**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ALINE MIREMA FERREIRA VITORIO

**AVALIAÇÃO DO CLIMA DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL PÚBLICO
ESPECIALIZADO EM CARDIOLOGIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

**SÃO PAULO
2018**

ALINE MIREMA FERREIRA VITORIO

**AVALIAÇÃO DO CLIMA DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL PÚBLICO
ESPECIALIZADO EM CARDIOLOGIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daisy Maria Rizatto Tronchin

SÃO PAULO

2018

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.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Vitorio, Aline Mirema Ferreira

Avaliação do clima de segurança em um hospital público especializado em cardiologia no município do Rio de Janeiro / Aline Mirema Ferreira Vitorio. São Paulo, 2018.

132 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daisy Maria Rizatto Tronchin

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Normas de segurança. 2. Serviços hospitalares. 3. Cardiologia. 4. Cultura organizacional. 5. Segurança do paciente. 6. Enfermagem. I. Título.

Nome: Aline Mirema Ferreira Vitorio

Título: Avaliação do clima de segurança em um hospital público especializado em cardiologia no Município do Rio de Janeiro.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daisy Maria Rizatto Tronchin _____

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*A Deus, meu sustento
para esta longa jornada,*

*A meu esposo Wesley,
amor, companheiro e amigo,
presença incondicional em minha
ausência que me permitiu transformar meu sonho em
realidade, graças a seu
apoio, compreensão e paciência!.*

*A minha mãe Maria Fátima
por me ensinar o valioso
caminho da vida,*

*A meus queridos filhos
Mirela e Thiago Henrique,
razão de meu viver!*

AGRADECIMENTOS

A Deus, que permitiu que tudo isso acontecesse, és o maior mestre que alguém pode conhecer.

“Porque eu, o SENHOR, teu Deus, te tomo pela tua mão direita e te digo: Não temas, que eu te ajudo” (Isaías 41.13).

À Professora Doutora Daisy Maria Rizatto Tronchin, presente de Deus em minha vida, por acreditar em mim, pela dedicação incansável nas orientações e revisões. Por me permitir viver experiências que aprimoraram a minha formação profissional e, sobretudo, humana e por ser esse exemplo na arte de ser mestre, pela disponibilidade e paciência de sempre. Minha sincera admiração por você (não há de existir palavras para agradecer...).

À Professora Marta Maria Melleiro, pelo apoio e carinho nesta jornada, sobretudo, o acolhimento e incentivo.

Aos docentes e funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), do Departamento de Orientação profissional (ENO) e da Biblioteca, pelo ensino e colaboração que contribuíram em meu aprendizado. Um agradecimento especial ao estatístico Bernardo, que fez toda a diferença na condução da análise dos dados desta pesquisa.

Ao Instituto Nacional de Cardiologia (INC), pelas portas abertas e oportunidade de realização deste estudo.

A toda a equipe das Unidades de Internação e Unidades de Terapia Intensiva do INC, pela receptividade e cooperação essencial para a realização deste estudo.

A meus queridos alunos Fabrício, Juliana, Grazielly, Raphael e Ana Cristina pela colaboração na coleta de dados desta pesquisa.

À colega e companheira da pós-graduação e do grupo de pesquisa, Ana Cláudia Garzin por me acolher, incentivar e compartilhar esse período de estudos, desafios e conquistas.

À Professora Doutora Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho da Universidade Estadual do Ceará, pelas sugestões por ocasião do exame de qualificação disponibilidade.

À minha querida amiga da graduação e da vida toda Maria Fernanda pelas orações e carinho diários.

A meus colegas, líderes e gestores de trabalho que me apoiaram. Meu sincero agradecimento!

A todas as pessoas que, de uma alguma forma, me ajudaram a acreditar. Eu quero deixar um agradecimento eterno, porque sem elas não teria sido possível, em especial, Cíntia e Leila, por me ajudarem nos momentos iniciais desta jornada, sou grata pelo incentivo de vocês!

A meus queridos familiares e amigos que compreenderam minha ausência, e torceram por esta jornada.

“Nenhuma promessa falhou de todas as boas palavras que o SENHOR falara à casa de Israel; tudo se cumpriu.”

(Josué 21.45)

Vitorio AMF. Avaliação do clima de segurança em um hospital público especializado em cardiologia no Município do Rio de Janeiro [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

Introdução: No ambiente do cuidado em saúde os atributos qualidade e segurança são imperativos para promover uma assistência segura, sendo necessário o fortalecimento de uma cultura de segurança. **Objetivo geral:** Avaliar o clima de segurança na perspectiva de profissionais de saúde nas unidades de internação e terapia intensiva, em um hospital público especializado em cardiologia, no Município do Rio de Janeiro. **Método:** Estudo quantitativo, exploratório-descritivo, com a participação de 391 profissionais de saúde. Os dados foram coletados entre abril e junho de 2018, empregando-se o instrumento *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), traduzido e validado para a língua portuguesa/Brasil. Os achados foram analisados por intermédio da estatística descritiva e inferencial, com nível de significância de 5% e a confiabilidade do questionário pelo valor de α de Cronbach. **Resultados:** O instrumento mostrou-se confiável com valor total de α 0,92, variando entre 0,70 e 0,80 nos domínios. Quanto à caracterização dos sujeitos, predominou o gênero mulher (75%) e os profissionais da equipe de enfermagem (53,88%). A média de idade correspondeu a 40,89 anos (dp=10,06), a maior parte (75,89%) atuava na especialidade de adultos, com média de tempo de trabalho na unidade de 9,77 anos (dp=6,98) e 64,09% mantinham o vínculo de estatutários. Em relação ao clima de segurança do SAQ, a média geral foi 66,6 (dp=15); entre os domínios o de “Satisfação no trabalho” apresentou o maior escore, média 80,79 (dp=19,56) e os menores escores foram observados nos domínios “Condições de trabalho”, média 61,19 (dp=27,69), “Percepção da gerência da unidade” 60,02 (dp=27,62) e “Percepção da gerência do hospital” 52,54 (dp=22,29). Na comparação entre os domínios e as variáveis sociodemográficas, houve diferença estatisticamente significativa, em relação à categoria profissional, gênero, vínculo trabalhista, unidade de trabalho e idade. **Conclusão:** Os achados evidenciaram que o clima de cultura de segurança apresenta fragilidades, especialmente, no que tange às questões gerenciais e às condições de trabalho, todavia os profissionais encontram-se satisfeitos com o trabalho executado. Foi possível apreender que as variáveis sociodemográficas influenciaram na percepção do clima de segurança, sobretudo, as relativas à categoria profissional, ao gênero e vínculo trabalhista. Outrossim, acredita-se que a compreensão do clima constitua-se em elemento propulsor para implementar ações de melhorias para uma assistência segura.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão da segurança. Serviço hospitalar de cardiologia. Cultura organizacional. Segurança do paciente. Enfermagem.

Vitorio AMF. Evaluation of the safety climate in a public hospital specialized in cardiology in the City of Rio de Janeiro [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

ABSTRACT

Introduction: In the health care environment, the quality and safety attributes are imperative for promoting safe care, which requires the strengthening of a safety culture. **General objective:** To evaluate the safety climate in the perspective of health professionals in the hospitalization and intensive care units, in a public hospital specialized in cardiology, located in the City of Rio de Janeiro. **Method:** This is a quantitative and exploratory-descriptive study that included 391 health professionals. Data were collected between April and June 2018, using the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) instrument, translated and validated for the Portuguese language/ Brazil. The findings were analyzed through descriptive and inferential statistics, with a significance level of 5%, and the reliability of the questionnaire by the Cronbach α value. **Results:** The instrument proved to be reliable, with a total α value of 0.92, ranging from 0.70 to 0.80 in the surveyed domains. As for the characterization of the individuals, the female gender (75%) and the professionals of the nursing team (53.88%) were prevalent. The average age corresponded to 40.89 years (sd=10.06), most (75.89%) worked in the adult specialty, with an average work time in the unit of 9.77 years (sd=6.98), and 64.09% maintained the statutory bond. Regarding the SAQ safety climate, the overall average was 66.6 (sd=15); among the domains, "Work satisfaction" showed the highest score, average of 80.79 (sd=19.56), and the lowest scores were observed in the domains of "Work conditions", average of 61.19 (sd=27.69), "Perception of unit management", 60.02 (sd=27.62), and "Perception of hospital management", 52.54 (sd=22.29). In the comparison between the domains and the sociodemographic variables, there was a statistically significant difference with regard to professional category, gender, employment bond, unit of work and age. **Conclusion:** The findings highlighted that the safety climate culture has weaknesses, especially with respect to managerial issues and work conditions, but professionals are satisfied with work performed. It was possible to understand that the sociodemographic variables influenced the perception of the safety climate, especially those related to professional category, gender and employment bond. Moreover, it is believed that the understanding of the climate constitutes a driving element to help us implement improvement actions for safe care.

KEY WORDS: Safety management. Cardiology service hospital. Organizational culture. Patient safety. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - O Modelo de Queijo Suíço: a trajetória do acidente organizacional..... 33
- Figura 2** - Organograma do Instituto Nacional de Cardiologia..... 43

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Domínios do *Safety Attitudes Questionnaire* 34
- Quadro 2** - Domínios do Questionário de Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado, adaptado para o Brasil..... 47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1–	Distribuição das características sociodemográficas dos profissionais de saúde, INC, Rio de Janeiro – 2018.....	53
Tabela 2–	Distribuição da frequência das assertivas do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), conforme os profissionais de saúde, INC, Rio de Janeiro – 2018	59
Tabela 3–	Distribuição das médias, desvio padrão (dp), mediana e valores de α de Cronbach de acordo com os domínios do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), INC, Rio de Janeiro – 2018	65
Tabela 4–	Distribuição das médias dos escores dos domínios, conforme a categoria profissional, gênero, atuação principal e vínculo trabalhista, INC, Rio de Janeiro – 2018	74
Tabela 5–	Distribuição dos domínios do SAQ, conforme as variáveis tempo na especialidade, idade, tempo na unidade e carga horária semanal, INC, Rio de Janeiro – 2018.....	82
Tabela 6–	Distribuição dos domínios do SAQ, conforme as unidades de internação e terapia intensiva, INC, Rio de Janeiro – 2018	85
Tabela 7–	Modelo de predição para os escores dos domínios do Clima de trabalho em equipe, Satisfação no trabalho e Clima de segurança, de acordo com as variáveis sociodemográficas, INC, Rio de Janeiro – 2018.....	88

Tabela 8–	Modelo de predição para os escores dos domínios Percepção do estresse, Percepção da gerência do hospital e da unidade e Condições de trabalho de acordo com as variáveis sociodemográficas, INC, Rio de Janeiro – 2018	90
------------------	---	----

LISTA DE SIGLAS

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANOVA	Modelo de Análise de Variância
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CISP	Classificação Internacional de Segurança do Paciente
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EA	Eventos Adversos
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNDACOR	Fundação Pró-Coração
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
INC	Instituto Nacional de Cardiologia
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
MS	Ministério da Saúde
NERJ	Núcleo Estadual do Rio de Janeiro
NPSF	<i>National Patient Safety Foundation</i>

NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PROQUALIS	Centro Colaborador para Qualidade e Segurança do Paciente
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem em Segurança do Paciente
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SB	Síndrome de <i>Burnout</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 MOTIVAÇÃO DO ESTUDO.....	19
1.2 QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE: BASES CONCEITUAIS	21
1.3 CULTURA DE SEGURANÇA NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	27
1.4 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NO SETOR DE SAÚDE	31
2 OBJETIVOS	38
2.1 OBJETIVO GERAL	39
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
3 MÉTODOS.....	40
3.1 TIPO DE ESTUDO	41
3.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	41
3.3 LOCAL DO ESTUDO	42
3.4 POPULAÇÃO	45
3.5 COLETA DE DADOS	46
3.5.1 O Instrumento de coleta de dados	46
3.5.2 Operacionalização da coleta de dados	48
3.5.3 Organização e apresentação dos dados	49
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	52
4.2 ANÁLISE DO CLIMA DE SEGURANÇA E DE CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO.....	58
4.3 CLIMA DE SEGURANÇA: RELAÇÃO ENTRE OS DOMÍNIOS E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	72
4.4 CLIMA DE SEGURANÇA: COMPARAÇÃO ENTRE AS UNIDADES DE INTERNAÇÃO E DE TERAPIA INTENSIVA	85

4.5 MODELO PREDITIVO COM BASE NAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	88
5 CONCLUSÃO	94
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICES	120
ANEXOS.....	125

1 INTRODUÇÃO

1.1 MOTIVAÇÃO DO ESTUDO

No ambiente do cuidado os atributos qualidade e segurança são imperativos e necessitam ser evidenciados por meio de políticas, diretrizes, atitudes e responsabilidade dos indivíduos envolvidos na atenção à saúde.

Ao recordar-me de minha graduação em enfermagem, lembro-me o quanto as questões referentes à qualidade e à segurança me interessavam e, desse modo, sempre busquei pautar minhas ações em práticas seguras. Reconhecia que inúmeros elementos concorriam para qualificar e garantir o cuidado seguro.

Para aprofundar meus conhecimentos e adquirir habilidades e competências na área assistencial, cursei a pós-graduação *latu sensu* em Cardiologia e, em 2009, ingressei no Instituto Nacional de Cardiologia (INC), no Município do Rio de Janeiro, no qual atuo há 9 anos, como enfermeira assistencial, participando da construção e implementação de protocolos assistenciais e gerenciais, engajando-me também nos movimentos em prol da segurança do paciente, sobretudo, aqueles destinados à assistência cirúrgica.

Ressalto que estas atividades são mantidas em parceria com a Câmara Técnica de Qualidade e Segurança dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro e Ministério da Saúde e que, mais recentemente, em 2015, tornei-me membro da Rede Brasileira de Enfermagem em Segurança do Paciente (REBRAENSP), Núcleo Rio de Janeiro, onde procuro compartilhar conhecimento, identificar problemas e prioridades a serem trabalhados na gestão, assistência, educação e na pesquisa.

Associada a esta trajetória profissional, passei a exercer a docência no curso de Bacharelado em Enfermagem, em uma universidade privada, ministrando as disciplinas de Gerenciamento em Enfermagem, Saúde do Adulto e Idoso e Estágio Supervisionado, que têm me possibilitado lançar um

novo olhar às questões de qualidade e segurança, no processo educacional, tanto de discentes como de pacientes/familiares, visando a ampliar a compreensão sobre as competências necessárias para prevenção de erros e eventos adversos (EA) na assistência à saúde.

No intuito de aprofundar meus conhecimentos teóricos e metodológicos nos temas qualidade e segurança do paciente, passei a participar do grupo de pesquisa “Qualidade e Avaliação de Serviços de Saúde e de Enfermagem”, cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e em 2016, ingressei no mestrado, do Programa de Gerenciamento em Enfermagem, ambos na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), permitindo-me refletir e discutir os diversos aspectos inerentes à segurança do paciente, sob diferentes perspectivas e traçar um paralelo com minha experiência profissional.

Assim, destaco que, nesses últimos anos, venho acompanhando e atendendo às demandas do INC, cenário desta pesquisa, que passou por mudanças como a reorganização da área de Qualidade, a criação do Núcleo de Segurança do Paciente, em seguida ampliado para Núcleo de Qualidade e Segurança, favorecendo um ambiente de cultura de segurança, por meio do incremento de políticas, programas, protocolos, procedimentos e práticas destinadas ao monitoramento e avaliação da qualidade assistencial.

Outro aspecto diz respeito à visão dos gestores e profissionais de saúde sobre o clima de segurança, buscando estratégias capazes de apreender a cultura organizacional, a partir de oficinas de trabalho e inquéritos para os trabalhadores, tornando-se um compromisso institucional para fomentar a cultura de segurança.

Tendo em vista as experiências relatadas e objetivando delinear o objeto desta investigação passei a questionar: Qual a percepção dos profissionais de saúde sobre o clima de segurança? Que componentes organizacionais oportunizam ou dificultam a construção da cultura de segurança do paciente? Existe relação entre os dados sociodemográficos e as atitudes dos profissionais de saúde na consecução de um cuidado seguro? Como o clima

de segurança é percebido pelos profissionais de saúde atuantes em unidades de internação e terapia intensiva?

Nessa direção e por reconhecer que a cultura de segurança impacta, diretamente, na qualidade assistencial, na segurança do paciente/família, na segurança dos trabalhadores e no compromisso das instituições de saúde com a sociedade é que me dispus a realizar o presente estudo.

1.2 QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE: BASES CONCEITUAIS

No movimento pela segurança do paciente os órgãos governamentais, os usuários dos serviços de saúde, o desenvolvimento de pesquisas e a disseminação de seus resultados vêm contribuindo para construir e consolidar a cultura de segurança nas instituições.

Nesse contexto considera-se oportuno expor os construtos qualidade e segurança do paciente, uma vez que estes emergem como elementos essenciais para promover e garantir uma assistência que atenda às necessidades e expectativas dos usuários/familiares e trabalhadores.

A qualidade em saúde, segundo Donabedian (1988, 1992a), é um conjunto de atributos que incluem um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos e um mínimo risco ao usuário. Podendo ainda ser referida como a satisfação das necessidades dos usuários, considerando os valores sociais existentes.

Donabedian (1988; 1990; 1992b) explicita que a qualidade não se constitui em um atributo abstrato, e sim que é construída pela avaliação assistencial propondo, que esta seja realizada pela análise da estrutura, dos processos de trabalho e dos resultados. Estabelecendo, dessa forma, um modelo avaliativo, tendo como foco os serviços de saúde e as práticas assistenciais pautados nas dimensões de estrutura, processo e resultado.

Nesse modelo avaliativo, o componente de **estrutura** abrange os recursos financeiros, materiais, físicos, humanos, os equipamentos, as políticas

institucionais, a qualificação dos profissionais e a estrutura organizacional. O de **processo** envolve o conjunto de atividades na produção no setor saúde, nas relações estabelecidas entre os profissionais e usuários/familiares, incluindo a busca pelo diagnóstico e pela terapêutica. E o de **resultado**, que é a obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços, corroborando nos efeitos da assistência à saúde aos usuários/familiares, o custo medido e se esse for compatível com a sustentabilidade da organização (Donabedian, 1988, 1990, 1992b, grifo nosso).

Esse modelo teórico vem alicerçando os processos avaliativos nos serviços de saúde, contribuindo para que ações e programas sejam revistos e aprimorados em busca da qualidade da assistência e, conseqüentemente, resultem na segurança do cuidado. Também vem contribuindo para a elaboração de instrumentos de mensuração da qualidade assistencial e do clima de segurança.

Para Runciman et al. (2009), a qualidade no contexto da saúde é o grau em que esses serviços para indivíduos e populações aumentem a probabilidade de saúde e sejam consistentes com o conhecimento profissional atual.

Wachter (2013) afirma que são seis as dimensões de qualidade em saúde, conforme proposição do *Institute of Medicine (IOM)*: efetividade, eficiência, oportunidade, equidade, objetivos centrados no paciente e segurança do paciente.

Dessa forma, o cuidado seguro é um elemento basilar na qualidade em saúde. Nessa perspectiva, a segurança do paciente apresenta-se como uma das dimensões indissociáveis de qualidade, tornando-se um dos pilares da assistência qualificada em saúde

Vincent (2009) conceituou segurança do paciente como o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou lesões originadas na atenção à saúde.

A segurança do paciente é um princípio da assistência à saúde, tendo por definição a redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (Runciman et al., 2009; Wachter, 2013).

O lançamento do documento *To Err Is Human* (Kohn, Corrigan, Donaldson, 2000), ampliou significativamente o foco na segurança do paciente; no entanto, na última década e meia, conforme o Relatório *IOM - National Patient Safety Foundation (NPSF), Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human*, os pacientes, ainda, sofrem danos evitáveis em razão do sistema de assistência à saúde, persistindo graves lacunas nas organizações. Nesse relatório, a liderança é considerada como elemento essencial para disseminar e fomentar a cultura de segurança, recomendando que os sistemas de saúde apoiem os líderes no estabelecimento de ações destinadas à segurança nas organizações (NPSF, 2015).

A assistência à saúde segura é considerada um tema prioritário pela *World Health Organization (WHO)* - Organização Mundial da Saúde (OMS), e, em 2004, a referida organização lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, no intuito de disseminar o conhecimento e propor programas, estratégias, diretrizes e recomendações destinadas a garantir a segurança do paciente de modo global (WHO, 2005).

Assim, uma série de documentos foi publicada pela OMS, denominada desafios globais, compreendendo: “Uma Assistência Limpa é uma Assistência Segura”, “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” e mais, recentemente, “Medicação sem Danos” (WHO, 2005, 2008, 2017).

No cenário nacional, várias ações governamentais e de órgãos de classe também vêm procurando responder às necessidades para propiciar um cuidado seguro na assistência à saúde.

Desse modo, o Ministério da Saúde (MS) com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) instituíram as boas práticas para o funcionamento dos serviços de saúde por meio da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 63, de 25 de novembro de 2011. Esta RDC indica que o gerenciamento da

qualidade deve ser empregado como uma ferramenta de gestão, pautado no desenvolvimento de ações no sentido de estabelecer uma política de qualidade envolvendo estrutura, processo e resultado na gestão dos serviços (Anvisa, 2011).

Esta resolução propõe estratégias e ações, como a identificação do paciente, higienização das mãos, prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde, segurança cirúrgica, administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes, prevenção de quedas e de lesão por pressão e orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada.

Nessa mesma direção, a Anvisa e o MS elaboraram a Portaria 529, de 1º de abril de 2013, lançando o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), regulamentada pela RDC 36/2013, que estabelece ações para a promoção da segurança do paciente e qualidade dos serviços de saúde (Anvisa, 2013; Brasil, 2013b).

O objetivo principal do PNSP é contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Ademais, estabelece como obrigatória a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente nas instituições de saúde, tornando a notificação de eventos adversos compulsória.

