Mayara Carvalho Godinho Rigobello

Avaliação do clima de segurança do paciente em Unidade de Emergência de um
hospital universitário do interior de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Área de concentração: Enfermagem Fundamental

Linha de Pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar em enfermagem.

Orientador: Fernanda Raphael Escobar Gimenes de Sousa

Ribeirão Preto

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Rigobello, Mayara Carvalho Godinho

Avaliação do clima de segurança do paciente em Unidade de Emergência de um hospital universitário do interior de São Paulo. Ribeirão Preto, 2015.

83 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.
Orientador: Fernanda Raphael Escobar Gimenes de Sousa

1. Segurança do paciente. 2. Serviço Hospitalar de Emergência. 3. Gestão da Segurança. 4. Cultura Organizacional. 5. Clima de Segurança.

RIGOBELLO, Mayara Carvalho Godinho

Avaliação do clima de segurança do paciente em Unidade de Emergência de um hospital universitário do interior de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em ____/____/____

Banca examinadora

Profa. Dra. Fernanda Raphael Escobar Gimenes de Sousa Assinatura: _____

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Profa. Dra. Carmen Silvia Gabriel Assinatura: _____

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Profa. Dra. Fernanda Ludmilla Rossi Rocha Assinatura: _____

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Profa. Dra. Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho Assinatura: _____

Instituição: Universidade Estadual do Ceará – UECE

DEDICATÓRIA

*Ao meu esposo **Mateus**, com amor e gratidão, por sua compreensão, companheirismo,
carinho e apoio em toda a minha trajetória.*

*Ao meu **Pai**, meu exemplo de vida, que mesmo ausente, faz-se presente em todos os
momentos da minha vida.
(in memoriam)*

*À minha **Mãe**, que me ensinou tudo o que sei, por seu amor incondicional e dedicação
durante toda a minha vida. Admiro imensamente sua força e garra.*

*Ao meu irmão, **Matheus**, por me motivar sempre e por estar ao meu lado nos momentos mais
felizes e também nos mais difíceis.*

Foi graças a Deus e a vocês que cheguei até aqui... Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por dar-me forças e sabedoria no decorrer de toda a minha trajetória.

À Professora Fernanda Raphael Escobar Gimenes de Sousa, por ter me acolhido de uma forma tão inesperada e ao mesmo tempo surpreendente, agradeço por todo o aprendizado e pela oportunidade de crescimento pessoal e intelectual. É um imenso prazer tê-la como orientadora e agradeço a Deus por nossos caminhos terem se cruzado.

À Professora Silvia Helena De Bortoli Cassiani, por todos os anos de aprendizado e por ter acreditado em mim. Seu exemplo significa muito para mim e agradeço imensamente todas as oportunidades concedidas e o aprendizado para toda a minha vida.

Às Professoras Carmen Silvia Gabriel e Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, pelas sugestões e contribuições no exame de qualificação.

À Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho, pela oportunidade de participar do processo de tradução e validação do instrumento utilizado nesta pesquisa.

À Cibele Dias Cucick, pela valiosa colaboração na coleta de dados.

Ao Jonas Bodini Alonso, pela assessoria estatística, disponibilidade e paciência.

Aos meus familiares e amigos, pelas muitas palavras de conforto e incentivo em toda a minha trajetória.

A todos do Instituto de Diagnóstico por Imagem – IDI, pela força, compreensão e apoio no decorrer desta jornada.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e à Unidade de Emergência do HCFMRP – USP, pela oportunidade e colaboração com a realização desta pesquisa.

A todos os profissionais que participaram desta pesquisa, meus sinceros agradecimentos.

Muito obrigada a todos!

*“Pode parecer talvez um estranho princípio enunciar
como primeiro dever de um hospital
não causar mal ao paciente”.*

Florence Nightingale, 1863

RESUMO

RIGOBELLO, M. C. G. **Avaliação do clima de segurança do paciente em Unidade de Emergência de um hospital universitário do interior de São Paulo.** 2015. 84 p. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

A elevada frequência dos eventos adversos compromete a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde e revela a importância da cultura e do clima de segurança do paciente. No entanto, é escassa a produção de estudos sobre o clima de segurança do paciente nos serviços de atendimento às urgências e emergências, ambientes complexos, dinâmicos e propensos aos incidentes e eventos adversos. Em vista disso, o objetivo desta pesquisa foi avaliar o clima de segurança do paciente sob a perspectiva dos profissionais atuantes nos setores de atendimento às urgências e emergências de uma Unidade de Emergência do interior do Estado de São Paulo. Tratou-se de estudo descritivo, transversal, de levantamento (*survey*) e com abordagem quantitativa. Foi utilizado o instrumento *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form 2006*, validado e adaptado para a língua portuguesa, o qual é dividido em duas partes, sendo a primeira composta por 41 itens distribuídos em seis domínios e a segunda por dados sociodemográficos dos participantes. O escore final do instrumento varia de 0 a 100 e são considerados valores positivos quando o escore total é maior ou igual a 75. As respostas foram dadas por meio da escala do tipo *Likert* de cinco pontos e o processamento e a análise dos dados foram realizados com o auxílio do Programa *R* versão 3.1.2 e do *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 22.0. A amostra do estudo foi constituída por 125 participantes e composta por médicos, chefe de enfermagem, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, técnicos em radiologia, pessoal administrativo (escriturários), suporte ambiental (pessoal da limpeza), auxiliares de saúde e equipe de distribuição. Predominaram participantes do gênero feminino, profissionais de enfermagem e com mais de 10 anos de tempo na especialidade. A percepção dos participantes quanto ao clima de segurança do paciente foi considerada desfavorável e não houve diferenças significativas quando analisadas as variáveis gênero, cargo e tempo na especialidade. Por meio dos seis domínios do SAQ foi possível avaliar as atitudes, o clima de trabalho em equipe, a satisfação profissional, as condições de trabalho e os fatores estressores dos participantes. De modo geral, os participantes demonstraram-se satisfeitos com o trabalho. No entanto, desaprovam as ações da gerência quanto às questões de segurança. A satisfação do profissional, a comunicação entre gerentes e profissionais da linha de frente e as condições de trabalho influenciam no clima de segurança do paciente, especialmente no contexto das unidades de urgência e emergência. Sendo assim, conhecer a percepção dos profissionais sobre o clima a segurança do paciente nestes setores auxilia no diagnóstico da cultura de segurança, contribui para a melhoria dos cuidados de saúde, reduz os incidentes e os eventos adversos e visa à melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Serviço Hospitalar de Emergência. Gestão da Segurança. Cultura Organizacional. Clima de Segurança.

ABSTRACT

RIGOBELLO, M. C. G. **Patient safety climate assessment in Emergency Unit of a university hospital in São Paulo**. 2015. 84 p. Master's (Thesis). University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2015.

The high frequency of adverse events compromises the quality of care in health services and reveals the importance of culture and patient safety climate. However, there is little scientific research about the patient safety climate in care services to urgencies and emergencies, complex, dynamic and prone to incidents and adverse environments. As a result, the objective of this research was to evaluate the climate patient safety from the perspective of professionals working in service industries to emergency care of an Emergency Unit of the State of São Paulo. This was a descriptive, cross-sectional study of survey and quantitative approach. It used the instrument Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) - Short Form 2006, validated and adapted to the Portuguese language, which is divided into two parts, the first consisting of 41 items divided into six domains and the second by demographic data of the participants. The final score of the instrument ranges from 0 to 100 and positive values are considered when the total score is greater than or equal to 75. The answers were given by Likert scale of five points and the processing and data analysis were performed with the help of R version 3.1.2 and the Statistical Package Program for Social Sciences (SPSS) version 22.0. The study sample consisted of 125 participants and consists of physicians, nurse boss, nurses, nursing assistants and technicians, psychologists, social workers, radiology technicians, administrative staff (clerks), environmental media (cleaning staff), health aides and distribution team. Predominated female participants, nursing professionals and over 10 years in specialty. The perception of participants as to patient safety climate was considered unfavorable and no significant differences when analyzed variables gender, position and years in specialty. Through the six domains of the SAQ was possible to evaluate the attitudes, the climate of teamwork, job satisfaction, working conditions and stress factors of the participants. Overall, participants showed their satisfaction with the work. However, disapprove of the actions of management regarding security issues. The satisfaction of the professional, communication between managers and front-line professionals and working conditions influence the patient safety climate, especially in the context of urgency and emergency units. So know the perception of professionals on climate patient safety in these sectors assists in the diagnosis of safety culture, contributes to the improvement of health care, reduce incidents and adverse events and aims to improve the quality of care to patients.

Keywords: Patient Safety. Emergency Service, Hospital. Safety Management. Organizational Culture. Safety Climate.

RESUMEN

RIGOBELLO, M. C. G. **Evaluación del clima de seguridad del paciente en la Unidad de Emergencia de un hospital universitario en São Paulo.** 2015. 84 p. Disertación (Maestria) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

La alta frecuencia de eventos adversos compromete la calidad de la atención en los servicios de salud y revela la importancia de la cultura y el clima de seguridad del paciente. Sin embargo, poco se sabe sobre el clima de la seguridad del paciente en los servicios de atención a las urgencias y emergencias complejas, dinámicas y con tendencia a incidentes y ambientes adversos. Como resultado de ello, el objetivo de esta investigación fue evaluar el clima de la seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales que trabajan en las industrias de servicios para la atención de emergencia de una Unidad de Emergencia del Estado de São Paulo. Se realizó un estudio descriptivo, transversal de la encuesta y el enfoque cuantitativo. Se utilizó el instrumento cuestionario Actitudes de Seguridad (SAQ) – Short Form 2006, validado y adaptado a la lengua portuguesa, que se divide en dos partes, la primera consta de 41 artículos divididos en seis dominios y el segundo por los datos demográficos de los participantes. La puntuación final del instrumento va de 0 a 100 y los valores positivos son considerados cuando la puntuación total es mayor o igual a 75. Las respuestas fueron dadas por escala Likert de cinco puntos y el análisis de la transformación y los datos fueron realizadas con la ayuda de R versión 3.1.2 y el Programa Estadístico Package for Social Sciences (SPSS) versión 22.0. La muestra del estudio consistió en 125 participantes y se compone de médicos, enfermeras jefe, enfermeras, auxiliares de enfermería y técnicos, psicólogos, trabajadores sociales, técnicos de radiología, personal administrativo, personal de limpieza, auxiliares de salud y equipo de distribución. Participantes predominaron las mujeres, profesionales de enfermería y más de 10 años de tiempo en la técnica. La percepción de los participantes en cuanto a la seguridad del paciente climático se consideró desfavorable y no hubo diferencias significativas cuando se analizan las variables de género, título y el tiempo en la técnica. A través de los seis dominios de la SAQ fue posible evaluar las actitudes, el clima de trabajo en equipo, la satisfacción laboral, condiciones de trabajo y los factores de estrés de los participantes. En general, los participantes mostraron su satisfacción por la labor. Sin embargo, desaprueba las acciones de gestión en relación con los problemas de seguridad. La satisfacción de los profesionales, la comunicación entre los directivos y profesionales de primera línea y las condiciones de trabajo influyen en el clima de la seguridad del paciente, sobre todo en el contexto de las unidades de urgencia y emergencia. Así que conocer la percepción de los profesionales sobre el clima de seguridad del paciente en estos sectores ayuda en el diagnóstico de la cultura de la seguridad, contribuye a la mejora de la atención de salud, reducir los incidentes y eventos adversos y tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención a los pacientes.

Palabras clave: Seguridad del Paciente. Servicio de Urgencia en Hospital. Gestión de la Seguridad. Cultura Organizacional. Clima de Seguridad.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização dos participantes do estudo segundo gênero, cargo e tempo na especialidade (N = 125). Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.....	36
Tabela 2 –	Avaliação dos escores do SAQ, segundo os domínios. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.....	38
Tabela 3 –	Percepção geral do clima de segurança segundo gênero, cargo e tempo na especialidade. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.....	40
Tabela 4 –	Percepção do clima de segurança para o domínio “Clima de Trabalho em Equipe” segundo gênero, cargo e tempo na especialidade. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.....	41
Tabela 5 –	Frequência de respostas dos participantes para os itens do domínio “Clima de Trabalho em Equipe” (N = 125). Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.....	43
Tabela 6 –	Percepção do clima de segurança para o domínio “Clima de Segurança”, segundo gênero, cargo e tempo na especialidade. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.....	44
Tabela 7 –	Frequência de respostas dos participantes para os itens do domínio “Clima de Segurança” (N = 125). Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.....	45
Tabela 8 –	Percepção do clima de segurança para o domínio “Satisfação no Trabalho”, segundo gênero, cargo e tempo na especialidade. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.....	47
Tabela 9 –	Frequência de respostas dos participantes para os itens do domínio “Satisfação no Trabalho” (N = 125). Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.....	48
Tabela 10 –	Percepção do clima de segurança para o domínio “Percepção do Estresse”, segundo gênero, cargo e tempo na especialidade. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.....	50

Tabela 11 – Frequência de respostas dos participantes para os itens do domínio “Percepção do Estresse” (N = 125). Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.....	51
Tabela 12 – Percepção do clima de segurança para o domínio “Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital”, segundo gênero, cargo e tempo na especialidade. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.....	53
Tabela 13 – Frequência de respostas dos participantes para os itens do domínio “Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital” (N = 125). Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.....	54
Tabela 14 – Percepção do clima de segurança para o domínio “Condições de Trabalho”, segundo gênero, cargo e tempo na especialidade. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.....	56
Tabela 15 – Frequência de respostas dos participantes para os itens do domínio “Condições de Trabalho” (N = 125). Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.....	57
Tabela 16 – Frequência de respostas dos participantes para os itens 14, 33, 34, 35 e 36 (N = 125). Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
CSS	<i>Culture Safety Survey</i>
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
EET	Escala de Estresse no Trabalho
EUA	Estados Unidos da América
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
IAEA	Agência Internacional de Energia Nuclear
INSAG	Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSP	Plano de Segurança do Paciente
PSS	Escala de Estresse Percebido
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SIICUSP	Simpósio Internacional de Iniciação Científica
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UE	Unidade de Emergência

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	15
1	INTRODUÇÃO.....	18
1.1	Cultura e clima de segurança do paciente em serviços de saúde.....	20
1.2	<i>Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) - Short Form 2006</i> e o clima de segurança do paciente em unidades de urgência e emergência.....	23
2	OBJETIVOS.....	26
2.1	Geral.....	27
2.2	Específicos.....	27
3	MATERIAL E MÉTODO.....	28
3.1	Tipo de estudo.....	29
3.2	Local de estudo	29
3.3	População.....	30
3.4	Instrumento de coleta de dados	31
3.5	Procedimentos para a coleta de dados.....	33
3.5	Procedimentos éticos.....	33
3.6	Procedimentos para a análise dos dados.....	34
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
4.1	Percepção dos participantes quanto ao domínio “Clima de Trabalho em Equipe”.....	41
4.2	Percepção dos participantes quanto ao domínio “Clima de Segurança”.....	44
4.3	Percepção dos participantes quanto ao domínio “Satisfação no Trabalho”.....	47
4.4	Percepção dos participantes quanto ao domínio “Percepção do Estresse”.....	49
4.5	Percepção dos participantes quanto ao domínio “Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital”.....	52
4.6	Percepção dos participantes quanto ao domínio “Condições de Trabalho”.....	55
4.7	Percepção dos participantes quanto aos itens 14, 33, 34, 35 e 36.....	58
5	CONCLUSÕES.....	60
	REFERÊNCIAS.....	62
	APÊNDICE.....	77
	ANEXOS.....	80

