



PERCEÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA ENTRE MÉDICOS

Fernanda Leticia Frates Cauduro¹ Monia Figueiredo do Valle², Elaine Drehmer de Almeida Cruz³

¹Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós Graduação Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR).

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta no curso de Enfermagem e no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPR.

fernandacauduro@usp.br

Resumo: A cultura de segurança do paciente mostra-se como um dos pilares para a promoção e fortalecimento de estratégias que visam à qualidade da assistência em saúde e a segurança do paciente. Nesse contexto, o objetivo desta pesquisa foi avaliar e comparar a cultura de segurança entre médicos e médicos residentes. Método: *Survey* transversal realizado em 2013 em dois centros cirúrgicos de um hospital público de ensino localizado em Curitiba, Paraná, com aplicação do Questionário Atitudes de Segurança. Escores médios ≥ 75 representaram cultura de segurança positiva e diferença estatística significativa quando $p < 0,05$. Resultados: Participaram da pesquisa 19 médicos e 23 médicos residentes os quais evidenciaram cultura de segurança negativa, com diferença significativa para o escore médio total, clima de trabalho em equipe e percepção da gerência. Entre sete domínios, escore positivo foi atribuído, exclusivamente por médicos, à satisfação no trabalho. Discussão: A baixa percepção da segurança e, destacadamente, entre médicos residentes, infere conflitos em equipe, problemas relativos à comunicação, condições de trabalho e tomada de decisões. Conclusão: A percepção da cultura de segurança foi avaliada como negativa entre médicos e, significativamente, menor entre médicos residentes.

Palavras-chave: Cultura organizacional; Segurança do paciente; Internato e residência; Médicos hospitalares; Centro cirúrgico hospitalar.

Abstract: The safety culture of the patient is one of the pillars for the promotion and strengthening of strategies aimed at the quality of health care and patient safety. In this context, the objective of this research was to evaluate and compare the safety culture among physicians and resident physicians. Method: Cross-sectional survey carried out in 2013 in two surgical centers of a public teaching hospital located in Curitiba, Paraná, with application of the Security Attitudes Questionnaire. Mean scores ≥ 75 represented a positive safety culture and a statistically significant difference when $p < 0.05$. Results: 19 physicians and 23 resident physicians participated in the study, which showed a negative safety culture, with a significant difference for the total mean score, teamwork climate and management perception. Among seven domains, a positive score was attributed exclusively by physicians, To job satisfaction. Discussion: The low perception of safety and, especially, among resident physicians, infers team conflicts, communication problems, working conditions and decision making. Conclusion: The perception of safety culture was evaluated as negative among physicians and, significantly, among resident physicians.

Key words: Organizational culture; Patient safety; Internship and Residency; Hospitalists; Hospital Surgery Department.



1 INTRODUÇÃO

O gerenciamento de riscos nos serviços de saúde, o qual tem por objetivo a identificação, avaliação, análise e gestão dos riscos a que pacientes estão expostos durante o processo de hospitalização, tem ganhado espaço no contexto dos serviços de saúde nas últimas décadas, sobretudo após o estabelecimento da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2004. Nesse contexto, esta mesma entidade apresentou os conceitos de dano e evento adverso¹, os quais foram amplamente difundidos e, atualmente, incorporados aos programas de melhoria da qualidade nas intuições médico-hospitalares.

Desde então, inúmeros documentos foram publicados com vistas à reduzir os eventos adversos em saúde. Para o ambiente cirúrgico foi lançado o Programa Cirurgia Segura Salvam Vidas, o qual institui um pacote de medidas para minimizar os riscos cirúrgicos². Este Programa prevê mudanças na cultura de segurança, compreendida como resultante de valores, atitudes, comportamento e percepção individual e de grupo, a qual se reflete no compromisso com a gestão da saúde e segurança, estilo e proficiência de determinada organização¹.