A referida Portaria assevera, ainda, que os serviços de saúde devem implementar estratégias que fomentem a cultura de segurança, com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e pacientes na prevenção de incidentes, e em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual.

Em consonância com os desafios da OMS de promoção da segurança do paciente, o PNSP estabeleceu protocolos no intuito de prevenir os eventos adversos. Tais documentos consistem em guias processuais da assistência nos estabelecimentos, sendo sua implementação obrigatória em todo o território nacional (Anvisa, 2013; Brasil, 2013b).

Documentos norteadores e apoiadores para implantação do Núcleo de Segurança do Paciente - NSP (Anvisa, 2015; Anvisa, 2016) foram divulgados, assim como experiências exitosas de implantação do NSP vêm sendo publicadas na literatura nacional (Azevedo et al., 2016; Maia et al., 2016).

No que tange a outras iniciativas voltadas à segurança do paciente, ressalta-se o Centro Colaborador para Qualidade e Segurança do Paciente (PROQUALIS), vinculado à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e à Rede Brasileira de Segurança do Paciente (REBRAENSP), fundamentalmente, concebidos para disseminar conhecimento e a cultura de segurança nos diversos setores de saúde, como no ensino e na sociedade (PROQUALIS, 2016; REBRAENSP, 2017).

Para melhor compreensão e atribuir uniformidade na linguagem sobre a segurança do paciente, faz-se necessário explicitar os conceitos e os termos pactuados e empregados na literatura.

Nessa ótica, um projeto foi conduzido pela OMS sobre os termos e conceitos em segurança do paciente, intitulado “Classificação Internacional de Segurança do Paciente” (CISP), visando à padronização da linguagem para tornar possível mensurar fenômenos, analisar e comparar dados e também consolidar e aprimorar os estudos nessa temática (Runciman et al., 2009; WHO, 2009).

Os autores do projeto CISP (Runciman et al., 2009, p. 19, grifo nosso), abordaram 48 conceitos-chave de segurança do paciente, com destaque para:

- ❖ **Qualidade:** o grau com que os serviços de saúde disponíveis para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual;
- ❖ **Segurança do paciente:** redução do risco de danos desnecessários associados com cuidados de saúde a um mínimo aceitável;
- ❖ **Danos associados aos cuidados de saúde:** danos decorrentes ou associados a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, em vez de uma doença ou lesão subjacente;

- ❖ **Incidentes:** um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em um dano desnecessário ao paciente;
- ❖ **Eventos adversos:** incidente que resultou em danos a um paciente; e
- ❖ **Erro:** falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Os erros podem se manifestar por prática de ação errada (comissão) ou por não conseguir praticar a ação certa (omissão), quer seja na fase de planejamento ou na fase de execução.

Na maior parte das vezes, os incidentes com pacientes são oriundos de procedimentos e registros incorretos, manejo de medicamentos endovenosos, sangue e hemocomponentes, administração de dieta, uso indevido de equipamentos, bem como questões comportamentais dos profissionais, de infraestrutura e capacitação da equipe de saúde (WHO, 2008).

Wachter (2013) entende que os erros são atos involuntários ou de omissão com resultado indesejável, e os eventos adversos são os danos causados pela assistência à saúde.

Dados internacionais e nacionais indicam elevadas taxas de eventos adversos no setor saúde, com uma estimativa de ocorrência entre 4 e 16% de todos os pacientes hospitalizados (OMS, 2009; The Joint Commission, 2017).

Nessa mesma linha, estudos desenvolvidos no Brasil identificaram que a incidência de pacientes com Eventos Adversos foi 7,6%, com uma proporção de EA evitáveis de 66,7% (Mendes et al., 2009); que a prevalência de EA relacionada a medicamentos foi 6,6% (Sousa et al., 2018); que os EA notificados concentram-se nos hospitais (97%) em setores de terapia intensiva e unidade de internação (Maia et al., 2018).

Face ao exposto, percebe-se que vêm aumentando, progressivamente, o interesse e o empenho das diversas esferas do setor saúde na busca de soluções para reduzir danos associados aos cuidados de saúde. Todavia, é imperativo envolver os indivíduos e os sistemas das organizações para direcionarem ações, objetivando a qualidade, a segurança do paciente e dos profissionais de saúde.

1.3 CULTURA DE SEGURANÇA NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

A compreensão da dinâmica nas organizações de saúde, em seus ambientes de trabalho, configura-se como uma das estratégias que pode oferecer subsídios no âmbito da gestão para tomada de decisão, com vistas à melhoria da qualidade e segurança em saúde. Organizações são compostas por pessoas, relações, ações que se expressam em atitudes e comportamentos que podem favorecer ou dificultar o alcance dos resultados esperados, culminando em uma assistência de qualidade.

Assim sendo, para promover uma assistência segura faz-se necessário o fortalecimento de uma cultura de segurança nos âmbitos macro e micro das organizações.

O termo cultura de segurança teve sua origem, após o desastre ocorrido na usina nuclear em *Chernobyl*, em 1986, sendo adaptado para as organizações de saúde por Nieva e Sorra (2003) e conceituado como o produto de valores dos indivíduos e do grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, estilo e proficiência de uma gestão de segurança em uma organização. Os autores acrescentam que uma organização com cultura de segurança positiva caracteriza-se pela comunicação baseada na confiança, por percepções compartilhadas sobre a relevância da segurança e pela proposição de medidas preventivas que assegurem a segurança do cuidado.

Nessa visão, a cultura de segurança é uma questão abrangente relativa aos comportamentos, atitudes e valores dos indivíduos em uma organização em prol da segurança, e o clima corresponde à maneira como esses indivíduos a percebem.

Sexton et al. (2006) reportam que a cultura de segurança refere-se ao comportamento das pessoas, seus valores, suas atitudes, normas, crenças, práticas e políticas, em sua essência, a cultura é "como nós fazemos as coisas por aqui", sendo o "aqui" uma determinada unidade de trabalho.

A *World Health Organization* - WHO (2009) aponta que uma cultura organizacional segura deve ser marcada pela comunicação aberta, trabalho em

equipe, reconhecimento da dependência mútua e a primazia da segurança, como uma prioridade em todos os âmbitos da organização.

Sammer et al. (2010, grifo nosso) defendem que a cultura de segurança, quando compreendida pelas organizações de saúde por suas características e implicações à saúde, pode tornar essas instituições efetivas. Estes autores identificaram seis propriedades que concorrem para um cuidado seguro, a saber:

- ❖ **Liderança:** os líderes reconhecem que o ambiente de cuidado é de alto risco;
- ❖ **Trabalho em equipe:** colaboração e cooperação entre gestores e profissionais com relacionamentos respeitosos e flexíveis;
- ❖ **Práticas baseadas em evidências:** as práticas de cuidados ao paciente/família são baseadas em evidências sistematizadas para reduzir a variação, e os processos são projetados para alcançar elevada confiabilidade;
- ❖ **Comunicação:** ambientes onde membros de uma equipe têm o direito, independentemente, do cargo que ocupam falar em nome de um paciente/família;
- ❖ **Aprendizagem contínua:** a instituição aprende com seus erros, empregando a cultura justa, situação na qual os erros são reconhecidos à medida que o sistema falha, em vez de apontar, exclusivamente, as falhas individuais, responsabilizando as partes envolvidas, e
- ❖ **Cuidado centrado no paciente:** o cuidado é centrado em torno do paciente e família.

Para Groves, Meisenbach, Scott-Cawiezell (2011), a cultura de segurança não é, simplesmente, os valores de segurança estabelecidos pela organização ou pelo indivíduo, mas, sim, uma dinâmica estrutural do sistema de ação individual e organizacional, corrigindo para a compreensão e estabelecimento de medidas eficazes de segurança.

Em um serviço de saúde, uma cultura de segurança organizacional quando estabelecida aumenta a confiabilidade do cuidado prestado e, conseqüentemente, da organização. Sendo assim, assemelha-se às

organizações de alta confiabilidade, que são geridas de forma segura e confiável, como as que atuam nas áreas de energia nuclear e aviação civil.

Estas organizações prezam pela cultura de segurança e são caracterizadas pela abordagem com foco na liderança; na equipe profissional experiente; na comunicação contínua entre os membros da equipe; na independência de habilidades e inventividade humana; na dependência da padronização, automação e rejeição aos riscos; na análise de acidentes para detectar e eliminar as causas; na redução das condições arriscadas para o futuro e no treinamento baseado na aquisição coletiva de experiência (Vincent e Amalberti, 2016).

Para Halligan e Zecevic (2011) a cultura de segurança é constituída por dimensões como compromisso de liderança para a segurança, a comunicação eficaz e baseada na confiança, a aprendizagem organizacional, a abordagem não punitiva para EA relatada e analisada, o trabalho em equipe e a crença compartilhada da importância da segurança.

Fragata, Sousa e Santos (2014, grifo nosso) descrevem que a cultura de segurança quando aplicada à saúde deve estar interiorizada nos indivíduos, nas equipes e na organização, podendo ser compreendida por ambientes de cultura setoriais, cujos valores são pautados em uma atitude permanente de **notificação sem culpa**, o **foco** é o sistema de **aprendizagem e redesenho**, **de geração** de conhecimento aplicável, de **proatividade** em relação **aos eventos possíveis** e o **sentido de vulnerabilidade** e, ainda, de **resiliência**.

No Brasil, segundo definição do MS, “a cultura de segurança do paciente é aquela na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais assistenciais e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, de seus pares, pacientes e familiares, que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais, que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança, que a partir da ocorrência de incidentes promove o aprendizado organizacional e que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança” (Brasil, 2013b).

Há 18 anos o *Institute of Medicine* (IOM) recomendou em seu relatório, que as organizações de saúde criassem condições para um ambiente organizacional no qual a cultura de segurança se tornasse um objetivo explícito da instituição, conduzido pela liderança (Kohn, Corrigan, Donaldson, 2000; IOM, 2001).

No intuito de trazer à tona a cultura de segurança como elo para a melhoria da segurança do paciente, a *National Quality Forum* (2010) reconheceu, no Fórum Nacional de Qualidade dos Estados Unidos da América (EUA), a criação e a sustentação de uma cultura de segurança em todos os âmbitos de serviços de saúde, como uma das 34 práticas seguras.

Na mesma direção, o IOM reconheceu o avanço da segurança do paciente; no entanto afirma que deve ser realizada uma mudança abrangente das intervenções reativas e pontuais para uma abordagem global de sistemas de segurança. Portanto, assevera que adotar essa abordagem significa a priorização constante da cultura de segurança. O relatório reconhece áreas de progresso, destaca lacunas remanescentes e, o que é mais importante, detalha recomendações específicas para acelerar o progresso.

Tais recomendações são baseadas no estabelecimento de uma abordagem global de sistemas e de uma cultura de segurança: 1. Garantir que os líderes estabeleçam e mantenham uma cultura de segurança; 2. Criar supervisão centralizada e coordenada de segurança do paciente; 3. Criar um conjunto comum de métricas de segurança que reflitam resultados significativos; 4. Aumentar o financiamento de pesquisa em segurança do paciente e na ciência da implementação; 5. Abordar a segurança em todo o universo da assistência à saúde; 6. Apoiar a mão de obra de assistência à saúde; 7. Associar-se a pacientes e famílias para promover uma assistência mais segura; 8. Garantir que a tecnologia seja segura e otimizada para aumentar a segurança do paciente (NPSF, 2015).

Em 2016, a publicação “*Safer Healthcare: Strategies for the Real World*”, propôs a melhoria da cultura de segurança, o controle do risco associado ao cuidado à saúde e à melhoria nos processos de trabalho dentre várias estratégias, para alcançar um cuidado seguro (Vincent, Amalbert, 2016).

Em virtude do que foi mencionado, entende-se que o cuidado seguro perpassa pelo fortalecimento da cultura de segurança, onde as atitudes e o comportamento dos profissionais de saúde e dos líderes são determinantes na adoção das práticas de segurança, sendo estas o cerne da assistência.

1.4 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NO SETOR DE SAÚDE

A avaliação da cultura de segurança, independente do modelo adotado, conduz à maturidade organizacional, resultando na apropriação de crenças e valores compartilhados, podendo resultar em oportunidades de melhoria na instituição.

Nesse enlace, Sorra e Nieva (2004) e Reis, Laguardia e Martins (2012) citam que a avaliação da cultura de segurança é um processo, no qual é possível apreender dos profissionais suas percepções, atitudes e seus comportamentos relacionados à segurança, identificando áreas que necessitam de maior atenção para planejamento e intervenções e realizar um diagnóstico situacional das instituições de saúde que culmina com a promoção da cultura de segurança do paciente.

Flin (2007) assevera ser possível avaliar a cultura de segurança, por meio da identificação do clima de segurança, pois o mesmo é mensurável e expressa as atitudes e as percepções dos indivíduos, no que tange às características da cultura de segurança de, e entre os profissionais. Este mesmo autor complementa que o clima de segurança pode ser auferido a partir de métodos com abordagens qualitativas, quantitativas ou, ainda, pesquisas de métodos mistos.

Desse modo, a abordagem quantitativa vem empregando a mensuração do clima de segurança por meio de questionários e escalas, objetivando avaliar a percepção dos profissionais frente a esse constructo e indiretamente, apreender a cultura de segurança.

Dentre os instrumentos de avaliação destacam-se o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* – HSOPSC (Sorra e Nieva, 2004) e o *Safety Attitudes Questionnaire*- SAQ (Sexton et al., 2006). Os dois questionários vêm sendo amplamente utilizados para mensurar as atitudes dos profissionais e abordam questões similares nas esferas de: liderança, comunicação, relacionamento interprofissional, condições de trabalho e abordagem do erro.

Cabe pontuar que o HSOPSC foi criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos EUA com o objetivo de avaliar as múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente, sendo validado no Brasil, em 2012 (Reis, Laguardia, Martins, 2012).

O SAQ foi desenvolvido por pesquisadores da *University of the Texas*, à luz dos referenciais teóricos de Donabedian e Reason (Donabedian, 1988; Reason, 1995; Vincent, Taylor-Adams e Stanhope, 1998; Sexton et al., 2006) e disponibilizado para unidades hospitalares gerais, terapia intensiva, centro cirúrgico e ambulatório.

Como mencionado anteriormente, o modelo avaliativo donabedianiano pauta-se nos componentes de estrutura, processo e resultado. O modelo de Reason (Reason, 1995) e corroborado por Vincent, Taylor-Adams e Stanhope (1998) é baseado na análise da cadeia de eventos que levaram a um incidente ou a um EA, considerando-se as ações dos envolvidos, seguida, das condições de trabalho e do contexto organizacional.

Na concepção do modelo de Reason, os erros são provenientes de indivíduos que não têm a priori a intenção de errar, porém podem estar atuando em organizações ou sistemas mal projetados ou desenhados. Esta teoria de abordagem sistêmica propõe a análise das condições organizacionais para a prevenção do erro, como explicitam os dados da Figura 1.

Figura 1 – O Modelo de Queijo Suíço: trajetória do acidente organizacional

Fonte: Adaptado de Reason J. Human Error: models and management, British Medical Journal, 2000.

Nessa linha de pensamento, o *Safety Attitudes Questionnaire* foi elaborado para mensurar o clima de segurança no setor de saúde e validado em uma amostra de 10.843 participantes, em 203 áreas clínicas, incluindo unidades de terapia intensiva, unidades de internação, centros cirúrgicos e ambulatorios, em três países: EUA, Reino Unido e Nova Zelândia. Nesse estudo foram demonstradas elevadas propriedades psicométricas ($\alpha=0,90$), e a análise fatorial permitiu a construção de seis domínios: Clima de segurança, Clima de trabalho em equipe, Satisfação no trabalho, Percepção da gerência da unidade e do hospital, Condições de trabalho e Reconhecimento do estresse (Sexton et al., 2006).

Os dados do Quadro 1 mostram cada domínio do SAQ e sua respectiva definição.

Quadro 1 – Domínios do *Safety Attitudes Questionnaire*

Domínios do <i>Safety Attitudes Questionnaire</i>	Definição
Clima de trabalho em equipe	Qualidade percebida de colaboração e relacionamento entre os profissionais de uma equipe.
Clima de segurança	Percepções de compromisso da organização com a segurança do paciente.
Satisfação no trabalho	Positividade do indivíduo quanto a sua experiência no local de trabalho.
Reconhecimento do estresse	Reconhecimento da influência dos fatores estressores no desempenho do trabalho.
Percepções de gestão	Aprovação das ações da gerência quanto à segurança do paciente.
Condições de trabalho	Qualidade percebida do ambiente de trabalho.

Fonte: Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Serv Res [Internet]. 2006 [cited 2017 aug. 10];6:44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/pdf/1472-6963-6-44.pdf>.

Cabe ressaltar que o SAQ apresenta duas versões, a genérica, composta por 60 itens e a reduzida com 41 assertivas além de questões relativas as características sociodemográficas. Os escores variam de 0 a 100, onde zero é a pior percepção e 100 a melhor. Escores $\geq$ a 75 são considerados como percepção positiva (Sexton et. al, 2006; Carvalho, 2011; Carvalho e Cassiani, 2012) acrescido de um item intuído de verificar se o participante respondeu o questionário anteriormente.

Este questionário foi traduzido e aplicado em diversos países e idiomas como Brasil, Inglaterra, Austrália, EUA, Noruega, China, Suíça, Suécia, Grécia,

Índia, Arábia Saudita, Holanda, Turquia, Albânia, Itália, Dinamarca e Portugal (Carvalho, 2011; Deikas e Hofoss, 2008; Elsous et al., 2017; Gabrani et al., 2015; Haerkens et al., 2016; Kaya, Barsbay, Karabulut, 2010; Kristensen et al., 2015; Lee et al., 2016; Li et al., 2017; Nguyen et al., 2015; Nordén-Häg et al., 2010; Patel, Wu, 2016; Raftopoulos, Pavlakis, 2013; Saraiva, Almeida, 2015; Sexton et al., 2006; Schwendimann et al. (2013) e Weng, Kim, Wu, 2016).

Estudos nacionais e internacionais demonstram uma variabilidade de resultados ao investigarem o clima de segurança, empregando a versão adaptada do *Safety Attitudes Questionnaire* em seus contextos locais, como o conduzido por Kristensen et al. (2016a), na Dinamarca, incluindo todas as unidades de um hospital público, contando com 357 profissionais de saúde e administrativos. Os resultados apontaram o domínio Satisfação no trabalho com o melhor escore, alcançando valores acima de 78. O pior escore referiu-se à Percepção da gestão no hospital com valores abaixo de 48.

As relações dos domínios estabelecidos pelo *Safety Attitudes Questionnaire* e as variáveis sociodemográficas também vêm sendo empregadas em diferentes investigações que avaliam a cultura de segurança, com destaque às categorias profissionais e às unidades de atuação (Marten et al., 2011; Rigobello et al., 2012)

Weng, Kim e Wu (2016) realizaram uma investigação com o objetivo de analisar como a liderança influencia no clima de segurança em uma unidade, aplicando o SAQ, em um hospital de ensino, na China. No estudo, participaram 1.596 profissionais de saúde e administrativos. Os resultados apontaram que o Clima de trabalho em equipe influenciou fortemente o Clima de segurança e a Percepção sobre a gerência; reiterando que os líderes são determinantes para a cultura de segurança.

Outro estudo conduzido, na Inglaterra, em 2017, tendo como sujeitos profissionais de saúde e administrativos, em dois hospitais públicos, com o objetivo de testar um programa baseado em *briefings* estruturados de equipe para análise de eventos comparando os resultados da assistência ao paciente, antes e após uma dada intervenção, encontrou diferença estatisticamente significativa, nos escores dos domínios clima da segurança e clima de trabalho

em equipe, após a intervenção, com melhoria da pontuação em ambos (Pannick et al., 2017).

No Brasil, Carvalho (2011) traduziu e validou para a língua portuguesa, a versão do *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006*, intitulado Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ): perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado, sendo aplicado em uma amostra de 1.301 participantes. O referido instrumento contém 41 itens e resultou após a análise fatorial exploratória em seis domínios semelhantes à versão original do SAQ. Ainda, o instrumento apresenta questões sobre as variáveis sociodemográficas: cargo, gênero, atuação principal e tempo na especialidade e uma questão para averiguar se o participante respondeu ao questionário anteriormente.

O SAQ apresentou propriedades psicométricas satisfatórias por meio do emprego da análise fatorial confirmatória e valor de Alpha Cronbach, geral de 0,89, variando entre os domínios de 0,65 - Condições de trabalho a 0,79 - Clima de trabalho em equipe (Carvalho, 2011).

Pesquisa conduzida por Rigobello et al. (2012) utilizando o SAQ, tendo como sujeitos 203 profissionais da equipe de enfermagem atuantes em unidades de internação médicas e cirúrgicas, em um hospital público de ensino na região Sudeste, encontrou melhor escore no domínio satisfação do trabalho (80) e o pior, no domínio percepção da gerência (47).

Barbosa et al. (2016a) realizaram uma investigação para avaliar o clima de segurança em um hospital privado, na região Sudeste do Brasil, contando com 123 profissionais de saúde. Os achados demonstraram que o melhor escore foi encontrado no domínio Satisfação no trabalho (82,79) e o pior nos domínios representados pela gerência da unidade e do hospital (58,90). Não houve relação entre as variáveis sociodemográficas e o clima de segurança.

Estudo recente desenvolvido por Carvalho et al. (2017), objetivando avaliar a cultura de segurança em três hospitais públicos, na região Nordeste, do Brasil, aplicando SAQ e com participação de 573 profissionais de saúde, constatou que a média dos escores dos domínios entre os hospitais variou entre 53 (dp=28) e 69 (dp=18). Os piores índices estiveram relacionados aos

domínios de Percepção da gerência, com valores inferiores a 65 e os melhores índices foram os relativos à Satisfação no trabalho com escores superiores a 80. Quanto à relação entre as características sociodemográficas e os domínios, os autores identificaram que profissionais em regime de trabalho contratual apresentaram uma melhor Percepção da gerência da unidade e Condições de trabalho em comparação aos profissionais estatutários; a equipe de enfermagem obteve melhores escores nos domínios Clima de segurança, Percepção da gerência da unidade e do hospital e das Condições de trabalho quando comparadas a profissionais de outras categorias profissionais.