Apresentação

APRESENTAÇÃO

A segurança do paciente, definida como a redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável, tem tido amplo destaque nas últimas duas décadas e diversas pesquisas surgiram com o intuito de promover a segurança do paciente em diferentes áreas de atuação. Inserido neste contexto encontram-se as pesquisas voltadas para a cultura de segurança do paciente que tem por objetivo reduzir os eventos adversos, alterar comportamentos e discutir o tema abertamente, implicando em melhoria na qualidade da assistência. Desde então, pesquisas voltadas para a avaliação da cultura de segurança por meio de instrumentos de mensuração do clima de segurança têm sido estimuladas (BRASIL, 2013a; FLIN, 2007; NAVEH; KATZ-NAVON; STERN, 2005; SEXTON et al., 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

O interesse por este assunto surgiu durante o curso de Graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), quando houve a oportunidade de participar ativamente do Grupo de Estudos e Pesquisa em Segurança do Paciente, por meio do programa de Iniciação Científica/PIBIC/CNPq. Naquele momento, participei do estudo de tradução e validação do *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) - Short Form 2006*, realizado por Carvalho e Cassiani (2012) e financiado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Naquela época, participei da coleta de dados que foi realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Participaram um total de 203 profissionais de enfermagem atuantes nas clínicas médica e cirúrgica do HCFMRP-USP. Foi observado que a percepção do clima de segurança variou segundo o gênero, a clínica, a categoria profissional e o tempo de atuação. Também foi constatado que o domínio “Percepção da Gerência” apresentou escores mais baixos quando comparados aos do domínio “Satisfação no Trabalho”. A pesquisa resultou na publicação de um artigo em periódico indexado e os resultados foram apresentados no 18º Simpósio Internacional de Iniciação Científica (SIICUSP) em 2010. Na ocasião, fui premiada

com menção honrosa e uma viagem aos Estados Unidos da América (EUA) para participar do *7th Annual University-Wide Undergraduate Research Symposium*, na *Rutgers, The State University of New Jersey*, em 2011 (RIGOBELLO et al., 2012).

Destaca-se que o instrumento traduzido e validado para o contexto brasileiro por Carvalho e Cassiani, em 2012, também foi utilizado na presente pesquisa no contexto das urgências e emergências, visto que a assistência prestada nessas unidades é complexa e de alto risco. Logo, os eventos adversos são comuns e com consequências graves para os pacientes (CALDER et al., 2014; SANTOS; PADILHA, 2005; STANG et al., 2013).

Considerando a necessidade de uma estrutura organizacional que proporcione uma assistência segura aos pacientes e que há poucos estudos que avaliam o clima de segurança no contexto hospitalar das urgências e emergências, a presente pesquisa se fez necessária. Os resultados poderão ser utilizados pelos líderes do hospital, de modo a melhorar o clima de segurança da instituição.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

O tema segurança do paciente tem tido amplo enfoque em todo o mundo nos últimos 15 anos porque os eventos adversos relacionados à assistência são frequentes e, muitas vezes, fatais. De acordo com o estudo *Adverse Drug Events Prevention*, um dos primeiros realizados nos EUA, 6,5% dos pacientes hospitalizados sofrem um evento adverso durante a hospitalização, e aproximadamente um terço destes eventos é considerado evitável. Estudo realizado na Holanda também constatou que 5,7% dos pacientes internados sofriam um ou mais eventos adversos, sendo que 39,6% poderiam ter sido evitados. Destacou, ainda, que 12,6% resultaram em incapacidade permanente ou em morte (LEAPE et al., 1995; ZEGERS et al., 2009).

Nos EUA ocorrem cerca de 42.7 milhões de eventos adversos anualmente, o que corresponde a um evento adverso para cada três internações hospitalares. No Brasil, pesquisa realizada no Rio de Janeiro revelou alta incidência de eventos adversos evitáveis em hospitais de ensino e enfatizou a magnitude do problema. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) também publicou relatório informando que, no período de janeiro a dezembro de 2012, foram notificados 16.547 eventos adversos, representando 44% do total de eventos notificados no período (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011; CLASSEN et al., 2011; JHA et al., 2013; MENDES et al., 2009).

Em relação aos custos dispensados ao tratamento dos danos causados pelos eventos adversos, estudos realizados em países europeus revelaram gastos na ordem de 1 a 1.4 bilhões de euros, e que os eventos adversos relacionados aos medicamentos foram os principais responsáveis pelo ônus. Outro estudo realizado em uma unidade coronariana de terapia intensiva nos EUA concluiu que os pacientes que necessitavam de cuidados intensivos possuíam maior risco para os eventos adversos e que os custos anuais associados com esses eventos eram substanciais. Além disso, os pesquisadores observaram aumento de 1,08 dias de internação, justificando maior investimento em estratégias de prevenção (ALLUE et al., 2014; KAUSHAL et al., 2007; MAGDELIJNS et al., 2014; ROTTENKOLBER;

HASFORD; STAUSBERG, 2012).

Destaca-se que, nos EUA, houve redução de 22% nos custos dispensados aos eventos adversos em um período de dois anos, após a implantação de estratégias voltadas para a prevenção dos eventos adversos, como parte de um programa de melhoria da qualidade. No Brasil, várias estratégias também estão sendo adotadas para melhorar a segurança dos pacientes. Dentre essas, a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em abril de 2013, que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação da assistência prestada aos pacientes em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. O PNSP também tem por objetivos promover e apoiar a implementação de estratégias voltadas para a segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde; envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente e fomentar a inclusão do tema no ensino técnico, de graduação e de pós-graduação na área da saúde (BRILLI et al., 2013; BRASIL, 2013a).

Ainda em 2013, a ANVISA, por meio da Resolução nº 36, definiu a necessidade de estruturar o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde, com a finalidade de desenvolver o Plano de Segurança do Paciente (PSP) e de realizar a vigilância, o monitoramento e a notificação dos eventos adversos. Mas para que estas iniciativas surtam efeito na redução dos eventos adversos, é preciso mudar comportamentos e falar abertamente sobre o tema. Ou seja, os serviços de saúde necessitam adotar a cultura de segurança do paciente (BRASIL, 2013b).

1.1 Cultura e clima de segurança do paciente em serviços de saúde

O termo cultura de segurança foi utilizado pela primeira vez na literatura pelo Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear (INSAG) em seu relatório sobre o acidente em Chernobyl, ocorrido em 1986. A partir de então, o termo é utilizado por diversas instituições consideradas de alto risco, como as hospitalares.

Segundo a Agência Internacional de Energia Nuclear (IAEA), cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, percepções e competências, grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e de comprometimento com o gerenciamento da segurança (FLIN et al., 2006; INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY, 2002).

Nas instituições de saúde, a cultura de segurança é definida como a associação das ações individuais e grupais que visam à redução da ocorrência de danos ao paciente, como resultado das interações, atitudes e percepções sobre as questões de segurança. Estudos mostraram que existe associação direta entre a implantação da cultura de segurança nas instituições de saúde e a diminuição dos eventos adversos e das taxas de mortalidade. Desta forma, observou-se a necessidade de as pessoas aderirem à cultura de segurança do paciente com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência (COOPER, 2000; NAVEH; KATZ-NAVON; STERN, 2005; SEXTON et al., 2006; ZOHAR, 2003).

Pesquisadores demonstraram a importância de avaliar a cultura de segurança por meio de instrumentos capazes de mensurar o clima de segurança em diversos níveis, a fim de obter informações úteis sobre as áreas e os domínios que necessitam ser trabalhados. Vale destacar que os termos cultura de segurança e clima de segurança são utilizados frequentemente como sinônimos pelos pesquisadores. No entanto, o clima de segurança é um componente mensurável da cultura de segurança e está relacionado a opiniões e atitudes individuais. Clima de segurança também pode ser definido como a descrição quantitativa da cultura de segurança, ou seja, a medida temporal da cultura de uma instituição que pode ser avaliada por meio da percepção dos profissionais, uma vez que atitudes e valores são difíceis de serem mensurados. Clima de segurança também consiste na percepção das pessoas sobre as atitudes e as iniciativas de segurança adotadas em seu ambiente de trabalho. Logo, nesta pesquisa, foi adotado o termo clima de segurança e será utilizado daqui para a frente (CARVALHO; CASSIANI, 2012; COLLA et al., 2005; DEVRIENDT et al., 2012; COX; FLIN, 1998; FLIN et al., 2006; HOFMANN; MARK, 2006; GERSHON et al., 2004; KHO et al., 2009; PRONOVOST; SEXTON, 2005; PETTKER et al., 2011; SCOTT et al., 2003; SEXTON et al., 2006; WIEGMANN; THADEN; GIBBONS, 2007; ZWART et al., 2011).

Em relação aos métodos empregados para mensurar o clima de segurança, o numérico é o mais comum e se dá por meio da aplicação de escalas e questionários. Estes instrumentos avaliam as atitudes, o clima de trabalho em equipe, a satisfação profissional, as condições de trabalho e os fatores estressores dos indivíduos. Carvalho e Cassiani (2012) sugeriram que os resultados das escalas de avaliação do clima de segurança não devem ser interpretados isoladamente, apesar de serem considerados instrumentos importantes no processo de avaliação da qualidade do serviço prestado ao paciente. Sendo assim, ao aplicar um instrumento de avaliação do clima de segurança, as autoras recomendaram a análise criteriosa da organização do processo de trabalho, do conhecimento dos profissionais sobre o conceito de clima de segurança, e dos valores e percepções que determinam o compromisso com a qualidade da assistência (FRANCE et al., 2010; SEXTON et al., 2006).

Os instrumentos de avaliação do clima de segurança geralmente relacionam comportamentos seguros entre os profissionais de saúde com a redução de eventos adversos. Entretanto, dentre os instrumentos mais utilizados, somente dois (CSS- *Culture Safety Survey* e SAQ- *Safety Attitudes Questionnaire*) têm associação positiva entre os escores e a melhoria dos resultados da assistência prestada ao paciente. Isto significa que, quanto maior for o escore obtido na escala, menor é o tempo de permanência do paciente na unidade e da prevalência de infecções hospitalares (COLLA et al., 2005).

Em decorrência da utilização de instrumentos que visam avaliar o clima de segurança nas instituições de saúde, pesquisadores também chamaram a atenção para a importância da validade e da fidedignidade desses instrumentos. Os processos de adaptação transcultural e validação de um instrumento são indispensáveis porque o torna apto para ser utilizado em diferentes cenários. Por este motivo, nesta pesquisa, foi utilizada a versão validada e adaptada para a língua portuguesa do Brasil (BEATON et al., 2002; CARVALHO, 2011; DEVRIENDT et al., 2012; KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008; PRONOVOST; SEXTON, 2005).

1.2 Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) - Short Form 2006 e o clima de segurança do paciente em unidades de urgência e emergência

O instrumento empregado nesta pesquisa foi o *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form 2006*, validado e adaptado para a língua portuguesa por Carvalho e Cassiani (2012) e intitulado Questionário de Atitudes de Segurança. (ANEXO A). O SAQ foi desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas, Centro de Excelência para a Segurança do Paciente, e criado a partir de outras duas escalas: o *Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire* e o *Flight Management Attitudes Questionnaire*. O SAQ tem por finalidades mensurar as atitudes de segurança presentes nas instituições hospitalares, compará-las com as diversas áreas clínicas, e medir as mudanças nas atitudes relacionadas à segurança, após a implementação de intervenções (MODAK et al., 2007; SEXTON et al., 2006).

Ressalta-se que o SAQ está disponível em mais de sete idiomas e que foi aplicado em mais de 1.300 hospitais nos EUA, Reino Unido, Nova Zelândia, Noruega, Turquia, Suécia, Holanda, Inglaterra, Austrália, Suíça, Itália, Espanha e Portugal. Em 2010, o SAQ também foi traduzido e validado na China com mais de 40 mil profissionais e, no Brasil, foi traduzido e validado por Carvalho e Cassiani (2012). Por conseguinte, este último foi eleito para a presente pesquisa devido às suas propriedades psicométricas e por mostrar-se válido e confiável para avaliar o clima de segurança no contexto brasileiro (DEILKAS; HOFLOSS, 2008; KAYA; BARSBAY; KARABULUT, 2010; LEE et al., 2010; NORDEN-HAGG et al., 2010; POLEY et al., 2011; SEXTON et al., 2006).

Vale a pena considerar que o SAQ também foi adaptado para uso em diversos contextos da assistência, tais como unidades de terapia intensiva adulto e neonatal, salas de cirurgia, unidades clínicas e cirúrgicas, unidade de emergência pediátrica, ambulatórios e serviços móveis de emergência. No entanto, pouco se sabe sobre o clima de segurança do paciente no ambiente de atendimento às urgências e emergências e há escassez de pesquisas relacionadas à segurança do paciente nessas unidades (BIGHAM et al., 2011; CARVALHO; CASSIANI, 2012; CHABOYER

et al., 2013; DEILKAS; HOFLOSS, 2010; ETCHEGARAY; THOMAS, 2012; GÖRAS et al., 2013; PATTERSON et al., 2010; PATTERSON et al., 2013; PROFIT et al., 2012; SEXTON et al., 2006; TAYLOR; PANDIAN, 2013).

Unidades de atendimento às emergências são ambientes desafiadores, dinâmicos e propensos aos eventos adversos devido ao ritmo de trabalho acelerado, à complexidade dos pacientes e dos regimes terapêuticos frequentemente empregados, ao fato dos profissionais de saúde atender simultaneamente um grande número de pacientes e com escassez de informações clínicas, além de trabalharem sob constante pressão. A tomada de decisão por diversos profissionais de saúde e as frequentes ordens verbais durante as situações de emergência que impossibilitam o duplo *check*, também resultam em maior risco para os eventos adversos (CAMARGO et al., 2012; KRUG; FRUSH, 2007; TEJEDOR FERNÁNDEZ et al., 2013; ROSENSTEIN; NAYLOR, 2012).

Essas unidades também são consideradas a única parte "infinitamente expansível" do hospital, onde pacientes de todas as faixas etárias são admitidos e mantidos. Além disso, os profissionais gerenciam, ao mesmo tempo, a assistência aos pacientes com nível de gravidade variável, as queixas médicas e cirúrgicas, condições triviais e de risco para a vida, caracterizando um ambiente caótico e vulnerável aos eventos adversos. Por conseguinte, as instituições hospitalares têm buscado estratégias voltadas para o gerenciamento dos riscos e para a avaliação da cultura de segurança. Verbeek-Van Noord e colaboradores (2014) afirmaram que esta avaliação possibilita a orientação de projetos destinados a melhorar a segurança do paciente e reforçaram que a mensuração do clima de segurança é particularmente útil para verificar a eficácia das intervenções desenvolvidas para mudar a cultura de segurança do paciente (JEPSON et al., 2014; JONES; PODILA; POWERS, 2013; RASMUSSEN et al., 2014; SANTOS; PADILHA, 2005; WEARS et al., 2010).

