jan 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES. 2016. Disponível em: <<http://www.cnes2.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 mai 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Portal da Saúde. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em 20 jan 2018.

CARVALHO, R. E. F. L. de; CASSIANI, S. H. de B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, n. 20, v. 3, p. 1–8, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf>. Acesso em: 18 mar 2018.

CHANTLER, C. The role and education of doctors in the delivery of healthcare. The Lancet, n. 353, p. 1178–1181, 1999.

COLLA, J. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. Quality & Safety in Health Care, n. 14, v. 5, p. 364–366, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744072/pdf/v014p00364.pdf>>. Acesso em: 20 jan 2018.

FLIN, R. et al. Measuring safety climate in health care. Quality & Safety in Health Care, n. 15, v. 2, p. 109–115, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464831/pdf/109.pdf>>. Acesso em 20 jan 2018.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL (GDF). Decreto nº 36.916, de 26 de novembro de 2015. Dispõe sobre a delegação de competência ao Secretário da Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos do Distrito Federal – SEDESTMIDH, para formalizar contratos, convênios, ajustes, acordos e instrumentos conexos no âmbito de sua respectiva Secretaria. Diário Oficial do Distrito Federal, ano XLIV, edição nº 228, 27 fev. 2015.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL (GDF). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. A Secretaria. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/a-secretaria.html>>. Acesso em: 20 jan 2018.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL (GDF). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Organograma. 2017a. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/organograma.html>>. Acesso em: 20 jan 2018.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL (GDF). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Gerência de Riscos em Serviços de Saúde – GRSS. 2017b. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/973-gerencia-de-riscos-em-servicos-de-saude-grss.html>>. Acesso em 20 jan 2018.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL (GDF). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Hospitais e demais unidades de saúde. 2017c. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais.html>>. Acesso em: 20 jan 2018.

- HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety culture in health-care: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *Quality & Safety in Health Care*, n. 20, p. 338–343, 2011. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/20/4/338>>. Acesso em: 20 jan 2018.
- INSTITUTE OF MEDICINE. To err is human: building a safer health system. 1999. Disponível em: <<http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>>. Acesso em: 18 mar 2018.
- INTERNATIONAL CIVIL AVIATION ORGANIZATION. Safety Report 2017 Edition. Disponível em: <https://www.icao.int/safety/Documents/ICAO_SR_2017_18072017.pdf>. Acesso em: 18 mar 2018.
- JAMES, J. T. Patient Harms Associated with Hospital Care. *Journal of Patient Safety*, n. 9, v. 3, p. 122–128, jul. 2013. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=23860193>>. Acesso em: 18 mar. 2018.
- JAMES, J. T. Segurança do paciente X segurança na aviação. *Patient Safety America*. 2013. Disponível em: <<http://PatientSafetyAmerica.com>>. Acesso em: 18 mar 2018.
- KERBER, C. W. Changing our culture: adopting the military aviation safety system. *Journal of Neurointerventional Surgery*, n. 6, v. 5, jun. 2014. Disponível em: <<http://jn.is.bmj.com/content/6/5/332>>. Acesso em: 18 mar 2018.
- MENDES, W. et. al. The application of Iberoamerican study of adverse events (IBEAS) methodology in Brazilian hospitals. *Int J Qual Health Care*. [Internet]. 2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/advance-article-abstract/doi/10.1093/intqhc/mzy055/4958028?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 10 jun. 2018.
- NIEVA, V.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality & Safety in Health Care*, n. 12, Suppl. 2, p. ii17–ii23, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765782/pdf/v012p0ii17.pdf>>. Acesso em 20 jan 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual – cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Trad. de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.
- REASON, J. Human error: models and management. *British Medical Journal*, n. 320, p. 768–770, 2000.
- RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, n. 21, v. 1, p. 18–26, fev. 2009. Disponível em: <<http://doi.org/10.1093/intqhc/mzn057>>. Acesso em: 20 jan 2018.



AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DO DISTRITO FEDERAL

PALOMA CARVALHO

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-65-900156-0-0



9 786590 015600