Diante destas considerações e acreditando que a partir da análise e da compreensão do clima de segurança, é possível implementar melhorias nos processos assistenciais, gerenciais, de ensino e pesquisa, bem como adensar o conhecimento sobre as atitudes dos profissionais de saúde e dos fatores organizacionais que potencializam ou fragilizam as questões de segurança, esta pesquisa delineou os objetivos a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ❖ Avaliar o clima de segurança na perspectiva de profissionais de saúde nas unidades de internação e de terapia intensiva, em um hospital público especializado em cardiologia no Município do Rio de Janeiro.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Relacionar os domínios Clima de segurança, Clima de trabalho em equipe, Satisfação no trabalho, Percepção do estresse, Percepção da gerência do hospital e da unidade e Condições de trabalho com as variáveis sociodemográficas dos profissionais de saúde; e
- ❖ Comparar o clima de segurança percebido pelos profissionais de saúde entre as unidades de internação e de terapia intensiva.

3 MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Na intenção de alcançar os objetivos apontados, optou-se por fazer uma pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo descritiva. Investigações dessa natureza caracterizam-se pela coleta sistemática de dados numéricos, empregando-se instrumentos e procedimentos fundamentados na estatística para analisar os resultados, tendo por finalidade observar, descrever e documentar aspectos de uma situação ou realidade, bem como investigar fatores relacionados ao fenômeno em questão (Polit, Beck, 2011).

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi conduzida respeitando os princípios éticos legais e as exigências da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, referente às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (Brasil, 2013a).

O projeto foi registrado na Plataforma Brasil – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 84111418.7.0000.5272 e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do INC nº 2.582.521 (Anexos 1 e 2), respectivamente.

Os profissionais de saúde foram convidados a participar do estudo e aos que concordaram foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A), elaborado em duas vias, uma permaneceu com o participante e a outra com o pesquisador. Também foi elaborada e entregue uma carta convite (Apêndice B).

Cabe pontuar que todos os profissionais de saúde convidados foram esclarecidos quanto aos objetivos e método da presente investigação.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Instituto Nacional de Cardiologia (INC), localizado no Município do Rio de Janeiro, envolvendo as unidades de internação e de terapia intensiva.

O INC* é uma instituição pública, federal, de atenção terciária, atendendo a adultos, crianças e recém-nascidos com diagnóstico prévio de doença cardíaca, que necessitam de tratamento de alta complexidade, destacando-se pelos procedimentos hemodinâmicos, cirurgias cardíacas, incluindo as neonatais e transplante cardíaco (INC, 2015).

O Hospital delineou como missão promover a saúde cardiovascular, formar profissionais, desenvolver e disseminar conhecimentos e tecnologias para o desenvolvimento social e econômico do País. Integra o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência do MS para fomentar a capacitação profissional, o incremento de pesquisas e a formulação de políticas de saúde (INC, 2015).

No que tange à formação profissional, possui programas de residência médica, enfermagem e farmácia, cursos de pós-graduação *lato sensu* e mestrado multiprofissional em Ciências Cardiovasculares e Avaliação de Tecnologia em Saúde. No âmbito da pesquisa, cabe destacar que a Instituição foi eleita pelo MS para coordenador do maior estudo multicêntrico realizado no Brasil, na área de terapias celulares em cardiopatas. Acolhe, ainda, residentes de fisioterapia de outros programas de residência do Município do Rio de Janeiro.

*As informações referentes aos dados institucionais foram obtidas na *homepage* da instituição, e nos relatórios fornecidos pela divisão de recursos humanos e chefias de serviços das unidades, em agosto de 2017.

Na atualidade, possui 162 leitos de internação, sendo 60 de terapia intensiva. Conta também com unidade ambulatorial, unidade laboratorial, unidade de hemoterapia, unidade hemodinâmica e um centro cirúrgico com cinco salas de procedimentos.

Em 2016, o hospital realizou cerca de 1.110 procedimentos cirúrgicos, 64.891 atendimentos ambulatoriais e 3615 internações.

O organograma institucional é representado pela Diretoria Geral e quatro Coordenações: Hospitalar, Administrativa, Ensino e Pesquisa e Planejamento. Diretamente ligadas a esses órgãos, encontram-se as Divisões, Comissões e Núcleos (Figura 2).

Figura 2 – Organograma do Instituto Nacional de Cardiologia.

Fonte: Instituto Nacional de Cardiologia [Internet]. Rio de Janeiro; [atualizado 2015; [citado 2017 out. 26]. Disponível em: <http://www.inc.saude.gov.br/>

O Núcleo de Qualidade e Segurança está vinculado à Coordenação Hospitalar e busca promover e apoiar a implementação de ações destinadas à segurança do paciente e à melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias, à disseminação sistemática da cultura de segurança, bem como à articulação e à integração dos processos de gestão de risco, e à garantia de boas práticas para o funcionamento dos serviços de saúde (INC, 2015).

No presente estudo foram incluídas cinco unidades de internação, com 102 leitos dispostos nas especialidades coronariopatia, orovalvulopatia, insuficiência cardíaca e transplantes, doenças congênitas do adulto e doenças da aorta, cardiologia da criança e do adolescente e quatro unidades de terapia intensiva, cujos 60 leitos estão distribuídos em terapia cardiointensiva cirúrgica, cardiointensiva clínica, unidade coronariana e cardiointensiva da criança e do adolescente.

O corpo clínico do INC* é permanente, permitindo eventualmente, mediante autorização, o exercício de profissionais externos. Nas unidades, cenário desta pesquisa, atuavam 718 profissionais, sendo 141 enfermeiros, 251 técnicos de enfermagem, 137 médicos, nove psicólogos, quatro terapeutas ocupacionais, 11 profissionais administrativos, 12 farmacêuticos, dois fonoaudiólogos, 18 fisioterapeutas, 21 nutricionistas, 12 assistentes sociais, quatro residentes de farmácia, três residentes de fisioterapia, 21 residentes de enfermagem e 72 de medicina.

A jornada de trabalho dos profissionais de saúde é, majoritariamente, 30 horas semanais, em turnos de 12 horas diárias.

*As informações referentes aos dados institucionais foram obtidas na *homepage* da instituição, e nos relatórios fornecidos pela divisão de recursos humanos e chefias de serviços das unidades em agosto de 2017.

3.4 POPULAÇÃO

A população deste estudo constituiu-se de profissionais de saúde atuantes nas unidades de internação e terapia intensiva, que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade:

Critérios de inclusão:

- ❖ Enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, residentes de enfermagem, farmácia, fisioterapia e medicina que estejam trabalhando no exercício de suas funções há, pelo menos, 6 meses na instituição.

Critérios de exclusão:

- ❖ Profissionais de saúde em licença, férias e/ou afastamento das atividades laborais.
- ❖ Profissionais de saúde com jornada de trabalho < 20 horas semanais.

Atendendo aos critérios de elegibilidade, foram selecionados 474 sujeitos. Todavia, 24 recusaram-se a participar, sendo distribuídos 450 questionários. Destes, 59 profissionais não devolveram o instrumento.

Assim, a população da presente investigação correspondeu a 391 participantes. A amostragem foi do tipo conveniência.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril e junho de 2018.

3.5.1. O Instrumento de coleta de dados

Neste estudo, o instrumento empregado foi a versão *Safety Attitudes Questionnaire SAQ – Short Form 2006* adaptada, traduzida e validada para a língua portuguesa falada no Brasil (Carvalho, 2011).

O SAQ possui duas partes: a primeira denominada de “Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado”, contendo 41 afirmativas; os itens entre 24 e 28 são duplicados, uma vez que são respondidos em função da administração/gerência da unidade e da administração/gerência hospitalar e os de número 2, 11 e 36 são considerados reversos.

A segunda parte do instrumento, nominada de informações, contempla as variáveis cargo, gênero, atuação principal (adulto, pediatria ou ambos) e tempo de experiência na especialidade, distribuídas em classes: menos de 6 meses, de 6 a 11, 1 a 2 anos, 3 a 4 anos, 5 a 10 anos, 11 a 20 anos e 21 anos ou mais. Também há uma questão para averiguar se o sujeito respondeu ao questionário anteriormente (Anexo 3).

Para complementar os dados sociodemográficos desta segunda parte, foi construído o Apêndice C, envolvendo as variáveis: unidade de trabalho, idade (anos), horas trabalhadas por semana na unidade (anos), tempo de trabalho na unidade (anos), tempo de experiência na especialidade (anos), tipo de vínculo empregatício (Estatutário, Contratos: Núcleo Estadual do Rio de Janeiro – NERJ, Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, via Fundação Pró-Coração – FUNDACOR e na modalidade de Residência), e as orientações necessárias para o preenchimento do questionário.

As assertivas são respondidas por meio de uma escala do tipo *Likert*, contendo cinco graus: discordo totalmente, discordo parcialmente, neutro,

concordo parcialmente e concordo totalmente. Também há a alternativa “não se aplica”.

A seguir, nos dados do Quadro 2 são apresentados os domínios, suas respectivas descrições e assertivas/itens:

Quadro 2 – Domínios do Questionário de Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado, adaptada para o Brasil.

Domínios (itens)	Definição
Clima de trabalho em equipe (1 ao 6)	Percepção da qualidade da colaboração entre os profissionais da equipe.
Clima de segurança (7 ao 13)	Percepção de um forte e proativo compromisso organizacional com a segurança.
Satisfação no trabalho (15 a 19)	Sentimento agradável ou estado emocionalmente positivo resultante da percepção da experiência de trabalho.
Percepção do estresse (20 a 23)	Reconhecimento de como meu desempenho é influenciado por fatores estressores.
Percepções da gerência do hospital (14, 24 a 28) e da unidade (24 a 29)	Aprovação das ações da administração.
Condições de trabalho (30 a 32)	Percepção da qualidade de suporte ambiental e logístico no lugar de trabalho (por exemplo: equipamentos e profissionais).

Fonte: Carvalho REFL. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil - Questionário de Atitudes de Segurança [Internet]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011 [citado 2017 Mar. 16]. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/...30112011.../RhannaEmanuelaFonteneleLimadeCarvalho.pdf.

Cabe esclarecer que quatro itens entre 33 e 36, não estão agrupados em domínios.

Para o cálculo da pontuação dos domínios em função da escala de cinco graus são atribuídos os seguintes valores às respostas: discordo totalmente (zero pontos), discordo parcialmente 25 pontos, neutro 50 pontos, concordo parcialmente 75 pontos e concordo totalmente 100 pontos. Há também alternativa “não se aplica”, a que não é atribuída pontuação. Os itens reversos foram invertidos na análise.

Assim, quanto mais próximo de zero, pior é a percepção sobre o clima e quanto mais próximo de 100, melhor percepção. De acordo com Sexton et al. (2006) e Carvalho e Cassiani (2012) valores iguais ou superiores a 75 são considerados como positivos.

Na presente pesquisa, houve a autorização da autora para o emprego do questionário (Anexo 4).

3.5.2 Operacionalização da coleta de dados

A pesquisadora realizou reuniões com os gerentes das unidades e com o coordenador do Núcleo de Qualidade e Segurança para apresentar os objetivos do estudo e os procedimentos operacionais da coleta de dados nas unidades campo de pesquisa.

Em seguida, solicitou às chefias de serviços das unidades a relação dos profissionais de saúde para proceder a seleção, de acordo com os critérios de elegibilidade.

A partir desta etapa foram agendadas reuniões com os trabalhadores nas unidades de internação e de terapia intensiva para explicitar o propósito do estudo e proceder ao convite para participar, respeitando-se os diferentes turnos e disponibilidade dos profissionais.

Àqueles que manifestaram interesse, foi entregue em um envelope branco a carta convite, régua, lápis, borracha, o TCLE e o questionário para ser

respondido e devolvido em data e horário, conforme acordado entre o pesquisador e o participante.

A pesquisadora contou com a colaboração de cinco estudantes de enfermagem de uma universidade privada do Estado do Rio de Janeiro na fase da coleta de dados/aplicação do instrumento, que foram capacitados para esta atividade por meio de uma aula expositiva dialogada, uma simulação de preenchimento do instrumento, bem como dois dias de capacitação em campo.

3.5.3 Organização, apresentação e análise dos dados

Os dados foram inseridos em planilha eletrônica e, em seguida, analisados por meio de recursos de computação de programa estatístico.

O tratamento dos dados foi realizado por meio de estatística descritiva e inferencial. Para as variáveis qualitativas foram empregadas as frequências absoluta e relativa e para as quantitativas, as medidas de tendência central e de dispersão.

A confiabilidade do questionário e de seus respectivos domínios deu-se por intermédio do coeficiente Alpha (α) de Cronbach. Este coeficiente é um estimador que expressa o grau de confiabilidade das respostas decorrentes dos questionários avaliados, sendo considerados satisfatórios os valores acima 0,70 (Maroco e Garcia-Marques, 2006).

Para comparar os domínios entre as unidades e as demais variáveis sociodemográficas foi empregado o Modelo de Análise de Variância (ANOVA) e para a associação das variáveis numéricas e os domínios, testes de correlação (Hair et al. 2009).

No intuito de comparar a distribuição das médias dos domínios entre as unidades pesquisadas, foram aplicados a Análise de Variância e o Coeficiente de correlação de *Pearson* (para comparar os domínios e as variáveis numéricas), os testes t de *Student* e Correção de *Welch* (para as variáveis categóricas) e *post hoc Games-Howell* (para comparar os grupos dois a dois). O nível de significância adotado foi 5%.

Ademais, foi construído um modelo de Regressão Linear incluindo todas as variáveis sociodemográficas, como preditores para cada domínio. Para os preditores numéricos o coeficiente de regressão expressa quanto a resposta é aumentada em função do aumento do preditor em uma unidade.

Em se tratando de preditores categóricos, o coeficiente de regressão reflete quanto a média da resposta é alterada quando comparada à categoria de referência.

Por fim, o valor R^2 múltiplo também conhecido como coeficiente de determinação aponta o quanto da informação da resposta é reproduzida pelos preditores. Este varia entre 0 e 1 e indica o quanto o modelo de regressão explica os valores observados (Hair et al., 2009).

Para Hair et al. (2009), se o modelo de regressão for propriamente aplicado e estimado, o pesquisador poderá assumir que quanto maior o valor de R^2 maior será o poder de explicação da equação de regressão.

A seguir, os resultados são apresentados em tabelas distribuídos em cinco tópicos e discutidos em base em referencial teórico.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para favorecer a apresentação e a discussão, os resultados e a discussão são apresentados na seguinte ordem:

4.1 Caracterização dos profissionais de saúde

4.2 Análise do clima de segurança e de confiabilidade do instrumento

4.3 Clima de segurança: relação entre os domínios e as variáveis sociodemográficas

4.4 Clima de segurança: comparação entre as unidades de internação e de terapia intensiva

4.5 Modelo preditivo com base nas variáveis sociodemográficas

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Em seu contexto cultural, a segurança do paciente não é uma problemática individual, nem uma única categoria profissional (Wegner et al., 2016). Em sua totalidade, os profissionais de saúde podem influenciar positivamente no cuidado seguro em serviços de saúde ao assumirem o propósito de uma cultura de segurança do paciente.

Como descrito no método, 391 profissionais de saúde participaram da pesquisa, o que correspondeu a 86,8% de retorno do instrumento. De acordo com Pronovost e Sexton (2005), taxas de respostas elevadas e precisas são fundamentais na aplicação do SAQ; recomendando, percentuais acima de 60%.

Os resultados descritos nos dados da Tabela 1 referem-se às características sociodemográficas dos participantes, de acordo com cargo, gênero, atuação principal, idade, tempo de trabalho na unidade, vínculo trabalhista, jornada de trabalho semanal, experiência na especialidade e unidade de trabalho.

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas dos profissionais de saúde, INC, Rio de Janeiro – 2018

		(continua)
Variáveis	N*	(%)
Cargo		
Enfermeiro	85	22,03
Médico	85	22,02
Nutricionista	19	4,92
Fisioterapeuta	15	3,89
Farmacêutico	11	2,85
Assistente social	8	2,07
Psicólogo	7	1,81
Terapeuta ocupacional	4	1,04
Fonoaudiólogo	1	0,26
Técnico/Auxiliar de enfermagem	123	31,85
Residente de enfermagem	9	2,33
Residente de medicina	17	4,40
Residente de farmácia	2	0,52
Gênero		
Mulher	285	75
Homem	95	25
Atuação principal (especialidade)		
Adulto	290	75,92
Pediatria	72	18,85
Ambos	20	5,24
Idade (anos)		
Média (dp**)	40,89 (10,06)	
Mediana	39,00	
Mínimo-Máximo	20 -70	
Tempo de trabalho na unidade (anos)		
Média (dp**)	9,77 (6,98)	
Mediana	10,00	
Mínimo-Máximo	0,17 – 44	
Vínculo trabalhista		
Estatutário	232	64,09
Contrato	100	27,63
Residência	30	8,29

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas dos profissionais de saúde, INC, Rio de Janeiro - 2018

(continuação)		
Variável	N*	(%)
Jornada de trabalho (semanal)		
Média (dp**)	31,27 (9,57)	
Mediana	30,00	
Mínimo-Máximo	20 – 60	
Experiência na especialidade (anos)		
Média (dp**)	13,76 (8,71)	
Mediana	12,08	
Mínimo-Máximo	0,17 – 48,42	
Unidade que trabalha***		
Unidade de internação	150	40,32
Terapia intensiva	209	56,18
(conclusão)		

*O N varia com o número de participantes que responderam a cada questão

**Desvio padrão

Em relação às características sociodemográficas dos profissionais, apresentadas nos dados da Tabela 1, o cargo predominante foi o de técnicos e auxiliares de enfermagem (31,87%), seguido de enfermeiros (22,03%) e médicos (22,02%).

Cabe pontuar que a equipe de enfermagem representada por enfermeiros, técnicos e auxiliares totalizou 208 (53,88%) dos profissionais de saúde. A soma de todos os outros profissionais correspondeu a 178 (46,12%).

De acordo com pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN (2011), a equipe de enfermagem representa a maior força de trabalho nos serviços de saúde.

Investigações conduzidas no cenário nacional sobre o clima de segurança são consonantes aos achados da presente investigação quanto à categoria profissional/cargo. O estudo de Luiz et al. (2015) que aplicou o SAQ em um hospital público de ensino no Estado de Minas Gerais, Brasil, com a participação de 556 profissionais, verificou que a maioria pertencia à equipe de enfermagem; assim como o de Kolankiewicz et al. (2017), no qual 81,5% eram técnicos/auxiliares de enfermagem e o de Carvalho et al. (2017) em que 69%

dos participantes também pertenciam à categoria técnico/auxiliar de enfermagem.

Galvão et al. (2018) investigando a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança empregaram outro instrumento no Estado do Amazonas, envolvendo 381 sujeitos, demonstraram que 50% eram trabalhadores de enfermagem.

Estudos internacionais, como o de Weaver et al. (2015), apresentaram resultados semelhantes aos desta pesquisa, uma vez que em um hospital especializado de oncologia nos EUA contando com 129 participantes, 69% pertenciam a equipe de enfermagem; o de Haerkens et al. (2016) que objetivou avaliar as propriedades psicométricas da versão do SAQ, em língua holandesa, em sete hospitais universitários, contando com 2.113 profissionais de saúde; verificou que 47,4%, eram da equipe de enfermagem, seguidos por médicos (18,2%).

No que tange ao gênero, 285 (75%) eram mulheres, estes resultados aproximaram-se de estudos que aplicaram o SAQ, como os de Kristensen et al. (2016b) realizado na Dinamarca (81%), de Aljadhey et al. (2016) na Arábia Saudita (94,3%), de Li et al. (2017) na China (72%); e no Brasil, o de Luiz et al. (2015) em Minas Gerais (76,6%), de Matiello et al. (2016) no Espírito Santo (76%), de Toso et al. (2016) no Rio Grande do Sul (89,3%) e o de Carvalho et al. (2017) no Ceará (78%).

A participação feminina, de acordo com Wermelinger et al. (2010), no setor de saúde atinge quase 70% do total, sendo a categoria profissional mais feminizada a de nutricionistas, na qual o gênero mulher corresponde a 95% dos profissionais. Acrescentam que profissões, tradicionalmente, masculinas, como medicina, odontologia e medicina veterinária vêm passando por mudanças com taxas crescentes de participação feminina.

A idade dos respondentes variou entre 20 e 70 anos, média de 40,89 (dp=10,06) e mediana de 39 anos. Resultados análogos a estes foram descritos por Fermo et al. (2016), em pesquisa realizada em um hospital de em

Santa Catarina (Brasil) envolvendo profissionais da saúde, onde a média de idade dos participantes foi 40 anos.

Estudos internacionais encontraram a média de idade de 32,8 anos ($dp=7,2$) na Turquia (Kaya, Barsbay, Karabulut, 2010), de 32,8 anos ($dp=8,16$) na Grécia (Raftopoulos, Pavlakis, 2013), e 34,76 anos ($dp=9,08$) na China (Li et al., 2017).

A média da idade da população brasileira cresce a cada dia, o que contribui para o envelhecimento da força de trabalho. Os serviços públicos experimentam primeiro essa realidade em razão de suas particularidades como a estabilidade do vínculo empregatício. Conforme *Princewaterhouse Coopers* (PWC) no Brasil, em 2040, é previsto que mais da metade da força de trabalho ultrapassará os 45 anos de idade (PWC, 2013).

Os achados da presente investigação são congruentes aos encontrados na literatura no que diz respeito à categoria profissional, predomínio do gênero mulher e trabalhadores na fase de vida adulta.

Referente à atuação principal, a maior parte (75,98%) trabalhava com pacientes adultos. Corroboram esses achados os estudos conduzidos por Matiello et al. (2016) e Kolankiewicz et al. (2017), com os percentuais acima de 70%.