Neste contexto, a utilização do SAQ no cenário de atendimento às urgências e emergências possibilitará que as informações estejam disponíveis para o hospital elaborar e implantar intervenções específicas para a melhoria do clima de segurança. Logo, a presente pesquisa foi delineada com o propósito de responder às seguintes perguntas:

- Qual a percepção do clima de segurança dos profissionais de saúde atuantes nas unidades de atendimento às urgências e emergências de uma instituição hospitalar?
- Quais os domínios que precisam ser aprimorados na unidade de atendimento às urgências e emergências para um clima de segurança favorável?

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o clima de segurança do paciente, sob a perspectiva dos profissionais atuantes nas unidades de atendimento às urgências e emergências, de uma Unidade de Emergência do interior do Estado de São Paulo.

2.2 Específicos

- Identificar os domínios que precisam ser aprimorados na unidade de atendimento às urgências e emergências e sugerir estratégias de melhoria;
- Analisar a percepção do clima de segurança para cada um dos domínios do SAQ, segundo as variáveis: gênero, cargo e tempo na especialidade.

3 Material e Método

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Tratou-se de estudo descritivo, transversal, de levantamento (*survey*) e com abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital de ensino de porte IV na Região Sudeste do Brasil.

3.2 Local de estudo

O estudo foi realizado nos setores de atendimento às urgências e emergências da Unidade de Emergência (UE) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Trata-se de um hospital de porte IV que atende a demanda referenciada de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) para todas as especialidades clínicas, em condição de urgência/emergência, e com fluxo de pacientes organizado pela Central Única de Regulação Médica (BRASIL, 2012; HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, 2013).

O hospital foi eleito para a condução da pesquisa porque possui um modelo de gestão que prioriza a qualidade da assistência, possui o Selo de Qualidade do Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) e pertence à Rede de Hospitais Sentinela da ANVISA. O Programa CQH contribui com a melhoria contínua da qualidade do atendimento nos serviços de saúde por meio de metodologia específica, incentivo à mudança de atitudes e de comportamentos e o estímulo à autoavaliação e à participação. A Rede Sentinela foi criada pela ANVISA com o objetivo de obter informações qualificadas sobre os eventos adversos relacionados à assistência à saúde ocorridos nos hospitais da Rede, e criar um meio intra-hospitalar favorável ao desenvolvimento de ações de vigilância sanitária. Funciona como observatório no âmbito dos serviços para o gerenciamento de riscos à saúde e

institui uma Gerência de Risco em cada serviço que compõe a rede (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015; HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, 2015).

A UE funciona em regime de plantão permanente, sendo referência prioritariamente terciária para pacientes em situação de Urgência ou Emergência Médica. Conta com uma Sala de Estabilização Clínica para pacientes clínicos em estado grave e uma Sala de Trauma para pacientes politraumatizados, onde são estabilizados para posterior transferência para outras unidades do hospital. Conta também com *Box* para atendimento às urgências não traumáticas em pacientes com menor nível de complexidade (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, 2012).

3.3 População

A população do estudo foi composta por todos os profissionais atuantes na Sala de Estabilização Clínica, na Sala de Trauma e no *Box* da UE, ou seja, por médicos da equipe responsável; chefe de enfermagem; enfermeiros; auxiliares e técnicos de enfermagem; psicólogos; assistentes sociais; técnicos em radiologia; pessoal administrativo (escriturários); suporte ambiental (pessoal da limpeza); auxiliares de saúde e equipe de distribuição.

Os critérios de inclusão estabelecidos para o estudo foram: estar trabalhando no setor há pelo menos seis meses e apresentar regime de trabalho de, no mínimo, 20 horas semanais. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que, durante a aplicação do SAQ, estavam de férias ou de licença. Logo, a população do estudo foi composta por 152 participantes. Destes, 13 recusaram-se a participar da pesquisa, após três tentativas de aproximação. Contudo, foram excluídos da pesquisa 14 instrumentos que apresentaram mais de 5% de dados ausentes em todos os itens do domínio “Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital”. Assim, dos 139 instrumentos respondidos, 125 foram considerados válidos (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

3.4 Instrumento de coleta de dados

O instrumento utilizado na coleta de dados foi o Questionário de Atitudes de Segurança, versão brasileira do SAQ, que é dividido em duas partes: a primeira é composta por 41 itens e a segunda, por dados sociodemográficos dos participantes, tais como gênero, cargo e tempo na especialidade. Em relação aos 41 itens, estes se propõem a mensurar o clima de segurança por meio de seis domínios: “Clima de Trabalho em Equipe”, “Clima de Segurança”, “Satisfação no Trabalho”, “Percepção do Estresse”, “Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital” e “Condições de Trabalho”. Os participantes deveriam atribuir um escore para cada afirmação por meio da escala do tipo *Likert* de cinco pontos: discorda totalmente (A), discorda parcialmente (B), neutro (C), concorda parcialmente (D) e concorda totalmente (E). Para cada afirmação, também havia a opção “não se aplica” (X). Portanto, a escala é bipolar e mede uma resposta positiva ou negativa a uma afirmação. O instrumento é, então, autorresponsivo (CARVALHO; CASSIANI, 2012; LIKERT, 1932; SEXTON et al., 2006).

O escore final do instrumento varia de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior clima de segurança e 100, ao melhor. São considerados valores positivos quando o escore total é maior ou igual a 75. A pontuação é assim ordenada: discorda totalmente (A) = 0 ponto; discorda parcialmente (B) = 25 pontos; neutro (C) = 50 pontos; concorda parcialmente (D) = 75 pontos; e concorda totalmente (E) = 100 pontos. A contagem dos escores é realizada da seguinte forma: primeiramente faz-se a recodificação dos itens reversos das questões 2, 11 e 36 do SAQ, ou seja, as respostas preenchidas como “concordo parcialmente” são alteradas para “discordo parcialmente”, e as respostas preenchidas como “discordo totalmente” são alteradas para “concordo totalmente”, e vice versa. Posteriormente, as questões são ordenadas por domínios compostos por um conjunto de itens cujas respostas são somadas. O resultado final dessa soma é dividido pelo número total de itens do domínio. Por exemplo, o domínio “Percepção do Estresse” é composto por quatro itens. Logo, se o profissional respondeu “neutro”, “concorda parcialmente”, “neutro” e

“discorda parcialmente”, o valor do escore será: $50 + 75 + 50 + 25 / 4 = 50$. Quanto ao item não se aplica, este é considerado como dado preenchido por apresentar significado para o instrumento, porém não participa da pontuação do item (CARVALHO; CASSIANI, 2012; SEXTON et al., 2006).

Os itens do instrumento são divididos entre os seis domínios seguidos de suas respectivas definições (Carvalho and Cassiani, 2012; Sexton et al., 2006):

- Domínio “Clima de Trabalho em Equipe”: compreende a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe. É composto pelos itens 1 a 6 do SAQ.

- Domínio “Clima de Segurança”: avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para com a segurança do paciente. É composto pelos itens 7 a 13 do SAQ.

- Domínio “Satisfação no Trabalho”: consiste na visão positiva do local de trabalho. É composto pelos itens 15 a 19 do SAQ.

- Domínio “Percepção do Estresse”: trata do reconhecimento do quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho. É composto pelos itens 20 a 23 do SAQ.

- Domínio “Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital”: refere-se à aprovação das ações da gerência quanto às questões de segurança. É composto pelos itens 24 a 29 do SAQ.

- Domínio “Condições de Trabalho”: refere-se à percepção da qualidade do ambiente de trabalho. É composto pelos itens 30 a 32 do SAQ.

Destaca-se que os itens 14, 33, 34, 35 e 36 do SAQ não pertencem a domínio algum, mas são considerados no escore final do instrumento. Para avaliar o clima de segurança na UE foi realizado um cálculo para cada domínio, após a inversão dos itens reversos, por meio da fórmula $(m - 1) \times 25$, onde m é a média dos itens de cada domínio, e cujo resultado poderia variar de 0 a 100. Portanto, resultados maiores que 75 significaram forte concordância dos profissionais quanto às questões do clima de segurança do paciente. Foi considerado um nível de significância de 5%. (CARVALHO; CASSIANI, 2012; SEXTON et al., 2006).

3.5 Procedimentos para a coleta de dados

Os dados foram coletados no período de Janeiro a Abril de 2014. Os participantes da pesquisa foram abordados pessoalmente pela pesquisadora e foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo. Após aceitarem participar da pesquisa voluntariamente, os participantes foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Para esses, foi entregue um envelope contendo uma cópia colorida do SAQ, um lápis nº 2 e uma borracha, os quais foram necessários para o preenchimento do instrumento. Para os participantes que optaram por preencher o SAQ no momento em que este foi entregue, a pesquisadora permaneceu no local para esclarecer dúvidas que os participantes poderiam apresentar. Foi solicitado aos participantes que preenchessem o instrumento no momento mais conveniente, sendo que foi estabelecido um prazo de até sete dias para que o SAQ fosse devolvido à pesquisadora. A devolução ocorreu no próprio hospital, em data e horário pré-definidos junto aos participantes do estudo.

3.6 Procedimentos éticos

O estudo foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos éticos da Resolução 466/12 que trata das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013c). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EERP-USP, sob o número de protocolo: 15469713.0.0000.5393 (ANEXO B). Os participantes foram solicitados a assinar o TCLE, após aceitarem participar do estudo voluntariamente. Foi garantido o anonimato dos participantes e estes foram informados que os resultados da pesquisa serão destinados à publicação.

Também foi solicitada à autora responsável pela tradução e validação do instrumento *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form* (SAQ) 2006 para a língua

portuguesa, sua autorização para utilizar o instrumento. A autorização foi concedida por meio de correio eletrônico (ANEXO C).

3.7 Procedimentos para a análise dos dados

Os dados foram inseridos em planilha eletrônica do *Microsoft Excel*® por meio de dupla digitação. Em seguida, foi realizada a validação do banco de dados. O processamento e a análise dos dados foram realizados com o auxílio do Programa *R* versão 3.1.2 e do *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 22.0. Foram considerados resultados estatisticamente significativos aqueles cujas associações apresentaram $p < 0,05$.

4 Resultados e Discussão

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O objetivo do estudo foi avaliar a percepção do clima de segurança entre profissionais atuantes nas unidades de atendimento às urgências e emergências da UE-HCFMRP-USP. Participaram um total de 125 profissionais, sendo que a maioria era do gênero feminino (72; 57,6%) e com mais de 10 anos de tempo na especialidade (71; 56,8%). Destaca-se que 62 (49,6%) eram profissionais de enfermagem (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos participantes do estudo segundo gênero, cargo e tempo na especialidade (N = 125). Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Variáveis		Frequência	
		n	%
Gênero	Homem	53	42,4
	Mulher	72	57,6
Cargo	Auxiliar / Técnico de enfermagem	43	34,4
	Técnico em radiologia	28	22,4
	Enfermeiro (a)	18	14,4
	Médico da equipe responsável	18	14,4
	Outro: Distribuição	7	5,6
	Administrativo (escriturário)	3	2,4
	Outro: Auxiliar de saúde	3	2,4
	Suporte ambiental (pessoal da limpeza)	2	1,6
	Assistente social	1	0,8
	Psicólogo	1	0,8
	Chefe de enfermagem	1	0,8
Tempo na Especialidade	6 a 11 meses	7	5,6
	1 a 2 anos	14	11,2
	3 a 4 anos	13	10,4
	5 a 10 anos	20	16
	11 a 20 anos	32	25,6
	21 anos ou mais	39	31,2

Pesquisa divulgada recentemente no Brasil revelou que cerca de 50% dos profissionais da saúde atuavam na enfermagem e que mais de 80% era do gênero feminino. As mulheres presentes no mercado de trabalho geralmente possuem dupla

jornada de trabalho e têm que conciliar a atividade remunerada com o cotidiano familiar, resultando em sobrecarga de trabalho, distúrbios no organismo e estresse (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015; SPINDOLA; SANTOS, 2003).

Há de se considerar, igualmente, que os profissionais atuantes nas unidades de atendimento às urgências e emergências são frequentemente submetidos a eventos estressantes. Estes eventos podem afetar os profissionais negativamente e comprometer a qualidade da assistência prestada aos pacientes. Ações devem ser tomadas a fim de minimizar o estresse vivenciado diariamente pelos profissionais de saúde e, particularmente, pelos profissionais de enfermagem, de modo a tornar o trabalho mais produtivo e satisfatório. Os serviços de saúde necessitam desenvolver mecanismos para reconhecer os fatores estressores, prover recursos materiais em número suficiente para atender a demanda dos serviços, proporcionar dimensionamento adequado de pessoal, implantar estratégias de enfrentamento individual e grupal, e investir em programas de assistência à saúde do trabalhador (BATISTA; BIANCHI, 2006; GUERRER; BIANCHI, 2008; GUIDO et al., 2011; HEALY; TYRRELL, 2011).

Em relação a percepção dos participantes da pesquisa quanto ao clima de segurança presente na UE, identificou-se que esta foi considerada desfavorável, visto que a média do escore final do SAQ foi inferior a 75 ($59,71 \pm 14,82$). Resultado semelhante foi encontrado em estudos brasileiros realizados em centro cirúrgico e em clínicas médicas e cirúrgicas, os quais obtiveram escores médios de $62,7 (\pm 17)$ e $61,5 (\pm 33,4)$ respectivamente, revelando um clima de segurança desfavorável (CARVALHO; CASSIANI, 2012; CAUDURO et al., 2015).

A mensuração do clima de segurança auxilia no diagnóstico da cultura de segurança, a qual está diretamente associada à segurança do paciente porque contribui com a redução dos eventos adversos e das taxas de mortalidade. A mensuração do clima de segurança também permite às instituições dar início ao planejamento de ações voltadas para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes (CARVALHO; CASSIANI, 2012; COLLA et al., 2005; FLIN et al., 2006; NAVEH; KATZ-NAVON; STERN, 2005; SEXTON et al., 2006).

Para melhorar o clima de segurança, as instituições de saúde devem adotar a segurança como um valor central, aderir aos comportamentos que visam à

prevenção de eventos adversos, compartilhar abertamente as informações relacionadas com a segurança na assistência, desenvolver políticas organizacionais focadas no estímulo à notificação de eventos adversos e demais incidentes, e investir na implementação de medidas direcionadas a uma cultura organizacional não punitiva (FRANÇOLIN et al., 2015; INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2015; YATES et al., 2004).

Neste contexto, especialistas propõe a implantação de uma cultura justa que assegure a responsabilidade compartilhada entre os profissionais da linha de frente do atendimento e os líderes organizacionais. Instituições que adotam a cultura justa estimulam a pró-atividade das pessoas e as capacitam para o gerenciamento dos riscos existentes no local de trabalho por meio da monitoração contínua, e facilitam a participação dos profissionais na tomada de decisão e no redesenho dos sistemas (BOYSEN, 2013).