Em consonância a essas iniciativas, em 2013, o Ministério da Saúde brasileiro publicou o Programa Nacional para a Segurança do Paciente, o qual prevê a otimização deste tema nos diferentes cenários de saúde. Neste, destaca-se a inclusão de assuntos correlatos nos currículos de graduação, para melhor compreensão da

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa transversal do tipo *survey*, realizada no Centro Cirúrgico Geral e Centro Cirúrgico Gineco-Obstétrico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Os dados foram coletados entre junho e agosto de 2013 tendo como população alvo 63 médicos e 61 médicos residentes, atuantes nas especialidades de cirurgia geral, gineco-obstetria e anestesiologia. Foram critérios de inclusão estar há pelo menos quatro semanas na unidade, com jornada semanal de trabalho mínima de 20 horas⁵, em atividade no período do estudo e responder ao SAQ, versão validada

relação entre qualidade assistencial e cultura de segurança³. No âmbito da pós-graduação os programas de residência médica e multiprofissional, caracterizam-se como espaço de construção de conhecimentos, formando especialistas em diferentes áreas⁴ os quais irão compor as equipes do futuro. Entretanto, compreende-se que agregar conceitos relativos à segurança do paciente e construir a cultura de segurança constitui transformação processual, sendo necessária a intencionalidade e a compreensão de sua relevância no contexto assistencial em saúde.

Conhecer a cultura de segurança da instituição que agrega a assistência e o ensino, por meio da percepção dos profissionais em formação e dos trabalhadores de saúde, auxilia na discussão acadêmica com vistas à aproximação com o tema e contribui para estabelecer estratégias em prol de ambiente assistencial seguro. Neste contexto, identificar a percepção de médicos, inclusive em formação, sobre cultura de segurança, é relevante, uma vez que esses desempenham importante papel no atendimento ao paciente, na liderança assistencial e na cooperação com a equipe multiprofissional.

Entre as estratégias que visam conhecer a cultura de segurança de determinado grupo ou instituição de assistência à saúde destaca-se o Questionário de Atitudes e Segurança (SAQ)⁵, criado em 2006, o qual apresenta boas propriedades psicométricas e está traduzido e validado para língua portuguesa⁶. Neste contexto, esta pesquisa teve como objetivo avaliar e comparar a cultura de segurança entre médicos e médicos residentes atuantes em centro cirúrgico.

e adaptada para a realidade brasileira⁶, além de formalizar a participação na pesquisa. Foram excluídos os participantes cujo SAQ apresentou taxa de resposta inferior a 65%⁵.

O SAQ⁶ inclui informações sócio-demográficas e profissionais do participante, e perguntas organizadas em sete domínios relativos ao clima de trabalho em equipe e de segurança, condições e satisfação no trabalho e, percepção do estresse, da gerência da unidade e do hospital. Fazem parte do SAQ itens isolados apresentados em forma de pergunta. A pontuação atribuída às respostas



segue de acordo com escala de Likert em que *discorda totalmente* equivale a 0 ponto; *discorda parcialmente* a 25 pontos, *neutro* a 50 pontos, *concorda parcialmente* equivalente a 75 pontos e *concorda totalmente* refere-se a 100 pontos. Os escores resultam do produto entre a soma dos pontos e o número de questões; ao final, são considerados valores positivos para cultura de segurança escores médios iguais ou superiores a 75 pontos⁶.

Aos participantes foi entregue envelope contendo o SAQ, duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, lápis e borracha. A devolução do material se deu diretamente à pesquisadora ou por meio do

depósito em urna lacrada, disponível nos centros cirúrgicos. Após a coleta, os dados foram inseridos em um banco de dados do Programa Excel®, e processados para análise estatística no Programa *Statistica* v.8,0. Consideraram-se resultados com diferença estatística significativa quando $p < 0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, recebeu o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética número 13383813.2.0000.0102 e observou os preceitos nacionais e internacionais de pesquisa com seres humanos.

3. RESULTADOS

Aplicados os critérios de inclusão compuseram a amostra final 23 médicos e 25 médicos residentes, 4 e 2, respectivamente, foram excluídos pelo preenchimento do SAQ inferior a 65%. Deste modo, participaram da pesquisa 19 médicos, entre cirurgiões, gineco-

obstetras e anesthesiologistas, e 23 médicos residentes dessas especialidades, cujo tempo de atuação e gênero estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1- Gênero e tempo de atuação entre médicos e médicos residentes.

	Médico % (N=19)	Médico residente % (N=23)
Sexo		
Feminino	47.3% (09)	65.2% (15)
Masculino	52.6% (10)	34.7% (08)
Tempo de atuação		
		< 6 meses 8.69% (02)
5 a 10 anos	31.5% (06)	5 a 11 meses 21.7% (05)
11 a 20 anos	42.1% (08)	1 a 2 anos 43.4% (10)
21 anos ou mais	10.5% (02)	3 a 4 anos 17.3% (04)
Não informado	15.7% (03)	Não informado 8.69% (02)

A Tabela 2 apresenta os escores médios gerais para cultura de segurança e de acordo com cada domínio; apenas para o domínio Satisfação no trabalho, e entre médicos, o escore foi positivo. A maioria dos escores foi inferior ao considerado positivo para cultura de segurança (≥ 75), sobretudo

entre os residentes, com frequência de médias abaixo de 50. Houve diferença, estatisticamente significativa, entre médicos e residentes, no escore médio global e nos domínios clima de trabalho em equipe, percepção da gerência da unidade e da gerência do hospital.



Tabela 2- Comparação dos escores médios total e por domínios do Questionário de Atitudes de Segurança entre médicos e médicos residentes.

		Médico (N=19)	Residente (N=23)	p valor
Escore Médio Global	Média (DP*)	64,7 (14,3)	48,3 (16,2)	0,001**
Escore Médio por Domínios				
Clima de trabalho em equipe	Média (DP)	67,6 (20,1)	44,7 (24,2)	0,001**
Clima de segurança	Média (DP)	63,1 (24,9)	49,5 (18,6)	0,040
Satisfação no trabalho	Média (DP)	77,8 (18,8)	59,8 (26,1)	0,019
Percepção do estresse	Média (DP)	67,8 (24,7)	74,5 (23,1)	0,423
Percepção da gerência da unidade	Média (DP)	58,1 (23,7)	34,4 (18,4)	0,001**
Percepção da gerência do hospital	Média (DP)	59,3 (26)	34,2 (19,5)	0,002**
Condições de trabalho	Média (DP)	56,6 (30,6)	44,2 (28,2)	0,174

*Desvio Padrão; **p<0,05

A Tabela 3 apresenta as médias em itens isolados do SAQ, com destaque para escores negativos em relação às falhas na comunicação em ambos os grupos. Observa-se diferença estatisticamente significativa em relação à participação por meio de sugestões

sobre segurança e colaboração com enfermeiros da unidade.

Tabela 3- Comparação dos escores médios por itens isolados do Questionário de Atitudes de Segurança entre médicos e médicos residentes.

Itens isolados		Médico (N=19)	Residente (N=23)	p valor
Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse	Média (DP*)	68,4 (32,1)	32,6 (27,6)	0,001**
Eu vivencio boa colaboração com os enfermeiros neste centro cirúrgico	Média (DP)	78,9 (28,0)	47,8 (33,6)	0,004**
Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos neste centro cirúrgico	Média (DP)	72,4 (32,2)	78,3 (28,5)	0,617
Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos neste centro cirúrgico	Média (DP)	86,8 (25,5)	69 (23,6)	0,010
Falhas na comunicação que levam atrasos são comuns	Média (DP)	27,6 (26,2)	28,3 (31,4)	0,861

*Desvio Padrão; **p<0,05

4. DISCUSSÃO



Os resultados demonstram que a cultura de segurança é percebida de forma negativa entre médicos e residentes atuantes em centro cirúrgico. Este resultado é importante uma vez que políticas públicas, em âmbito nacional e internacional^{2,3} são empreendidas para promover a segurança do paciente, incluindo o ambiente cirúrgico. Embora o conhecimento das políticas públicas, especificamente direcionadas à equipe cirúrgica, seja precário entre médicos⁷, a percepção negativa de um conjunto de elementos que compõem a cultura de segurança é relevante.

Entre residentes de medicina os escores encontrados foram, em sua maioria, inferiores a 50 e, quando comparados com os atribuídos por médicos, foram estatisticamente diferentes em vários domínios e itens isolados, incluindo o clima de trabalho em equipe, colaboração com enfermeiros, percepção das gerências, e participação com sugestões. Esses resultados inferem o modo como os residentes de medicina percebem negativamente sua inserção na equipe multiprofissional e seu baixo potencial na participação em prol da segurança do paciente. Os escores refletem frustração ou insatisfação no trabalho colaborativo e a percepção de como a instituição proponente valoriza sua atuação. Ainda, para este grupo, sua influência é baixa no que se refere às tomadas de decisão, resultado possivelmente associado ao fato desses não comporem o quadro efetivo de trabalhadores e, deste modo, não possuem autonomia e poder decisório.

A obrigatoriedade do acompanhamento de procedimentos cirúrgicos pelo preceptor⁸, embora fundamental para o aprendizado do residente de medicina, pode ser entendido como um equívoco para o desenvolvimento da habilidade de decisão. No entanto, faz parte do percurso de aprendizado na residência, o desenvolvimento de atributos técnicos e relacionais que tornarão o futuro especialista independente do preceptor⁹. O exercício da autonomia médica, nesse contexto, é parcial, uma vez que a aquisição de competências faz parte do processo ensino-aprendizagem do residente.

Em relação aos médicos, embora de modo geral os escores tenham sido superiores quando comparados aos residentes, destaca-se que foram positivos para a cultura de

segurança apenas em relação à satisfação no trabalho e à colaboração com enfermeiros e farmacêuticos. Deste modo, observa-se baixa percepção da cultura de segurança para os demais domínios e itens isolados. Quando analisados os resultados relativos aos domínios clima de segurança e satisfação com as gerências, os escores foram negativos em ambos os grupos. O primeiro, refere-se à avaliação da percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente e o segundo à aprovação das ações da gerência quanto às questões de segurança⁵. Estudo realizado com a equipe multiprofissional de uma unidade de cuidado cirúrgico intensivo pediátrico identificou, entre as fragilidades, a percepção da gerência, com menores escores atribuídos por médicos¹⁰, assim como em outros estudos e contextos de atenção à saúde^{6,11-13}. Esses resultados podem contribuir para o planejamento de ações nas instâncias gerenciais, uma vez que a direção do serviço de saúde deve reconhecer o ambiente assistencial como sendo de risco, e alinhar o nível operacional ao nível estratégico, a fim de conceber os elementos pertinentes para a construção da segurança do paciente¹⁴.

Neste contexto, deve-se considerar que o centro cirúrgico constitui unidade crítica e de alto risco para a segurança do paciente. A implantação de programas de segurança neste ambiente impacta positivamente na cultura de segurança, melhorando a percepção dos profissionais quanto ao trabalho em equipe, à satisfação no trabalho e à gestão¹⁵. Os profissionais da área da saúde apontam a valorização do tema e a atitude proativa por parte das gerências, como determinantes para a mudança organizacional e construção da cultura de segurança. Também indicaram como lacunas à construção dessa cultura, a insuficiente formação e educação dos profissionais para segurança do paciente e o distanciamento entre a academia e a área assistencial¹⁶.

A relação entre teoria e prática não é algo vivenciado em instituições de saúde brasileiras, conforme estudo conduzido em 2013, em que para 91,6% dos acadêmicos, de ambos os cursos, existe grande diferença entre o que os profissionais sabem, o que é certo e o que é visto no cotidiano assistencial com relação à segurança do paciente e erro



humano¹⁷. Além disso, a formação médica tem como foco o diagnóstico e a gestão da doença, em detrimento de outros assuntos importantes, como a análise de erros¹⁸, a qual permite a reflexão e o aprendizado, fundamentais à construção da cultura de segurança. A inclusão do tema no ensino e o incremento de pesquisas na área são importantes eixos para a mudança da cultura de segurança^{3,19}. E, em face de estudos que demonstram que os estudantes detêm apenas conhecimento básico notema^{17,20,21}, faz-se necessária sua abordagem, entre outros, por parte dos gestores, coordenadores e preceptores dos programas de residência.

No domínio satisfação no trabalho, apenas os médicos apresentaram escores positivos, com diferença entre os dois grupos. O tempo dedicado à assistência direta ao paciente, a autonomia clínica e a capacidade de fornecer atendimento de qualidade são fatores determinantes para a satisfação no trabalho na assistência médica²², e podem estar prejudicados durante a residência. A diferença de percepções entre os grupos pode ser associada, também, ao fato de residentes interpretarem suas atividades como laborativas, ao passo que seus preceptores as identificam como educativas²³.

Estudo realizado com 205 médicos residentes revelou significativa associação entre o desgaste emocional e a relação entre esse e seu supervisor, defendendo que a orientação apropriada, motivação suficiente e avaliações justas são fundamentais²⁴. Estudo aponta que, mesmo com fragilidades, a residência médica é considerada satisfatória pelos residentes²⁵. Os resultados da pesquisa demonstram a avaliação positiva dos residentes em relação ao seu relacionamento com os médicos, com escores semelhantes aos atribuídos pelos médicos neste item. Desse modo, infere-se que a insatisfação no trabalho, evidenciada entre os residentes, pode estar associada a fatores relacionados a outros domínios do SAQ, como discutido a seguir.

Em relação às condições de trabalho, os escores foram negativos e menores entre os residentes. A baixa percepção para este domínio, considerando ser o ambiente da pesquisa hospital de ensino público, pode refletir deficiências relacionadas aos equipamentos e materiais, disponibilidade de salas cirúrgicas e número de profissionais de

apoio à sala operatória. Também esta percepção fornece subsídios para refletir acerca da relação das condições de trabalho com a percepção do estresse.

Os profissionais que atuam em centro cirúrgico convivem com diferentes fontes de estresse, com destaque para as relações interpessoais, falta de materiais e equipamentos, déficit de pessoal qualificado, elevado número de cirurgias e as condições do paciente, repercutindo no desempenho profissional²⁶. Nesta pesquisa, a percepção do estresse, embora elevada entre os médicos, foi consideravelmente superior entre os residentes. Ao avaliar o estresse psicológico e *Burnout* entre médicos e residentes, estudo concluiu que médicos demonstraram maior habilidade de lidar com o estresse (87,9% sem estresse), possivelmente devido à maior segurança na realização das tarefas relacionada à experiência e tempo de atuação profissional. Os resultados mostraram que 75,1% dos residentes encontravam-se estressados nos setores em que atuavam e, entre esses, mais da metade atuavam em centro cirúrgico²⁷.

O estresse laboral pode emergir de experiências e situações de difícil adaptação²⁸ e, entre os fatores que levam residentes de medicina à busca por assistência psicológica, as crises adaptativas constituem as maiores queixas no primeiro ano de residência²⁹. O medo de errar, as pressões e a dificuldade para cumprir prazos, são as principais fontes de estresse, havendo também significativa associação entre horas de trabalho e desgaste emocional²⁴. Estudo brasileiro realizado em um hospital universitário demonstrou que 54,2% dos 59 residentes entrevistados consideraram a jornada de trabalho excessiva, e que 80% a classificaram como estressante²⁵. Outra investigação sobre qualidade de vida entre residentes de medicina demonstrou que a maioria percebeu ser pior na residência médica quando comparada à vida em geral. Ainda, 76% dos participantes, a maioria do primeiro ano, apresentaram escores patológicos de sonolência diurna correlacionada à carga horária³⁰.

As condições e satisfação no trabalho, além de estarem associadas ao estresse, também conservam estreita relação com o trabalho em equipe, abordado nos itens isolados do SAQ. Nesses observou-se boa colaboração entre os membros da equipe,



exceto entre equipe de residentes e enfermeiros. Estudo conduzido na Holanda identificou que a percepção de cirurgiões em relação ao trabalho em equipe, comunicação e conhecimento da situação são discrepantes se comparados aos demais membros que atuam em unidades de centro cirúrgico. A equipe médica tem boas percepções em suas relações de trabalho, enquanto os demais membros avaliam seu relacionamento com o grupo de forma negativa³¹.

O trabalho multi e interprofissional pode ser visto como uma potencialidade para a promoção da cultura de segurança do paciente na medida em que os profissionais relacionam-se satisfatoriamente e comunicam-se de modo eficaz. Contribui para a cultura de segurança a discussão das condições clínicas do paciente, da organização dos recursos físicos e humanos e a busca da compreensão das fragilidades, individuais ou coletivas. Esses fatores também contribuem para um clima de colaboração entre os profissionais e gerentes. No entanto, evidencia-se a percepção, pelos residentes desta pesquisa, de fragilidades no seu relacionamento com a equipe de enfermagem.