O tempo de trabalho na unidade correspondeu a uma média de 9,77 ($dp=6,98$) e mediana de 10 anos e quanto ao tempo na especialidade obteve uma média de 13,76 anos ($dp=8,71$) e mediana de 12,08 anos, denotando vivência profissional e na instituição, possibilitando incorporar os elementos da cultura organizacional e de segurança.

Em revisão de literatura, foram encontradas pesquisas que também empregaram o SAQ, apontando resultados variáveis em relação ao tempo na especialidade e tempo na instituição. Marinho, Radünz e Barbosa (2014) identificaram médias acima de 10 anos e Aljadhey et al. (2016) superior a 20 anos. Por outro lado, Raftopoulos e Pavlakis (2013) verificaram que a média correspondeu a 6 anos e Barbosa et al. (2016a) entre 3 anos e 6 meses.

Quanto ao vínculo trabalhista, o estatutário foi a maioria (64,09%), seguido de contrato (27,63%). Este achado é atribuído à natureza jurídica da instituição – pública, federal e de ensino, na qual o principal vínculo é de servidor público efetivo.

De acordo com Dedecca e Trovão (2013), o fenômeno da pluralidade de vínculo empregatício nas instituições públicas e, em especial, no setor saúde decorre muitas vezes de um ambiente de restrição de recursos para a política de saúde, que estimula o crescimento dessas novas formas institucionais e de relações de trabalho.

Na instituição, cenário deste estudo, não é incomum a renovação dos regimes de trabalho, em especial, os vínculos do NERJ, com direitos trabalhistas e salários diferentes aos dos estatutários/efetivos. Para Eberhardt, Carvalho e Murofuse (2015), esse cenário pode gerar instabilidade no vínculo empregatício dos profissionais e uma precarização da força de trabalho.

Quanto à carga horária semanal de trabalho, esta variou entre 20 e 60 horas, obtendo-se uma média 31,27h ($dp=9,57$) e mediana de 30h. Reconhecidamente a carga de trabalho influencia na qualidade da assistência, na segurança dos pacientes e na saúde dos profissionais, achados inferiores aos reportados na literatura.

Nesse aspecto, Dorigan e Guirardello (2017) ao avaliarem a percepção de 465 enfermeiros do Estado de São Paulo (Brasil) sobre o ambiente da prática de enfermagem, constataram que a carga horária semanal dos participantes foi superior a 40 horas e Galvão et al. (2018) identificaram que maior parte dos profissionais (66%) mantinha carga horária semanal entre 20 e 39 horas.

Uma revisão de literatura sobre a carga de trabalho de profissionais de saúde apontou que trabalhadores com excesso de carga de trabalho apresentam altos índices de absenteísmo, de acidentes de trabalho e erros na administração de medicamentos, dentre outros (Robazzi et al., 2012).

Novais et al. (2016) conduziram uma investigação demonstrando que a carga de trabalho semanal apresentou relação com a Síndrome de *Bournout*.

Listyowardojo et al. (2017) verificaram que 91,45% dos participantes trabalhavam 40h ou mais por semana, encontrando correlação negativa para o domínio condições de trabalho (SAQ), fato este atribuído ao número de horas de trabalho semanal.

No que tange à distribuição dos profissionais entre as unidades estudadas, 209 participantes (56,18%) atuavam nas quatro unidades de terapia intensiva do INC.

Por fim, cabe mencionar que, na assertiva relativa ao preenchimento prévio do questionário, 375 (96%) dos participantes não responderam anteriormente.

4.2 ANÁLISE DO CLIMA DE SEGURANÇA E DE CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO

Nesta etapa, são apresentados os achados oriundos da confiabilidade do instrumento e das assertivas frente ao clima de segurança.

Na presente pesquisa, o α geral do instrumento correspondeu a 0,92, variando entre 0,70 e 0,80 entre os domínios.

A consistência mensurada pelo coeficiente de α de Cronbach varia, entre 0-1 sendo considerados satisfatórios valores maiores ou iguais a 0,70 e excelentes superiores a 0,80 (Marroco, Garcia-Marques, 2006; Hair et al., 2009).

Desse modo, o questionário mostrou-se confiável, quando comparado aos autores supracitados, assim como aos valores constatados nas pesquisas de Carvalho et al. (2015) ($\alpha=0,86$) e Santiago e Turrini (2015) ($\alpha=0,85$), ratificando a confiabilidade do SAQ.

Os dados da Tabela 2 explicitam a percepção dos profissionais de saúde relativa ao clima de segurança, pontuando os graus de discordância, neutro e concordância.

Tabela 2 – Distribuição da frequência das assertivas do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), conforme os profissionais de saúde, INC, Rio de Janeiro – 2018

(continua)

Assertivas	Respostas		
	DT e DP (%)	Neutro	CT e CP (%)
01. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área.	15,1	9,1	84,8
2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.	59,5	5,8	34,7
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	18,3	7,2	74,6
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	10,2	5,2	84,5
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.	11,3	7,1	81,7
6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	20,5	8,2	71,3
7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.	12,9	9,4	77,6
8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área.	22,7	16,1	61,3
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.	18,9	10,9	70,3
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.	32	10,4	57,7
11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros.	40,8	12,4	46,8
12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente.	17,6	12,8	69,6
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	26,4	18,1	55,4
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração.	35,5	23,3	41,2
15. Eu gosto do meu trabalho.	2,7	3,7	93,6
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	17,4	8,2	74,5
17. Este é um bom lugar para trabalhar.	6,6	3,9	89,5
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	5,2	5,0	89,7
19. O moral nesta área é alto.	21,8	16,4	61,7
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	8,8	4,3	86,9

Tabela 2 – Distribuição da frequência das assertivas do Questionário de Atitudes de Segurança, conforme os profissionais de saúde (SAQ), INC, Rio de Janeiro – 2018

Assertivas	(continuação)		
	Respostas		
	DT e DP (%)	Neutro	CT e CP (%)
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado(a).	11,0	5,0	83,9
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	21,8	6,6	71,6
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorrespiratória, convulsões).	38,9	8,3	52,8
24. A administração apóia meus esforços diários (unidade).	18,4	9,5	72,1
24. A administração apóia meus esforços diários (hospital).	33,4	31,5	35,1
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (unidade).	26,8	13,8	59,4
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (hospital).	27,0	30,6	42,4
26. A administração está fazendo um bom trabalho (unidade).	12,8	14,4	72,8
26. A administração está fazendo um bom trabalho (hospital).	20,1	30,8	49,1
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa (unidade).	30,1	22,6	46,2
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa (hospital).	32,7	39,6	27,7
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da (unidade).	26,5	9,6	63,9
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a) (hospital).	33,9	24,9	41,1
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.	52,0	5,0	43,1
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.	35,7	14,3	50,0
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim.	32,9	12,0	55,1
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.	18,9	10,3	70,9

Tabela 2 – Distribuição da frequência das assertivas do Questionário de Atitudes de Segurança, conforme os profissionais de saúde (SAQ), INC, Rio de Janeiro – 2018

Assertivas	(continuação)		
	Respostas		
	DT e DP (%)	Neutro	CT e CP (%)
33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área.	9,7	4,5	85,8
34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área.	16,6	7,1	76,3
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área.	21,5	25,2	53,2
36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.	33,2	13,6	53,2

(conclusão)

DT= Discordo Totalmente; DP= Discordo Parcialmente; Neutro; CP= Concordo Parcialmente; CT=Concordo Totalmente

De acordo com os dados da Tabela 2, constata-se que mais de 80% dos participantes concordaram que as sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área (84,8%), que têm o apoio que necessitam de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes (84,5%) e que é fácil para os profissionais que atuam nesta área fazer perguntas quando existe algo que eles não entendem (81,7%).

Estes resultados demonstram que o trabalho em equipe e a comunicação aberta foram percebidas positivamente pelos respondentes. Conforme citam Vincent e Amalbert (2016), organizações que priorizam a segurança, baseiam-se na premissa de que todos os membros do grupo demonstram solidariedade quanto aos objetivos de segurança; que a equipe fomenta a tomada de decisões coletivas e prudentes e a existência de uma comunicação aberta entre os membros.

A favorabilidade do clima de segurança foi revelada em outras questões, quando, aproximadamente, 90% dos participantes demonstraram-se satisfeitos com o trabalho como constatado nas assertivas: “eu gosto do meu trabalho”

(93,6%), “eu me orgulho de trabalhar nesta área” (89,7%) e que “este é um bom lugar para trabalhar” (89,5%).

Nesse aspecto, pode-se considerar que, na ótica dos participantes, o trabalho contribui para a própria satisfação pessoal, sentem orgulho do trabalho e consideram a unidade onde atuam um lugar adequado para trabalhar.

Somense e Duran (2014), ao pesquisarem os fatores relacionados à satisfação/insatisfação profissional, em uma unidade cardiológica, em um hospital no Estado de São Paulo, identificaram que um dos fatores contribuintes para a satisfação profissional foi o trabalho em si e em equipe.

Percepções positivas quanto ao reconhecimento do estresse como fator desgastante para as atividades laborais, exibiram alta concordância entre os participantes nas afirmativas “quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado” (86,9%) e “eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)” (83,9%).

O fato de os profissionais perceberem que as condições que levam ao estresse prejudicam o desempenho profissional elucida a maturidade dos participantes, assim como a concepção de falibilidade humana.

Guido et al. (2011) ao descreverem os mecanismos de enfrentamento do estresse entre enfermeiros, defendem como possíveis ações para minimizar o efeito do estresse o “tornar” o trabalho do enfermeiro mais produtivo e satisfatório, garantindo a segurança do profissional e dos pacientes assistidos. Acredita-se que esta premissa possa ser ampliada a todas as categorias dos profissionais de saúde.

Por outro lado, 50% dos participantes concordaram que “este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe”, 55,1% “que toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim”, 42,4% concordaram que “a administração do hospital não compromete conscientemente a segurança do paciente e 43,1% concordaram que “nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes” denotando percepção negativa frente aos aspectos relativos à capacitação por ocasião da

admissão, dimensionamento de pessoal, disponibilidade da informação e gerenciamento da unidade e da instituição.

Convém mencionar que estas questões foram concernentes às condições de trabalho e à ação da gestão hospitalar, avaliadas negativamente pelos profissionais.

Percepções negativas foram reveladas da mesma forma no estudo de Marinho, Radünz e Barbosa (2014), em que profissionais de enfermagem identificaram fragilidade na troca de informações e na gestão hospitalar, chamando a atenção para a necessidade de apoio da direção quanto à segurança do paciente. Os referidos autores reiteraram a necessidade de aprimoramento em relação ao problema de pessoal e treinamento dos profissionais diante dos resultados encontrados em sua investigação. Assim como na pesquisa de Matiello et al (2016) no qual a afirmação “este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe” teve concordância de 61% dos participantes e a afirmativa “toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim” alcançou 67% concordância.

Quanto às percepções da colaboração entre os profissionais, mais de 75% concordaram que vivenciam boa colaboração com enfermeiros e médicos, e pouco mais de 50% vivenciam boa colaboração com os farmacêuticos e concordam que a comunicação é um problema e resulta em atrasos no atendimento.

Tanto na literatura nacional como internacional são relatados dados similares aos da presente pesquisa no que tange à colaboração e comunicação. A pesquisa conduzida por Weaver et al. (2015) mostrou que a colaboração com enfermeiros foi elevada, assim como com outros profissionais de saúde, incluindo, os residentes.

Na Irlanda, os profissionais de saúde, em sua maioria, também tiveram uma percepção positiva na comunicação com enfermeiros com elevados percentuais de concordância; todavia ao avaliarem comunicação e a

colaboração com a equipe médica, houve índices baixos de concordância (Relihan et al., 2009).

Corrobora com estes dados a investigação nacional que aplicou o SAQ em um hospital privado, localizado no estado de Minas Gerais (Brasil) para 123 profissionais de saúde, onde 74,8% avaliaram como boa a comunicação e colaboração com enfermeiros, 71,5% dos profissionais avaliaram como boa a comunicação e colaboração com médicos e 57,7% dos profissionais indicaram como boa a comunicação e colaboração com farmacêuticos (Barbosa et al., 2016a).

A percepção das interações entre profissionais de saúde e farmacêuticos foi desfavorável neste estudo e expressou o baixo nível de concordância (53,2%).

Este resultado pode ser esclarecido conforme Holden, Watts e Walker (2010) pelos padrões estabelecidos comumente pelo setor farmácia, como pedidos de mudanças de formulário, questões burocráticas, revisão de prescrições médicas em razão de erros, além da separação geográfica da farmácia das áreas assistenciais. Estes fatores podem contribuir para um nível de isolamento e conflitos que pouco facilita a noção de trabalho em equipe entre outros profissionais e farmacêuticos.

Em outras assertivas, observou-se não haver clareza nas respostas como: “Esta área é difícil discutir sobre erros”, 40,8% dos respondentes discordaram e 46,8% concordaram, “a Administração apóia meus esforços diários (hospital) onde 33,4% discordaram, 31,5% neutros e 35,1% concordam, “profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva (hospital) discordaram 32,7%, neutro 39,6% e 27,7% concordam.

Em relação ao fato da dificuldade em se discutir os erros, é essencial trabalhar com a idéia de que os trabalhadores da saúde devem ser apoiados pelos líderes na ocorrência de erros e que não devem temer de expressar as situações que ameaçam a segurança do paciente (NPSF, 2017).

Os resultados dos dados da Tabela 3 demonstram as medidas de tendência central e o valor de Alpha de Cronbach dos seis domínios.

Tabela 3 – Distribuição das médias, desvio padrão (dp), mediana e valores de α de Cronbach de acordo com os domínios do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), INC, Rio de Janeiro – 2018

Domínios do SAQ	Média	dp	Mediana	α de Cronbach
Clima de trabalho em equipe	73,80	18,75	75	0,70
Clima de segurança	64,19	20,45	67,86	0,75
Satisfação no trabalho	80,79	19,56	85	0,80
Percepção do estresse	73,35	23,81	75	0,74
Percepção da gerência				
Hospital	52,54	22,29	54,17	0,78
Unidade	60,02	27,62	66,67	0,76
Condições de trabalho	61,19	27,69	66,67	0,75

Cabe mencionar que o escore total do SAQ obteve média de 66,6 (dp=15), valor este similar aos encontrados nas investigações de Matiello et al., 2016 (66), Barbosa et al., 2016b (66,94) e Carvalho et al., 2017 (67,6).

Os achados da Tabela 3 mostram que o domínio Satisfação no trabalho obteve o melhor escore de média 80,79 (dp=19,56). Por outro lado, os piores resultados foram verificados nos domínios Condições de trabalho 61,19 (dp=27,69), Percepção da gerência tanto no âmbito do hospital como na unidade 52,54 (dp=22,29) e 60,02 (dp=27,62), respectivamente.

Estes achados são consonantes aos verificados na literatura, demonstrando melhores médias de escores para a Satisfação no trabalho, 80 (Luiz et al., 2015); 98 (Elsous et al., 2017); 77,5 (Kristensen et al., 2016b); 92,7 (Aljadhey et al., 2016); 76,19 (Guirardello, 2017); 83 (Carvalho et al., 2017); e 80 (Oliveira et al., 2018); e os piores para o domínio Percepção da gerência, 66

(Matiello et al., 2016); 66,96 (Barbosa et al., 2016b); e 67,6 (Carvalho et al., 2017).

Segundo Martins et al. (2006), o gostar daquilo que faz, é fundamental, sobretudo, quando o objeto de trabalho é o cuidado ao ser humano. Sendo assim, a satisfação no trabalho é um fator que pode favorecer a produtividade, bem como agregar valores ao indivíduo para que se mantenha motivado dentro de uma organização.

Para Schwendimann et al. (2013), a satisfação no trabalho quando avaliada positivamente indica percepções favoráveis dos profissionais de saúde relacionados a seu trabalho e suas experiências, incluindo um alto nível de envolvimento individual no trabalho e no desempenho de suas atividades laborais. Estes resultados também podem mostrar o potencial de uma força de trabalho para promover um trabalho positivo em ambientes que podem contribuir para a segurança do paciente.

Elsous et al. (2017) defendem que a importância da satisfação no trabalho não pode ser ignorada, afirmando que a positividade para a satisfação no trabalho indica que os participantes estão satisfeitos com seu trabalho e envolvidos, no sentido de aceitar e implementar futuras iniciativas de melhoria da qualidade. Complementam que a insatisfação no trabalho poderá colocar em risco o cuidado prestado.

De acordo com Hora, Junior e Souza (2018), a satisfação no trabalho pode ser entendida como a extensão do quanto o trabalhador gosta de sua atividade laboral. Estes autores argumentam que quanto maior a satisfação maior será o comprometimento deste com o trabalho.

O domínio do Clima de trabalho em equipe, que expressa a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros da equipe, obteve a média de 73,80 ($dp=18,75$), próxima ao limite inferior estabelecido (≥ 75).

Estudos encontraram médias semelhantes de Clima de trabalho em equipe (Barbosa et al., 2015), alcançando o valor de 73,91, e superiores a este resultado como a pesquisa de Santiago e Turrini, 2015 (75) e de Kristensen et

al., 2015 (77,2). Todavia escores inferiores foram apontados por Carvalho e Cassiani (2012), variando entre 69,46 e 7,2.

Cabe destacar que o trabalho em equipe é imprescindível para a qualidade da assistência, contribuindo de forma significativa para atitudes de segurança (Barbosa et al., 2015). Em contrapartida, fragilidades nesse modelo vêm sendo associadas a resultados desfavoráveis aos pacientes, como complicações e morte (Mazzocco et al., 2009).

Na investigação conduzida por Wegner et al. (2016), objetivando conhecer as estratégias adotadas para a construção da cultura de segurança do paciente, na perspectiva de 23 profissionais da saúde atuantes em um hospital público de ensino, por meio de entrevistas semiestruturadas e análise temática, o tema trabalho em equipe emergiu como uma de suas categorias. Foi possível apreender na investigação supracitada que os participantes reconhecem que a atenção e a união dos profissionais de saúde, ao terem os mesmos interesses, reforçam a segurança do paciente. Os autores da referida pesquisa afirmam que, à medida que todos os profissionais da saúde aprimorem essa idéia de responsabilidade coletiva será possível avançar na qualidade do cuidado e no trabalho em equipe, que são pressupostos para a segurança do paciente.

No que tange ao domínio Percepção do estresse, que reflete o quanto os fatores estressores afetam as atividades laborais dos profissionais, obteve-se um escore médio de 73,35 ($dp=23,81$) e uma mediana de 75.

Estes resultados aproximam-se dos encontrados nos estudos de Carvalho e Cassiani (2012), de Nguyen et al. (2015) e os de Barbosa et al. (2016b), no quais tais resultados apresentaram médias variando entre 71,51 e 75,8. Entretanto, níveis inferiores de Percepção do estresse foram descritos por Kristensen et al. (2015), Barbosa et al. (2015), Poley et al. (2011) e Guirardello (2017), entre 54,7 e 69,04.

Estudo similar desenvolvido no Paraná (Brasil) em 2012 (Misiak et al., 2016) em uma instituição cardiovascular com características institucionais similares ao campo da presente pesquisa aplicaram o SAQ, contando com 75

profissionais da equipe de enfermagem, e constaram que dentre as seis dimensões avaliadas, somente, o domínio Percepção do estresse apresentou escores de favorabilidade, média de 77,6.

Dentre as razões que levam ao estresse podem se exemplificadas a fadiga e as tensões cotidianas que comprometem o bem estar físico e psicossocial do indivíduo, acarretando prejuízos à organização e, ainda, comprometendo a segurança do paciente.

Os avanços da modernidade, as inovações organizacionais, técnicas e tecnológicas, associadas ao aumento progressivo e significativo do estresse ocupacional exigem das pessoas constante adaptação e maior consciência do estresse para administrá-lo, como relatam Guido et al. (2011).

Pode-se inferir que o fato de os profissionais estarem trabalhando no hospital ou na atual unidade, há um longo período, possibilitou melhor, reconhecimento e avaliação das atividades profissionais promotoras de estresse, gerando o impacto positivo do reconhecimento dessa condição no processo de trabalho.

Gallego et al. (2012) defende que o SAQ é uma ferramenta de medida para avaliação indireta da cultura de segurança, é interessante considerar alguns aspectos da avaliação do reconhecimento de estresse que podem justificar, como ela funciona de maneira diferente das outras dimensões do SAQ. Quando um respondente concorda com itens que avaliam a percepção do estresse, ele reconhece suas limitações e potencial por cometer erros. Diferente das outras dimensões do SAQ, esta tem como foco principal o autocomportamento.

Assim, para obter informações a respeito do grau em que os estressores estão sendo encontrados pela equipe na unidade assistencial, outras dimensões do SAQ também precisam ser examinadas e relacionadas, uma vez que ao se evidenciar percepções negativas no Clima de segurança, Clima trabalho em equipe, Satisfação no trabalho, a Percepção de gerência e Condições de trabalho supõe-se um ambiente de prática estressante.

Lee et al. (2015) recomendam o monitoramento regular das condições de estresse e desenvolvimento de um programa de gerenciamento de estresse para fomentar atitudes positivas em relação à segurança do paciente e à melhoria da saúde e bem-estar do profissional.

Por conseguinte, o domínio Percepção do estresse por ter obtido média aproximada de 75 pontos, deve ser valorizado pela gestão hospitalar, pois de acordo com Guirardello (2017) poderá influenciar positivamente na percepção de atitude de segurança na instituição.

No que tange ao domínio Condições de trabalho, que reproduz a qualidade do ambiente de trabalho, este foi avaliado negativamente, 61,19 (dp=27,69).

A percepção negativa dos profissionais no domínio Condições de trabalho também foi observada nos estudos de Alves e Guirardello (2016) e de Oliveira et al. (2018), respectivamente, 62,23 (dp=24,26) e 57 (dp=25).