Quanto à avaliação dos escores, por domínios do SAQ, observou-se que, dentre os seis domínios, cinco necessitam ser aprimorados: “Clima de Trabalho em Equipe”, “Clima de Segurança”, “Percepção do Estresse”, “Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital” e “Condições de Trabalho”. Observou-se também que o domínio “Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital” foi o domínio com a menor média ($47,06 \pm 23,48$). Apenas o domínio “Satisfação no Trabalho” obteve escore médio acima de 75 ($77,01 \pm 19,16$), revelando um clima de segurança favorável (Tabela 2).

Tabela 2 - Avaliação dos escores do SAQ, segundo os domínios. Ribeirão Preto, São Paulo. 2015.

Domínio	Média	Mediana	DP*
Clima de Trabalho em Equipe	66,67	70,83	19,74
Clima de Segurança	59,30	60,71	20,89
Satisfação no Trabalho	77,01	80	19,16
Percepção do Estresse	67,51	75	29,20
Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital	47,06	47,72	23,48
Condições de Trabalho	59,27	58,33	28,92

*DP = Desvio Padrão

Estudos internacionais que utilizaram o SAQ com a finalidade de avaliar o clima de segurança nas instituições de saúde também identificaram médias abaixo de 75

para os domínios “Clima de Segurança” e “Clima de Trabalho em Equipe” (LEE et al., 2010; RELIHAN et al., 2009; TAYLOR, 2008; WISNIEWSKI et al., 2007).

Devido ao ambiente complexo e dinâmico no qual os profissionais de saúde atuam, o trabalho em equipe e a comunicação eficaz desempenham importante papel na segurança do paciente, de forma que a falta de trabalho em equipe e as falhas na comunicação contribuem com a ocorrência dos incidentes e eventos adversos. Segundo Leape (2009), trabalhar em equipe significa trabalhar em prol de um objetivo claro, com uma equipe multidisciplinar na qual o paciente deve ser incluído como membro e onde há respeito mútuo, colaboração e liderança. Para que o clima de trabalho em equipe torne-se favorável, pesquisadores sugerem uma combinação de intervenções para atender às necessidades locais, tais como mensuração do clima de trabalho, realização de treinamentos contínuos e compreensão dos planos de cuidado. Também sugerem que os membros da equipe devem estar abertos para aprender com os eventos adversos e que as atividades desempenhadas por todos devem ser coordenadas e facilitadas por meio do trabalho em equipe (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2011; FIRTH-COZENS, 2001; O'LEARY et al., 2012).

Destaca-se que, neste estudo, o domínio “Satisfação no Trabalho” foi o único a apresentar resultado favorável ($77,01 \pm 19,16$), divergindo dos estudos internacionais que obtiveram médias entre $67,2 (\pm 19,9)$ e $71,86 (\pm 24,16)$. No entanto, resultado semelhante foi verificado em estudos brasileiros por Carvalho e Cassiani (2012) ($77,6 \pm 27,8$) e Cauduro (2015) ($76,9 \pm 21,1$). A satisfação no trabalho é um dos fatores que auxilia na redução dos eventos adversos e que influencia na maneira como as pessoas se sentem em relação à instituição. A satisfação no trabalho também interfere nos níveis de estresse dos profissionais e na qualidade de vida. Logo, a insatisfação com o trabalho pode resultar em comprometimento da qualidade da assistência. A fim de melhorar a satisfação entre os profissionais, é necessário incluí-los nos processos e na resolução de problemas, de modo que se sintam parte da instituição (BHATNAGAR; SRIVASTAVA, 2012; FREEBORN; HOOKER, 1995; RELIHAN et al., 2009; TAYLOR, 2008; TAYLOR; PANDIAN, 2013).

Observa-se, também, na tabela 3 que em todas as variáveis analisadas, a percepção dos profissionais quanto ao clima de segurança do paciente na UE foi desfavorável, independente do gênero, cargo e tempo na especialidade, sugerindo a necessidade de melhorias na unidade de atendimento às urgências e emergências da UE, no que diz respeito ao clima de segurança do paciente. Ainda, nenhuma das variáveis analisadas apresentou significância estatística.

Tabela 3 – Percepção geral do clima de segurança segundo gênero, cargo e tempo na especialidade. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Variáveis		<75 n (%)	>75 n (%)	T n (%)	X ²	GL	p*
Gênero	Homem	43 (34,4)	10 (8)	53 (42,4)	0	1	1
	Mulher	59 (47,2)	13 (10,4)	72 (57,6)			
	Total	102 (81,6)	23 (18,4)	125 (100)			
Cargo**	Nível superior	34 (27,2)	5 (4)	39 (31,2)	46,304	2	0,988
	Nível médio	59 (47,2)	15 (12)	74 (59,2)			
	Outros	9 (7,2)	3 (2,4)	12 (9,6)			
	Total	102 (81,6)	23 (18,4)	125 (100)			
Tempo na Especialidade	6 meses a 4 anos	34 (27,2)	5 (4)	39 (31,2)	5,1063	2	0,0778
	5 a 20 anos	59 (47,2)	15 (12)	74 (59,2)			
	21 anos ou mais	9 (7,2)	3 (2,4)	12 (9,6)			
	Total	102 (81,6)	23 (18,4)	125 (100)			

X² = Qui-Quadrado de Pearson; GL = Graus de Liberdade; p = p-valor do teste.

*significativo se < 0.05

**não foram incluídos os cargos com menor número de participantes: psicólogo, assistente social, escriturários, suporte ambiental (pessoal da limpeza), equipe de distribuição e auxiliares de saúde.

Cabe ressaltar que os cargos foram subdivididos de acordo com os níveis: superior (médicos, chefe de enfermagem, enfermeiros, psicólogo e assistente social); médio (auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, técnicos em radiologia e escriturários); e outros (funcionários da limpeza e do setor de distribuição, e auxiliares de saúde).

Pesquisadores afirmaram que a mensuração dos escores dos domínios do clima de segurança auxilia no diagnóstico da cultura de segurança e indica os pontos que devem ser melhorados. Sendo assim, a seguir são apresentadas as análises da percepção do clima de segurança para cada um dos domínios do SAQ,

segundo as variáveis: gênero, cargo e tempo na especialidade. A análise geral dos resultados foi realizada segundo a percepção favorável ou não favorável dos participantes para cada domínio. Isto significa que médias maiores que 75 representaram percepção favorável, enquanto que médias menores que 75 representaram percepção desfavorável ao clima de segurança do paciente (GABRANI et al., 2015; NORDEN-HAGG et al., 2010)

4.1 Percepção dos participantes quanto ao domínio “Clima de Trabalho em Equipe”

Dentre os seis itens existentes no domínio “Clima de Trabalho em Equipe”, no geral, observou-se que a percepção dos participantes do estudo não foi favorável para nenhuma das variáveis estudada e não houve diferença significativa (Tabela 4).

Tabela 4 – Percepção do clima de segurança para o domínio “Clima de Trabalho em Equipe” segundo gênero, cargo e tempo na especialidade. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Variáveis		<75 n (%)	>75 n (%)	T n (%)	X ²	GL	p*
Gênero	Homem	24 (19,2)	29 (23,2)	53 (42,4)	2,4781	1	0,1154
	Mulher	44 (35,2)	28 (22,4)	72 (57,6)			
	Total	68 (54,4)	57 (45,6)	125 (100)			
Cargo**	Médico da equipe responsável	8 (7,5)	10 (9,4)	18 (16,8)	3,7184	3	0,2935
	Enfermeiro	13 (12,1)	5 (4,7)	18 (16,8)			
	Auxiliar/Técnico de enfermagem	22 (20,6)	21 (19,6)	43 (40,2)			
	Técnico em radiologia	13 (12,1)	15 (14)	28 (26,2)			
	Total	56 (52,3)	51 (47,7)	107 (100)			

Continua...

Variáveis		<75 n (%)	>75 n (%)	T n (%)	X ²	GL	p*
Tempo na Especialidade	6 a 11 meses	4 (3,2)	3 (2,4)	7 (5,6)	1,4444	5	0,9194
	1 a 2 anos	7 (5,6)	7 (5,6)	14 (11,2)			
	3 a 4 anos	7 (5,6)	6 (4,8)	13 (10,4)			
	5 a 10 anos	12 (9,6)	8 (6,4)	20 (16)			
	11 a 20 anos	15 (12)	17 (13,6)	32 (25,6)			
	21 anos ou mais	23 (18,4)	16 (12,8)	39 (31,2)			
	Total	68 (54,4)	57 (45,6)	125 (100)			

X² = Qui-Quadrado de Pearson; GL = Graus de Liberdade; p = p-valor do teste.

Conclusão.

*significativo se < 0,05

**não foram incluídos os cargos com menor número de participantes: psicólogo, assistente social, escriturários, suporte ambiental (pessoal da limpeza), equipe de distribuição e auxiliares de saúde.

Estudos realizados em ambulatórios de cuidados clínicos nos Estados Unidos e em centros cirúrgicos no Brasil obtiveram médias de 71,8 ($\pm 19,9$) e 62,8 ($\pm 22,4$) para o domínio “Clima de Trabalho em Equipe”, revelando um déficit na afinidade e na colaboração entre os membros das equipes pesquisadas. Em equipes multiprofissionais, a hierarquia rígida dificulta a comunicação aberta e franca entre algumas classes profissionais, comprometendo a qualidade da assistência e a segurança do paciente. Para que esta situação seja evitada, é essencial a figura do líder que deve reforçar e viabilizar o respeito mútuo, facilitar a comunicação entre as pessoas e obter informações sobre situações favoráveis à ocorrência de incidentes e eventos adversos (CAUDURO et al., 2015; HOLDEN; WATTS; WALKER, 2010; SANTOS et al., 2010).

Em relação à frequência de respostas dos participantes para os itens do domínio “Clima de Trabalho em Equipe”, observou-se que a maioria concordou totalmente ou parcialmente com as afirmações: as discordâncias são resolvidas de modo apropriado no setor (77; 61,6%); os profissionais têm apoio dos membros da equipe para cuidar dos pacientes (106; 76,5%); é fácil questionar quando existe algo que não entende (98; 78,4%). Vale ressaltar que, no item 2 (item reverso), os participantes ficaram divididos, ou seja, 57 (45,6%) concordaram parcialmente ou totalmente que é difícil falar abertamente sobre os problemas relacionados a assistência ao paciente, enquanto que 60 (48%) discordaram da afirmação (Tabela 5).

Tabela 5 – Frequência de respostas dos participantes para os itens do domínio “Clima de Trabalho em Equipe” (N = 125). Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Itens do SAQ	DT n (%)	DP n (%)	Neutro n (%)	CP n (%)	CT n (%)	NA n (%)
1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área	7 (5,6)	12 (9,6)	11 (8,8)	56 (44,8)	29 (23,2)	10 (8)
2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente*	32 (25,6)	28 (22,4)	5 (4)	30 (24)	27 (21,6)	3 (2,4)
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	10 (8)	27 (21,6)	7 (5,6)	41 (32,8)	36 (28,8)	4 (3,2)
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	5 (4)	13(10,4)	2 (1,6)	52 (41,6)	46 (36,8)	7 (5,6)
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	7 (5,6)	10 (8)	8 (6,4)	28 (22,4)	70 (56)	2 (1,6)
6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	12 (9,6)	24 (19,2)	8 (6,4)	52 (41,6)	29 (23,2)	0 (0)

DT= Discordo Totalmente; DP= Discordo Parcialmente; Neutro; CP= Concordo Parcialmente; CT= Concordo Totalmente; NA= Não se Aplica.

*Item Reverso.

Pesquisadores demonstraram que o nível de colaboração entre os membros da equipe possui forte impacto na qualidade da assistência, reduz os eventos adversos e as complicações durante procedimentos cirúrgicos, e aumenta a satisfação entre os profissionais. Estudo realizado em um hospital universitário no Japão também demonstrou melhora no clima de trabalho em equipe e no clima de segurança após a implementação de um *check list* específico, o *Surgical Safety Checklist*, nos procedimentos cirúrgicos, com o objetivo de mensurar o clima de segurança do paciente, antes e depois da utilização do SAQ. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2013) propõe que a promoção do trabalho em equipe é possível por meio do desenvolvimento de habilidades e da melhoria do desempenho das

equipes, com enfoque proativo, sistemático e organizacional, a fim de reduzir os eventos adversos (HOFMANN; MARK, 2006; KAWANO et al., 2014; MAZZOCCO et al., 2009; PROUDFOOT et al., 2007).

Apesar da escassez de estudos realizados em unidades de atendimento às urgências e emergências que utilizaram o SAQ para mensurar o clima de segurança, observou-se que o instrumento é válido para identificar os aspectos que necessitam ser melhorados e que interferem nos resultados dos pacientes. Logo, investir em um clima de trabalho satisfatório deve prioridade nos serviços de saúde, de modo a reduzir os riscos para os eventos adversos e melhorar a segurança dos pacientes.

4.2 Percepção dos participantes quanto ao domínio “Clima de Segurança”

A análise das frequências das respostas do domínio “Clima de Segurança” identificou que a percepção dos participantes foi predominantemente não favorável para todas as variáveis estudadas, e que houve associação estatisticamente significativa para a variável “cargo” ($p = 0,0065$) (Tabela 6).

Tabela 6 – Percepção do clima de segurança para o domínio “Clima de Segurança”, segundo gênero, cargo e tempo na especialidade. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Variáveis		<75 n (%)	>75 n (%)	T n (%)	X ²	GL	p*
Gênero	Homem	39 (31,2)	14 (11,2)	53 (42,4)	1,219	1	0,2696
	Mulher	60 (48)	12 (9,6)	72 (57,6)			
	Total	99 (79,2)	26 (20,8)	125 (100)			
Cargo**	Médico da equipe responsável	16 (15)	2 (1,9)	18 (16,8)			0,0065***
	Enfermeiro	18 (16,8)	0 (0)	18 (16,8)			
	Auxiliar/Técnico de enfermagem	33 (30,8)	10 (9,3)	43 (40,2)			
	Técnico em radiologia	17 (15,9)	11 (10,3)	28 (26,2)			
	Total	84 (78,5)	23 (21,5)	107 (100)			

Continua...

Variáveis		<75 n (%)	>75 n (%)	T n (%)	X ²	GL	p*
Tempo na Especialidade	6 a 11 meses	5 (4)	2 (1,6)	7 (5,6)	5,4664	5	0,3616
	1 a 2 anos	11 (8,8)	3 (2,4)	14 (11,2)			
	3 a 4 anos	12 (9,6)	1 (0,8)	13 (10,4)			
	5 a 10 anos	18 (14,4)	2 (1,6)	20 (16)			
	11 a 20 anos	26 (20,8)	6 (4,8)	32 (25,6)			
	21 anos ou mais	27 (21,6)	12 (9,6)	39 (31,2)			
	Total	99 (79,2)	26 (20,8)	125 (100)			

X² = Qui-Quadrado de Pearson; GL = Graus de Liberdade; p = p-valor do teste.

Conclusão.

*significativo se < 0,05

**não foram incluídos os cargos com menor número de participantes: psicólogo, assistente social, escriturários, suporte ambiental (pessoal da limpeza), equipe de distribuição e auxiliares de saúde.

***Teste de Fisher

Inserido neste domínio, 100 (80%) participantes afirmaram que se sentiriam seguros se fossem tratados como pacientes na unidade em que atuam. Ainda, 66 (52,8%) afirmaram ser difícil discutir sobre erros relacionados à assistência na UE (Tabela 7).