Uma publicação, cuja coleta de dados foi realizada em unidade cirúrgica de um hospital universitário do Brasil, apresentou resultados relativos ao poder exercido por médicos sobre a equipe de enfermeiros, e a disputa de poder existente entre essas categorias, motivo de conflitos, dificuldades na comunicação e nas relações profissionais e interpessoais³². Por outro lado, a aproximação de estudantes com a prática profissional e com o trabalho em equipe é prejudicada pelo pouco reconhecimento do seu papel, falta de suporte da gestão e de definição dos papéis nos contratos de parceria, resultando em prejuízos à integração serviço-ensino³³.

Neste sentido, cabe melhor explorar as razões para as fragilidades identificadas na presente pesquisa, para que sejam adotadas ações que promovam o bom relacionamento. No contexto assistencial do hospital sede desta pesquisa, o enfermeiro é o responsável pelo mapa cirúrgico, bem como pela provisão de equipamentos, materiais e pessoal auxiliar. Fatores institucionais e organizacionais limitantes, como recursos humanos e materiais, podem contribuir para atrasos, apontados no

item isolado como importante consequência de falhas na comunicação e, decorrendo em conflitos entre as equipes médica e de enfermagem.

A comunicação foi reconhecida com o menor escore médio para ambos os grupos, e indica fragilidade e potencial comprometimento da segurança do paciente. Investigação realizada nos Estados Unidos identificou que a falha na comunicação verbal entre enfermeiros e médicos foi responsável por 37% de todos os erros em unidades de terapia intensiva³⁴, ao passo que em unidade cirúrgica, estudo inglês revelou 41% de casos de falhas de comunicação em paciente submetidos a cirurgias³⁵. O déficit de comunicação em ambiente cirúrgico pode estar associado ao papel de protagonista exercido pelo médico, o qual, por vezes, cria barreiras para que outros profissionais argumentem acerca das tarefas a serem executadas, gerando dificuldades de diálogo³².

A suspensão de procedimentos cirúrgicos, quando relacionados a falhas na comunicação, representam o grau de compromisso e articulação dos membros de unidades cirúrgicas. Este tipo de incidente interfere na credibilidade dos processos assistenciais da instituição⁸, pois impactam na dinâmica do processo de trabalho das equipes de saúde envolvidas, bem como gera desconfortos emocionais e sociais aos pacientes e sua família.

Como agravantes, nos hospitais de ensino, os atrasos e suspensões prejudicam o aprendizado de médicos residentes por perderem a oportunidade de aprimorar suas habilidades³⁶ bem como, há desorganização do planejamento e disponibilidade para outras atividades inerentes à residência⁸.

Falhas na comunicação geram fragilidades na assistência ao paciente cirúrgico, devendo a equipe se comunicar com efetividade e trocar informações críticas para garantir a segurança cirúrgica³⁷. O Programa de Segurança do Paciente brasileiro reitera a importância da comunicação em ambientes cirúrgicos a fim de evitar a suspensões de cirurgias, procedimentos e exames, decorrentes de falhas envolvendo a equipe multiprofissional¹⁹.

4 CONCLUSÃO



Conclui-se que a percepção da cultura de segurança é negativa, e entre residentes de medicina é significativamente menor quando comparada aos médicos. O instrumento utilizado permitiu identificar que o estresse, os conflitos entre a equipe multiprofissional, as condições de trabalho desfavoráveis, a pouca participação na tomada de decisões relativas à segurança do paciente e

a comunicação deficiente contribuem para a baixa cultura de segurança entre médicos.

Frente aos resultados, faz-se necessário estabelecer estratégias para estreitar o relacionamento e a comunicação entre as equipes; e caracterização dos problemas enfrentados, os quais implicam diretamente na cultura de segurança e, conseqüentemente, na qualidade da assistência cirúrgica ofertada.

REFERÊNCIAS

- 1- OMS. Organização Mundial da Saúde. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2011. (Relatório Técnico)
- 2- WHO. World Health Organization. Safe Surgery Saves Lives Frequently Asked [Internet]. Genebra; 2014 [consultado em mar. 2015]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/faq_introduction/en/
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União. Brasília, 02 abr. 2013; Seção 1, p. 43-44.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. 1ª ed. Brasília; 2006.
- 5- Sexton JB, Helmreich RL, Torsten B, Neilands TB, Rowan K, Vella K, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Serv Res. [on line]. 2006; 44 (6) [capturado 15 mar. 2015]; 10 pág. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-6-44.pdf>
- 6- Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário de Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil. Rev Latino-Am Enfermagem [on line]. 2012. 20(8) [capturado 15 mar. 2015]; 8 telas. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf
- 7- Filho GRM, Silva LFN, Ferracini AM, Bahr GL. Protocolo de cirurgia segura da OMS: o grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. Rev Bras Ortop [on line]. 2013. 48(6) [capturado 15 mar. 2015]; 554-62. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbort/v48n6/pt_0102-3616-rbort-48-06-00554.pdf
- 8- Nascimento LA, Fonseca LF, Garcia ACKA. Suspensão Cirúrgica: Perspectiva do Residente de Medicina em Clínicas Cirúrgicas. Rev bras educ med [online]. 2014. 38 (2) [capturado 15 mar. 2015]; 205-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n2/a07v38n2.pdf>
- 9- Botti SHO, Rego S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. Rev bras educ med [on line]. 2010. 34(1) [capturado 15 mar. 2015]; 132-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S0100-55022010000100016
- 10- Poley MJ, van der Starre C, van den Bos A, van Dijk M, Tibboel D. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. Pediatric Cri Care [on line]. 2011. 12(6) [capturado 15 mar. 2015]; 310-16. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21572367>



- 11- Da Corregio TC. Avaliação da cultura de segurança em um Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Florianópolis; 2012. [trabalho de conclusão de curso] - Universidade Federal de Santa Catarina.
- 12- Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SEBC, Galon T, Capucho, HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm[on line].2012. 25(5) [capturado 15 mar. 2015]; 728-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000500013&script=sci_arttext
- 13- Raftapoulos V, Pavlakis A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. Journal of Critical Care [on line].2013.28(1) [capturado 15 mar. 2015]; 51-61. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22762933>
- 14- Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lakhani NA. What is Patient Safety Culture? A review of the literature. Journal of Nursing Scholarship[on line].2010. 42(2) [capturado 15 mar. 2015]; 156-65. Disponível em: <http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1547-5069.2009.01330.x>
- 15- Pettker CM, Thung SF, Raab CA, Donohue KP, Copel JA, Lockwood CJ, et al. A comprehensive obstetrics patient safety program improves safety climate and culture. Am J Obstet Gynecol [on line].2011. 204(3) [capturado 15 mar. 2015]; 216e1-6. Disponível em: <http://www.ajog.org/article/S0002-9378%2810%2902258-1/abstract>
- 16- Ques AAM, CH Montoro, MG González. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem [on line]. 2010.18(3) [capturado 15 mar. 2015]; 08 telas. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_07.pdf
- 17- Yoshikawa JM, Sousa BEC de, Peterlini MAS, Kusahara DM, Pedreira MLG, Avelar AFM. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. Acta Paul Enferm. [on line]. 2013; 26(1) [capturado 15 mar. 2015]; 21-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0103-21002013000100005
- 18- Ellis O. Putting safety on the curriculum. BMJ. 2009; 339:b3725.
- 19- Brasil. Ministério da Saúde. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. 1ªed. Brasília; 2014.
- 20- Leung GK, Patil NG. Patient safety in the undergraduate curriculum: medical students' perception. Hong Kong Med J [online]. 2010; 16(2) [capturado 15 mar. 2015]; 101-5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20354243>
- 21- Bogarin DF, Zanetti ACB, Brito MFP, Machado JP, Gabriel CS, Bernardes A. Segurança do paciente: conhecimento de alunos de graduação em enfermagem. Cogitare Enferm [on line]. 2014; 19(3) [capturado 15 mar. 2015]; 491-7. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/33308>
- 22- Tyssen R, Palmer KS, Solberg IB, Voltmer E, Frank E. Physicians' perceptions of quality of care, professional autonomy, and job satisfaction in Canada, Norway, and the United States. BMC Health Serv Res [on line]. 2013; 13 [capturado 15 mar. 2015]; 10 pág. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-13-516.pdf>
- 23- Sanfey H, Cofer J, Hiatt JR, Hyser M, Jakey C, Markwell S, et al. Service or education: in the eye of the beholder. Arch Surg [on line].2011. 146(12) [capturado 15 mar. 2015]; 1389-95. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22184301>
- 24- Al-Dubai SAR, Ganasegeran K, Perianayagam W, Rampal KG. Emotional Burnout, Perceived Sources of Job Stress, Professional Fulfillment, and Engagement among Medical Residents in Malaysia. The



Scientific World Journal [on line]. 2013. 2013 [capturado 15 mar. 2015]; 9 pág. Disponível em:

<http://www.hindawi.com/journals/tswj/2013/137620/>

25- Velho MTAC, Haeffner LB, Santos FG, Luciele CS, Weinmann ARM. Residência médica em um hospital universitário: a visão dos residentes. Rev bras educ med [on line]. 2012.36 (3) [capturado 15 mar. 2015]; 351-7. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000500009

26- Stum E M F, Botega D, Kirchner RM, Silva LAA. Estressores e sintomas de estresse vivenciados por profissionais em um centro cirúrgico. Revista Mineira de Enfermagem [on line]. 2009. 12(1) [capturado 15 mar. 2015]; 54-63. Disponível em:

<http://reme.org.br/artigo/detalhes/238>

27- Katsurayama M, Gomes NM, Becker MAD, Santos MC, Makimoto FH, Santana, LLO. Avaliação dos níveis de estresse psicológico em médicos residentes e não residentes de hospitais não universitários. Psicologia Hospitalar [on line]. 2011. 9(1) [capturado 15 mar. 2015]; 75-96. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092011000100005&script=sci_arttext

28- Silva VL. O Estresse Laboral e a Síndrome De Burnout à luz dos sentimentos da enfermagem de um centro cirúrgico. Guarulhos; 2011. Mestrado [Dissertação] - Universidade Guarulhos.

29- Souza EM, Gianini RJ, Azevedo Neto RS, Eluf-Neto J. Perfil do médico residente atendido no Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno (GRAPAL) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rev Assoc Med Bras [on line]. 2009. 55(6) [capturado 15 mar. 2015]; 684-91. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302009000600012&script=sci_arttext

30- Asaiag PE, Perotta B, Martins MA, Tempiski P. Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em médicos

residentes. Rev bras educ med [on line]. 2010; 34(3) [capturado 15 mar. 2015]; 422-9. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022010000300012&script=sci_arttext

31- Wauben LS, Dekker-van Doorn CM, van Wijngaarden JD, Goossens RH, Huijsman R, Klein J, Lange JF. Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation awareness among surgical team members. Int J Qual Health Care [online]. 2011; 23(2) [capturado 15 mar. 2015]; 159-66. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21242160>

32- Gomes MCSMA. Organização e gestão do centro cirúrgico de um hospital universitário de Belo Horizonte. Minas Gerais; 2009. Mestrado [Dissertação] - Universidade Federal de Minas Gerais.

33- Marin MJS, Oliveira MAC, Cardoso CP, Otani MAP, Moravcik MYAD, Conterno LO, et al. Aspectos da Integração Ensino-Serviço na Formação de Enfermeiros e Médicos. Rev bras educ med [on line]. 2013.37(4) [capturado 15 mar. 2015]; 501-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n4/a05v37n4.pdf>

34- Manojlovich M, DeCicco B. Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients' outcomes. Am J Crit Care [on line]. 2007;16(6) [capturado 15 mar. 2015]; 536-43. Disponível em: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/16/6/536.full>

35- Symons NRA, Almoudaris A, Nagpal K, Vincent CA, Moorthy K. Teamwork and communication failures in post-operative care. J Am Coll Surg [on line]. 2011. 213(3) [capturado 15 mar. 2015]; S111. Disponível em: <http://www.journalacs.org/article/S1072-7515%2811%2900670-3/abstract>

36- Nascimento LA, Tramontini CC, Garanhani ML. O processo de aprendizagem do residente de anesthesiologia: uma reflexão sobre o cuidado ao paciente. Rev bras educ med [on line]. 2011. 35(3) [capturado 15 mar. 2015]; 350-8. Disponível em:



http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022011000300008&script=sci_arttext

37- Organização Pan-Americana da Saúde.
Ministério da Saúde. Agência Nacional de

Vigilância Sanitária. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). 1ªed. Rio de Janeiro; 2009.