Cabe mencionar a importância de priorizar um ambiente favorável para o desenvolvimento das atividades laborais, pois este fator interfere diretamente na prestação da assistência à saúde (Barbosa et al., 2015). Há evidências de que enfermeiras com uma percepção positiva do ambiente de trabalho avaliam seu clima de segurança, como positivo (Santos, Silva, Guirardello, 2017).

As percepções dos participantes com referência ao gerenciamento foram os menores escores do SAQ, com a Gerência da unidade em 60,02 (dp=27,62) e do hospital em 52,54 (dp=22,29).

Estes índices nos domínios quanto à gerência também foram retratados por Schwendimann et al. (2013), Kristensen et al. (2016b) e Aljadhey et al. (2016) que em seus estudos, a percepção da gerência com piores escores variou entre 55,3 e 68,1. No Brasil, também foram verificadas médias abaixo de 65 no aspecto da gerência (Luiz et al., 2015; Kolankiewicz et al., 2017).

Pesquisa semelhante ao presente estudo realizada no campo da cardiologia, que objetivou avaliar a cultura de segurança em uma unidade certificada por um sistema integrado de gestão de qualidade e risco para

segurança do paciente na Espanha, empregou um outro instrumento de avaliação de cultura de segurança versão em espanhol para enfermeiros, auxiliares e trabalhadores administrativos, evidenciou baixos escores relacionados à gerência (Raso-Raso et al., 2018).

Cabe pontuar que uma série de fatores pode contribuir para os resultados frente à gestão no cenário do estudo como: diferentes formas de vínculo trabalhista, formas diversificadas de carga horária contratual em um único espaço de gestão local do sistema de saúde, complexidade assistencial e financiamento institucional.

Em um cenário como este, é difícil encontrar um contraponto para promover aceitações de grupos tão diversificados de liderados. Segundo Bernardo, Verde e Pinzón (2013), as diferenças de vínculos empregatícios e até a lógica da produtividade, para o profissional de saúde parecem ser algo natural, não passível de modificação e, assim esses profissionais buscam adotar um comportamento adaptativo, distanciando-se afetivamente do trabalho.

Explicações para a não aprovação gerencial hospitalar são inúmeras, como relatam Lorenzetti et al. (2014), sendo elas: a falta de profissionais preparados para atuar como gestores no SUS, justificada pela frágil formação técnica dos profissionais de saúde para a gestão, bem como a descontinuada e ineficiente ação da educação permanente nesta área. Uma terceira explicação de extrema relevância é a alta rotatividade dos gestores na área pública, e a dificuldade de atuar em modelos de gestão diferentes do tradicional, calcados em ações centralizadoras, hierarquizadas e burocratizadas.

Vendemiatti et al. (2010) afirmam que a dinâmica hospitalar revela-se como um processo de inter-relações produzido por uma complexidade de agentes, que negociam a partir de diferentes lugares de poder, de especialização e identidade organizacional e que coexistem nesta dinâmica subculturas de especialidades médicas, de enfermagem e administrativas.

Nessa visão, os mesmos autores descrevem que a complexidade da organização hospitalar é um desafio para o processo de gestão,

particularmente, no que diz respeito à liderança e consideram a profissionalização dos processos gerenciais das instituições hospitalares uma necessidade, tanto do ponto de vista da eficiência como da competitividade dos serviços de saúde.

No Brasil, ainda, é sustentada a cultura de que qualquer profissional é capaz de administrar e que a gestão se aprende praticando. A enfermagem é o único curso da área de saúde que integra em seu currículo disciplinas de administração associadas a atividades práticas. No entanto, evidencia-se, uma participação irrisória de enfermeiras/os no exercício do macro poder decisório das instituições assistenciais e do SUS, afirmam Almeida et al. (2011).

Kaya, Barsbay e Karabulut (2010) citam que prestar cuidados seguros é responsabilidade de todos profissionais, mas é trabalho do líder promover um ambiente onde o cuidado seguro possa ser prestado. Assim, líderes devem propiciar estruturas, processos e programas que permitam a criação de cultura de segurança. Acrescentam, que, além disso, as organizações devem adotar estratégias que lhes permitam uma mudança organizacional por meio de divisão de “níveis” na organização, capitalizando a real importância da gerência intermediária, no presente estudo representada pela percepção da gerência da unidade.

Nesse sentido, esses gerentes intermediários são capazes de adquirir e comunicar exclusivamente conhecimento em toda a organização, e podem impactar resultados estratégicos e operacionais em prol da segurança do paciente e do fortalecimento da cultura de segurança.

Duffield et al. (2011) apontam que melhorias da gestão e liderança organizacionais podem contribuir com a segurança do paciente, assim como sugerem uma maior atenção na realização de pesquisas para identificar as qualidades da liderança. Por conseguinte, diante desta afirmação pode-se inferir que percepções negativas da gerência corroboram em uma cultura não favorável à segurança do paciente.

Gutberg e Berta (2017) em estudo que propôs um novo modelo conceitual baseado na teoria da aprendizagem organizacional para explicar a

capacidade de gerentes de intermediários em serviços de saúde influenciarem na mudança da cultura de segurança do paciente, afirmam que as organizações de saúde devem priorizar a assistência segura, pautada em uma cultura de segurança robusta.

Huang, Wu e Lee (2018) defendem o apoio e o encorajamento de gerentes de hospitais como passo importante para garantir uma melhor segurança do paciente.

A atuação central da liderança segundo Vendemiatti et al. (2010), parece estar em estabelecer um processo de mudança na cultura organizacional. É possível atuar como liderança na mediação dos conflitos derivados do complexo contexto de uma instituição de saúde ao reconhecer a diversidade, as subculturas setoriais, como cerne desse processo. Cabendo, assim, ao gestor traduzir essas diferentes demandas de forma que todas sintam-se pertencentes ao processo, reduzindo os possíveis processos de distanciamento que dificultam as mudanças culturais.

4.3 CLIMA DE SEGURANÇA: RELAÇÃO ENTRE OS DOMÍNIOS E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Estudos com grupos específicos vêm mostrando que as variáveis sociodemográficas podem influenciar o clima de segurança em razão da variação significativa entre os domínios, sobretudo, os de Nguyen et al. (2015), que descrevem essas diferenças ao aplicar o SAQ para 261 profissionais de saúde em dois hospitais na Itália, nos quais os profissionais de enfermagem obtiveram pontuações médias dos escores do SAQ significativamente menores em todos os domínios, exceto na Percepção do estresse, quando comparados a outras categorias profissionais.

Como mencionado, anteriormente, a variável categoria profissional foi dividida em equipe de enfermagem e outros profissionais, tendo em vista que a primeira envolve a maior força de trabalho em saúde, com maior representatividade nos serviços de saúde; categorização similar foi aplicada nas investigações de Luiz et al.(2015), de Weaver et al. (2015), de Patel, Wu

(2016), de Carvalho et al. (2017) e de Kolankiewicz et al. (2017), favorecendo a comparação de resultados entre os pesquisadores da área.

Os dados da Tabela 4 mostram a comparação de médias entre os seis domínios e as variáveis sociodemográficas: categoria profissional, gênero, atuação principal, vínculo trabalhista e unidade de atuação dos profissionais de saúde.

Tabela 4 – Distribuição das médias dos escores dos domínios, conforme a categoria profissional, gênero, atuação principal e vínculo trabalhista, INC, Rio de Janeiro – 2018

(continua)

Variáveis	Domínios do questionário						
	Clima de trabalho em equipe	Clima de segurança	Satisfação no trabalho	Percepção do estresse	Percepção da gerência do hospital	Percepção da gerência da unidade	Condições de trabalho
Categoria profissional							
Equipe de enfermagem	71,91(17,92)*	65,12(19,22)*	81,82(18,17)*	70,92(25,01)*	56,66(22,38)*	56,66(28,15)*	56,15(29,25)*
Outros profissionais	76,32(19,74)*	62,93(22,12)*	79,54(21,22)*	76,58(21,79)*	54,24(21,85)*	63,96(26,16)*	67,83(23,83)*
valor p	0,022**	0,308	0,257	0,021**	0,126	0,010**	<0,001**
Gênero							
Mulher	72,33(19,23)*	63,72(20,78)*	80,68(20,18)*	74,17(23,51)*	51,84(21,81)*	58,17(27,56)*	58,64(28,44)*
Homem	78,86(16,76)*	65,43(20,13)*	80,94(18,07)*	71,62(24,67)*	53,59(23,49)*	64,67(27,23)*	69,17(23,24)*
valor p	0,003**	0,483	0,910	0,370	0,506	0,047**	< 0,001**
Atuação principal							
Adulto	74,80(18,51)*	64,00(20,65)*	81,19(19,11)*	73,15(24,25)*	51,84(23,02)*	59,19(27,38)*	61,11(28,26)*
Pediatria	70,20(19,38)*	61,74(19,11)*	79,32(20,29)*	77,11(19,48)*	53,11(18,34)*	58,98(28,64)*	59,66(26,20)*
Ambos	73,87(21,54)*	64,00(20,65)*	80,12(25,06)*	65,83(26,64)*	51,58(22,90)*	67,40(24,59)*	62,92(21,07)*
valor p	0,180	0,139	0,763	0,146	0,906	0,426	0,875

Tabela 4 – Distribuição das médias dos escores dos domínios, conforme categoria profissional, gênero, atuação principal e vínculo trabalhista, INC, Rio de Janeiro - 2018

(continuação)

Variáveis	Domínios do questionário						
	Clima de trabalho em equipe	Clima de segurança	Satisfação no trabalho	Percepção do estresse	Percepção da gerência do hospital	Percepção da gerência da unidade	Condições de trabalho
Vínculo trabalhista							
Estatutário	72,09(19,97)*	61,81(21,52)*	77,23(21,24)*	74,33(22,32)*	50,07(28,15)*	59,16(22,17)*	57,59(28,05)*
Contrato	76,84(14,58)*	68,97(17,70)*	87,96(14,72)*	67,59(26,03)*	58,90(27,63)*	60,55(20,89)*	66,88(25,96)*
Residência	80,14(12,08)*	67,61(15,51)*	87,63(8,05)*	84,70(15,43)*	51,44(18,53)*	67,27(19,42)*	67,71(26,10)*
valor p	0,004**	0,006**	< 0,001**	< 0,001**	0,003**	0,320	0,008**

(conclusão)

*Desvio padrão, **valor $p < 0,05$, Teste ANOVA, t de student, Correção de Welch, post hoc Games-Howell

Pelos achados da Tabela 4 verifica-se que as variáveis categoria profissional, gênero, vínculo trabalhista e unidade de trabalho apresentaram diferença estatisticamente significativa em relação aos domínios.

A Tabela 4 aponta ainda que a equipe de enfermagem obteve piores escores no domínio Clima de trabalho em equipe, Percepção do estresse, Percepção da gerência da unidade e das Condições de trabalho, com diferenças estatística significativa quando comparada aos outros profissionais.

Neste contexto, pode-se afirmar que em razão do contato direto com o paciente, a equipe de enfermagem vivencia de forma ininterrupta o cuidado, portanto, tão próxima aos riscos associados à segurança do paciente, sendo uma percepção crítica da realidade.

Nos Estados Unidos da América, um hospital especializado em oncologia demonstrou que enfermeiros avaliaram o Trabalho em equipe com médias inferiores em comparação aos médicos e residentes (Weaver et al., 2015).

Discrepâncias similares nas pontuações do SAQ foram reveladas no estudo de Berry et al. (2016), realizado nos EUA em um hospital de ensino pediátrico, que aplicou o SAQ antes e após a implantação de um programa de melhorias para a segurança do paciente, constatando diferenças entre os grupos de profissionais quanto ao domínio Clima de segurança e em todos os seus itens específicos, nos quais enfermeiros pontuaram menos que os médicos.

No Brasil, estudo conduzido em uma instituição hospitalar pública de ensino em Minas Gerais verificou que a equipe de enfermagem apresentou pior percepção comparada à categoria médica nos domínios Percepção da gerência da unidade e do hospital e Condições de trabalho (Luiz et al., 2015).

O contrário, entretanto, foi observado em estudo brasileiro no Ceará em três hospitais, quanto aos domínios Percepção da gerência da unidade e Condições de trabalho, em que foram observadas médias superiores para a

equipe de enfermagem quando comparada aos profissionais de outras categorias (Carvalho et al., 2017).

Ainda, com relação ao estudo de Carvalho et al. (2017), foi constatado que os profissionais de outras categorias apresentaram maior média no domínio Percepção do estresse em relação aos profissionais de enfermagem, o que pode inferir que a equipe de enfermagem não reconhece os fatores estressores que influenciam na execução do trabalho.

Embora os profissionais de saúde atuem em prol do paciente há de se considerar que cada categoria profissional tem sua especificidade, saberes técnicos e não técnicos, como também suas características sociodemográficas peculiares. Neste sentido, Gabrani et al. (2015) apontam ainda o nível de instrução e o gênero, como características marcantes que diferem as percepções desses profissionais.

O gênero homem apresentou médias maiores de escores do SAQ que o feminino nos domínios Clima de trabalho em equipe, Percepção da gerência da unidade e Condições de trabalho, com diferença estatística significativa.

Aos resultados descritos, concorre o estudo de Carney et al. (2010) que aplicou o mesmo instrumento em salas de cirurgias em hospitais nos EUA, no qual evidenciou que os homens foram, significativamente, mais propensos a relatarem percepções mais favoráveis no domínio Condições de trabalho comparados às mulheres.

Em seu contexto de trabalho, homens e mulheres têm atitudes e percepções diferentes, conforme relatam Magalhães e Macambira (2013), ao afirmarem que as mulheres preferem atividades não-hierárquicas e valorizam as relações sociais, e os homens compreendem que os relacionamentos interpessoais no trabalho estão mais relacionados à obtenção de benefícios relacionados à carreira. Os referidos autores completam que mulheres tendem a um comprometimento afetivo e, constantemente, desejam obter reconhecimento verbal de superiores e *status* correspondente às suas realizações.

Nesta questão, outro ponto relevante conforme Wermelinger et al. (2010), refere-se à necessidade imperiosa que a mulher tem de conciliar suas atividades da vida pública com as de vida privada: “[...] essa dupla jornada de trabalho afeta com mais intensidade as mulheres do Terceiro Mundo, onde as condições de trabalho e de vida para esse grupo são visivelmente piores”.

Os profissionais com vínculo trabalhista estatutário obtiveram as piores médias nos domínios, exceto para o domínio Percepção do estresse. Houve diferença estatística significativa nos domínios Clima de trabalho em equipe, Clima de segurança, Satisfação no trabalho, Percepção do estresse, Percepção da gerência do hospital e Condições de trabalho quando comparados os três tipos de vínculo.

Carvalho et al. (2017) reportaram achados condizentes aos resultados da presente investigação, ao verificarem que trabalhadores contratados apresentaram médias superiores aos profissionais estatutários nos domínios Condições de trabalho e Percepção da gerência da unidade. Os referidos autores atribuíram que esses resultados podem estar associados ao fato de o profissional contratado/terceirizado não possuir estabilidade e responder, favoravelmente, as assertivas por temer represálias no ambiente de trabalho.

Em uma pesquisa conduzida no Rio Grande do Norte (Andrade et al., 2018) objetivando avaliar a cultura de segurança do paciente em três hospitais, verificou que o tipo de gestão hospitalar, unidade de serviço, cargo e a quantidade de notificação de eventos adversos estiveram associados ao clima de segurança do paciente avaliado e o vínculo empregatício contratado obteve melhores resultados, como na presente investigação. No entanto, os autores ressaltam que a instabilidade dos profissionais em razão do tipo de vínculo poderia inibir a exposição franca dos pontos negativos do hospital, embora o Termo de Consentimento tinha deixado claro o anonimato dos respondentes e a confidencialidade das respostas. Assim, apontam que esta hipótese deveria ser testada em futuros estudos.

Contudo, o oposto foi encontrado em investigação realizada para avaliar a cultura de segurança do paciente em um serviço de saúde mental no estado do Ceará (Brasil), aplicando-se o SAQ para 103 profissionais de saúde, no qual

os profissionais estatutários obtiveram melhores escores na percepção de cultura de segurança se comparados com os profissionais terceirizados (Oliveira et al., 2018).

Para os residentes a Percepção do estresse foi mais bem pontuada em comparação a outros vínculos empregatícios.

Cauduro et. al. (2015) apresentaram resultados semelhantes ao evidenciarem que a Percepção do estresse teve a maior média indicada por residentes, quando comparados a outros profissionais, avaliando o clima de segurança em uma unidade de centro cirúrgico, por meio do SAQ, em um hospital no Paraná (Brasil).

Parry, Horowitz e Goldmann (2009) investigando as atitudes de segurança, por meio do SAQ, entre 209 médicos residentes e concluintes de residência, em um hospital de ensino pediátrico, nos EUA encontraram atitudes mais positivas no domínio Percepção do estresse nos residentes em comparação, com os médicos que tinham concluído o programa de residência.

O fato pode ser justificado pela carga horária que esses profissionais cumprem, conduzindo-os a reconhecer os fatores estressores que, possivelmente vivenciam durante os plantões, as aulas e as avaliações. Outra explicação possível é o fato de serem mais jovens e em processo de formação profissional, reconhecendo o quanto os fatores estressores podem interferir no desempenho profissional.

Considerando que os programas de residência caracterizam-se como um ensino baseado em capacitação em serviço supervisionado em tempo integral, Lourenção, Moscardini e Soler (2010) afirmam que os residentes são submetidos a diversos tipos de estresse durante o aprendizado e que estes fatores estressantes podem produzir efeitos danosos, afetando a qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Em pesquisa conduzida com residentes multiprofissionais no Brasil, foi possível concluir que a avaliação dos estressores é individual e varia, de acordo com as funções cognitiva, comportamental e emocional e que é possível utilizar estratégias de enfrentamento efetivas para redução de

estresse próprio no local do trabalho como alternativa para diminuição do nível de estresse (Guido et al., 2012).

Os mesmos autores sinalizam que o uso de estratégias de enfrentamento de estresse contínuas e não efetivas a longo tempo pode levar à cronificação do estresse entre os residentes e, por consequência, à síndrome de Burnout (SB). Por isso, ao identificar os fatores que levam ao estresse e a situações desgastantes, intervenções devem ser tomadas para minimizar seus efeitos e prevenir a ocorrência da SB nessa população.

Ademais considera-se que essas estratégias cabem aos profissionais de saúde, uma vez diagnosticado o nível dos fatores estressores.

No presente estudo, os residentes pontuaram melhor a Percepção da gerência da unidade. Esse resultado precisa ser ponderado, pois a gerência da unidade é comumente reconhecida pelos residentes na figura de seu preceptor que, muitas vezes, é aquele profissional que ocupa o cargo de gerente da unidade/instituição campo desta pesquisa. O preceptor também é responsável pela avaliação de aprendizagem, o que pode influenciar na percepção positiva.

Como mencionado no Método, para a variável vínculo foi realizada uma análise utilizando o teste *post hoc Games-Howell*, e os grupos foram comparados dois a dois.

Sendo assim, a análise demonstrou que o vínculo estatutário pontuou quatro a menos para o Clima de trabalho em equipe, em comparação aos profissionais com vínculo contrato ($p=0,043$) e oito a menos que o vínculo residência ($p=0,008$). Desse modo, ratifica-se que os profissionais estatutários têm uma percepção mais desfavorável no domínio Clima de trabalho em equipe, do que os contratados e residentes.

Verificou-se que o vínculo estatutário pontuou sete a menos para o Clima de segurança quando comparado ao vínculo contrato ($p=0,005$). Sendo possível inferir que o profissional estatutário também apresentou percepção desfavorável neste domínio.

No que tange à satisfação no trabalho, o estatutário pontuou dez a menos que os profissionais com o vínculo contrato ($p < 0,001$) e residência ($p < 0,001$); conclui-se, então, que o profissional estatutário tem uma percepção mais desfavorável no domínio Satisfação no trabalho em relação a outros vínculos.

O vínculo trabalhista estatutário pontuou seis a menos para o domínio Condições de trabalho quando comparado ao vínculo contratado ($p = 0,014$), assim, os estatutários apresentaram uma percepção menos favorável no domínio Condições de trabalho do que os contratados.

O vínculo residente tem uma percepção mais favorável no domínio Percepção do estresse do que os contratados ($p < 0,001$) e estatutários ($p = 0,007$). Evidenciando, que os residentes apresentaram melhor percepção que estatutários e contratados nesse domínio.

O vínculo trabalhista contrato pontuou oito a mais para o domínio Percepção da gerência do hospital quando comparado ao vínculo estatutário ($p = 0,002$), demonstrando que os trabalhadores tiveram percepção favorável neste domínio.

Os dados da Tabela 5 descrevem os domínios, de acordo com as variáveis tempo de trabalho na especialidade, idade, tempo de trabalho na unidade e carga horária semanal.