Tabela 7 – Frequência de respostas dos participantes para os itens do domínio “Clima de Segurança” (N = 125). Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Itens do SAQ	DT n (%)	DP n (%)	Neutro n (%)	CP n (%)	CT n (%)	NA n (%)
7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente	6 (4,8)	10 (8)	8 (6,4)	58 (46,4)	42 (33,6)	1 (0,8)
8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área	18 (14,4)	19 (15,2)	20 (16)	34 (27,2)	32 (25,6)	1 (0,8)
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	8 (6,4)	13 (10,4)	11 (8,8)	42 (33,6)	48 (38,4)	3 (2,4)
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	40 (32,0)	26 (20,8)	6 (4,8)	30 (24,0)	20 (16)	3 (2,4)
11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros*	21 (16,8)	24 (19,2)	13 (10,4)	35 (28)	31 (24,8)	0 (0)

Continua...

Ítems do SAQ	DT n (%)	DP n (%)	Neutro n (%)	CP n (%)	CT n (%)	NA n (%)
12. Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	16 (12,8)	17 (13,6)	15 (12,0)	42 (33,6)	35 (28)	0 (0)
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	15 (12)	18 (14,4)	23 (18,4)	31 (24,8)	33 (26,4)	5 (4)

DT= Discordo Totalmente; DP= Discordo Parcialmente; Neutro; CP= Concordo Parcialmente; CT= Concordo Totalmente; NA= Não se Aplica.

Conclusão.

*Item Reverso.

A prevenção dos erros relacionados à assistência está diretamente associada às notificações realizadas pelos profissionais de saúde e o não relato dos erros pode estar ligado à falta de uma cultura justa na instituição e ao medo da punição, da demissão e da reação dos seus líderes. A notificação dos incidentes e eventos adversos deve ser estimulada como parte de uma estratégia de melhoria da qualidade e segurança do paciente e não deve ser utilizada como ferramenta para punir os profissionais que as realizam. Para que o relato de incidentes e eventos adversos torne-se eficaz deve-se assegurar aos profissionais de saúde que o objetivo é melhorar a segurança do paciente e nunca acusar ou punir os envolvidos (ABOSHAIAH, 2013; MAYO; DUNCAN, 2004; ULANIMO; O'LEARY-KELLEY; CONNOLLY, 2007; VINCENT, 2009).

Os serviços de saúde devem permitir o aprendizado por meio da experiência e desenvolver mecanismos de informação transparentes e eficientes que forneçam dados úteis e informativos, baseando-se em uma cultura de segurança que reconhece a inevitabilidade do erro e busca identificar as ameaças latentes de forma positiva. É necessário permitir que profissionais de saúde conversem abertamente sobre os erros para que possam melhorar a qualidade da assistência, pois o medo e a punição inibem e reduzem a notificação dos incidentes e eventos adversos e não são capazes de reduzir a incidência dos erros. Os resultados encontrados nesta pesquisa demonstram fragilidade no clima de segurança da UE, assim como observado por Cauduro (2015) em pesquisa realizada em centros cirúrgicos brasileiros. De acordo com Carvalho (2011), para reduzir os eventos adversos é importante priorizar as questões de segurança por meio de ações preventivas e do

gerenciamento dos riscos (NIEVA; SORRA, 2003; PIMENTA, 2003; TOBAIQY; STEWART, 2013)

4.3 Percepção dos participantes quanto ao domínio "Satisfação no Trabalho"

Neste domínio, diferentemente dos demais, houve predominância da percepção favorável quanto ao clima de segurança para todas as variáveis. No entanto, não houve associação positiva entre a percepção do clima de segurança para o domínio "Satisfação no Trabalho" e as variáveis estudadas (Tabela 8).

Tabela 8 - Percepção do clima de segurança para o domínio "Satisfação no Trabalho", segundo gênero, cargo e tempo na especialidade. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Variáveis		<75 n (%)	>75 n (%)	T n (%)	X ²	GL	p*
Gênero	Homem	14 (11,2)	39 (31,2)	53 (42,4)	1,6067	1	0,205
	Mulher	28 (22,4)	44 (35,2)	72 (57,6)			
	Total	42 (33,6)	83 (66,4)	125 (100)			
Cargo**	Médico da equipe responsável	6 (5,6)	12 (11,2)	18 (16,8)	5,8880	3	0,1172
	Enfermeiro	8 (7,5)	10 (9,4)	18 (16,8)			
	Auxiliar/Técnico de enfermagem	19 (17,7)	24 (22,4)	43 (40,2)			
	Técnico em radiologia	5 (4,7)	23 (21,5)	28 (26,2)			
	Total	38 (35,5)	69 (64,5)	107 (100)			
Tempo na Especialidade	6 a 11 meses	3 (2,4)	4 (3,2)	7 (5,6)	4,8606	5	0,4331
	1 a 2 anos	5 (4)	9 (7,2)	14 (11,2)			
	3 a 4 anos	2 (1,6)	11 (8,8)	13 (10,4)			
	5 a 10 anos	10 (8)	10 (8)	20 (16)			
	11 a 20 anos	10 (8)	22 (17,6)	32 (25,6)			
	21 anos ou mais	12 (9,6)	27 (21,6)	39 (31,2)			
	Total	42 (33,6)	83 (66,4)	125 (100)			

X² = Qui-Quadrado de Pearson; GL = Graus de Liberdade; p = p-valor do teste.

*significativo se < 0,05

**não foram incluídos os cargos com menor número de participantes: psicólogo, assistente social, escriturários, suporte ambiental (pessoal da limpeza), equipe de distribuição e auxiliares de saúde.

A maioria dos participantes concordou parcialmente ou totalmente com as questões apresentadas, ou seja, demonstraram-se, de modo geral, satisfeitos com o trabalho. Os itens “Eu gosto do meu trabalho” e “Eu me orgulho de trabalhar nesta área” obtiveram as maiores frequências: (119; 95,2%) e (116; 92,8%) respectivamente (Tabela 9).

Tabela 9 – Frequência de respostas dos participantes para os itens do domínio “Satisfação no Trabalho” (N = 125). Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Itens do SAQ	DT n (%)	DP n (%)	Neutro n (%)	CP n (%)	CT n (%)	NA n (%)
15. Eu gosto do meu trabalho		1 (0,8)	3 (2,4)	20 (16)	99 (79,2)	1 (0,8)
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	13 (10,4)	14 (11,2)	9 (7,2)	48 (38,4)	41 (32,8)	
17. Este é um bom lugar para trabalhar	2 (1,6)	14 (11,2)		55 (44)	54 (43,2)	
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área	1 (0,8)	6 (4,8)	1 (0,8)	33 (26,4)	83 (66,4)	1 (0,8)
19. O moral nesta área é alto	19 (15,2)	24 (19,2)	16 (12,8)	39 (31,2)	25 (20)	1 (0,8)

DT= Discordo Totalmente; DP= Discordo Parcialmente; Neutro; CP= Concordo Parcialmente; CT= Concordo Totalmente; NA= Não se Aplica.

Resultado similar foi identificado em estudos realizados no Brasil e na Suíça, mas divergente de outros estudos internacionais que identificaram percepção desfavorável para o domínio “Satisfação no Trabalho” (CARVALHO; CASSIANI, 2012; CAUDURO et al., 2015; HUANG et al., 2007; RIGOBELLO et al., 2012; SEXTON et al., 2006; NORDEN-HAGG et al., 2010).

A percepção favorável dos participantes da UE em relação a “Satisfação no Trabalho” deve ser vista como um aspecto positivo porque a satisfação do profissional está diretamente relacionada com a qualidade da assistência. Instituições que possuem profissionais insatisfeitos com o trabalho apresentam maiores taxas de rotatividade e de eventos adversos (AIKEN et al., 2002; CHAULAGAIN; KHADKA, 2012; INSTITUTE OF MEDICINE, 2004; NEEDLEMAN et al., 2002).

Tendo em vista que a satisfação no trabalho possui forte correlação com o desempenho do profissional, faz-se necessário que as instituições de saúde invistam em políticas voltadas para a capacitação e qualificação dos recursos humanos, para a melhoria nas condições de trabalho e na remuneração. Recomenda-se também priorizar a relação entre a gerência e os profissionais da linha de frente do atendimento e aprimorar o processo de avaliação da satisfação dos profissionais com o trabalho, tendo em vista que profissionais satisfeitos possuem foco nas tarefas e não se distraem com ambientes negativos (ASEGID; BELACHEW; YIMAM, 2014; CHAULAGAIN; KHADKA, 2012).

4.4 Percepção dos participantes quanto ao domínio “Percepção do Estresse”

A satisfação no trabalho também está relacionada com a percepção do estresse, sendo este o quarto domínio avaliado pelo SAQ. Este domínio apresentou clima de segurança desfavorável ($67,51 \pm 29,20$). Segundo Dugan et al. (1996), quanto maior o nível de estresse nos profissionais, maior a probabilidade de ocorrer incidentes, como quedas e erros de medicação.

Todavia, a tabela 10 revela que, aproximadamente 50% dos participantes reconheceram que o clima de segurança é favorável para o domínio “Percepção do Estresse”, ou seja, os fatores estressores não influenciam na execução do trabalho. Por outro lado, os auxiliares e técnicos de enfermagem (26; 24,3%) e os participantes com 11 a 20 anos na especialidade (21; 16,8%) afirmaram que o clima de segurança é desfavorável para o referido domínio.

Tabela 10 - Percepção do clima de segurança para o domínio “Percepção do Estresse”, segundo gênero, cargo e tempo na especialidade. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Variáveis		<75 n (%)	>75 n (%)	T n (%)	X ²	GL	p*
Gênero	Homem	24 (19,2)	29 (23,2)	53 (42,4)	0	1	1
	Mulher	33 (26,4)	39 (31,2)	72 (57,6)			
	Total	57 (45,6)	68 (54,4)	125 (100)			
Cargo**	Médico da equipe responsável	4 (3,7)	14 (13,1)	18 (16,8)	7,5873	3	0,0554
	Enfermeiro	8 (7,5)	10 (9,3)	18 (16,8)			
	Auxiliar/Técnico de enfermagem	26 (24,3)	17 (15,9)	43 (40,2)			
	Técnico em radiologia	13 (12,2)	15 (14)	28 (26,2)			
	Total	51 (47,7)	56 (52,3)	107 (100)			
Tempo na Especialidade	6 a 11 meses	3 (2,4)	4 (3,2)	7 (5,6)	8,7360	5	0,1201
	1 a 2 anos	5 (4)	9 (7,2)	14 (11,2)			
	3 a 4 anos	3 (2,4)	10 (8)	13 (10,4)			
	5 a 10 anos	9 (7,2)	11 (8,8)	20 (16)			
	11 a 20 anos	21 (16,8)	11 (8,8)	32 (25,6)			
	21 anos ou mais	16 (12,8)	23 (18,4)	39 (31,2)			
	Total	57 (45,6)	68 (54,4)	125 (100)			

X² = Qui-Quadrado de Pearson; GL = Graus de Liberdade; p = p-valor do teste.

*significativo se < 0.05

**não foram incluídos os cargos com menor número de participantes: psicólogo, assistente social, escriturários, suporte ambiental (pessoal da limpeza), equipe de distribuição e auxiliares de saúde.

Resultado divergente também foi encontrado em estudo realizado por Taylor e Pandian (2013) em hospitais americanos. Segundo os autores, o domínio “Percepção do Estresse” não se encaixa no resultado geral do clima de segurança mensurado pelo SAQ. Sugerem que este domínio seja avaliado separadamente do instrumento e que seu escore não seja contabilizado no escore geral.

Neste sentido, sugere-se mensurar o estresse dos profissionais de saúde por meio de outros instrumentos, tais como a Escala de Estresse Percebido (PSS) e a Escala de Estresse no Trabalho (EET), ambos traduzidos e validados para a língua portuguesa. Estes instrumentos auxiliam a identificação de fatores que interferem na qualidade de vida dos trabalhadores de modo a melhorar a assistência prestada aos

pacientes (LIMA; BIANCHI, 2010; LUFT, 2007; PASCHOAL; TAMAYO, 2004; SIMONETTI et al., 2013).

Quando analisadas as frequências de respostas dos participantes para os itens do domínio “Percepção do Estresse”, 92 (73,6%) participantes afirmaram que a carga de trabalho excessiva prejudica o seu desempenho e 91 (72,8%) acreditam ser menos eficientes no trabalho quando estão cansados (Tabela 11).

Tabela 11 – Frequência de respostas dos participantes para os itens do domínio “Percepção do Estresse” (N = 125). Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Itens do SAQ	DT n (%)	DP n (%)	Neutro n (%)	CP n (%)	CT n (%)	NA n (%)
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	11 (8,8)	13 (10,4)	6 (4,8)	29 (23,2)	63 (50,4)	3 (2,4)
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)	17 (13,6)	9 (7,2)	7 (5,6)	28 (22,4)	63 (50,4)	1 (0,8)
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	16 (12,8)	13 (10,4)	7 (5,6)	34 (27,2)	52 (41,6)	3 (2,4)
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorespiratória, convulsões)	32 (25,6)	9 (7,2)	13 (10,4)	25 (20)	25 (20)	21 (16,8)

DT= Discordo Totalmente; DP= Discordo Parcialmente; Neutro; CP= Concordo Parcialmente; CT= Concordo Totalmente; NA= Não se Aplica.

Estudo realizado em clínica cirúrgica pediátrica também observou resultados semelhantes, ou seja, 75% dos participantes concordaram que a carga de trabalho excessiva é prejudicial ao seu desempenho e 73% afirmaram que o cansaço prejudica o desempenho durante situações de emergência. Outros pesquisadores também identificaram resultados semelhantes (BOGNAR et al., 2008; CARVALHO; CASSIANI, 2012; CAUDURO et al., 2015; HOLDEN et al., 2010; RELIHAN et al., 2009; SEXTON et al., 2006).

Estudo realizado na Austrália revelou o efeito do estresse na saúde física dos participantes e a sua relação com a fadiga crônica e insatisfação no trabalho. A percepção do estresse é influenciada por parâmetros organizacionais e por fatores

ambientais, tais como: trabalho em tempo integral, horário de trabalho e temperaturas inadequadas. Outras fontes de estresse no trabalho também foram identificadas, tais como salário inadequado, insegurança, falta de apoio dos gestores, trabalho excessivo e ausência de plano de carreira, que resultam em alta rotatividade (MOSADEGHRAD, 2013; TRIPODI et al., 2012).

No que diz respeito aos efeitos do estresse na qualidade da assistência e na segurança do paciente, acredita-se que elevados níveis de estresse prejudicam a concentração, o processamento das informações e a tomada de decisão, favorecendo os eventos adversos (ELFERING; SEMMER; GREBNER, 2006).

Assim como nas unidades de terapia intensiva, as unidades de emergência estão sujeitas a altos níveis de estresse devido aos procedimentos complexos, à tomada rápida de decisão e à realização de tarefas sob constante pressão. Logo, os profissionais que atuam nesses cenários são exigidos fisicamente e emocionalmente (HEALY; TYRRELL, 2011).

Para reduzir os níveis de estresse no contexto das urgências e emergências, recomenda-se equilibrar as escalas de trabalho com horas de descanso; desenvolver programas de bem-estar que apoiam um estilo de vida saudável; desenvolver e aplicar políticas de gerenciamento do estresse; além de melhorar as condições de trabalho e favorecer a igualdade de remuneração (BELLAGAMBA et al., 2015; MOSADEGHRAD, 2013; RICE et al., 2014).

4.5 Percepção dos participantes quanto ao domínio “Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital”

Enquanto o domínio “Satisfação no Trabalho” obteve o maior escore entre os participantes do estudo, o domínio “Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital” apresentou o menor escore, ou seja, a maioria (101; 80,8%) possui percepção desfavorável ao clima de segurança quanto para este domínio (Tabela 12).

Tabela 12 - Percepção do clima de segurança para o domínio “Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital”, segundo gênero, cargo e tempo na especialidade. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Variáveis		<75 n (%)	>75 n (%)	T n (%)	X ²	GL	p*
Gênero	Homem	44 (35,2)	9 (7,2)	53 (42,4)	0,0965	1	0,7561
	Mulher	57 (45,6)	15 (12)	72 (57,6)			
	Total	101 (80,8)	24 (19,2)	125 (100)			
Cargo**	Médico da equipe responsável	16 (15)	2 (1,9)	18 (16,8)	2,4384	3	0,4865
	Enfermeiro	15 (14)	3 (2,8)	18 (16,8)			
	Auxiliar/Técnico de enfermagem	33 (30,8)	10 (9,3)	43 (40,2)			
	Técnico em radiologia	25 (23,4)	3 (2,8)	28 (26,2)			
	Total	89 (83,2)	18 (16,8)	107 (100)			
Tempo na Especialidade	6 a 11 meses	5 (4)	2 (1,6)	7 (5,6)	0,8380	5	0,9745
	1 a 2 anos	11 (8,8)	3 (2,4)	14 (11,2)			
	3 a 4 anos	10 (8)	3 (2,4)	13 (10,4)			
	5 a 10 anos	17 (13,6)	3 (2,4)	20 (16)			
	11 a 20 anos	26 (20,8)	6 (4,8)	32 (25,6)			
	21 anos ou mais	32 (25,6)	7 (5,6)	39 (31,2)			
	Total	101 (80,8)	24 (19,2)	125 (100)			

X² = Qui-Quadrado de Pearson; GL = Graus de Liberdade; p = p-valor do teste.

*significativo se <0,05

**não foram incluídos os cargos com menor número de participantes: psicólogo, assistente social, escriturários, suporte ambiental (pessoal da limpeza), equipe de distribuição e auxiliares de saúde.

A maioria dos participantes (76; 60,8%) discordou que o dimensionamento de pessoal e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes atendidos. Os participantes também discordaram que os profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva, tanto no hospital (56; 44,8%) como na unidade (51; 40,8%). De modo geral, os participantes desaprovam as ações da gerência da UE quanto às questões de segurança do paciente (Tabela 13).

Tabela 13 – Frequência de respostas dos participantes para os itens do domínio “Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital” (N = 125). Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Itens do SAQ	DT n (%)	DP n (%)	Neutro n (%)	CP n (%)	CT n (%)	NA n (%)
24. A administração apoia meus esforços diários (administração do hospital)	43 (34,4)	22 (17,6)	21 (16,8)	19 (15,2)	15 (12)	4 (3,2)
24. A administração apoia meus esforços diários (administração da unidade)	28 (22,4)	23 (18,4)	14 (11,2)	34 (27,2)	24 (19,2)	2 (1,6)
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (administração do hospital)	29 (23,2)	22 (17,6)	20 (16)	30 (24)	18 (14,4)	6 (4,8)
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (administração da unidade)	26 (20,8)	23 (18,4)	17 (13,6)	32 (25,6)	23 (18,4)	3 (2,4)
26. A administração está fazendo um bom trabalho (administração do hospital)	24 (19,2)	27 (21,6)	25 (20)	29 (23,2)	18 (14,4)	1 (0,8)
26. A administração está fazendo um bom trabalho (administração da unidade)	18 (14,4)	22 (17,6)	20 (16)	38 (30,4)	26 (20,8)	0 (0)
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa (administração do hospital)	37 (29,6)	19 (15,2)	26 (20,8)	20 (16)	17 (13,6)	5 (4)
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa (administração da unidade)	31 (24,8)	20 (16)	27 (21,6)	23 (18,4)	20 (16)	3 (2,4)
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a) (administração do hospital)	25 (20)	30 (24)	20 (16)	27 (21,6)	16 (12,8)	6 (4,8)
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a) (administração da unidade)	21 (16,8)	26 (20,8)	13 (10,4)	41 (32,8)	20 (16)	3 (2,4)
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes	44 (35,2)	32 (25,6)	3 (2,4)	28 (22,4)	17 (13,6)	1 (0,8)

DT= Discordo Totalmente; DP= Discordo Parcialmente; Neutro; CP= Concordo Parcialmente; CT= Concordo Totalmente; NA= Não se Aplica.

Diversos pesquisadores obtiveram os menores escores para o domínio “Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital” e afirmaram que este é fator determinante para a segurança do paciente. Para melhorar a percepção dos profissionais de saúde quanto ao papel dos líderes organizacionais, sugere-se criar um ambiente de trabalho que propicie o diálogo aberto sobre os incidentes e eventos adversos, e não punitivo. Além disso, é preciso investir em programas de treinamento dos profissionais em favor da segurança do paciente (CARVALHO; CASSIANI, 2012; CAUDURO et al., 2015; HUANG et al., 2007; KRISTENSEN et al., 2015; LEE et al., 2010; RAFTOPOULOS; PAVLAKIS, 2013; RELIHAN et al., 2009; RIGOBELLO et al., 2012; SEXTON et al., 2006; TAYLOR, 2008).

Destaca-se, ainda, que este foi o domínio que apresentou o maior número de respostas ausentes entre os participantes do estudo, com mais de 5% de dados ausentes em todos os itens do domínio. O elevado número de respostas ausentes pode estar relacionado ao medo dos profissionais de sofrerem represálias por parte da gerência. A fim de melhorar a relação entre a gerência e os profissionais, é imprescindível que as instituições adotem uma cultura justa, onde as pessoas se sintam confortáveis para reportar os incidentes e eventos adversos e para falar abertamente sobre o assunto. Sugere-se, também, que as instituições reavaliem o processo de comunicação entre gerentes e profissionais da linha de frente do atendimento, estimulem a notificação voluntária dos incidentes e eventos adversos, e estabeleçam uma liderança efetiva em favor da segurança do paciente (CARVALHO; CASSIANI, 2012; SANTOS; SILVA, 2003).

4.6 Percepção dos participantes quanto ao domínio “Condições de Trabalho”

O sexto e último domínio avaliado pelo SAQ também apresentou uma percepção desfavorável quanto ao clima de segurança do paciente, resultado semelhante aos estudos nacionais e internacionais. Observou-se que apenas os participantes com 1 a 2 anos de tempo na especialidade acreditam que o clima de segurança é favorável para o domínio “Condições de Trabalho” (Tabela 14). No

entanto, não houve diferença estatística significativa entre a percepção das “Condições de Trabalho” e as variáveis estudadas (CARVALHO; CASSIANI, 2012; CAUDURO et al., 2015; LEE et al., 2010; RELIHAN et al., 2009; SEXTON et al., 2006)

Tabela 14 - Percepção do clima de segurança para o domínio “Condições de Trabalho”, segundo gênero, cargo e tempo na especialidade. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Variáveis		<75 n (%)	>75 n (%)	T n (%)	X ²	GL	p*
Gênero	Homem	31 (24,8)	22 (17,6)	53 (42,4)	0,072	1	0,7884
	Mulher	45 (36)	27 (21,6)	72 (57,6)			
	Total	76 (60,8)	49 (39,2)	125 (100)			
Cargo**	Médico da equipe responsável	10 (9,3)	8 (7,4)	18 (16,8)	2,1258	3	0,5467
	Enfermeiro	13 (12,2)	5 (4,7)	18 (16,8)			
	Auxiliar/Técnico de enfermagem	28 (26,2)	15 (14)	43 (40,2)			
	Técnico em radiologia	15 (14)	13 (12,2)	28 (26,2)			
	Total	66 (61,7)	41 (38,3)	107 (100)			
Tempo na Especialidade	6 a 11 meses	4 (3,2)	3 (2,4)	7 (5,6)	5,2653	5	0,3844
	1 a 2 anos	6 (4,8)	8 (6,4)	14 (11,2)			
	3 a 4 anos	8 (6,4)	5 (4)	13 (10,4)			
	5 a 10 anos	15 (12)	5 (4)	20 (16)			
	11 a 20 anos	22 (17,6)	10 (8)	32 (25,6)			
	21 anos ou mais	21 (16,8)	18 (14,4)	39 (31,2)			
	Total	76 (60,8)	49 (39,2)	125 (100)			

X² = Qui-Quadrado de Pearson; GL = Graus de Liberdade; p = p-valor do teste.

*significativo se <0,05

**não foram incluídos os cargos com menor número de participantes: psicólogo, assistente social, escriturários, suporte ambiental (pessoal da limpeza), equipe de distribuição e auxiliares de saúde.

Para este domínio, 67 (53,6%) participantes acreditam que o hospital faz um bom trabalho ao treinar novos membros da equipe (Tabela 15).

Tabela 15 – Frequência de respostas dos participantes para os itens do domínio “Condições de Trabalho” (N = 125). Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Itens do SAQ	DT n (%)	DP n (%)	Neutro n (%)	CP n (%)	CT n (%)	NA
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	20 (16)	25 (20)	12 (9,6)	34 (27,2)	33 (26,4)	1 (0,8)
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	15 (12)	19 (15,2)	11 (8,8)	33 (26,4)	34 (27,2)	13 (10,4)
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados	17 (13,6)	17 (13,6)	17 (13,6)	33 (26,4)	22 (17,6)	18 (14,4)

DT= Discordo Totalmente; DP= Discordo Parcialmente; Neutro; CP= Concordo Parcialmente; CT= Concordo Totalmente; NA= Não se Aplica.

Resultado semelhante foi observado por Wisniewski (2007), onde 68% dos participantes concordaram com a afirmação de que o hospital faz um bom trabalho ao treinar novos membros da equipe. Ressalta-se que este domínio se refere à percepção dos participantes quanto à qualidade do ambiente de trabalho. Há evidências de que as condições de trabalho influenciam no clima de segurança do paciente, especialmente no contexto das unidades de emergência, locais propícios à superlotação e aos eventos adversos. Os fatores ambientais também podem afetar as condições de trabalho e melhorar a eficiência dos profissionais, como por exemplo, iluminação adequada e controle da temperatura (BRASIL, 2014; HICKAM et al., 2003; STONE et al., 2007).

As condições de trabalho influenciam os resultados alcançados pelos pacientes, como foi observado nos estudos voltados para a assistência aos pacientes com úlceras por pressão, para a redução da infecção hospitalar e dos índices de mortalidade. Neste contexto, a busca por melhorias das condições de trabalho dos profissionais de saúde deve ser incentivada para que proporcionem um atendimento seguro e de qualidade aos pacientes. Estas melhorias devem focar o clima organizacional favorável, o nível de estresse dos profissionais, os salários e o gerenciamento dos recursos humanos e materiais (HICKAM et al., 2003; STONE et al., 2007).

4.7 Percepção dos participantes quanto aos itens 14, 33, 34, 35 e 36

No que se refere à análise dos itens 14, 33, 34, 35 e 36, que não pertencem a domínio algum, 79 (63,2%) participantes concordaram que falhas na comunicação são comuns e que resultam em atrasos no atendimento (Tabela 16).

Tabela 16 – Frequência de respostas dos participantes para os itens 14, 33, 34, 35 e 36 (N = 125). Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Itens do SAQ	DT n (%)	DP n (%)	Neutro n (%)	CP n (%)	CT n (%)	NA n (%)
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração	27 (21,6)	31 (24,8)	23 (18,4)	26 (20,8)	12 (9,6)	5 (4)
33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área	6 (4,8)	16 (12,8)	4 (3,2)	54 (43,2)	40 (32)	3 (2,4)
34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área	9 (7,2)	19 (15,2)	11 (8,8)	54 (43,2)	31 (24,8)	1 (0,8)
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área	9 (7,2)	7 (5,6)	36 (28,8)	28 (22,4)	20 (16)	25 (20)
36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns*	14 (11,2)	18 (14,4)	11 (8,8)	47 (37,6)	32 (25,6)	3 (2,4)

DT= Discordo Totalmente; DP= Discordo Parcialmente; Neutro; CP= Concordo Parcialmente; CT= Concordo Totalmente; NA= Não se Aplica.

*Item Reverso.

Estudo chinês também identificou que mais da metade dos participantes reconheceram que as falhas na comunicação prejudicam a qualidade da assistência. No entanto, em estudo realizado em centros cirúrgicos brasileiros, apenas 28,2% dos participantes concordaram com esta afirmação. Assim como nas unidades de terapia intensiva, as unidades de urgência e emergência são ambientes desafiadores e estressantes porque requer tomada de decisão rápida e assertiva. Logo, a complexidade e a gravidade dos pacientes podem favorecer as falhas na

comunicação entre equipes e resultar em eventos adversos (LEE et al., 2010; NASCIMENTO et al., 2014; PRONOVOST et al., 2006; QUITERIO, 2014).

Quando se trata da colaboração dos participantes da pesquisa com médicos, enfermeiros e farmacêuticos atuantes na UE, a maioria afirmou ter boa colaboração com estes profissionais, resultado este semelhante ao encontrado nos estudos brasileiro e chinês. Estes resultados revelam que os profissionais se unem a partir de um mesmo objetivo e privilegiam as relações amistosas para melhorar a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; CAUDURO et al., 2015; LEE et al., 2010)

Observou-se na presente pesquisa que o clima de segurança na UE é desfavorável e que este pode interferir nos resultados dos pacientes por favorecer os eventos adversos. A instituição necessita focar na cultura de segurança do paciente e investir em estratégias voltadas para a melhoria do clima de segurança.

A pesquisa apresentou limitações. Observou-se um número reduzido de participantes em determinadas categorias profissionais, tais como chefe de enfermagem, psicólogo, assistente social, escriturários, auxiliares de saúde e funcionários do setor da limpeza e da distribuição, impossibilitando a comparação dos resultados entre todas as categorias. Outra limitação foi a relutância dos participantes em preencher os itens do domínio “Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital”, apesar de ter sido garantido o anonimato dos participantes. A escassez de estudos voltados para a avaliação do clima de segurança em unidades de atendimento às urgências e emergências inviabilizou a comparação entre os resultados desta pesquisa e os dos demais estudos nacionais e internacionais.

5 Conclusões

5 CONCLUSÕES

O objetivo geral da pesquisa foi avaliar o clima de segurança do paciente sob a perspectiva dos profissionais atuantes nas unidades de atendimento às urgências e emergências da UE-HCFMRP. Por meio dos seis domínios existentes no SAQ, foi possível avaliar as atitudes, o clima de trabalho em equipe, a satisfação profissional, as condições de trabalho e os fatores estressores dos participantes. Os resultados demonstraram uma percepção desfavorável do clima de segurança. No entanto, não houve diferenças significativas quando analisadas as variáveis gênero, cargo e tempo na especialidade.

No geral, a satisfação no trabalho foi demonstrada pela maioria dos participantes do estudo, evidenciando como eles se sentem em relação à instituição. Entretanto, os baixos escores dos participantes quanto à percepção da gerência hospitalar e da unidade podem indicar o medo de represálias e a discordância dos participantes quando tratava-se das ações da gerência em relação às questões de segurança. Revelou-se também o reconhecimento dos participantes em relação ao estresse e às condições de trabalho na unidade de emergência, ambiente complexo, desafiador, dinâmico e vulnerável aos eventos adversos.

Os resultados desta pesquisa possibilitarão aos gestores da UE elaborar e implantar intervenções específicas para a melhoria do clima de segurança do paciente. Como sugestões para a melhoria do clima de segurança do paciente, tem-se o envolvimento dos profissionais quanto às questões de segurança, a adoção de uma cultura não punitiva, o uso de ferramentas para avaliar e melhorar o trabalho em equipe, a comunicação e as condições de trabalho e o desenvolvimento de medidas válidas para avaliar o progresso da segurança do paciente nas unidades de emergência a fim de reduzir os incidentes e os eventos adversos e melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes. A partir deste estudo, sugere-se aplicação do SAQ em pesquisas futuras no âmbito das urgências e emergências, setor este considerado de alto risco e com implicações importantes para a segurança do paciente.

Referências

REFERÊNCIAS

ABOSHAIAH, A.E. **Barriers in Reporting Medication Administration Errors as Perceived by Nurses in Saudi Arabia**". Middle-East J. Sci. Res., 17 (2): 130-136, 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde**. v.1 n. 1 Jan-jul 2011. Brasília: GGES/ANVISA, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Ed. 1. Brasília: GVIMS/GGESVISA, 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Apresentação**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Pos+-+Comercializacao+-+Pos+-+Uso/Rede+Sentinela/Assunto+de+Interesse/Apresentacao>>. Acesso em: 21 abr. 2015.

AGUILAR-DA-SILVA, R.H.; SCAPIN, L.T.; BATISTA, N.A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Revista da Avaliação da Educação Superior** (Campinas), v. 16, p. 165-184, 2011.

AIKEN, L.H.; et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, **JAMA**, v. 288: United States, p. 1987-93, 2002.

ALLUE, N.; et al. Assessing the economic impact of adverse events in Spanish hospitals by using administrative data. **Gac Sanit**, v. 28, p. 48-54, 2014.

ASEGID, A.; BELACHEW, T.; YIMAM, E. Factors Influencing Job Satisfaction and Anticipated Turnover among Nurses in Sidama Zone Public Health Facilities, South Ethiopia. **Nursing Research and Practice**, vol. 2014, Article ID 909768, 26 pages, 2014.

BATISTA, K.D.M.; BIANCHI, E.R.F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, p. 534-539, 2006.

BEATON, D.; et al. Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. **New York: American Academy of Orthopaedic Surgeons**, p. 1-9, 2002.

BELLAGAMBA, G.; et al. Organizational factors impacting job strain and mental quality of life in emergency and critical care units. **Int J Occup Med Environ Health**, v. 28, p. 357-67, 2015.

BHATNAGAR, K.; SRIVASTAVA, K. Job satisfaction in health-care organizations. **Industrial Psychiatry Journal**, v. 21, p. 75-78, 2012.

BIGHAM, B.L.; et al. Patient safety in emergency medical services: executive summary and recommendations from the Niagara Summit. **Canadian Journal of Emergency Medicine**, v. 13, p. 13-18, 2011.

BOGNAR, A.; et al. Errors and the burden of errors: attitudes, perceptions, and the culture of safety in pediatric cardiac surgical teams. **Ann Thorac Surg**, v. 85, p. 1374-81, 2008.

BOYSEN, P.G. Just culture: a foundation for balanced accountability and patient safety. **Ochsner J**, v. 13, p. 400-6, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 40 p.: il.; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.224/GM em 5 de dezembro de 2002. **Estabelecer o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.htm>>. Acesso em: 03 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 abr. Seção 1, p. 43. 2013a.

BRASIL. Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jul. Seção 1, p. 32. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. Seção 1, p. 59. 2013c.

BRILLI, R.J.; et al. A comprehensive patient safety program can significantly reduce preventable harm, associated costs, and hospital mortality. **J Pediatr**, v. 163, p. 1638-45, 2013.

CALDER, L.; et al. Adverse events in patients with return emergency department visits: **BMJ Quality & Safety**, *online*, 1-7, 2014.

CAMARGO, C.A.; et al. Safety climate and medical errors in 62 US emergency departments. **Ann Emerg Med**, v. 60, n. 5, p. 555-563, 2012.

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE. **Canadian Framework for Teamwork and Communications**. 2011. Disponível em: <<http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/teamworkCommunication/Documents/Canadian%20Framework%20for%20Teamwork%20and%20Communications.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

CARVALHO, R.E.F.L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança**. 2011. 173 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CARVALHO, R.E.F.L.D.; CASSIANI, S.H.D.B. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, p. 575-582, 2012.

CAUDURO, F.L.; et al. Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico: **Cogitare Enfermagem**. v. 20, n. 1, 2015.

CHABOYER, W.; et al. Safety culture in australian intensive care units: establishing a baseline for quality improvement. **American Journal of Critical Care**, v. 22, p. 93-103.

CHAULAGAIN, N.; KHADKA, D.K. Factors Influencing Job Satisfaction Among Healthcare Professionals At Tilganga Eye Centre, Kathmandu, Nepal. **TE International Journal of Scientific & Technology Research**;, Vol. 1 Issue 11, p32, 2012.

CLASSEN, D.C., et al. 'Global Trigger Tool' Shows That Adverse Events In Hospitals May Be Ten Times Greater Than Previously Measured. **Health Affairs**, v. 30, p. 581-589, 2011.

COLLA, J.B., et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Qual Saf Health Care**, v. 14, p. 364-6, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html>. Acesso em: 10 mai. 2015.

COOPER, M.D. Towards a model of safety culture. **Safety Science**, v. 36, n. 2, p. 111-136, 2000.

COX, S.; FLIN, R. Safety culture: Philosopher's Stone or mano f straw? **Work & Stress**, v. 12, n. 3, p. 189-201, 1998.

DEILKAS, E.T.; HOFLOSS, D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). **BMC Health Serv Res**, v. 8, p. 191, 2008.

DEILKAS, E.; HOFLOSS, D. Patient safety culture lives in departments and wards: multilevel partitioning of variance in patient safety culture. **BMC Health Serv Res**, v. 10, p. 85, 2010.

DEVRIENDT, E.; et al. Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the Safety Attitudes Questionnaire: an observational study. **Int J Nurs Stud**, v. 49, p. 327-37, 2012.

DUGAN, J.; et al. Stressful nurses: the effect on patient outcomes. **J Nurs Care Qual**, v. 10, p. 46-58, 1996.

ELFERING, A.; SEMMER, N.K.; GREBNER, S. Work stress and patient safety: observer-rated work stressors as predictors of characteristics of safety-related events reported by young nurses. **Ergonomics**, v. 49, p. 457-69, 2006.

ETCHEGARAY, J.M.; THOMAS, E.J. Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. **BMJ QUALITY & SAFETY**, v. 21, p. 490-498, 2012.

FIRTH-COZENS, J. Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork. **Quality in Health Care: QHC**, v. 10, p. ii26-ii31, 2001.

FLIN, R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis: **Safety Science**, v. 45, p. 653-667, 2007.

FLIN, R.; et al. Measuring safety climate in health care. **Qual Saf Health Care**, v. 15, p. 109-15, 2006.

FRANCE, D.J.; et al. Measuring and comparing safety climate in intensive care units: **Med Care**, v. 48, p. 279-84, 2010.

FRANÇOLIN, L.; et al. Patient safety management from the perspective of nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 0277-0283, 2015.

FREEBORN, D.K.; HOOKER, R.S. Satisfaction of physician assistants and other nonphysician providers in a managed care setting. **Public Health Reports**, v. 110, p. 714-719, 1995.

GABRANI, A.; et al. Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: a cross-sectional study, **BMJ Open**, v. 5. **England, Published by the BMJ Publishing Group Limited**. 2015.

GERSHON, R.R.; et al. Measurement of organizational culture and climate in healthcare. **J Nurs Adm**, v. 34, p. 33-40, 2004.

GÖRAS, C.; et al. Swedish translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operating room version). **BMC Health Serv Res**, v. 13, p. 104, 2013.

GUERRER, F.J.L.; BIANCHI, E.R.F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, p. 355-362, 2008.

GUIDO, L.d.A.; et al. Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 1434-1439, 2011.

HEALY, S.; TYRREL, M. Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. **Emerg Nurse**, v. 19, p. 31-7, 2011.

HICKMAM, D.H.; et al. The effect of health care working conditions on patient safety. **Evid Rep Technol Assess** (Summ), p. 1-3, 2003.

HOFMANN, D.A.; MARK, B. An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. **Personnel Psychology**, v. 59, p. 847-869, 2006.

HOLDEN, L.M.; WATTS, D.D.; WALKER, P.H. Communication and collaboration: it's about the pharmacists, as well as the physicians and nurses. **Qual Saf Health Care**, v. 19, p. 169-72, 2010.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Gestão de Qualidade**. Disponível em: <<http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload%5CGest%C3%A3o%20de%20Qualidade.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO. **A Unidade de Emergência**. Disponível em: <<http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/informacao-galeria.aspx?id=67&ref=5&refV=46>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO. **Atendimentos de Urgência**. Disponível em: <

<http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/informacao.aspx?id=66&ref=5&refV=29>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

HUANG, D.T.; et al. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. **Crit Care Med**, v. 35, p. 165-76, 2007.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **Develop a Culture of Safety**. Disponível em: <<http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/DevelopaCultureofSafety.aspx>>. Acesso em: 15 mai. 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM) in P. Aspden, J. M. Corrigan, J. Wolcott, and S. M. Erickson, eds., **Patient Safety: Achieving a New Standard for Care**. Washington DC, 2004 by the National Academy of Sciences. 2004.

INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY (IAEA). **Safety culture in nuclear installations: guidance for use in the enhancement of safety culture**. Vienna, 2002.

JEPSON, Z.; et al. Emergency department patient safety incident characterization: an observational analysis of the findings of a standardized peer review process. **BMC Emergency Medicine**, v. 14, n. 1, p. 20, 2014.

JHA, A.K.; et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies, **BMJ Qual Saf**, v. 22: England, p. 809-15, 2013.

JONES, F.; PODILA, P.; POWERS, C. Creating a culture of safety in the emergency department: the value of teamwork training. **J Nurs Adm**, v. 43, n. 4, p. 194-200, Apr 2013.

KAUSHAL, R.; et al. Costs of adverse events in intensive care units. **Crit Care Med**, v. 35, p. 2479-83, 2007.

KAWANO, T.; et al. Improvement of teamwork and safety climate following implementation of the WHO surgical safety checklist at a university hospital in Japan. **J Anesth**, v. 28, p. 467-70, 2014.

KAYA, S.; BARSBAY, S.; KARABULUT, E. The Turkish version of the safety attitudes questionnaire: psychometric properties and baseline data. **Qual Saf Health Care**, v. 19, p. 572-7, 2010.

KHO, M.E.; et al. The climate of patient safety in a Canadian intensive care unit. **J Crit Care**, v. 24, p. 469.e7-13, 2009.

KIMBERLIN, C.L.; WINTERSTEIN, A.G. Validity and reliability of measurement instruments used in research. **Am J Health Syst Pharm**, v. 65, n. 23, p. 2276-84, 2008.

KRISTENSEN, S.; et al. Adaption and validation of the Safety Attitudes Questionnaire for the Danish hospital setting. **Clin Epidemiol**, v. 7: New Zealand, p. 149-60, 2015.

KRUG, S.E.; FRUSH, K. Patient safety in the pediatric emergency care setting. **Pediatrics**, v. 120, p. 1367-75, 2007.

LEAPE, L.L. Errors in medicine. **Clin Chim Acta**, v. 404, p. 2-5, 2009.

LEAPE, L.L.; et al. Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group. **Jama**, v. 274, p. 35-43, 1995.

LEE, W.C.; et al. Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version Safety Attitude Questionnaire. **BMC Health Serv Res**, v. 10, p. 234, 2010.

LIKERT, R.A. A Technique for the Measurement of Attitudes. **Archives of Psychology**, v. 140, p. 1-55, 1932.

LIMA, G.F.; BIANCHI, E.R.F. Estresse entre enfermeiros hospitalares e a relação com as variáveis sociodemográficas. **Rev. Min. Enferm.**; v. 14 n. 2, p. 210-218, 2010.

LUFT, C.D.B. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Rev Saúde Pública**; v. 41, n. 4, p. 606-15, 2007.

MAGDELIJNS, F.J.; et al. Direct health care costs of hospital admissions due to adverse events in The Netherlands. **Eur J Public Health**, v. 24, p. 1028-33, 2014.

MAYO, A.M.; DUNCAN, D. Nurse perceptions of medication errors: what we need to know for patient safety. **J Nurs Care Qual**, v. 19, p. 209-17, 2004.

MAZZOCCO, K.; et al. Surgical team behaviors and patient outcomes, **Am J Surg**, v. 197: United States, p. 678-85, 2009.

MENDES, W.; et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, p. 279-284, 2009.

MODAK, I.; et al. Measuring safety culture in the ambulatory setting: the safety attitudes questionnaire - ambulatory version. **Journal of General Internal Medicine**, v. 22, p. 1-5, 2007.

MOSADEGHRAD, A.M. Occupational Stress and Turnover Intention: Implications for Nursing Management. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 1, p. 169-176, 2013.

NASCIMENTO, V.C.; et al. Comunicação entre médicos e enfermeiros como instrumento básico do cuidar dentro da unidade de terapia intensiva. EFDeportes.com, **Revista Digital, Buenos Aires**, Año 18, N° 190, Marzo de 2014. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd190/comunicacao-entre-medicos-e-enfermeiros.htm>>. Acesso em: 19 jul. 2015.

NAVEH, E.; KATZ-NAVON, T.; STERN, Z. Treatment Errors in Healthcare: A Safety Climate Approach. **Management Science**, v. 51, p. 948-960, 2005.

NEEDLEMAN, J.; et al. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. **N Engl J Med**, v. 346. United States, p. 1715-22, 2002.

NIEVA, V.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual Saf Health Care**, v. 12 Suppl 2, p. ii17-23, 2003.

NORDEN-HAGG, A.; et al. Assessing safety culture in pharmacies: the psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. **BMC Clin Pharmacol**, v. 10, p. 8, 2010.

O'LEARY, K. J., et al. Interdisciplinary teamwork in hospitals: a review and practical recommendations for improvement. **J Hosp Med**, v. 7, p. 48-54., 2012.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da Escala de Estresse no Trabalho. **Estudos de Psicologia**, 9(1), 45-52, 2004.

PATTERSON, M. D.; et al. Impact of multidisciplinary simulation-based training on patient safety in a paediatric emergency department. **BMJ Quality & Safety**, v. 22, p. 383-393, 2013.

PATTERSON, P.D.; et al. The emergency medical services safety attitudes questionnaire. **American Journal of Medical Quality**, v. 25, p. 109-115, 2010.

PETTKER, C.M.; et al. A comprehensive obstetrics patient safety program improves safety climate and culture: American journal of obstetrics and gynecology, v. 204, p. 216.e1-216.e6, 2011.

PIMENTA, A.M. **Controlo de Formulações Farmacêuticas Baseado em Sistemas de Exactidão Aferida**. 2003. 209 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Farmácia, Universidade do Porto, Porto, 2003

POLEY, M.J.; et al. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. **Pediatric Crit Care Med**, v. 12, p. e310-6, 2011.;

PROFIT, J.; et al. The Safety Attitudes Questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the NICU. **Archives of Disease in Childhood -- Fetal & Neonatal Edition**, v. 97, p. F127-32, 2012.

PRONOVOST, P.; SEXTON, B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. **Qual Saf Health Care**, v. 14: England, p. 231-3, 2005.

PRONOVOST, P.J.; et al. Toward learning from patient safety reporting systems. **J Crit Care**, v. 21, p. 305-15, 2006.

PROUDFOOT, J.; et al. Team climate for innovation: what difference does it make in general practice? **Int J Qual Health Care**, v. 19: England, p. 164-9, 2007.

QUITÉRIO, L.M. **Eventos adversos causados por falhas gerenciais de comunicação em unidade de terapia intensiva**. 97 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2014. Orientador: Profa. Dra. Márcia Cristina Zago Novaretti, 2014.

RAFTOPOULOS, V.; PAVLAKIS, A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the safety attitudes questionnaire. **J Crit Care**, v. 28, p. 51-61, 2013.

RASMUSSEN, K.; et al. Work environment influences adverse events in an emergency department. In: (Ed.). **Dan Med J**. Denmark, v.61, 2014.

RELIHAN, E.; et al. Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit. **Ir J Med Sci**, v. 178, p. 433-9, 2009.

RICE, V.; et al. Exploring physical health perceptions, fatigue and stress among health care professionals. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 7, p. 155-161, 2014.

RIGOBELLO, M.C.G.; et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, p. 728-735, 2012.

ROSENSTEIN, A.H.; NAYLOR, B. Incidence and impact of physician and nurse disruptive behaviors in the emergency department. **J Emerg Med**, v. 43, p. 139-48, 2012.

ROTTENKOLBER, D.; HASFORD, J; STAUSBERG, J. Costs of adverse drug events in German hospitals--a microcosting study. **Value Health**, v. 15, p. 868-75, 2012.

SANTOS, M.C.; et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Rev Port Saúde Pública**. 2010; 28 (vol. temático 10): 47-57. Disponível em:

<<http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3120/1/Comunica%C3%A7%C3%A3o%2>

0em%20sa%C3%BAde%20e%20a%20seguran%C3%A7a%20do%20doente.pdf>.
Acesso em: 10 mai. 2015.

SANTOS, A. E.D.; PADILHA, K.G. Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, p. 429-433, 2005.

SANTOS, K.M.A.B.D.; SILVA, M. J.P.D. Comunicação entre líderes e liderados: visão dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, p. 97-108, 2003.

SCOTT, T.; et al. The quantitative measurement of organizational culture in health care: a review of the available instruments. **Health Serv Res**, v. 38, p. 923-45, 2003.

SEXTON, J.B.; et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Serv Res**, v. 6, p. 44, 2006.

SIMONETTI S.H.; et al. Avaliação do estresse de enfermeiros assistenciais no ensino à distância. **J. Health Inform.** Julho-Setembro; 5(3): 86-90, 2013

SPINDOLA, T.; SANTOS, R.D.S. Mulher e trabalho: a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, p. 593-600, 2003.

STANG, A.S.; et al. Adverse Events Related to Emergency Department Care: A Systematic Review. **PLoS ONE**, v. 8, p. e74214, 2013.

STONE, P.W., et al. Nurse working conditions and patient safety outcomes. **Med Care**, v. 45, p. 571-8, 2007.

TAYLOR, J.A. **Utility of patient safety case finding methods and associations among organizational safety climate, nurse injuries, and errors**. Ph.D. thesis, The Johns Hopkins University, Ann Arbor, 178-n/a p, 2008.

TAYLOR, J.A.; PANDIAN, R. A dissonant scale: stress recognition in the SAQ. **BMC Res Notes**, v. 6, p. 302, 2013.

TEJEDOR FERNÁNDEZ, M., et al. Design and implementation of a patient safety program for a hospital emergency department: how to do it a patient safety culture. **Emergencias** (Sant Vicenç dels Horts), v. 25, p. 218-227, 2013.

TOBAIQY, M.; STEWART, D. Exploring health professionals' experiences of medication errors in Saudi Arabia. **Int J Clin Pharm**, v. 35, p. 542-5, 2013.

TRIPODI, D.; et al. Stress perception among employees in a French University Hospital. **Occup Med** (Lond), v. 62, p. 216-9, 2012.

ULANIMO, V. M.; O'LEARY-KELLEY, C.; CONNOLLY, P. M. Nurses' perceptions of causes of medication errors and barriers to reporting. **J Nurs Care Qual**, v. 22, p. 28-33, 2007.

VERBEEK-VAN NOORD, I.; et al. Is culture associated with patient safety in the emergency department? A study of staff perspectives. In: (Ed.). **Int J Qual Health Care**. England, v.26, p.64-70, 2014.

VINCENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. Tradução Rogério Videira; São Caetano do Sul. São Paulo: Yendis Editora, 2009.

WEARS, R.L.; et al. A. Reflective analysis of safety research in the hospital accident & emergency departments. **Appl Ergon**, v. 41, p. 695-700, 2010.

WIEGMANN, D.A.; THADEN T.L.; GIBBONS, A.M. A review of safety culture theory and its potential application to traffic safety. **Foundation for Traffic Safety**, 2007.

WISNIEWSKI, A. M.; et al. Assessment of safety attitudes in a skilled nursing facility. **Geriatr Nurs**, v. 28, p. 126-36, 2007.

WORLD HEALTH ORGNIZATION (WHO). **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>>. Acesso em: 25 ago. 2012.

YATES, G.R.; et al. Sentara Norfolk General Hospital: accelerating improvement by focusing on building a culture of safety. **Jt Comm J Qual Saf**, v. 30, p. 534-42, 2004.

ZEGERS, M.; et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. **Qual Saf Health Care**, v. 18, p. 297-302, 2009.

ZOHAR, D. Safety climate: conceptual and measurement issues. In: Quick, J., Tetrick, L. **Handbook of Occupational Health Psychology**. (Eds.). Washington, DC: American Psychological Association, 2003. p. 201-230.

ZWART, D.L.; et al. Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of 'SCOPE'. **BMC Fam Pract**, v. 12: England, p. 117, 2011.

Apêndice

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TÍTULO DA PESQUISA: “Avaliação da cultura de segurança do paciente sob a perspectiva de profissionais atuantes em uma Unidade de Emergência do interior do Estado de São Paulo”.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Mayara Carvalho Godinho Rigobello.

ORIENTADOR (A): Prof^a. Dr^a. Fernanda Raphael Escobar Gimenes de Sousa.

Prezado (a) Colega,

Venho por meio deste convidá-lo (a) para participar do estudo “**Avaliação da cultura de segurança do paciente sob a perspectiva de profissionais atuantes em uma Unidade de Emergência do interior do Estado de São Paulo**”, que tem por finalidade avaliar a cultura de segurança do paciente sob a perspectiva dos profissionais atuantes na Sala de Estabilização Clínica, na Sala de Trauma e no *Box* da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (UE-HCFMRP-USP).

Você será convidado (a) a responder o instrumento *Safety Attitudes Questionnaire.- Short Form (SAQ)* (2006), que tem por objetivo mensurar o clima de segurança percebido pelos profissionais em seu ambiente de trabalho. O instrumento é dotado de duas partes, sendo a primeira composta por 41 itens que contemplam seis domínios, sendo os quais Clima de Trabalho em Equipe, Satisfação no Trabalho, Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital, Clima de Segurança, Condições de Trabalho e Percepção do Estresse e, para cada item, haverá uma definição conceitual para que você atribua uma nota avaliativa, conforme o seu julgamento, baseada em uma escala do tipo Likert de cinco pontos. A segunda parte contém dados sociodemográficos, como sexo, categoria profissional e tempo de atuação na instituição. O instrumento é autorresponsivo e o tempo médio para o seu preenchimento é de 10 a 15 minutos. Você terá até sete dias para preenchê-lo e devolvê-lo a mim, em data e horário pré-definidos por você.

Gostaria de esclarecer que você poderá vivenciar sentimentos de insegurança e/ou desconforto ao responder questões relacionadas com a cultura organizacional e/ou com as relações chefe-profissional. Neste caso, você poderá se recusar a responder à (s) questão (ões), caso ache conveniente.

Será garantido total sigilo sobre a sua identidade e você tem o direito de deixar de participar da pesquisa em qualquer momento que julgar necessário, sem que isto traga prejuízos para a continuidade de suas atividades na Instituição. Você poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e suas respostas serão utilizadas respeitosamente, apenas, para fins de pesquisa. Informo, também, que você não terá despesas e nem ressarcimentos com o estudo.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG: _____, concordo em participar da pesquisa intitulada “Avaliação da cultura de segurança do paciente sob a perspectiva de profissionais atuantes em uma Unidade de Emergência do interior do Estado de São Paulo”, desenvolvida por Mayara Carvalho Godinho Rigobello e sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Fernanda Raphael Escobar Gimenes de Sousa, que tem por objetivo avaliar a cultura de segurança do paciente sob a perspectiva dos profissionais atuantes nas unidades de atendimento às urgências e emergências da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (UE-HCFMRP-USP).

Estou ciente que:

1. Minha participação contribuirá com a identificação dos aspectos da cultura organizacional que precisam ser trabalhados dentro da instituição e entre os profissionais;
2. Estarei participando da pesquisa por meio do preenchimento do instrumento *Safety Attitudes Questionnaire.- Short Form* 2006, validado e adaptado para a língua portuguesa por Carvalho em 2011, o qual contém uma escala do tipo Likert de cinco pontos e cuja finalidade é avaliar a cultura de segurança no contexto hospitalar por meio da análise do clima de segurança;
3. Levarei aproximadamente de 10 a 15 minutos para realizar o preenchimento do instrumento;

4. Terei até sete dias para devolver à pesquisadora, no próprio hospital, o instrumento preenchido, em data e horário pré-definidos por mim;
 5. Poderei me recusar a responder quaisquer perguntas que eu achar inconveniente ou inapropriada, sem que isso cause prejuízos para a continuidade de minhas atividades profissionais na instituição;
 6. Poderei vivenciar sentimentos de insegurança e/ou desconforto ao responder questões relacionadas com a cultura organizacional e/ou com as relações chefe-profissional. Neste caso, poderei me recusar a responder à (s) questão (ões), caso ache conveniente;
 7. Tenho consciência de que minhas respostas serão mantidas confidenciais e somente em poder da pesquisadora;
 8. Todos os dados confidenciais ao meu respeito serão mantidos em sigilo;
 9. Os resultados da pesquisa serão destinados à elaboração de trabalhos científicos e a possíveis publicações, e será garantido sigilo quanto a minha identificação na apresentação dos resultados;
 10. A pesquisadora se comprometerá a prestar quaisquer informações e esclarecimentos adicionais, diante de dúvidas a respeito da pesquisa que por ventura possam ocorrer. Neste, ou em caso de reclamação, será possível me comunicar com a pesquisadora através do telefone (16) 3602-3420 ou do e-mail mayara.godinho@usp.br;
 11. Tenho plena liberdade para recusar a participar da pesquisa, e estou ciente de que a retirada de meu consentimento poderá ocorrer em qualquer fase da pesquisa, quando eu considerar conveniente, sem que isso cause prejuízo para a continuidade de minhas atividades na Instituição;
 12. Receberei uma via deste termo assinada por mim e pela pesquisadora responsável;
 13. Não receberei pagamento de qualquer natureza por participar do estudo, tampouco haverá custos para mim em qualquer fase da pesquisa;
 14. Receberei indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;
- A seguir, assino em concordância com as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisa com seres humanos, representando o meu aceite em participar, como voluntário (a), da presente pesquisa.

Ribeirão Preto, ____/____/____.

Assinatura do (a) Participante

Pesquisadora Responsável:
Mayara Carvalho Godinho Rigobello
Enfermeira e Pós-Graduada da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade
de São Paulo (EERP-USP)
Av. dos Bandeirantes 3.900, Monte Alegre,
Ribeirão Preto – SP – CEP: 14.040-902
E-mail: mayara.godinho@usp.br
Tel.: (16) 3602-3420

Orientadora:
Fernanda R. E. Gímenes de Sousa
Profª. Drª da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
(EERP-USP)
Av. dos Bandeirantes 3.900, Monte Alegre,
Ribeirão Preto – SP – CEP: 14.040-902
E-mail: fregimenes@eerp.usp.br
Tel.: (16) 3602-3420

Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP para recursos ou reclamações:
Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900. Campus Universitário,
Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
Telefone: (16) 3602-3386. Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 17h00.

Anexos

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

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

POR FAVOR NÃO ESCREVA NESTA ÁREA

ANEXO B - Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 249/2013

Ribeirão Preto, 23 de Outubro de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 23 de outubro de 2013.

Protocolo CAAE: 15469713.0.0000.5393

Projeto: Avaliação da cultura de segurança do paciente sob a perspectiva de profissionais atuantes em uma Unidade de Emergência do interior do Estado de São Paulo.

Pesquisadores: Fernanda Raphael Escobar Gimenes de Sousa
Mayara Carvalho Godinho Rigobello

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª. Dr.ª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª. Dr.ª. Fernanda Raphael Escobar Gimenes de Sousa
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO C - Autorização para utilização do SAQ

De: Rhanna Emanuela <rhannalima@gmail.com>

Para: Mayara Carvalho Godinho <mayaratorrieri@yahoo.com.br>

Enviadas: Segunda-feira, 24 de Setembro de 2012 9:33

Assunto: Re: Dúvidas e Autorização Projeto Mestrado

Prezada Mayara,

autorizo a utilização do Questionário de Atitudes de Segurança - SAQ em sua pesquisa.

Rhanna Carvalho

----- Mensagem encaminhada -----

De: Mayara Carvalho Godinho <mayaratorrieri@yahoo.com.br>

Para: Rhanna Emanuela <rhannalima@gmail.com>

Enviadas: Segunda-feira, 17 de Setembro de 2012 21:51

Assunto: Autorização Aplicação Instrumento SAQ

Prezada Rhanna,

Venho por meio deste solicitar sua autorização para aplicação do instrumento Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 traduzido e validado em meu projeto de mestrado a ser realizado na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (UE-HCFMRP-USP), com o objetivo principal de avaliar a cultura de segurança do paciente a partir da percepção dos profissionais de saúde atuantes na Instituição.

Atenciosamente,

—

Mayara Carvalho Godinho Rigobello

Enfermeira Graduada pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP)

Membro Honorífico do Capítulo Rho Upsilon da Honor Society Of Nursing Sigma Theta Tau International.