Tabela 5 – Distribuição dos domínios do SAQ, conforme as variáveis tempo na especialidade, idade, tempo na unidade e carga horária semanal, INC, Rio de Janeiro – 2018

(continua)

Domínios	Variáveis	N	Cor	95%CI.lo	95%CI.hi	valor p
Clima de trabalho em equipe	Tempo.especialidade	371	-0,008	-0,110	0,093	0,871
	Idade	352	0,000	-0,105	0,104	0,993
	Tempo.unidade	371	-0,047	-0,148	0,055	0,364
	Carga.horária	376	0,021	-0,080	0,122	0,682
Clima de segurança	Tempo.especialidade	370	-0,005	-0,107	0,097	0,916
	Idade	351	0,006	-0,099	0,111	0,908
	Tempo.unidade	370	-0,026	-0,127	0,077	0,625
	Carga.horária	375	0,047	-0,055	0,147	0,367
Satisfação no trabalho	Tempo.especialidade	370	0,039	-0,063	0,141	0,453
	Idade	351	0,025	-0,080	0,129	0,647
	Tempo.unidade	370	0,034	-0,068	0,135	0,517
	Carga.horária	375	0,079	-0,022	0,179	0,125
Percepção do estresse	Tempo.especialidade	368	0,015	-0,088	0,117	0,777
	Idade	349	0,000	-0,105	0,105	0,994
	Tempo.unidade	368	0,032	-0,071	0,134	0,544
	Carga.horária	373	0,036	-0,066	0,137	0,487

Tabela 5 – Distribuição dos domínios do SAQ, conforme as variáveis tempo na especialidade, idade, tempo na unidade e carga horária semanal, INC, Rio de Janeiro – 2018

(continuação)

Domínios	Variáveis	N	Cor	95%CI.lo	95%CI.hi	valor p
Percepção da gerência da unidade	Tempo na especialidade	368	0,054	-0,049	0,155	0,306
	Idade	349	-0,006	-0,111	0,099	0,916
	Tempo na unidade	368	-0,007	-0,110	0,095	0,887
	Carga horária	373	-0,011	-0,112	0,091	0,835
Percepção da gerência do hospital	Tempo na especialidade	370	0,085	-0,017	0,185	0,104
	Idade	351	0,139	0,035	0,240	0,009*
	Tempo na unidade	370	0,091	-0,011	0,191	0,081
	Carga horária	375	-0,011	-0,112	0,091	0,834
Condições de trabalho	Tempo na especialidade	368	0,064	-0,039	0,165	0,222
	Idade	349	0,125	0,020	0,227	0,020*
	Tempo na unidade	368	0,035	-0,067	0,137	0,501
	Carga horária	373	-0,039	-0,140	0,063	0,457

(conclusão)

*Teste de coeficiente de correlação de Pearson - $p < 0,05$

De acordo com os achados da Tabela 5, a variável idade apresentou fraca associação nos domínios Percepção da gerência do hospital ($p=0,009$; $Cor=0,139$) e Condições de trabalho ($p=0,020$; $Cor=0,125$).

Não há evidências de associação dos domínios com as variáveis tempo na especialidade, tempo na unidade e carga horária.

Oliveira et al. (2018) identificaram que os valores dos escores na percepção de cultura de segurança variou, de acordo com o tempo de experiência dos profissionais, sendo os domínios Percepção do estresse, Condições de trabalho e Satisfação no trabalho melhores avaliados pelos menos experientes e o Clima de segurança pelos mais experientes. Assim, profissionais que estavam há mais tempo na organização, perceberam melhor o domínio Clima de segurança.

4.4 CLIMA DE SEGURANÇA: COMPARAÇÃO ENTRE AS UNIDADES DE INTERNAÇÃO E DE TERAPIA INTENSIVA

Os dados da Tabela 6 trazem a análise dos escores dos domínios entre as unidades de internação e terapia intensiva.

Tabela 6 – Distribuição dos domínios do SAQ, conforme as unidades de internação e terapia intensiva, INC, Rio de Janeiro – 2018

Domínios da SAQ	Unidade de atuação				
	Unidade de internação		Terapia Intensiva		valor p
	Média	dp	Média	dp	
Clima de trabalho em equipe	70,79	20,67	75,76	17,42	0,017*
Clima de segurança	63,07	21,53	63,96	19,26	0,688
Satisfação no trabalho	80,68	20,05	80,65	19,17	0,989
Percepção do estresse	75,59	21,05	71,36	25,5	0,088
Percepção da gerência					
Hospital	54,51	22,98	50,45	21,5	0,088
Unidade	58,1	28,08	60,16	27,14	0,487
Condições de trabalho	61,23	27,62	60,24	28,08	0,740

*valor $p < 0,05$, Teste t de Student

De acordo com os resultados expostos na Tabela 6, os escores percebidos variaram em relação a cada domínio e por unidade de atuação (de internação e terapia intensiva).

Os achados revelaram que os melhores escores das unidades de internação relacionaram-se aos domínios Satisfação no trabalho 80,68 (dp=20,05) e Percepção do estresse 75,59 (dp=21,05). Por outro lado, com piores médias foram Percepção da gerência da unidade 58,1 (dp=28,08) e do hospital 54,51 (dp=22,98).

Quanto às UTIs, as médias mais elevadas foram para os domínios Satisfação no trabalho 80,65 (dp=19,17) e Clima de trabalho em equipe 75,76 (dp=17,42). E as piores também foram Percepção da gerência da unidade 60,16 (dp=27,14) e do hospital 50,45 (dp=21,5).

Na comparação entre as unidades, o domínio Clima de trabalho em equipe apresentou diferença estatística significativa ($p=0,017$).

Raftopoulos e Pavlakis (2013), ao avaliarem o clima de trabalho em UTIs empregando o SAQ em sua versão grega-cipriota, aproximaram-se dos dados da presente pesquisa ao verificarem, que dentre os domínios, o Clima de trabalho em equipe foi o segundo domínio melhor avaliado 74,15 (dp=14,46), e o melhor domínio foi a Satisfação no trabalho 82,44 (dp=12,91).

Chaboyer et al. (2013) em estudo realizado em dez UTIs da Austrália e da Nova Zelândia constataram também que o Clima de trabalho em equipe obteve elevada pontuação, mostrando que os participantes eram mais propensos à colaboração entre a equipe de trabalho e da mesma forma constataram que a Percepção da gerência foi o pior domínio avaliado 54,3 (dp=20,2).

Santiago e Turrini (2015) desenvolveram um estudo em três UTIs de um hospital público de ensino e verificaram também que o Clima de trabalho em equipe foi favorável (75), indicando uma percepção positiva.

Entretanto, escores abaixo do recomendado pela literatura foram encontrados, como no estudo de Reis et al. (2017) com 113 profissionais atuantes em UTI em um hospital de ensino de grande porte o domínio Clima de trabalho em equipe apresentou média de 60,93. Outra investigação (Guirardello, 2017), conduzida em terapia intensiva, contando com 114 profissionais de enfermagem verificou percepção negativa para o domínio Clima de trabalho em equipe com média 68,62 (dp=17,22).

Em uma revisão sistemática dos instrumentos de pesquisa usados para medir o trabalho em equipe foi identificado que as medidas de comunicação, coordenação, respeito mútuo e uso sistemático dos conhecimentos pelos

membros da equipe são vistas como as áreas centrais do trabalho em equipe (Valentine, Nembhard, Edmondson, 2015).

O nível de colaboração e a comunicação entre estes profissionais têm grande impacto na qualidade dos cuidados e na segurança do paciente e pode ajudar a impedir que os erros inevitáveis prejudiquem pacientes e profissionais, como apontam estudos (Berry et al., 2016; Ghaferi, Dimick, 2016; Leonard, Graham e Bonacum, 2004; Rodrigo-Rincon et al., 2015).

Sendo assim, é possível afirmar que o trabalho em equipe contribui para uma comunicação e colaboração que concorrem para a segurança do paciente e dos profissionais. Para Gasparino et al. (2017), esses atributos refletem a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe.

Estratégias de melhoria da comunicação entre os membros de uma equipe podem melhorar consideravelmente o trabalho em equipe e a comunicação (Leonard, Graham e Bonacum, 2004; Sexton et al., 2014).

Sexton et al. (2006) em estudo de validação do SAQ em 203 áreas clínicas, incluindo unidades de cuidados intensivos, centros cirúrgicos, unidades de internação e ambulatorios nos EUA, Reino Unido e Nova Zelândia identificaram diferenças significativas entre as áreas/unidades, como nos EUA em unidade de internação a média dos escores de Percepção do estresse foi 74,4 e nas terapias intensivas de 67,2. Os autores deste estudo concluíram que a variabilidade de resultados são maiores entre as unidades do que entre os hospitais e países. Sendo assim, pode-se concluir a presença das microculturas dependentes das áreas de cuidado dentro da mesma organização.

Valores abaixo da média recomendada também foram encontrados, como no estudo que aplicou o SAQ para 46 profissionais da equipe de enfermagem de unidades cirúrgicas em um hospital universitário em Florianópolis (Brasil) que apontou como média da dimensão Percepção do estresse 65 (Marinho, Radünz, Barbosa, 2014).

4.5 MODELO PREDITIVO COM BASE NAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

De acordo com a análise estrutural aplicada, entre os dados sociodemográficos: cargo, gênero, atuação principal, tempo na especialidade e na unidade, idade, vínculo trabalhista, carga horária e unidades atuantes e os domínios do SAQ, evidenciaram que os valores de escores do SAQ foram explicados por estas variáveis entre 3% a 16%.

Tabela 7 - Modelo de predição para os escores dos domínios do Clima de trabalho em equipe, Satisfação no trabalho e Clima de segurança, de acordo com as variáveis sociodemográficas, INC, Rio de Janeiro – 2018

(continua)

Domínios	CR	Ep	Valor p
Clima de trabalho em equipe*			
Intercepto	73,85	6,959	< 0,001
Cargo: Enfermagem	-4,26	2,290	0,064
Gênero: Homem	6,02	2,488	0,016 [¥]
Atuação principal: Ambos	-8,10	6,999	0,248
Atuação principal: Pediatria	-4,96	2,638	0,061
Tempo na especialidade	0,17	0,219	0,448
Idade	0,15	0,157	0,341
Tempo na unidade	-0,07	0,229	0,761
Vínculo: Estatutário	-7,53	2,667	0,005 [¥]
Vínculo: Residência	1,68	5,244	0,749
Carga horária	-0,02	0,131	0,848
Unidade: UTI	2,09	2,237	0,351
Clima de segurança**			
Intercepto	57,67	7,792	<0,001 [¥]
Cargo: Enfermagem	3,06	2,564	0,233
Gênero: Homem	4,65	2,785	0,096
Atuação principal: Ambos	-3,69	7,837	0,638

Tabela 7 - Modelo de predição para os escores dos domínios do Clima de trabalho em equipe, Satisfação no trabalho e Clima de segurança, de acordo com as variáveis sociodemográficas, INC, Rio de Janeiro – 2018

(continuação)

Domínios	CR	Ep	Valor p
Atuação principal: Pediatria	-1,77	2,954	0,550
Tempo na especialidade	0,13	0,245	0,581
Idade	0,10	0,176	0,549
Tempo na unidade	-0,05	0,257	0,834
Vínculo: Estatutário	-4,93	2,987	0,100
Vínculo: Residência	1,87	5,872	0,750
Carga horária	0,04	0,147	0,775
Unidade: UTI	-0,18	2,505	0,942
Satisfação no trabalho***			
Intercepto	81,58	7,231	< 2e-16 [‡]
Cargo: Enfermagem	2,28	2,379	0,338
Gênero: Homem	2,15	2,585	0,406
Atuação principal: Ambos	-1,60	7,272	0,825
Atuação principal: Pediatria	-0,96	2,741	0,728
Tempo na especialidade	0,53	0,227	0,019 [‡]
Idade	-0,06	0,163	0,719
Tempo na unidade	0,11	0,238	0,629
Vínculo: Estatutário	-13,5	2,772	<0,001 [‡]
Vínculo: Residência	3,41	5,449	0,532
Carga horária	0,05	0,136	0,730
Unidade: UTI	-1,99	2,324	0,392

(conclusão)

[‡]valor p<0,05; *R²: 0,1049; **R²: 0,03012; ***R²: 0,107.

Os resultados da Tabela 7 evidenciaram que os homens interferiram positivamente nos escores do domínio Clima de trabalho em equipe (CR= +6,02; p=0,016) se comparados às mulheres. Assim como, cada ano de tempo

na especialidade interferiu nos escores de forma positiva no domínio Satisfação no trabalho (CR= +0,5; p= 0,019).

No entanto, estatutários interferiram de forma negativa nos domínios Trabalho em equipe (CR= -7,53; p=0,005) e Satisfação no trabalho (CR= -13,49; p<0,001), quando comparados ao vínculo contrato.

Neste estudo, o modelo de análise preditiva contribuiu para a compreensão sobre os resultados do clima de segurança no contexto hospitalar e o conhecimento de fatores que influenciam este constructo nas organizações de saúde.

Tabela 8 - Modelo de predição para os escores dos domínios Percepção do estresse, Percepção da gerência do hospital e da unidade e Condições de trabalho de acordo com as variáveis sociodemográficas, INC, Rio de Janeiro – 2018

(continua)

Variáveis	CR	Ep	Valor p
Percepção do estresse*			
Intercepto	80,01	9,013	<2e-16 [¥]
Cargo: Enfermagem	-5,11	2,862	0,075
Gênero: Homem	-4,94	3,127	0,115
Atuação principal: Ambos	-17,55	8,667	0,044 [¥]
Atuação principal: Pediatria	1,97	3,230	0,542
Tempo na especialidade	0,24	0,273	0,386
Idade	-0,21	0,206	0,306
Tempo na unidade	0,04	0,287	0,898
Vínculo: Estatutário	4,39	3,315	0,186
Vínculo: Residência	14,87	6,532	0,024 [¥]
Carga horária	0,04	0,164	0,811
Unidade: UTI	-4,65	2,678	0,084
Percepção da gerência do hospital**			
Intercepto	51,77	8,145	<0,001 [¥]
Cargo: Enfermagem	-5,72	2,680	0,034 [¥]

Tabela 8 - Modelo de predição para os escores dos domínios Percepção do estresse, Percepção da gerência do hospital e da unidade e Condições de trabalho de acordo com as variáveis sociodemográficas, INC, Rio de Janeiro – 2018

(continuação)

Variáveis	CR	Ep	Valor p
Gênero: Homem	1,64	2,911	0,574
Atuação principal: Ambos	-0,49	8,191	0,953
Atuação principal: Pediatria	1,82	3,087	0,556
Tempo na especialidade	0,18	0,256	0,483
Idade	0,23	0,184	0,206
Tempo na unidade	0,06	0,268	0,818
Vínculo: Estatutário	-11,38	3,122	<0,001 [¥]
Vínculo: Residência	-2,1	6,138	0,733
Carga horária	0,002	0,153	0,992
Unidade: UTI	-4,88	2,618	0,063
Percepção da gerência da unidade***			
Intercepto	72,04	10,433	<0,001 [¥]
Cargo: Enfermagem	-5,16	3,439	0,134
Atuação principal: Ambos	-4,27	10,479	0,684
Atuação principal: Pediatria	0,95	3,954	0,810
Tempo na especialidade	0,57	0,328	0,082
Idade	-0,21	0,235	0,381
Tempo na unidade	-0,42	0,345	0,222
Vínculo: Estatutário	-1,08	4,000	0,787
Vínculo: Residência	9,92	7,854	0,208
Carga horária	-0,17	0,197	0,378
Unidade: UTI	-4,27	3,371	0,206
Condições de trabalho****			
Intercepto	59,02	9,880	<0,001 [¥]
Cargo: Enfermagem	-9,92	3,259	0,003 [¥]
Gênero: Homem	9,51	3,538	0,008

Tabela 8 - Modelo de predição para os escores dos domínios Percepção do estresse, Percepção da gerência do hospital e da unidade e Condições de trabalho de acordo com as variáveis sociodemográficas, INC, Rio de Janeiro – 2018

(continuação)

Variáveis	CR	Ep	Valor p
Atuação principal: Ambos	3,18	9,933	0,749
Atuação principal: Pediatria	-1,09	3,749	0,772
Tempo na especialidade	0,068	0,311	0,826
Idade	0,52	0,223	0,020*
Tempo na unidade	0,18	0,325	0,588
Vínculo: Estatutário	-15,20	3,792	<0,001*
Vínculo: Residência	11,43	7,473	0,127
Carga horária	-0,23	0,187	0,210
Unidade: UTI	-4,1	3,180	0,198

(conclusão)

*valor $p < 0,05$; *R²: 0,08632; **R²: 0,08052; ***R²: 0,05806; ****R²: 0,05964; *****R²: 0,1556

Os achados da Tabela 8 apontam que a categoria profissional interferiu na estimativa dos escores do domínio do SAQ. Houve uma tendência na equipe de enfermagem avaliar negativamente os domínios Percepção da gerência do hospital (CR= -5,72; $p=0,034$) e Condições de trabalho (CR= -9,92; $p=0,003$), quando comparada a categoria outros profissionais.

Outro fator interveniente foi a atuação dos profissionais em ambas as especialidades, que também contribuiu para baixos escores do clima de segurança, no que se refere ao domínio Percepção do estresse (CR= -17,54; $p=0,044$).

Foi desvelado também que a variável vínculo trabalhista estatutário interferiu de forma negativa nos valores dos domínios Percepção da gerência do hospital (CR= -11,38 pontos; $p < 0,001$) e Condições de trabalho (CR= -15,20 pontos; $p < 0,001$), quando comparado ao vínculo contrato (Tabela 8).

Em contrapartida, outras variáveis contribuíram de forma positiva nos resultados da análise do clima de segurança desta investigação, como observado que cada ano de idade influencia nos resultados do domínio Condições de trabalho ($CR = +0,5$; $p = 0,020$), e que o vínculo residente interfere positivamente na Percepção do estresse ($CR = +14,87$; $p = 0,024$) se comparado ao contratado. Vale ressaltar que não foi encontrado valor de predição para as variáveis tempo na unidade, horas trabalhadas semanais e unidade de atuação ($p > 0,05$) (Tabelas 7 e 8).

Em um modelo preditivo semelhante realizado no estudo de Andrade et al. (2016), foi demonstrado que características como tipo de unidade hospitalar e sua forma de gestão, unidades de atuação e o cargo do profissional interferiram nos escores do clima de segurança analisado. Nos quais, as unidades de emergência, psiquiatria e radiologia tenderam a relatar menores pontuações sobre a cultura de segurança do paciente, e a farmácia forneceu índices maiores à segurança do paciente quando comparados às outras unidades; e médicos residentes contribuíram para maiores escores, assim como fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeuta ocupacional, em relação a outras profissões.

5 CONCLUSÃO

5 CONCLUSÃO

Os achados oriundos da percepção dos profissionais de saúde frente às atitudes de segurança examinadas na presente investigação permitiram concluir que:

O questionário mostrou-se confiável ao apresentar o valor geral de Alpha de Cronbach de 0,92, variando entre 0,70 e 0,80, entre os seis domínios, ratificando sua aplicação em cenários hospitalares.

Em relação ao escore total do clima de segurança, este se manteve abaixo do estimado média de 66,6 (dp=15); a Satisfação no trabalho obteve o melhor escore 80,79 (dp=19,56), indicando sentimentos positivos na experiência do desenvolvimento de suas atividades em sua unidade de trabalho. Por outro lado, os domínios Percepção da gerência do hospital e unidade apresentaram os menores valores médios 52,54 (dp=22,29) e 60,02 (dp=27,62) respectivamente, seguidos das Condições de trabalho 61,19 (dp=27,69), revelando fragilidades nas relações entre os profissionais de saúde e o corpo diretivo da instituição, especialmente, no que tange à aprovação das ações da gerência quanto à segurança do paciente e à qualidade percebida do ambiente de trabalho.

A análise descritiva das assertivas ratifica os aspectos supracitados uma vez que houve elevados percentuais de concordância nas assertivas: “as sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área (84,8%); “eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes (84,5%)”, “eu gosto do meu trabalho” (93,6%); “quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado” (86,9%); “a administração (do hospital) não compromete conscientemente a segurança do paciente” (42,4%); “toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim” (55,1%) e “nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes” (43,1%). Chama a atenção, ainda, as assertivas para as quais não houve tendência nas respostas, a saber: “nesta área é difícil discutir sobre erros”, 40,8% dos respondentes discordaram e 46,8% concordaram, “a

administração (do hospital) apóia meus esforços diários” onde 33,4% discordaram, 31,5% neutros e 35,1% concordam, “profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa (administração do hospital)” discordaram 32,7%, neutro 39,6% e 27,7% concordam.

No que tange à relação entre os domínios e as variáveis sociodemográficas houve diferença estatisticamente significativa quanto a idade, que apresentou relação estatística significativa nos domínios Percepção da gerência do hospital ($p=0,009$) e Condições de trabalho ($p=0,020$).

Ao analisarmos a categoria equipe de enfermagem e os outros profissionais, a equipe de enfermagem apresentou escores inferiores, com diferença estatisticamente significativa nos domínios Trabalho em equipe ($p=0,022$), Percepção do estresse ($p=0,021$), Percepção da gerência da unidade ($p=0,010$) e Condições de trabalho ($<0,001$), sinalizando piores avaliações do clima de segurança e seus domínios por parte desses profissionais.

Quanto à variável gênero, o homem apresentou escores significativamente melhor em três domínios: Clima de trabalho em equipe ($p=0,003$), Percepção da gerência da unidade ($p=0,047$) e para as Condições de trabalho ($p<0,001$).

No que se refere a questão do vínculo institucional, a categoria de residentes obteve melhor pontuação para o domínio Percepção do estresse, quando comparado aos estatutários e contratados ($p<0,001$), apontando para melhor reconhecimento dos fatores estressores que influenciam, negativamente, na segurança do paciente. Todavia, o vínculo estatutário demonstrou pior percepção nos domínios Clima de segurança ($p=0,006$), Condições de trabalho ($p=0,008$), Trabalho em equipe ($p=0,004$) em relação aos contratados; na comparação com os residentes piores índices foram explicitados nos domínios Trabalho em equipe ($p=0,008$) e Satisfação no trabalho ($p<0,001$).

No que tange aos contratados, esses profissionais, ao contrário dos estatutários, demonstraram melhor percepção para os fatores envolvendo a

Percepção da gerência do hospital ao serem comparados com os estatutários ($p=0,003$).

Referente às unidades, as médias mais elevadas nas unidades de internação corresponderam aos domínios Satisfação no trabalho 80,68 ($dp=20,05$) e Percepção do estresse 75,59 ($dp=21,05$); e nas terapias intensivas nos domínios Satisfação no trabalho 80,65 ($dp=19,17$) e Clima de trabalho em equipe 75,76 ($dp=17,42$). Por outro lado, em ambas unidades a pior média foi atribuída ao domínio Percepção da gerência do hospital, sendo 54,51 ($dp=22,98$) e de terapia intensiva 50,45 ($dp=21,5$), corroborando achados anteriores.

Na comparação das atitudes dos profissionais entre os atuantes nas unidades de internação e de terapia intensiva, estes últimos demonstraram melhor percepção no domínio Trabalho em equipe, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,017$).

Por fim, o modelo de análise preditiva proposto ratificou os fatores intervenientes do clima de segurança, no cenário da presente investigação, ao apontar que: as características como gênero - homem e maior tempo na especialidade influenciaram, positivamente, o domínio Satisfação no trabalho; profissionais atuantes na especialidade adulto nas Condições de trabalho e a categoria residente na Percepção do estresse.

Em contrapartida, o vínculo estatutário interferiu, negativamente, nos domínios percepção do Clima de trabalho em equipe, Satisfação no trabalho, Percepção da gerência do hospital e Condições de trabalho. A equipe de enfermagem influenciou de forma negativa na percepção frente aos domínios Gerência do hospital e Condições de trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta pesquisa possibilitou elucidar os principais componentes do clima de segurança sob a ótica dos profissionais de saúde e, indiretamente, ponderar no modo como a cultura de segurança vem sendo trabalhada e reconhecida na instituição.

Na percepção dos profissionais, o clima de segurança mostrou-se desfavorável, apontando para a necessidade de implementar ações e iniciativas para fomentar a cultura de segurança, especialmente, no desempenho da gerência, tanto da unidade como do hospital e nas condições de trabalho expressas pelo apoio ao trabalhador, capacitação de novos membros da equipe, comunicação, quantitativo e qualitativo de profissionais de saúde.

Os profissionais manifestaram atitudes positivas quanto à satisfação no trabalho, sendo o domínio melhor pontuado, o que demonstra sentimento agradável em relação à sua prática profissional e reconheceram que seu desempenho pode ser influenciado por fatores estressores, como a probabilidade de cometerem erros em situações tensas e hostis ou quando a carga de trabalho é excessiva. Nesse sentido, é imperativo valorizar e reforçar a importância do trabalho da equipe multidisciplinar e reconhecer e monitorar os elementos desencadeadores de estresse, no intuito de intervir na saúde dos trabalhadores.

Corroborando outros estudos, as variáveis sociodemográficas interferiram na percepção do clima de segurança, representadas na presente pesquisa pelo gênero, categoria – equipe de enfermagem e vínculo empregatício em função dos domínios Clima de trabalho em equipe, Clima de segurança, Satisfação no trabalho, Percepção do estresse, Percepção da gerência e Condições de trabalho.

Outro ponto a ser destacado diz respeito à unidade de trabalho, os profissionais atuantes nas terapias intensivas obtiveram melhor escore no domínio Clima de trabalho em equipe, onde as assertivas apontavam para

relacionamento interpessoal, comunicação compreensiva, caracterizando as microculturas de uma organização.

Outrossim, os estudos para identificar e analisar os fatores intervenientes no clima de segurança devem subsidiar o processo gerencial, assistencial e de ensino/pesquisa, produzindo evidências científicas para delinear planos de ações efetivos nas organizações de saúde.

Cabe pontuar que, na referida instituição, iniciativas como ampliação do Núcleo de Segurança do paciente para Núcleo de Qualidade e Segurança, incremento de políticas, programas, protocolos, procedimentos e práticas vêm sendo implementadas para o cuidado seguro.

Por se tratar de uma instituição de ensino, há que se pensar na responsabilidade na formação dos profissionais de saúde, para além da capacitação técnica, na qual a cultura/clima de segurança representada pelos valores, crenças e atitudes vivenciadas no contexto hospitalar influenciará na aquisição de habilidades comportamentais e atitudinais

Em virtude do conhecimento produzido nesta investigação, associado aos estudos nacionais e internacionais pode-se inferir que o SAQ mostra-se como um instrumento confiável para mensurar as atitudes frente à segurança. Todavia, novas análises poderão ser realizadas, para possibilitar a revisão das assertivas não contempladas nos seis domínios existentes.

Ao concluir este estudo, ratifica-se o quão complexos são os elementos que concorrem para a segurança do paciente, sendo imprescindíveis a compreensão e o fortalecimento do clima de segurança na organização para qualificar o cuidado e proporcionar a segurança dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. [internet]. Brasília; 2011. [citado 2017 out. 25]. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-63-de-25-de-novembro-de-2011>.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. [internet]. Brasília; 2013. [citado 2017 nov. 02]. Disponível em:

http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e.

Aljadhey H, Al-Babtain B, Mahmoud MA, Alaqeel S, Ahmed Y. Culture of Safety among Nurses in a Tertiary Teaching Hospital in Saudi Arabia. Trop J Pharm [Internet]. 2016 [cited 2018 jul. 25];15(3). Available from: <https://www.ajol.info/index.php/tjpr/article/view/133752/123361>.

Almeida ML, Segui MLH, Maftum MA, Labronici LM, Peres AM. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. Texto & Contexto Enferm [Internet]. 2011 [citado 2018 out. 16];20(N. esp.). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea17.pdf>.

Alves DFS, Guirardello EB. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. Rev Gaúch. Enferm [Internet]. 2016 [citado 2017 jun. 18];37(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/0102-6933-rgenf-1983-144720160258817.pdf>.

Andrade LEL, Lopes JM, Filho MCMS, Júnior RFV, Farias LPC, Santos CCM et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2018 [citado 2018 out. 21];23(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0161.pdf>.

Azevedo KCC, Alves AMPM, Félix ZC, Viana CG. Implantação do núcleo de segurança do paciente em um serviço de saúde. Ver Enferm UFPE [Internet]. 2016 [citado 2018 out. 13];10(12). Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11540/13448>.

Barbosa MH, Aleixo TCS, Oliveira KF, Nascimento KG, Felix MMS, Barichello E. Clima de segurança do paciente em unidades de clínica médica e cirúrgica. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2016b [cited 2018 mar 30];18. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/39763/21985>.

Barbosa MH, Floriano DR, Oliveira KF, Nascimento, KG, Ferreira LA. Clima de segurança do paciente em um hospital privado. Texto & Contexto Enferm [Internet]. 2016a [citado 2017 out. 25];25(3). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001460015>.

Barbosa MH, Sousa EM, Felix MMS, Oliveira KF, Barichello E. Clima de segurança do paciente em um hospital especializado em oncologia. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2015 [citado 2018 fev. 10];17(4). Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a17.pdf>.

Bernardo M, Verde F, Pinzón J. Vivências de trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios em um laboratório público. Cad Psicol Soc Trab [Internet]. 2013 [citado 2018 out. 14];16(1). Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v16i1p119-133>.

Berry JC, Davis JT, Bartman T, Hafer CC, Lieb LM, Khan N, Brilli RJ. Improved safety culture and teamwork climate are associated with decreases in patient harm and hospital mortality across a hospital system. J Patient Saf. 2016 Jan. 7. [Epub ahead of print]

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília; 2016 [citado 2018 out. 13]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente>.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. Brasília; 2015 [citado 2018 out. 13]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/pl>

[ano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude.](#)

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. In: Diário Oficial da União. Brasília; 2013a, n.12, Seção I, p. 59-62. [citado 2017 nov. 02]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de segurança do Paciente - PNSP. Brasília; 2013b. [citado 2017 nov. 02]. Disponível em: [https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529.](https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529)

Carvalho AB, Souza JC. Qualidade de vida dos profissionais de saúde do hospital do câncer de Campo Grande, MS. Psicol InF [Internet]. 2011 [citado 2018 out. 14];15(15). Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092011000100010&lng=pt&nrm=iso.](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092011000100010&lng=pt&nrm=iso)

Carvalho PA, Göttems LBD, Pires MRGM, Oliveira MLC. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2015 [citado 2017 out. 22];23(6). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601041&lng=en.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601041&lng=en)

Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. 2017. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2017 [citado 2017 mai. 18];25. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100310.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100310)

Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2012 [citado 2017 mar. 16];20(3). Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf.](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf)

Carvalho REFL. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil - Questionário de Atitudes de Segurança [Internet]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011 [citado 2017 mar. 16]. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/...30112011.../RhannaEmanuelaFonteneleLimadeCarvalho.pdf.

Cauduro FLF, Sarquis LM, Sarquis LMM, Cruz EDA. Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. Cogitare enferm. [Internet]. 2015 [citado 2018 mar. 20];20(1). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36645/24859>.

Centro Colaborador para Qualidade e Segurança do Paciente – Proqualis [Internet]. Rio de Janeiro; 2009-2017. [atualizado 2016; citado 2017 out. 30]. Disponível em: <https://proqualis.net/sobre-o-proqualis>.

Chaboyer W, Chamberlain D, Hewson-Conroy K, Greal B, Elderkin T, Brittin M et al. CNE article: Safety culture in Australian intensive care units: establishing a baseline for quality improvement. Am J Crit Care [Internet]. 2013 [cited 2018 aug. 5];22(2). Available from: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/22/2/93.full.pdf+html>.

Conselho Federal de Enfermagem. Atlas da Enfermagem: profissionais de enfermagem por sexo no Brasil [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2018 ago. 1]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/pesquisaprofissionais.pdf>.

Dedecca CS, Trovão CJB. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2013 [citado 2018 set. 4];18(6). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/08.pdf>.

Deikas ET, Hofoss D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) Generic version (Short Form 2006). 2008. BMC health serv. res. (Online). [Internet]. 2008 [cited 2017 Jul. 10];8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18808693>.

Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: White KL, Frank J, organizadores. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington (DC): Opas. 1992a. p.382-404.

Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988; 260(12):1743-8.

Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992b;18(11):356-60.

Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med (1976). 1990;114(11):1115-8.

Dorigan GH, Guirardello EB. Ambiente da prática, satisfação e clima de segurança: percepção dos enfermeiros. Acta Paul Enferm [Internet]. 2017 [citado 2018 ago. 17];30(2). Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000200129&lng=pt.

Duffield C, Diers D, O'Brien-Pallas L, Aisbett C, Roche M, King M et al. Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. Appl Nurs Res [Internet]. 2011 [citado 2018 jul. 17];24(4). Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189709001311?via%3Dihub>.

Eberhardt LD, Carvalho M, Murofuse NT. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. Saúde Debate Rio de Janeiro [Internet]. 2015 [citado 2018 ago. 4];39(104). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00018.pdf>.

Elsous A, Akbarisari A, Rashidian A, Aljeesh Y, Radwan M, Zaydeh HA. Psychometric properties of an arabic safety attitude questionnaire (short form 2006). Oman Med J [Internet]. 2017 [cited 2017 jul. 10];32(2). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5397085/pdf/OMJ-D-16-00099.pdf>.

Fermo VC, Radünz V, Rosa LM, Marinho MM. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. Rev Gaúch Enferm [Internet]. 2016 [citado 2018 Jan. 25];37(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n1/0102-6933-rgenf-37-1-1983-144720160155716.pdf>.

Flin R. Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis. *Saf Sci* [Internet]. 2007 [cited 2017 Abr. 20];45. Available from: <http://fulltext.study/preview/pdf/590473.pdf>.

Fragata J, Sousa P, Santos RS. Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In: Sousa P, Mendes W, organizadores. *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. v.2. p.17-36.

Gabrani A, Hoxha A, Simaku A, Gabrani J. Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2015 [cited 2017 May. 20];5. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/4/e006528.full.pdf>.

Gallego B, Westbrook MT, Dunn AG, Braithwaite J. Investigating patient safety culture across a health system: multilevel modelling of differences associated with service types and staff demographics. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2012 [cited 2018 jul. 28];24(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzs028>.

Galvão TF, Lopes MCC, Carrilho OCC, Araújo MEA, Silva MT. Cultura de segurança do paciente em um hospital universitário. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2018 [citado 2018 oct. 14];26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100330&lng=en.

Gasparino RC, Bagne BM, Gastaldo LS, Dini AP. Percepção da enfermagem frente ao clima de segurança do paciente em instituições públicas e privadas. *Rev Gaúch Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2018 mar. 17];38(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n3/0102-6933-rgenf-38-3-e68240.pdf>.

Ghaferi AA, Dimick JB. Importance of teamwork, communication and culture on failure-to-rescue in the elderly. *Br J Surg* [cited 2018 abr. 2016];103(2). Available from: <https://doi.org/10.1002/bjs.10031>.

Groves PS, Meisenbach R, Scott-Cawiezell J. Keeping patients safe in healthcare organizations: a structuration theory of safety culture. *J Adv Nurs* [Internet]. 2011 [cited 2017 nov. 02];67(8). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2011.05619.x/pdf>.

Guido LA, Goulart CT, Silva RM, Lopes LFD, Ferreira EM. Estresse e Burnout entre residentes multiprofissionais. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2012 [citado 2018 jul. 27];20(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600008>.

Guido LA, Linch GFC, Pitthan LO, Umann J. Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [citado 2018 jul. 26];45(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600022>.

Guirardello EB. Impacto do ambiente de cuidados críticos no burnout, percepção da qualidade do cuidado e atitude de segurança da equipe de enfermagem. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2017 [citado 2018 fev. 27];25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1472.2884>.

Gutberg J, Berta W. Understanding middle managers' influence in implementing patient safety culture. BMC Health Serv Res [Internet]. 2017 [cited 2018 jun. 3];17(582). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5568200/pdf/12913_2017_Article_2533.pdf.

Haerkens MHTM, Van LW, Sexton JB, Pickkers P, Van Der HJG. Validation of the Dutch language version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ-NL). BMC Health Serv Res [Internet]. 2016 [cited 2017 May. 20];16(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4986249/>.

Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tathan RL. Análise multivariada de dados. 6ªed. Porto Alegre: Bokman; 2009.

Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. 2011. Qual Saf Health Care [Internet]. 2011 [cited 2017 oct. 11];20. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/195135>.

Holden LM, Watts DD, Walker PH. Communication and collaboration: it's about the pharmacists, as well as the physicians and nurses. Qual Saf Health Care [Internet]. 2010 [cited 2018 jul. 30];19. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2008.026435>.

Hora GPR, Junior RR, Souza MA. Estado da Arte das Medidas em Satisfação no Trabalho: Uma Revisão Sistemática. Trends Psychol [Internet]. 2018 [citado 2018 out. 14];26(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-18832018000200971&lng=en&nrm=iso.

Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century. National Academy Press [Internet]. 2001 [cited 2017 mar. 05]. Available from: <https://www.nap.edu/read/10027/chapter/>.

Instituto Nacional de Cardiologia [Internet]. Rio de Janeiro; [atualizado 2015; citado 2017 out. 26]. Disponível em: <http://www.inc.saude.gov.br/>.

Kaya S, Barsbay S, Karabulut E. The Turkish version of the safety attitudes questionnaire: psychometric properties and baseline data. Qual Saf Health care [Internet]. 2010 [cited 2017 mar. 05]. Available from: <https://www.nap.edu/read/10027/chapter/>.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: Building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 2000.

Kolankiewicz ACB, Loro MM, Schmidt CR, Santos FP, Bandeira VAC, Magnago TSBS. Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. 2017. Acta Paul Enferm [Internet]. 2017 [citado 2018 out. 08];30(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000500531&lng=en.

Kristensen O, Sabroe V, Bartel P, Mainz J, Christensen KB. Adaption and validation of the Safety Attitudes Questionnaire for the Danish hospital setting. J Clin Epidemiol [Internet]. 2015 [citado 2018 mar. 6];7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4321416/pdf/clep-7-149.pdf>.

Kristensen S, Christensen KB, Jaquet A, Beck CM, Sabroe S, Bartels P, et.al. Strengthening leadership as a catalyst for enhanced patient safety culture: a repeated cross sectional experimental study. BMJ Open [Internet]. 2016b [cited 2018 Jul. 25];6. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/5/e010180>.

Kristensen S, Túgvustein N, Zachariassen H, Sabroe S, Bartels P, Mainz J. The virgin land of quality management: a first measure of patient safety climate at the National Hospital of the Faroe Islands. *Drug Healthcare and Patient Safety* [Internet]. 2016a [cited 2017 oct. 11];8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4853140/>.

Lee W-C, Wung H-Y, Liao H-H et al. Hospital Safety Culture in Taiwan: A Nationwide Survey Using Chinese Version Safety Attitude Questionnaire. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016 [cited 2017 oct. 11];8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4853140/>.

Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2004 [cited 2018 may. 12];13(Suppl1). Available from: https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/13/suppl_1/i85.full.pdf.

Li Y, Zhao X, Zhang X, Zhang C, Ma H, Jiao M et al. Validation study of the safety attitudes questionnaire (SAQ) in public hospitals of Heilongjiang province, China. *PLoS ONE* [Internet]. 2017 [cited 2017 ago. 05];12(6). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179486>.

Listyowardojo TA, Yan X, Leyshon S, Ray-Sannerud B, Yu XY, Zheng K et al. A safety culture assessment by mixed methods at a public maternity and infant hospital in China. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2017 [cited 2017 jul. 30];10. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5503665/pdf/jmdh-10-253.pdf>.

Lorenzetti J, Lanzoni GMM, Assuiti LFC, Pires DEP, Ramos FRS. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto & contexto Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2018 out. 14];23(2). Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200417&lng=en.

Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZASG. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *AMB Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2010 [citado 2018 jul. 28];56(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000100021>.

Luiz RB, Simões AL, Barichello E, Barbosa MH. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2015 [citado 2018 fev. 27];23(5). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00880.pdf.

Magalhães MO, Macambira MO. Estilos interpessoais e vínculos com a organização: diferenças de gênero. Psico (Porto Alegre) [Internet]. 2013 [citado 2018 fev. 27];44(1). Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/10660/8852>.

Maia CRA, Teixeira JS, Nangina GDO, Dittz AS, Pereira MSP. Núcleo de segurança do paciente: ações e estratégias utilizadas para a implantação em um complexo hospitalar do estado de minas gerais. R Enferm UFJF. 2016 [citado 2018 out. 13];2(2). Disponível em: <https://enfermagem.ufjf.emnuvens.com.br/enfermagem/article/view/109>.

Maia CS, Freitas DRC, Gallo LG, Araujo WN. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2018 [citado 2018 Out. 13]; 27(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000200308&lng=en&nrm=iso.

Marinho MM, Radünz V, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. Texto & contexto Enferm [Internet]. 2014 [citado 2018 set. 03];23(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf.

Marroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? Laboratório de Psicologia [Internet]. 2006 [citado 2017 set. 17];4(1). Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>.

Marten JP, Starre CVD, Bos AVD, Dijk MV, Tibboel D. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. Pediatr Crit Care Med [Internet]. 2011 [cited 2017 oct. 16];12(6). Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=21572367>.

Martins C, Kobayashi RM, Ayoub AC, Leite MMJ. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. Texto & contexto Enferm [Internet]. 2006 [citado 2018 set. 20];15. Disponível em: <http://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/714/71415312/1>.

Matiello RDC, Lima EFA, Coelho MCR, Oliveira ERA, Leite FMC, Primo CC. A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. Cogitare Enferm [Internet]. 2016 [citado 2018 Ago. 30];21(N. esp). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45408/pdf>.

Mazzocco K, Petitti DB, Fong KT et al. Surgical team behaviors and patient outcomes. Am J Surg [Internet]. 2009 [citado 2018 jun. 02];197(5). Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002961008004595?via%3Dihub>.

Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in Brazilian hospitals. Int J Qual Health Care [Internet]. 2009 [cited 2017 dec. 16];21(4). Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article-abstract/21/4/279/1801452>.

Misiak M, Radünz V, Dal Sasso GTM, Tourinho FSV. Atitudes para cultura de segurança do paciente em uma instituição cardiovascular. Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde [Internet]. 2016 [citado 2018 Set. 03];2(2). Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/15453/10777>.

National Patient Safety Foundation. Free from harm: accelerating patient safety improvement fifteen years after To Err Is Human. Boston; 2015. [cited 2017 dec. 16]. Available from: <http://www.ihf.org/resources/Pages/Publications/Free-from-Harm-Accelerating-Patient-Safety-Improvement.aspx>.

National Patient Safety Foundation. Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success. The American College of Healthcare Executives. The National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute. Institute for Healthcare Improvement [Internet]. 2017 [cited 2018 out. 13]. Available from: https://www.osha.gov/shpguidelines/docs/Leading_a_Culture_of_Safety-A_Blueprint_for_Success.pdf.

Nguyen G, Gambashidze N, Ilyas SA, Pascu D. Validation of the safety attitudes questionnaire (short form 2006) in Italian in hospitals in the northeast of Italy. BMC Health Serv Res [Internet]. 2015 [cited 2017 sep. 17];15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4512154/>.

Nieva VF, Sorra JS. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in health care organizations. Qual Saf Health Care [Internet]. 2003 [citado 2017 may. 20];12(2). Available from: https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/12/suppl_2/ii17.full.pdf.

Nordén-Hägg A, Sexton JB, Källemark-Sporröng S, Ring L, Kettis-Lindblad Å. 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 [Internet]. 2010 [cited 2017 sep. 17];10(8). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2868807/>.

Novais RN, Rocha LM, Eloi RJ, Santos LM, Ribeiro MVMR, Ramos FWS et al. Burnout syndrome prevalence of on-call surgeons in a trauma reference hospital and its correlation with weekly workload: cross-sectional study. Rev Col Bras Cir [Internet]. 2016 [cited 2018 aug. 17];43(5). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912016005003>.

Oliveira ICL, Cavalcante MLSN, Freitas SA, Freitas RJM, Silva BV, Marinho DMF et al. Safety culture: perception of health professionals in a mental hospital. Rev. bras. enferm. (Online) [Internet]. 2018 [citado 2018 Out. 21];71 Supl5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102316&lng=pt.

Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Trad. de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2017 mar. 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf.

Pannick S, Athanasiou T, Long SJ, Beveridge I, Sevdalis N. Translating staff experience into organisational improvement: the HEADS-UP stepped wedge, cluster controlled, non-randomised trial. *BMJ Open* [Internet]. 2017 [cited 2017 aug. 16];7(7). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5541585/>.

Parry G, Horowitz L, Goldmann D. Patient safety attitudes of paediatric trainee physicians. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2009 [cited 2018 Jul. 27];18. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2006.020230>.

Patel S, Wu AW. Safety Culture in Indian Hospitals: A Cultural Adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire. *J Patient Saf* [Internet]. 2016 [cited 2017 aug. 16];12:2. Available from: http://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/2016/06000/Safety_Culture_in_Indian_Hospitals_A_Cultural.4.aspx.

Poley MJ, van der Starre C, van den Bos A, van Dijk M, Tibboel D. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: An evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. *Pediatr Crit Care Med* [Internet]. 2011 [cited 2018 mar. 20];12(6). Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/PCC.0b013e318220afca>.

Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação das evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

Princewaterhouse Coopers, Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Envelhecimento da força de trabalho no Brasil. Brasil. São Paulo; 2013. Disponível em: <https://www.pwc.com.br/pt/publicacoes/servicos/assets/consultoria-negocios/pesq-env-pwc-fgv-13e.pdf>.

Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2005 [cited 2018 jul. 23];14. Available from: <https://10.1136/qshc.2005.015180>.

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* [Internet]. 2013 [cited 2017 nov. 1];28(1). Available from: [http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441\(12\)00152-9/pdf](http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441(12)00152-9/pdf).

Raso-Raso R, Selles JU, Bonmatí AN, Jornet GG, Gandia RR, Carreño RJ et al. Análisis de la cultura de seguridad en una Unidad de Cardiología gestionada por procesos. Arch Cardiol Méx [Internet]. 2018 [cited 2018 set. 28]; <http://dx.doi.org/10.1016/j.acmx.2017.03.003>.

Reason J. Human Error: models and management. BMJ [Internet]. 2000. [cited 2018 Out. 13];320. Available from: <https://www.bmj.com/content/bmj/320/7237/768.full.pdf>.

Reason J. Understanding adverse events: human factors. Qual Saf Health Care [Internet]. 1995 [cited 2017 nov. 1];4(2). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1055294/>.

Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente [Internet]. São Paulo; [atualizado 2017; citado 2017 out. 26]. Disponível em: <https://www.rebraensp.com.br/>.

Reis CTA, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. Cad Saúde Pública [Internet]. 2012 [citado 2017 mar. 03];28(11). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/19.pdf>.

Reis FFP, Oliveira KF, Luiz RB, Barichello E, Cruz LF, Barbosa MH. Cultura de segurança em Unidades de Terapia Intensiva. Rev. enferm. atenção saúde. [Online]. 2017 [citado 2018 Set. 03];6(2). Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/1991/pdf>.

Relihan E, Glynn S, Daly D, Silke B, Ryder S. Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit. Ir J Med Sci [Internet]. 2009 [cited 2017 oct. 16];178(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19437091>.

Rigobello MCG et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm [Internet]. 2012 [citado 2017 out. 16];25(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500013&lng=en.

Robazzi MLCC, Mauro MYC, Secco IAO, Dalri RCMB, Freitas FCT, Terra FS et al. Alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho entre trabalhadores da área de saúde. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2012 [citado 2018 out. 13];20(4). Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n4/v20n4a19.pdf>.

Rodrigo-Rincon I, Martin-Vizcaino M, Tirapu-Leon B, Zabalza-Lopez P, Zaballos-Barcala, N, Villalgordo-Ortin P et al. The effects of surgical checklists on morbidity and mortality: a pre- and post-intervention study. *Acta Anaesthesiol Scand* [Internet]. 2015 [cited 2017 oct. 20];59(2). Available from: <http://doi.org/10.1111/aas.12443>.

Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Schaaf TV, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2009 [cited 2017 feb. 10];21(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2638755/pdf/mzn057.pdf>.

Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2010. [cited 2016 oct. 11];42(2). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20618600>.

Santiago THR, Turrini RNT. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015. [citado 2018 ago. 21];49(spe). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700123&lng=en.

Santos ADF, Silva D, Guirardello EB. Nursing practice environment, job outcomes and safety climate: a structural equation modelling analysis. *J Nurs Manag* [Internet]. 2017 [cited jan. 28];25(1). Available from: <https://doi.org/10.1111/ionm.12427>.

Saraiva DMRF, Almeida AA. Validation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 to Portugal. *Int Hist Nurs J* [Internet]. 2015 [cited 2017 oct. 10];2(1). Available from: http://ijnnet.com/journals/ijn/Vol_2_No_1_June_2015/11.pdf.

Schwendimann R, Zimmermann N, Kng K et al. Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2013 [cited 2018 Jul. 25];22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000446>.

Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2006 [cited 2017 aug. 10];6:44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/pdf/1472-6963-6-44.pdf>.

Sexton JB, Sharek PJ, Thomas EJ, Gould JB, Nisbet CC, Amspoker AB et al. Exposure to Leadership WalkRounds in neonatal intensive care units is associated with a better patient safety culture and less caregiver burnout. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2014 [cited 2018 aug. 23];23(10). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4167964/pdf/nihms597500.pdf>.

Sexton JB, Thomas EJ, Grillo SP. The safety attitudes questionnaire (SAQ): guidelines for administration. The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice. Technical Report. Sponsored by the Agency for Healthcare Research and Quality. Texas; 2003.

Somense CB, Duran ECM. Fatores higinicos e motivacionais do trabalho do enfermeiro em enfermaria de cardiologia. *Rev Gacha Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2018 out. 13];35(3). Disponvel em: www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem.

Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality [Internet] 2004. [cited 2017 Set. 25]. Available from: https://www.biomedcentral.com/imedia/1587468873567515_manuscript.pdf.

Sousa LAO, Fonteles MMF, Monteiro MP, Mengue SS, Bertoldi AD, Pizzol TS et al. Prevalncia e caractersticas dos eventos adversos a medicamentos no Brasil. *Cad Sade Pblica*. [Internet]. 2018 [citado 2018 out. 13];34(4). Disponvel em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000405005&lng=en&nrm=iso.

The Joint Commission. Summary data of sentinel events reviewed by the Joint Commission [Internet]. Oakbrook Terrace; 1951-2017 [cited 2017 set. 18]. Disponível em: https://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx.

Toso GL, Golle L, Magnago TSBS, Herr GEG, Loro MM, Aozane F et al. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2016 [citado 2018 jul. 10];37(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400405&lng=en.

Valentine MA, Nembhard IM, Edmondson AC. Measuring Teamwork in Health Care Settings A Review of Survey Instruments. Med Care [Internet]. 2015 [cited 2018 jul. 10];53(4). Available from: https://www.researchgate.net/publication/271735830_Measuring_Teamwork_in_Health_Care_Settings.

Vendemiatti M, Siqueira ES, Filardi F, Binotto E, Simioni FJ. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [citado 2018 out. 22];15 Supl1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700039&lng=en.

Vincent C, Amalberti R. Safer Healthcare: Strategies for the Real World. Springer Open [Internet]. 2016 [cited 2017 nov. 01]; 28(11). Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-319-25559-0.pdf>.

Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. BMJ [Internet]. 1998 [cited 2017 Jul. 10];316. Available from: <https://www.bmj.com/content/316/7138/1154>.

Vincent C. Segurança do paciente. Orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Editora Yendis; 2009.

Wachter RM. Compreendendo a Segurança do Paciente. 2ª Ed. São Paulo: Mac GrawHill; 2013.

Weaver AC, Callaghan M, Cooper AL, Brandman J, O'Leary KJ. Assessing Interprofessional Teamwork in Inpatient Medical Oncology Units. J Oncol Pract

[Internet] 2015. [cited 2017 jul. 10];11(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25352390>.

Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. Esc Anna Nery [Internet]. 2016 [cited 2018 sep. 10]; 20(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>.

Weng SJ, Kim SH, Wu CL. Underlying influence of perception of management leadership on patient safety climate in healthcare organizations - A mediation analysis approach. Int J Qual. Health care. [Internet]. 2017 [cited 2016 oct. 05];29(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27920245>.

Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, Oliveira ES, Moysés NMN. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. Revista Divulgação em Saúde para Debate [Internet]. 2010 [citado 2018 set. 10];45. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>.

World Health Organization. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety [Internet]. 2017 [cited 2017 oct. 25]. Available from: <http://apps.who.int/iris>.

World Health Organization. World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: the concept framework for the International Classification for Patient Safety: final technic report. [Internet]. 2009 [cited 2017 oct. 25]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf?ua=1.

World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008 – 2009 [Internet]. 2008 [cited 2017 mar. 02]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Foward_Programme_2008.pdf?ua=1.

World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005 [Internet]. 2005 [cited 2017 oct. 25]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I. Registro dos esclarecimentos da pesquisadora aos participantes da pesquisa

Eu, Aline Mirema Ferreira Vitorio, mestrande da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), sob orientação da Prof. Dra. Daisy Maria Rizatto Tronchin, venho convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DO CLIMA DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL PÚBLICO ESPECIALIZADO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO”, a qual tem por objetivos avaliar o clima de segurança na percepção dos profissionais de saúde atuantes nas unidades de internação e de terapia intensiva e comparar os domínios clima de segurança, trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção do estresse, percepção da gerência do hospital e da unidade e satisfação no trabalho com as variáveis sociodemográficas dos profissionais atuantes nessas unidades. Para tanto, necessito a sua anuência para preencher um questionário, que será distribuído na sua unidade de trabalho. O preenchimento levará, aproximadamente, 15 minutos. Seu conteúdo será empregado, apenas, para a realização do estudo.

Esclareço que os resultados da presente pesquisa poderão ser apresentados em eventos publicados em revistas científicas, sem a sua identificação.

O estudo não acarretará em despesas financeiras ou danos diretos; contudo há a possibilidade de desconforto em função do tempo despendido por ocasião da entrevista. O sigilo das informações e o anonimato serão garantidos. Será preservado o anonimato dos entrevistados e dos setores envolvidos.

A sua participação no estudo é voluntária, podendo deixá-lo a qualquer momento, se assim o desejar. Caso aceite participar, solicito a sua assinatura neste documento, sendo que lhe será entregue uma via do Termo de Consentimento e a outra permanecerá com o pesquisador. A conclusão desta pesquisa está prevista para dezembro de 2018.

O pesquisador responsável é Aline Mirema Ferreira Vitorio, que pode ser contatada através do Endereço - Rua Joaquim Martins, 349, casa 12, apartamento 102. Encantado. Rio de Janeiro- RJ. Brasil; Telefone- (21) 997218452; Endereço eletrônico- alinemirema2011@gmail.com. Em qualquer momento você poderá, também, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre as questões éticas da pesquisa: Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Cardiologia, no endereço Rua das Laranjeiras, 374 – Laranjeiras – Rio de Janeiro/RJ CEP - 22240. Telefone- (21) 30372307 – Endereço eletrônico- cepinclaranjeiras@gmail.com.

II. Dados de identificação do participante da pesquisa

Nome do participante: _____ telefone: (____) _____

_____ Eu, _____, compreendo os objetivos desta pesquisa e concordo em participar de forma livre da mesma, entendendo que as informações serão utilizadas apenas para realização do estudo, que não sofrerei qualquer tipo de sanção ou prejuízo, caso desista de participar deste estudo.

Declaro que o pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Nacional de Cardiologia. E que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, assim como os objetivos, riscos e benefícios aceito participar do presente Projeto de Pesquisa.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2018.

Participante da pesquisa

Aline Mirema Ferreira Vitorio – pesquisadora (Mestranda da Escola de Enfermagem da USP)

APÊNDICE B - CARTA CONVITE

Prezado (a),

Convido-lhe a participar do projeto intitulado “Avaliação do clima de segurança em um hospital público especializado do município do Rio de Janeiro”, que tem por objetivos avaliar o clima de segurança na percepção dos profissionais de saúde atuantes nas unidades de internação e de terapia intensiva e comparar os domínios clima de segurança, trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção do estresse, percepção da gerência do hospital e da unidade e satisfação no trabalho com as variáveis sociodemográficas dos profissionais atuantes nessas unidades. Comprometo-me ao final da pesquisa apresentar os dados a instituição com o intuito de subsidiar intervenções para melhoria da segurança do paciente e dos profissionais de saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em preencher individualmente um questionário, como parte da minha dissertação a ser apresentada no Programa de Pós-graduação em Gerenciamento em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientações importantes quanto ao preenchimento do questionário: utilize lápis 2B. Nas questões de número 24 a 28 as suas respectivas linhas de opções, apresentam-se com duas questões para cada uma, sendo **que a primeira** refere-se a sua percepção quanto à administração da sua unidade, o setor que você atua, sendo representada pela sua chefia imediata; e **a segunda** questão, situada na mesma linha refere-se a sua percepção quanto à administração do hospital, representada neste hospital pela direção.

Agradeço sua atenção e colaboração e coloco-me à disposição para dúvidas e esclarecimentos

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2018.

Pesquisador Responsável Aline Mirema Ferreira Vitorio- Tel.: 21 997218452

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES QUANTO AO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO:

Indicamos a utilização de lápis 2B, visto que possibilitam a melhor visualização dos dados que se seguem.

A seguir encontram-se os dados sociodemográfico e no verso o **questionário Atitudes de Segurança** composto por 41 questões.

ATENÇÃO: Nos itens de número 24, 25, 26, 27 e 28 você deverá responder a duas questões sendo que **a primeira** refere-se a sua percepção quanto à administração da sua unidade, o setor que você atua, sendo representada pela sua chefia imediata; e **a segunda** questão, refere-se a sua percepção quanto à administração do hospital, representada neste hospital pela direção.

INFORMAÇÕES		
Idade: ____anos.	Quantas horas por semana você habitualmente trabalha nesta unidade? ____ horas.	
Há quanto tempo você trabalha nesta unidade? ____anos.	Quantos anos de experiência você tem nesta especialidade (adulto ou criança)? ____anos e ____meses.	
Vínculo trabalhista:	Unidade que trabalha:	
☐ Estatutário	☐ Quarto andar: pediatria	☐ POI
☐ Contrato NERJ	☐ Sétimo andar	☐ UCIC
☐ CLT	☐ Transplante	☐ UC
☐ FUNDACOR	☐ Oitavo andar	☐ UTCIC/ POA
☐ Residência	☐ Nono andar

ANEXO 1 – REGISTRO E ENVIO NA PLATAFORMA BRASIL

Ministério da Saúde

Plataforma Brasil

principal sair

Público Pesquisador Alterar Meus Dados

ALINE MIREMA FERREIRA VITORIO - Pesquisador | V3.2

Cadastros Sua sessão expira em: 24min 15

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do clima de segurança em um hospital público especializado do município do Rio de Janeiro
 Pesquisador Responsável: ALINE MIREMA FERREIRA VITORIO
 Área Temática:
 Versão: 3
 CAAE: 84111418.7.0000.5272
 Submetido em: 29/06/2018
 Instituição Proponente: Instituto Nacional de Cardiologia - INC
 Situação da Versão do Projeto: Aprovado
 Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
 Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1108242

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
Versão Atual Aprovada (E1) - Versão 3				
Emenda (E1) - Versão 3				
Documentos do Projeto				
Comprovante de Recepção - Submissão				
Cronograma - Submissão 1				
Folha de Rosto - Submissão 1				
Informações Básicas do Projeto - Submissão 1				
Orçamento - Submissão 1

COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do clima de segurança em um hospital público especializado do município do Rio de Janeiro
Pesquisador: ALINE MIREMA FERREIRA VITORIO
Versão: 3
CAAE: 84111418.7.0000.5272
Instituição Proponente: Instituto Nacional de Cardiologia - INC

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante:
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Análise do clima de segurança em um hospital público especializado do município do Rio de Janeiro que tem como pesquisador responsável ALINE MIREMA FERREIRA VITORIO, foi recebido para análise ética no CEP Instituto Nacional de Cardiologia - INC em 29/06/2018 às 10:42.

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do clima de segurança em um hospital público especializado do município do Rio de Janeiro

Pesquisador: ALINE MIREMA FERREIRA VITORIO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84111418.7.0000.5272

Instituição Proponente: Instituto Nacional de Cardiologia - INC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.582.521

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, descritiva e exploratória, onde a autora busca identificar a percepção dos profissionais de saúde acerca da cultura de segurança e os componentes organizacionais oportunizam ou dificultam a construção da cultura de segurança do paciente. Além da relação entre os dados sociodemográficos e a percepção dos profissionais de saúde na consecução de um cuidado seguro.

Critério de Inclusão:

Enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos/auxiliares de enfermagem, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, psicólogo, assistentes sociais, residentes de enfermagem e medicina que estejam trabalhando no exercício de suas funções há pelo menos seis meses na instituição.

Critério de Exclusão: Profissionais de saúde em licença, férias e ou afastamento das atividades

Endereço: Rua das Laranjeiras 374 - 5º andar
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-006
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3037-2307 **E-mail:** cepinclaranjeiras@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.502.521

laborais.

Objetivo da Pesquisa:

Comparar os domínios clima de segurança, trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção do estresse, percepção da gerência do hospital e da unidade e satisfação no trabalho com as variáveis sociodemográficas dos profissionais atuantes nessas unidades, em um hospital especializado em cardiologia, no Município do Rio de Janeiro

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo não acarretará em despesas financeiras ou danos diretos; ou riscos; contudo há a possibilidade de desconforto em função do tempo despendido por ocasião da entrevista.

Benefícios:

acreditando que a partir da análise e da compreensão da cultura de segurança será possível implementar melhorias nos processos assistencial, gerencial, de ensino e pesquisa, bem como adensar o conhecimento acerca das atitudes dos profissionais de saúde e dos fatores organizacionais que fortalecem ou fragilizam as questões de segurança

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será realizada nas unidades de Internação e nos centros de terapia intensiva (CTI), do Instituto Nacional de Cardiologia, localizado no Município do Rio de Janeiro. O questionário empregado na presente Investigação será a versão Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 adaptada, traduzida e validada para hospitais brasileiros, o SAQ (Carvalho, 2011). Este instrumento conta com 41 assertivas e possui duas partes, sendo que a primeira é relativa à cultura de segurança do paciente, com 36 itens. A segunda parte do instrumento, nominada de informações, representa as seguintes variáveis: cargo, gênero, atuação principal e tempo de experiência na especialidade. As assertivas serão respondidas por meio de uma escala do tipo Likert. Os dados

Endereço: Rua das Laranjeiras 374 - 5ª andar
 Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-008
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3037-2307 E-mail: capindaranjeiras@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.582.521

laborais.

Objetivo da Pesquisa:

Comparar os domínios clima de segurança, trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção do estresse, percepção da gerência do hospital e da unidade e satisfação no trabalho com as variáveis sociodemográficas dos profissionais atuantes nessas unidades, em um hospital especializado em cardiologia, no Município do Rio de Janeiro

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo não acarretará em despesas financeiras ou danos diretos; ou riscos; contudo há a possibilidade de desconforto em função do tempo despendido por ocasião da entrevista.

Benefícios:

acreditando que a partir da análise e da compreensão da cultura de segurança será possível implementar melhorias nos processos assistencial, gerencial, de ensino e pesquisa, bem como adensar o conhecimento acerca das atitudes dos profissionais de saúde e dos fatores organizacionais que fortalecem ou fragilizam as questões de segurança

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será realizada nas unidades de internação e nos centros de terapia intensiva (CTI), do Instituto Nacional de Cardiologia, localizado no Município do Rio de Janeiro. O questionário empregado na presente investigação será a versão Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 adaptada, traduzida e validada para hospitais brasileiros, o SAQ (Carvalho, 2011). Este instrumento conta com 41 assertivas e possui duas partes, sendo que a primeira é relativa à cultura de segurança do paciente, com 36 itens. A segunda parte do instrumento, nominada de informações, representa as seguintes variáveis: cargo, gênero, atuação principal e tempo de experiência na especialidade. As assertivas serão respondidas por meio de uma escala do tipo Likert. Os dados

Endereço: Rua das Laranjeiras 374 - 5º andar
 Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-008
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3037-2307 E-mail: cepinclaranjerias@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.502.521

Outros	AUTO_oitavoandar.pdf	20/03/2018 20:19:20	ALINE MIREMA FERREIRA VITORIO	Acelto
Outros	AUTO_1cc.pdf	20/03/2018 20:18:51	ALINE MIREMA FERREIRA VITORIO	Acelto
Outros	AUTO_setimoandar.pdf	20/03/2018 20:18:09	ALINE MIREMA FERREIRA VITORIO	Acelto
Outros	AUTO_quartoandar.pdf	20/03/2018 20:17:28	ALINE MIREMA FERREIRA VITORIO	Acelto
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	T_cle.pdf	20/03/2018 20:16:32	ALINE MIREMA FERREIRA VITORIO	Acelto
Outros	AVALIACAOCOMISSAOICIENTINC_alin emirema.pdf	01/03/2018 23:39:51	ALINE MIREMA FERREIRA VITORIO	Acelto
Cronograma	CRONO_grama.pdf	01/03/2018 23:36:35	ALINE MIREMA FERREIRA VITORIO	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_alinemirema.pdf	01/03/2018 23:36:04	ALINE MIREMA FERREIRA VITORIO	Acelto
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO_Aline.pdf	01/03/2018 23:35:14	ALINE MIREMA FERREIRA VITORIO	Acelto
Orçamento	RECURSOS_financelros.pdf	25/01/2018 10:24:07	ALINE MIREMA FERREIRA VITORIO	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 05 de Abril de 2018

Assinado por:
Yolanda Maria Cyranka
(Coordenador)

Endereço: Rua das Laranjeiras 374 - 5º andar
Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-008
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3037-2307 E-mail: cepin@laranjeiras@gmail.com

ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (SAQ)

[illegible]

Fonte: Carvalho REFL. Adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire* para o Brasil Questionário de Atitudes de Segurança. [Internet]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011. [citado 2017 Mar. 16]. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/...30112011.../RhannaEmanuelaFonteneleLimadeCarvalho.pdf

ANEXO 4 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO USO DO SAQ

Universidade Estadual do Ceará
Centro de Ciências da Saúde

A Aline Mirema,

Agradeço o interesse pelo instrumento *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form 2006*, adaptado, traduzido e validado para hospitais brasileiros em meu estudo de Doutorado e intitulado *Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ)*. Eu dou a minha permissão para sua utilização para fins de pesquisa.

Atenciosamente,

Fortaleza, 30 de outubro de 2017.

Profa Dra. Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho