

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SABRINA DE SOUZA ELIAS MIKAEL

Percepção do clima de segurança do paciente em
instituições hospitalares

RIBEIRÃO PRETO

2016

SABRINA DE SOUZA ELIAS MIKAEL

Percepção do clima de segurança do paciente em
instituições hospitalares

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

Área de concentração: Enfermagem Fundamental

Linha de Pesquisa: Dinâmica da organização dos serviços de saúde em enfermagem.

Orientador: Carmen Silvia Gabriel

Ribeirão Preto

2016

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 .

Mikael, Sabrina de Souza Elias

Percepção do clima de segurança do paciente em instituições hospitalares.
Ribeirão Preto, 2016.

89 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.
Orientador: Carmen Silvia Gabriel

1. Segurança do Paciente. 2. Cultura Organizacional. 3. Qualidade da
Assistência à Saúde. 4. Avaliação dos Serviços de Saúde.

MIKAEL, Sabrina de Souza Elias

Percepção do clima de segurança do paciente em instituições hospitalares

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

Aprovado em ____/____/____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

À **Deus** e aos **amigos espirituais**, por sua infinita misericórdia e amparo constante durante toda a minha trajetória de vida.

Ao meu esposo **Solomon** e ao meu filho **Saulo**, com amor e gratidão, por sua compreensão, companheirismo e apoio durante a minha jornada. *Thank you Solomon and Saulo for your love and your support, without you in my life this journey would never be possible.*

Aos meus irmãos **Karina, Renato, Estevão e Cleyton**, por dividirem comigo os momentos mais felizes e também os mais difíceis. Obrigada por seu amor e por trazerem mais cor para a minha vida.

Aos meus pais **Sirlene e Álvaro**, meus exemplos, fazendo-se sempre presentes em todos os momentos da minha vida e me ensinando tudo o que sei. Obrigada por seu amor incondicional, dedicação e suporte constante na realização dos meus sonhos.

Aos meus pais de coração, **Claudia e Vagner**, por seu amor e apoio para que eu alcançasse os meus objetivos.

Aos **pacientes** que buscando a resolução dos seus problemas, acabam por sofrer com as falhas de segurança ainda existem nos serviços e sistemas de saúde. Espero que este trabalho possa colaborar com os esforços em prol de sistemas de saúde mais seguros.

Agradecimentos

À Professora **Carmen Silvia Gabriel**, minha imensa gratidão por ter me acolhido e por ter acreditado que eu era capaz. As experiências e aprendizado que tive com você estarão em meu coração em todos os dias da minha vida. Obrigada pela oportunidade de crescimento pessoal, intelectual e profissional.

À **Silvia Helena De Bortoli Cassiani**, por sua contribuição na realização deste trabalho e por todas as oportunidades de aprendizado e crescimento que tenho ao seu lado todos os dias. Obrigada por acreditar e investir no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

À Professora **Sallie J. Weaver**, por sua orientação e excelentes contribuições a este trabalho. *Thank you Dr. Sallie J. Weaver for your guidance and excellent contributions to this work, it was an honor to work with you.*

À Professora **Renata Cristina de Campos Pereira Silveira**, por ter me ensinado o amor pela pesquisa desde o primeiro ano de graduação e por ter me orientado durante todos os anos de iniciação científica, sempre instigando o meu espírito questionador.

Às Professoras **Fernanda Ludmilla Rossi Rocha** e **Fernanda Raphael Escobar Gimenes de Sousa**, pelas sugestões e contribuições no exame de qualificação.

À Professora **Claudia Benedita dos Santos**, por suas fantásticas aulas de estatística, todo o conhecimento transmitido e seu incentivo e apoio durante o processo de solicitação de fomento para esta pesquisa.

À **Karen Gladbach** e **Ana Maria Paulina**, pela força, compreensão e apoio no decorrer desta jornada. *Thank you Karen Gladbach and Ana Maria Paulina for your support and help throughout this journey.*

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

Às queridas amigas **Mariana Lopes Borges**, **Silvana Proença Marchetti** e **Bruna Moreno Dias**, por sua amizade, imenso apoio e ajuda durante todo o mestrado. Obrigada por me incentivar e me ajudar a concretizar os meus objetivos.

À **Miyeko Hayashida**, pela assessoria estatística, disponibilidade e paciência.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, Universidade de São Paulo, por todos os anos de formação deste o bacharelado, e pela oportunidade em realizar o mestrado.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo**, pelo fomento provido para realização desta pesquisa e importantíssimas contribuições na construção e desenvolvimento desta.

Este estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo 2014/06191-5.

RESUMO

MIKAEL, S. D. S. E. **Percepção do clima de segurança do paciente em instituições hospitalares**. 2016. 89 p. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Quase um em cada dez pacientes é lesionado ao receber cuidados de saúde e, destes, muitos sofrem lesões incapacitantes ou morte todos os anos. Entendendo a importância e o impacto negativo das falhas na segurança do paciente em âmbito global e a influência que a cultura e o clima de segurança exercem sobre a adoção de ações e decisões mais seguras, este estudo teve por objetivo a análise da cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares, por meio da mensuração do clima de segurança. Trata-se de pesquisa quantitativa, transversal, do tipo *Survey*, em que para a realização da coleta de dados foi aplicado o Questionário de Atitudes de Segurança, adaptação transcultural para o Brasil do *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form 2006*. O estudo ocorreu em dois hospitais gerais do estado de São Paulo, localizados em diferentes regiões metropolitanas, sendo um público e o outro privado. Os profissionais Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Fisioterapeutas, Farmacêuticos e Nutricionistas, que atuavam nestes hospitais há pelo menos 6 meses, com carga horária de trabalho semanal de no mínimo 20 horas, constituíram a população deste estudo. Foi realizado um estudo piloto com 25 profissionais em cada hospital e a prevalência resultante deste teste foi utilizada no cálculo do tamanho amostral com nível de significância de 5%, erro relativo de 10% e perda de 20%, resultando em um total de 235 participantes. Os profissionais escolhidos como parte da amostra foram sorteados empregando-se amostragem aleatória simples computadorizada. As variáveis de cada domínio da escala quando testadas pelo Teste *Kolmogorov-Smirnov* não apresentaram normalidade. Deste modo, foi aplicado o Teste *Mann-Whitney* para comparar os valores das pontuações entre os hospitais e entre as categorias profissionais. Com relação aos resultados houve índice de participação de 86,8% da amostra sorteada, prevalecendo os sujeitos com 5 a 20 anos de tempo na especialidade, do gênero feminino, e trabalhadores da enfermagem. Não houve diferenças significantes dentre as pontuações obtidas pelos dois hospitais. Os participantes do estudo apresentaram percepção negativa quanto ao clima de segurança do paciente, com domínios Reconhecimento do Estresse e Percepção da Gestão apresentando resultados negativos, tanto para a amostra como um todo quanto por hospital. Os domínios Clima de Trabalho em Equipe, Satisfação no Trabalho e Comportamento Seguro/Práticas Seguras resultaram em percepções positivas para todas as categorias profissionais. Já o domínio Percepção da Gestão do Hospital resultou em percepção negativa para todas estas. Os Médicos e os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem apresentaram percepções negativas em mais domínios. Em contrapartida, os Enfermeiros foram os únicos a apresentar atitude de segurança do paciente positiva, com escore total do SAQ exibindo diferença significativa quando comparado a todas as outras categorias, apresentando também percepção positiva em maior número de domínios. Concluiu-se que existe a necessidade de abordagem relacionada ao Reconhecimento do Estresse dos profissionais, além dos aspectos do Gerenciamento. As categorias profissionais diferiram entre si com relação às percepções sobre a atitude de segurança do paciente. Desta forma, o desenvolvimento da cultura de segurança deve englobar todas as categorias profissionais, uma vez que esta abrange toda a organização, destacando-se a necessidade de enfoque de ações com relação a categoria dos Médicos e dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Além disso, ficou evidente o papel de destaque e liderança dos profissionais Enfermeiros nos processos de melhoria da qualidade, e colocando-os em posição privilegiada para conduzir os esforços de melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Cultura Organizacional. Qualidade da Assistência à Saúde. Avaliação dos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

MIKAEL, S. D. S. E. **Patient safety climate perceptions in hospitals**. 2016. 89 p. Master's (Thesis) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Almost one in every ten patients is injured while receiving health care, many of these suffer disabling injuries or death each year. Understanding the importance and the negative impact of patient safety failures globally, and the influence that safety culture and climate have on the adoption of safer decisions and actions, this study aimed to analyze patient safety culture in hospitals through the measurement of safety climate. This study is a quantitative, cross-sectional Survey, in which data collection was conducted using the cultural adaptation to Brazil of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) - Short Form 2006. The study took place in two general hospitals, one public and one private, located in different metropolitan areas in the state of São Paulo. Physicians, registered nurses, nursing technicians and assistants, physical therapists, pharmacists and nutritionists, who had been working in those hospitals for at least 6 months, for a minimum of 20 hours per week, constituted the study population. A pilot study was carried out with 25 professionals in each hospital and the prevalence resulted was used to calculate the sample size at 5% significance level, 10% relative error, and 20% loss, resulting in a total of 235 participants. Professionals chosen as part of the sample were drawn up using computerized simple random sampling. The Kolmogorov-Smirnov test showed that the variables were not normal. Thus, the Mann-Whitney test was used to compare the values of the scores between hospitals and between professional categories. Regarding the results, we noted a participation rate of 86.8% of the sample selected, prevailing subjects with 5-20 years of time in the specialty, female, and members of the nursing team. There were no significant differences among the scores obtained by the two hospitals. Study participants had a negative perception regarding patient safety climate, with the domains Stress Recognition and Perception of Management presenting negative results, both for the sample as a whole and by the hospital. The domains Teamwork Climate, Job Satisfaction and Safe Behavior/Safe Practices resulted in positive perceptions for all professional categories. Contrarily, the domain Perception of Hospital Management resulted in a negative perception for all of the categories. Nursing technicians and assistants, and physicians were the groups that presented negative perceptions in the most domains. Conversely, registered nurses were the only ones who presented positive patient safety climate, with the SAQ total score showing a significant difference when compared to all other categories, and presenting positive perception in more domains. We concluded that approaches regarding professionals' Stress Recognition and Perception of Management are of great need. The results among professional categories differed with respect to the perceptions of patient safety attitude. Thus, the development of safety culture must include all professional categories, since it comprises the entire organization, emphasizing the need for specific actions with respect to the category of physicians and nursing technicians and assistants. Moreover, it was evident that the registered nurses can play an important role in leadership of quality improvement processes, placing these professionals in prime position to drive continuous quality improvement efforts in health services.

Keywords: Patient Safety. Organizational Culture. Quality of Health Care. Health Services Evaluation.

RESUMEN

MIKAEL, S. D. S. E. **Percepciones del clima de seguridad de los pacientes en hospitales**. 2016. 89 p. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Casi uno de cada diez pacientes se lesiona al recibir atención de salud, y de estos, muchos sufren de lesiones incapacitantes o muerte todos los años. El entendimiento de la importancia y el impacto negativo de las fallas en la seguridad del paciente a nivel mundial y la influencia que la cultura y el clima de seguridad tienen en la adopción de las acciones y decisiones más seguras, este estudio tuvo como objetivo el análisis de la cultura de seguridad de los pacientes en los hospitales, por medio de la medición del clima de seguridad. Esta es una investigación cuantitativa, transversal, de tipo *Survey*, donde para llevar a cabo la recopilación de datos se aplicó el Cuestionario de Actitudes de Seguridad, adaptación cultural a Brasil de lo *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) - Short Form 2006*. El estudio se llevó a cabo en dos hospitales generales en el Estado de Sao Paulo, ubicados en diferentes áreas metropolitanas, uno público y otro privado. Médicos, enfermeras, técnicos y auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, farmacéuticos y nutricionistas, que habían estado trabajando en estos hospitales durante al menos seis meses, con un horario de trabajo semanal de al menos 20 horas, constituyeron la población de estudio. Se llevó a cabo un estudio piloto con 25 profesionales en cada hospital y la prevalencia resultante de este estudio se utilizó para calcular el tamaño de la muestra a nivel de significación del 5%, error relativo de 10% y pérdidas de 20%, lo que resultó en un total de 235 participantes. Estos profesionales fueron elegidos como parte de la muestra por medio de muestreo aleatorio computarizado. La prueba de *Kolmogorov-Smirnov* mostró que las variables no eran normales. Por lo tanto, se utilizó la prueba de *Mann-Whitney* para comparar los valores de las puntuaciones entre los hospitales y entre las categorías profesionales. Con respecto a los resultados, observamos un índice de participación del 86,8% de la muestra seleccionada; fueron predominantes los sujetos con 5 a 20 años de tiempo en la especialidad, mujeres y los miembros del equipo de enfermería. No hubo diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por los dos hospitales. Los participantes del estudio tuvieron una percepción negativa del clima de seguridad de los pacientes, con resultados negativos en los dominios de Reconocimiento del Estrés y Percepción de la Gestión, tanto para toda la muestra como por hospital. Los dominios Clima de Trabajo en Equipo, Satisfacción en el Trabajo y Comportamiento Seguro/Prácticas Seguras presentaron una percepción positiva para todas las categorías profesionales. A diferencia, el dominio Percepción de la Gestión del Hospital resultó en una percepción negativa para todos estos. Los médicos, los técnicos y los auxiliares de enfermería manifestaron percepciones negativas en la mayoría de los dominios. En contraste, los enfermeros fueron los únicos profesionales que presentaron una percepción positiva de la actitud de seguridad de los pacientes, con una puntuación total del SAQ mostrando una diferencia significativa en comparación con todas las demás categorías, indicando también una percepción positiva en más dominios. Llegamos a la conclusión de que hay necesidad de un enfoque relacionado con el Reconocimiento del Estrés de los profesionales, además de los aspectos de la Gestión. Los resultados de las categorías profesionales difieren con respecto a las percepciones de la actitud de la seguridad del paciente. Por lo tanto, el desarrollo de la cultura de la seguridad debe incluir todas las categorías profesionales, ya que incluye toda la organización, destacándose la necesidad de centrar las acciones en lo que respecta a la categoría de médicos, técnicos y auxiliares de enfermería. Además, la importancia del rol y el liderazgo de enfermeros en los procesos de mejora de la calidad fue evidente, una vez que están en una posición privilegiada para impulsar los esfuerzos de mejora continua de la calidad en los servicios de salud.

Palabras clave: Seguridad del Paciente. Cultura Organizacional. Calidad de la Atención de Salud. Evaluación de Servicios de Salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número total de sujeitos por categoria profissional calculado para participação no estudo em cada hospital. Ribeirão e Sumaré-SP, Brasil, 2014.....	31
Tabela 2 – Caracterização dos participantes do estudo piloto (N = 50) segundo gênero, cargo, tipo de paciente e tempo na especialidade. Ribeirão Preto e Sumaré – SP, Brasil, 2014.....	38
Tabela 3 – Número de participantes do estudo piloto (N=50) com atitude de segurança positiva total e por domínio. Ribeirão Preto e Sumaré – SP, Brasil, 2014.....	39
Tabela 4 – Médias da pontuação dos escores de atitude de segurança totais e por domínio, dos participantes do estudo piloto (N=50), por hospital e no geral. Ribeirão Preto e Sumaré – SP, Brasil, 2014.....	39
Tabela 5 – Médias da pontuação dos escores de atitude de segurança totais e por domínio, dos participantes do estudo piloto (N=50), por categoria profissional. Ribeirão Preto e Sumaré – SP, Brasil, 2014.....	40
Tabela 6 – Valores do Alfa de Cronbach do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), segundo os domínios e o total, dos participantes do estudo (N=204). Ribeirão Preto e Sumaré – SP, Brasil, 2015.....	42
Tabela 7 – Caracterização dos participantes do estudo (N=204) segundo gênero, cargo, tipo de paciente e tempo na especialidade. Ribeirão Preto e Sumaré – SP, Brasil, 2015.....	43
Tabela 8 – Análise descritiva dos escores do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), segundo os domínios e o total, dos participantes do estudo (N=204). Ribeirão Preto e Sumaré – SP, Brasil, 2015.....	44
Tabela 9 – Comparação, entre os hospitais, das pontuações dos escores de atitude de segurança totais e por domínio dos participantes do estudo (N=204). Ribeirão Preto e Sumaré – SP, Brasil, 2015.....	45
Tabela 10 – Médias da pontuação dos escores de atitude de segurança totais e por domínio, dos participantes do estudo (N=204), por categoria profissional. Ribeirão Preto e Sumaré – SP, Brasil, 2015.....	47
Tabela 11 – Valores de p* resultantes da aplicação do Teste de Mann-Whitney comparando as médias da pontuação dos escores de atitude de segurança totais e por domínio, dos participantes do estudo (N=204), entre os cargos. Ribeirão Preto e Sumaré – SP, Brasil, 2015.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACI	<i>Accreditation Canada International</i>
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EA	Evento Adverso
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo
EUA	Estados Unidos da América
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
HSOPS	<i>Hospital Survey on Patient Safety</i>
IAEA	<i>International Atomic Energy Agency</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSCHO	<i>Patient Safety Climate in Healthcare Organizations</i>
PSP	Plano de Segurança do Paciente
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	<i>World Health Organization</i>

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1. Qualidade e segurança.....	17
1.2. Cultura e clima organizacional.....	20
1.3. Cultura de segurança.....	22
2. OBJETIVOS.....	27
2.1. Objetivo geral.....	27
2.2. Objetivos específicos.....	27
3. MATERIAL E MÉTODO.....	29
3.1. Tipo de estudo.....	29
3.2. Cenário de estudo.....	29
3.3. População e amostra.....	30
3.4. Instrumento de coleta de dados.....	32
3.5. Procedimentos para coleta de dados.....	34
3.6. Procedimentos para a análise dos dados.....	35
3.7. Procedimentos éticos.....	36
3.8. Teste Piloto.....	37
4. RESULTADOS.....	42
5. DISCUSSÃO.....	50
6. CONCLUSÕES.....	62
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICE.....	81
ANEXO.....	85

1 Introdução

1. INTRODUÇÃO

Segundo a *World Health Organization* (WHO), dezenas de milhões de pacientes sofrem lesões incapacitantes ou morte devido à erros e falhas na assistência em saúde todos os anos, ao redor do mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Quase um em cada dez pacientes é lesionado ao receber cuidados de saúde em ambientes hospitalares bem financiados e tecnologicamente avançados. Em contraposição aos dados mencionados, são encontradas poucas evidências sobre o ônus da falta de segurança do paciente nos países em desenvolvimento, onde pode haver ainda maior risco de danos devido às limitações de infraestrutura, tecnologia e recursos. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a)

Para entendermos melhor os dados, faz-se necessária a apresentação de algumas definições. As falhas na assistência em saúde podem ser classificadas como: circunstância de risco (*reportable circumstance*), quase-erro (*near-miss*), incidente sem dano (*no harm incident*) ou incidente com dano (*harmful incident*), que pode ser referido, também, como evento adverso (*adverse event*) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).

Segundo estimativas de um estudo realizado pela Universidade de Harvard, nos Estados Unidos da América (EUA), a falta de segurança do paciente causa 42.7 milhões de incidentes com dano ao redor do mundo por ano, sendo que desse total, dois terços ocorrem nos países em desenvolvimento e nos países em transição (JHA, 2013).

O Brasil não se contrapõe a essas estimativas. Segundo relatório publicado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2012, de janeiro a dezembro de 2012 foram notificados 16.547 incidentes com danos, entre estes, 305 (21%) ocasionaram óbito, 102 (7%) causaram lesão permanente e 1.046 (72%) deram origem a lesão temporária.

O relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*, do *Institute of Medicine* (IOM), que trata sobre as mortes ocorridas nos Estados Unidos devido aos erros e falhas da assistência médico-hospitalar, demonstrou que de 44.000 a 98.000 mortes preveníveis ocorrem por ano devido às falhas na segurança do paciente. Esses números ultrapassam as mortes, por ano, causadas por acidentes automobilísticos (43.458), câncer de mama (42.297) e *Acquired Immunodeficiency*

Syndrome (AIDS) (16.516) (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999).

Além dos dados sobre as mortes preveníveis, o mesmo relatório, também afirma que seria irresponsável esperar nada menos do que 50% de redução dos erros nos cinco anos seguintes de sua publicação (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999). Contudo, dados da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), organização designada pelo governo americano como agência líder no apoio à pesquisa para redução das falhas em saúde, demonstram que mais de uma década depois de sua criação e da publicação do citado relatório, todo o sistema de saúde americano não foi ainda abrangido uniformemente pelos poucos progressos realizados em relação à segurança do paciente (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) sinaliza que indústrias percebidas como sendo de alto risco, por exemplo, a aviação e as usinas nucleares, apresentam histórico de segurança muito melhor do que a saúde. Para um passageiro de aeronave, a chance de ser lesionado é de uma em um milhão, já para um paciente recebendo assistência médico-hospitalar, a chance de ser lesionado é de um em trezentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Estudo realizado na Espanha analisou 245.320 episódios de atendimentos hospitalares com custo total de € 1.308.791.871, concluindo que, 16.782 (6,8%) pacientes sofreram um ou mais eventos adversos e que, quando analisados por grupos de diagnósticos, os eventos adversos acrescentaram um custo médio entre € 5.260 e € 11.905 nas despesas com saúde. Dessa forma, o custo total gerado foi de € 88.268.906, ou seja, 6,7% do total de custos da saúde, mostrando que os eventos adversos representam um impacto econômico bastante significativo que pode ser revertido por meio da melhoria da qualidade e segurança nos sistemas de saúde. (ALLUE et al., 2014)

Todos dados apresentados são preocupantes e causam grande repercussão, tanto em âmbito internacional como nacional, sendo o tema segurança do paciente atualmente considerado como prioridade global pelas principais organizações de saúde do mundo.

1.1. Qualidade e segurança

Mudanças e novas iniciativas têm sido implantadas nas instituições de saúde a fim de avaliar e melhorar a qualidade dos serviços prestados (BONATO, 2011). Para essa finalidade, atividades complexas devem ser planejadas e implementadas, de forma que o seu impacto seja mensurado, os resultados causem influências na melhoria dos sistemas e que os funcionários recebam informações com relação às melhorias implementadas (SERAPIONI, 2009).

Conceituar qualidade considerando a sua dimensão técnica, os aspectos organizacionais, e os processos gerenciais tem sido um desafio para estudiosos da área da saúde nos últimos anos (PORTELA, 2010). Qualidade, segundo o IOM, é “o grau em que os serviços de saúde, para indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados serem alcançados, sendo estes consistentes com o conhecimento profissional corrente” (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001, tradução nossa).

Diferentes autores afirmam que a qualidade em saúde deve estar focada na satisfação do usuário, no que eles e seus acompanhantes desejam do serviço. Contudo, não basta somente que os usuários estejam satisfeitos, o profissional de saúde deve atender efetivamente as necessidades do paciente (PORTELA, 2010; SERAPIONI, 2009).

A partir da década de 1990, a qualidade passa a ser discutida, principalmente, sobre o enfoque da segurança do paciente. Esse fato ocorreu após a publicação do *To err is human: building a safer health system*, em 1999, pelo IOM, nos EUA, que apontou a ocorrência de eventos adversos preveníveis como a oitava causa de mortalidade no país (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999).

Essa publicação introduziu o tema segurança do paciente nas pesquisas na área da saúde nos EUA e em todo o mundo. A segurança do paciente é uma importante dimensão da qualidade e se refere ao direito das pessoas de terem o risco de um dano desnecessário, associado ao cuidado de saúde, reduzido a um mínimo aceitável (RUNCIMAN et al., 2009).

Entende-se que é preciso que as instituições de saúde estabeleçam ferramentas para avaliar a qualidade assistencial e a segurança do paciente, uma

vez que esses conceitos são indissociáveis (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014).

A análise histórica da busca pela melhoria da qualidade nos serviços de saúde demonstra a necessidade de avaliação da qualidade como forma de mensurar os resultados da assistência, identificar causas da ocorrência das falhas e formulação de medidas de qualidade, utilizando para isso ferramentas específicas, tais como programas de melhoria da qualidade hospitalar do tipo programas de acreditação e certificação de qualidade. Existem indicações de que esses programas podem contribuir para a melhoria dos resultados e segurança em saúde uma vez que fortalecem a eficácia e a comunicação da equipe, e aumentam o número de situações em que as tomadas de decisão são baseadas em evidências científicas (NICKLIN; DICKSON, 2008).

Dessa forma, no contexto dos programas de qualidade voltados para o sistema de saúde, a entidade conhecida como *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) é a organização oficial responsável pelo programa de acreditação hospitalar dos EUA (NOVAES, 2007). No Brasil, com objetivo de criar mecanismos de melhoria dos serviços hospitalares e ter parâmetros para promover esse aperfeiçoamento, foi criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), por meio da Resolução nº 921 de 09 de maio de 2002, ficando assim reconhecida como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de acreditação de organizações e serviços de saúde no Brasil (BRASIL, 2002; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004).

A acreditação tem objetivos de grande impacto para o sistema de saúde, para a sociedade e para os provedores de serviços. Destacam-se a avaliação do compromisso da organização de saúde com a melhoria contínua, a participação dos profissionais no processo, o alcance dos objetivos, a obtenção do reconhecimento externo e a avaliação da qualidade e da segurança na atenção à saúde (RUELAS; POBLANO, 2005).

Ressalta-se que a preocupação com a qualidade e segurança na atenção à saúde não abrange apenas os movimentos de acreditação. Essa preocupação teve marco inicial de confluência do movimento mundial a partir de 1998, com o projeto do IOM intitulado *Quality of Health Care in America*, que objetivou examinar a qualidade do cuidado em saúde e formas para o alcance de mudanças da qualidade. O comitê desse projeto focou sua atenção inicial sobre as preocupações em

qualidade que se enquadram na categoria de erros da assistência médico-hospitalar, por resultarem em sofrimento, lesões e morte dos pacientes, sendo o já citado *To Err is Human: Building a Safer Health System* seu primeiro relatório (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999)

Buscando facilitar a compreensão do complexo tema qualidade em saúde, em outra publicação do projeto, intitulada *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, foram propostos seis objetivos específicos para melhoria da qualidade da assistência em saúde que são: segurança do paciente; eficiência; centralização no paciente; redução do tempo de espera e atrasos; efetividade e equidade. Portanto, a segurança do paciente é a base sobre a qual todos os outros aspectos da qualidade do cuidado são construídos, sendo, de extrema importância (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Os dados sobre as falhas na segurança publicados nos relatórios do comitê do projeto *Quality of Health Care in America* foram alarmantes e várias iniciativas foram lançadas em âmbito global. Atendendo a resolução da Assembleia Mundial da Saúde de 2002, que demandou maior atenção possível à segurança do paciente, foi instituída pela OMS a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em outubro de 2004 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

Essa aliança tem como objetivo elaborar programas e diretrizes, que visam sensibilizar e mobilizar profissionais de saúde e a população, para a busca de soluções que promovam a melhoria da qualidade e segurança da assistência. Um dos objetivos está centrado em elevar a conscientização e o compromisso político com a melhoria da segurança e com isso facilitar o desenvolvimento de políticas e práticas seguras. Assim, as pesquisas realizadas por essa aliança são de extrema importância, desempenhando papel primordial na conscientização sobre o assunto segurança do paciente, e sendo essenciais para a compreensão da magnitude e das causas do problema e desenvolvimento de soluções adequadas. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010)

Seguindo as tendências mundiais, o Brasil, em 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da publicação no Diário Oficial da União, da Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Esse programa tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, utilizando-se dos seguintes objetivos específicos: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à

segurança do paciente em diferentes áreas da atenção; envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a inclusão do tema no ensino técnico, de graduação e de pós-graduação na área da saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013a, 2014; BRASIL, 2013a).

Em julho de 2013, dando continuidade ao processo, foi publicada a Resolução nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que institui as ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde no contexto nacional. Assim, os serviços de saúde devem estruturar o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que será responsável por desenvolver o Plano de Segurança do Paciente (PSP), colocando em ação os princípios norteadores para a melhoria contínua dos processos de cuidado e de uso de tecnologias em saúde, além da articulação e a integração dos processos de gestão de risco, garantindo as boas práticas de funcionamento do serviço de saúde, o que inclui a disseminação sistemática de uma cultura organizacional voltada para segurança (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013b, 2014; BRASIL, 2013b).

1.2. Cultura e clima organizacional

As organizações estabelecem uma relação de influencia bilateral ao interagirem com o ambiente em que estão imersas. Parte das contribuições para essa interação ocorre a partir dos valores dos indivíduos que estão nesse ambiente e, dessa forma, esses valores são componentes integrantes para a formação da cultura organizacional (PIRES; MACÊDO, 2006).

Logo, o formato especial e único de cada organização é adquirido por meio da associação não apenas do conjunto de políticas administrativas, mas também dos fatores individuais. Esses fatores colaboram com a formação da cultura e do clima organizacional, visto que influenciam a maneira como os profissionais agem e interagem dentro da organização (CARVALHO, 2011). Assim sendo, o reconhecimento do papel ativo dos indivíduos na construção da realidade organizacional faz parte do processo de entender a organização como cultura

(SILVA; LIMA, 2004).

Schein (2010) conceitua a cultura organizacional como uma forma de perceber, pensar e sentir de um grupo, resultantes da resolução de problemas de integração vividos por ele, e que tenham suprido as necessidades de forma positiva passando a ter valor suficiente para que sejam ensinadas aos novos membros como parte dos pressupostos básicos desse grupo.

A cultura organizacional é definida por cinco propriedades formais que ocorrem dentro do grupo: compartilhamento de suposições; compartilhamento de invenções e descobertas construídas; aprendizado de como resolver problemas de adaptação interna e externa; trabalho de bom desempenho e com apresentação de resultados; e por fim, ensino aos novos membros sobre a maneira correta de perceber, pensar e sentir em relação aos problemas (SCHEIN, 2010).

No entanto, estudos geralmente são incapazes de medir todos os aspectos da cultura, como por exemplo, os valores, as competências e o comportamento, sendo necessário avaliar as percepções dos profissionais. Essas percepções, quando analisadas por meio da aplicação de questionários que fazem a avaliação ao nível de grupo, devem ser substituídas pelo termo clima, por ser o mais adequado, inferindo que o fator mais propício à avaliação, dentre os indicadores culturais, é o clima organizacional, devidamente analisado por meio da percepção dos profissionais quanto à atmosfera organizacional. (SEXTON et al., 2006)

O clima organizacional deriva naturalmente da cultura organizacional e caracteriza a atmosfera psicológica da instituição, podendo ser positivo ou negativo, sadio ou doentio, satisfatório ou insatisfatório (GULDENMUND, 2000). Uma instituição com um clima organizacional positivo, conseqüentemente, prioriza a satisfação do seu cliente, já que profissionais satisfeitos apresentam menores taxas de acidentes, maior produção e melhores relações interpessoais, por conseguinte, prestando um serviço de melhor desempenho e segurança (CARVALHO, 2011). Entende-se, portanto, que o trabalho em equipe, o suporte das lideranças e a comunicação, por serem atributos culturais da organização, contribuem para a segurança do paciente (NIEVA; SORRA, 2003).

1.3. Cultura de segurança

O relatório do acidente nuclear de Chernobyl da *International Atomic Energy Agency* (IAEA), publicado na década de 1980, foi o primeiro documento a utilizar o termo cultura de segurança, sendo a causa do acidente sinalizada como falha na cultura de segurança da organização (FLIN et al., 2000; INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY, 1986). A partir de então, experiências positivas de redução de riscos, ocorridas por meio da influência da segurança, vividas por indústrias que não fazem parte da área da saúde, como as indústrias de energia nuclear, de aviação e a aeroespacial, fomentaram o interesse das instituições e organizações de saúde em também adotar modelos de cultura de segurança (NIEVA; SORRA, 2003).

A cultura de segurança nas instituições de saúde pode ser definida como a cooperação de ações individuais e grupais que visam à minimização da ocorrência de danos ao paciente, surgindo como o resultado de interações, atitudes e percepções sobre as questões de segurança (COOPER, 2000; ZOHAR, 2003).

Com o objetivo de instrumentalizar as organizações sobre como criar uma cultura de segurança, Yates et al. (2004) propõe quatro estratégias: adoção da segurança como um valor central; adoção de comportamentos que visem à prevenção dos erros; análise do fator causador (análise do processo); e o foco em processos que simplifiquem o trabalho e a documentação dos procedimentos.

Para isso, o sistema de saúde deve, primeiramente, ser entendido como uma indústria de alto potencial para causar danos e por isso inerentemente perigosa, devendo, portanto, ser abandonada a filosofia de que indivíduos atuam de forma perfeita e livre de erros e adotado o enfoque no planejamento de sistemas para a segurança (FRANÇOLIN, 2013). Os sistemas de saúde devem afastar-se da cultura de “culpa e vergonha” que atrapalha o reconhecimento do erro e, portanto, impede a possibilidade de aprender com ele (NIEVA; SORRA, 2003). Por fim, faz-se necessária a adoção de uma cultura em que os erros sejam tratados como oportunidades de melhoria do sistema e de prevenção de danos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

As intervenções para melhoria da segurança do paciente devem estar focadas no nível individual dos funcionários, contudo, também devem ser implementadas estratégias com foco nas unidades organizacionais (DEILKAS;

HOFLOSS, 2008).

Para que ocorram melhorias com relação à segurança, faz-se necessário, também, que sistemas de saúde tenham acesso a informações que dão suporte ao aprendizado por meio da experiência, e que estes sistemas sejam promovidos com o intuito de prevenir erros e atenuar o impacto destes quando ocorrerem. Diferente de uma “cultura patológica”, na qual as pessoas se recusam a reconhecer que problemas existem e as falhas são punidas ou escondidas, uma cultura de segurança positiva, reconhece a inevitabilidade dos erros e pró ativamente busca identificar ameaças latentes (NIEVA; SORRA, 2003).

Desse modo, a transparência livre e desinibida de informações é outro atributo muito importante no desenvolvimento da cultura de segurança organizacional, sendo que a sua ausência inibe a aprendizagem com os erros, distorce e corrói a confiança. Assim, a transparência nas organizações de saúde deve estar presente entre cuidadores, pacientes, instituições e com o público em geral (LEAPE et al., 2009).

Enquanto as pessoas não puderem falar sobre o que elas estão vivenciando, não poderão melhorar os sistemas. Um ambiente não punitivo e apoiador é essencial para que se tenha a notificação das situações de risco, quase falha ou erros, visto que estes são, na sua maioria, decorrentes de falhas do sistema e não das pessoas propriamente ditas (LEAPE et al., 2009; McCANNON; HACKBARTH; GRIFFIN, 2007).

A cultura não punitiva permite relatar os acidentes e erros de forma confidencial, incentivando a sua exposição. A situação deve ser analisada de forma crítica, permitindo examinar as condições e as causas que as provocaram, para tentar compreender onde se encontram as falhas e fraquezas do sistema e onde devem ser erguidas mais barreiras de defesa. O objetivo é a melhoria da qualidade do sistema e não a punição da pessoa que estava envolvida. Punir os erros não vai diminuir a sua incidência, mas sim a sua identificação (PIMENTA, 2003).

Dentro do contexto citado, as organizações de saúde estão cada vez mais se conscientizando da importância de transformar a cultura organizacional, a fim de melhorar a segurança do paciente (ETCHEGARAY; THOMAS, 2012). O crescente interesse na cultura de segurança tem sido acompanhado pela necessidade de instrumentos de avaliação voltados para os aspectos culturais dos esforços de melhoria da segurança do paciente (NIEVA; SORRA, 2003).

Apesar do tema segurança do paciente ser considerado como prioridade global pelas principais organizações de saúde do mundo, os progressos realizados são, ainda, insuficientes, e entende-se ser de grande necessidade e importância a realização de pesquisas que forneçam a real dimensão do problema por meio de desenhos metodológicos que possam abarcar as diversas facetas que se apresentam quando a temática é segurança do paciente (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2012).

Em uma revisão realizada por Robb e Seddon (2010), foram analisados instrumentos que possuíam o objetivo de mensurar cultura de segurança do paciente. Os resultados apontaram dois instrumentos como recomendados para esse tipo de pesquisa, sendo eles o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) e o *Hospital Survey on Patient Safety* (HSOPS). Os dois instrumentos foram traduzidos e validados culturalmente para a realidade brasileira em 2011 e 2013 respectivamente (CARVALHO, 2011; CARVALHO; CASSIANI, 2012; REIS, 2013).

Com intuito de orientar as instituições para que possam encontrar essas falhas e fraquezas do sistema, a *National Health Service* do Reino Unido, a *Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations*, a *Agency for Healthcare Research and Quality* e o *National Quality Forum* dos EUA, recomendaram a adoção de modelos de cultura de segurança (CARVALHO, 2011). Dessa forma, pesquisar cultura de segurança é uma opção bastante útil, já que as intervenções realizadas resultam em melhorias que não são apenas temporárias e que refletem de forma geral na cultura de segurança dos locais onde são implantadas (DEILKAS; HOFLOSS, 2008).

Nesse sentido, este trabalho propõe-se a avaliar, por meio da aplicação de um instrumento, qual é o estado atual da cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares segundo a perspectiva dos profissionais, por meio a avaliação do clima de segurança. Uma vez obtidos os resultados, procurou-se também identificar os pontos fortes e as áreas que necessitam de melhorias, com resultados podendo ser extrapolados para hospitais brasileiros com acreditação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), pela *Accreditation Canada International* (ACI) e por outras creditações que seguem o mesmo padrão das organizações citadas.

Todos os esforços para a melhoria da qualidade em saúde e o aumento das pesquisas sobre a segurança do paciente, incluindo a realização desta pesquisa,

corroboram o que é apresentado no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que elenca como um de seus objetivos específicos a produção, sistematização e difusão de conhecimentos sobre segurança do paciente (BRASIL, 2013a).

Entende-se ser necessário compreender e conhecer a percepção dos profissionais acerca da segurança do paciente, suas causas e determinantes, bem como seu impacto nos resultados em saúde e na efetividade de métodos de prevenção de erros nos serviços de saúde brasileiros, tendo em vista também os resultados negativos das falhas e erros na saúde em âmbito global, a influência que a cultura de segurança exerce sobre a adoção de ações e decisões mais seguras. Assim, este estudo, pretende responder às seguintes questões:

- Qual é o clima de segurança percebido pelos profissionais nas instituições hospitalares onde trabalham?
- Quais os fatores intervenientes nesse clima?

2 Objetivos

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar o clima de segurança do paciente em instituições hospitalares segundo a percepção dos profissionais.

2.2. Objetivos específicos

- Estimar e comparar entre os hospitais a percepção dos profissionais quanto ao clima de segurança do paciente.
- Estimar e comparar entre os hospitais a percepção dos profissionais quanto a cada uma das seguintes dimensões: clima de trabalho em equipe; clima de segurança; satisfação no trabalho; reconhecimento de estresse; percepção da gestão da unidade; percepção da gestão do hospital; condições de trabalho; e comportamento seguro/práticas seguras.
- Estimar e comparar entre as categorias profissionais a percepção quanto ao clima de segurança do paciente.
- Estimar e comparar entre as categorias profissionais a percepção quanto a cada uma das seguintes dimensões: clima de trabalho em equipe; clima de segurança; satisfação no trabalho; reconhecimento de estresse; percepção da gestão da unidade; percepção da gestão do hospital; condições de trabalho; e comportamento seguro/práticas seguras.

3 Material e Método

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa quantitativa, transversal, do tipo *Survey*. Nos estudos deste tipo, as informações são coletadas por meio de um instrumento estruturado que poderá se referir às ações, conhecimentos, intenções, opiniões, atitudes e valores dos indivíduos, com o objetivo de obter informação sobre a prevalência, distribuição e relações dos fenômenos dentro de uma população (POLIT; BECK, 2012).

Uma grande vantagem das pesquisas do tipo *Survey* é a sua flexibilidade e alcance amplo, uma vez que pode ser aplicada para muitas populações, pode concentrar-se em uma grande variedade de tópicos e a informação pode ser utilizada para diversos fins (POLIT; BECK, 2012). Em complementaridade, o estudo ocorrerá em um determinado ponto no tempo, sendo assim transversal (DIEHL; SOUZA; DOMINGOS, 2007).

3.2. Cenário de estudo

O estudo tem como cenário de pesquisa dois hospitais, escolhidos intencionalmente por possuírem programas de gerenciamento da qualidade implantados. Os hospitais apresentam ampla abrangência no sistema de saúde regional, com certificação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), com nível de Excelência, e *Accreditation Canada International* (ACI). A escolha de hospitais acreditados dá-se pelo fato de essas certificações prescindirem de que os serviços prestados estejam baseados em padrões, facilitando assim a correlação entre os escores obtidos nos hospitais participantes e diminuindo também possíveis vieses da pesquisa.

Segundo informações fornecidas pelo setor de recursos humanos da instituição, o primeiro local é um hospital geral privado de médio porte, localizado na região metropolitana de Ribeirão Preto e será referido no decorrer do estudo como Hospital A. A instituição possui 95 leitos e o quadro de funcionários é composto por 54 Médicos, 34 Enfermeiros, 197 Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, 9

Fisioterapeutas, 3 Farmacêuticos, e 2 Nutricionistas, portanto um total de 299 profissionais de caráter assistencial, que estão somados a aproximadamente 190 profissionais que atuam nas áreas administrativas e de apoio.

O segundo local é trata-se de um hospital geral público de grande porte, localizado na região metropolitana de Sumaré, no interior do estado de São Paulo e será referido no decorrer do estudo como Hospital B. O referido serviço de saúde possui 263 leitos e o quadro de funcionários é composto por 140 Médicos, 69 Enfermeiros, 464 Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, 6 Farmacêuticos, 18 Fisioterapeutas e 3 Nutricionistas, portanto um total de 700 profissionais de caráter assistencial, que estão somados a aproximadamente 330 profissionais que atuam nas áreas administrativas e de apoio. Estas informações também foram fornecidas pelo setor de recursos humanos da instituição.

3.3. População e amostra

A população foi constituída pelos profissionais Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Farmacêuticos, Fisioterapeutas e Nutricionistas que atuam há pelo menos 6 meses nas instituições em áreas assistenciais, com carga horária de trabalho semanal de no mínimo 20 horas.

Justifica-se que há necessidade de se abarcar todas essas categorias profissionais por entender que a cultura de segurança permeia toda a organização (SILVA; LIMA, 2004). As categorias foram selecionadas intencionalmente com vistas a trabalhar com aqueles profissionais ligados diretamente ao processo assistencial, por entender que as ações tem impacto imediato à saúde do paciente quando ocorrem falhas na segurança. Além disso, a escolha por profissionais que atuam há pelos menos 6 meses nas instituições ocorreu devido ao fato de que tempo de trabalho menor pode não possibilitar aos profissionais uma vivência mais profunda com relação a cultura e ao clima organizacional dos hospitais onde trabalham.

O instrumento foi aplicado a uma amostra significativa dos profissionais que atuam nas categorias mencionadas anteriormente. Optou-se pela amostragem devido a sua confiabilidade, já que uma amostra bem definida consegue retratar o universo do estudo com precisão do resultado final, possibilitando que este seja projetado para toda a população em estudo.

3 Material e Método

Para o cálculo do tamanho da amostra foi realizado um estudo piloto com 50 sujeitos, 25 em cada hospital, utilizando-se como variável desfecho a percepção de clima de segurança, classificada em positivo quando a pontuação é igual ou acima de 75 ou negativo quando a pontuação esta abaixo desse valor. A medida é a prevalência de percepções positivas.

O método empregado foi o de amostragem aleatória estratificada, em que cada estrato é formado pelas variáveis Hospital (A e B) e Categoria Profissional (Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Farmacêuticos, Fisioterapeutas e Nutricionistas). Vale ressaltar que devido ao número reduzido de profissionais das categorias Farmacêuticos, Fisioterapeutas e Nutricionistas, o calculo do tamanho amostral foi realizado agrupando-se as três categorias em um

único grupo. A fórmula para o cálculo do tamanho amostral é dada por: $n = \frac{z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{\varepsilon^2}$,

cujo P representa a prevalência do evento de interesse, $z_{\alpha/2}$ representa o nível de significância adotado e o ε é o erro relativo tolerável de amostragem. A amostra foi alocada proporcionalmente entre os H estratos segundo a fórmula, $n_h = n \frac{N_h}{N}$, onde N é o total populacional (N=999), e Nh é total de cada estrato H.

Observou-se que 19 profissionais do Hospital A (prevalência de 0.76) e 14 do Hospital B (prevalência de 0.56) classificaram a percepção do clima de segurança como positiva. Considerando-se que a prevalência observada no estudo piloto foi assumida como igual para cada categoria profissional, separada por hospital, nível de significância de 5% (alfa = 0.05), erro relativo de 10% e perda de 20%, o número total de sujeitos calculado foi de 235 pessoas, distribuídas conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Número total de sujeitos por categoria profissional calculado para participação no estudo em cada hospital. Ribeirão e Sumaré-SP, Brasil, 2014

Categorias profissionais	Hospital	Hospital	Geral
	A	B	
Médicos	13	33	46
Enfermeiros	8	17	25
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	46	107	153
Farmacêuticos, Fisioterapeutas e Nutricionistas	4	7	11
TOTAL	71	164	235

Optou-se por utilizar os resultados do teste piloto para o cálculo do tamanho amostral com intuito de obter uma amostra que pudesse trazer resultados o mais próximo possível da realidade da população estudada. O programa utilizado para o cálculo e a seleção dos participantes foi o *R: A Language and Environment for Statistical Computing*, versão 3.0.2 (R FOUNDATION FOR STATISTICAL COMPUTING, 2014). O cálculo amostral foi realizado a partir da função *epiR* e o sorteio por meio da função *sample*.

Os profissionais escolhidos como parte da amostra foram sorteados empregando-se amostragem aleatória simples computadorizada pelo *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 17.0 (STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES, 2008), realizando um cálculo de proporcionalidade entre as categorias profissionais citadas.

Foi determinado que nos casos em que não fosse possível localizar o profissional sorteado, seria realizada uma única substituição por profissional contemplado na lista de substituição e que atendesse aos critérios de inclusão. Como a amostra foi calculada com perda de 20%, nos casos em que houve recusa esses profissionais não foram substituídos.

3.4. Instrumento de coleta de dados

Utilizou-se o Questionário de Atitudes de Segurança (ANEXO A) (CARVALHO, 2011; CARVALHO; CASSIANI, 2012), sendo que a autorização do uso da versão brasileira do instrumento foi previamente fornecida pela autora da validação (ANEXO B).

Esse instrumento foi escolhido por apresentar boas propriedades psicométricas e por tratar-se também de uma ferramenta importante para a obtenção de informações sobre os fatores que precisam ser trabalhados dentro da instituição, e que influenciam a cultura de segurança, tais como o trabalho em equipe, a satisfação profissional e as condições de trabalho (CARVALHO, 2011; SEXTON et al., 2006).

A tradução e adaptação transcultural do instrumento foi realizada usando a versão genérica original intitulada *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form 2006*. Esse instrumento foi desenvolvido nos EUA, usando-se a escala

Intensive Care Unit Managent Attitudes Questionnaire, que foi obtida por meio de outra escala, intitulada *Flight Managent Attitudes Questionnaire* (SEXTON et al., 2006).

O SAQ é o instrumento autoaplicável de mensuração de clima de segurança mais traduzido e adaptado no mundo. Já foi aplicado em mais de 1300 hospitais dos EUA, Inglaterra, Austrália, Suíça, Itália, Espanha, Portugal e Nova Zelândia, estando disponível em mais de sete idiomas (DEILKAS; HOFLOSS, 2008).

O instrumento propõe-se a avaliar a cultura de segurança por meio da mensuração do clima de segurança, uma vez que o mesmo é o fator mais propício à avaliação dentre os indicadores culturais por poder ser analisado por intermédio da percepção dos profissionais quanto à atmosfera organizacional (SEXTON et al., 2006).

Entre os instrumentos que existem com o propósito de mensurar clima de segurança, o SAQ é considerado o mais sensível para avaliar atitudes de segurança individuais (COLLA et al., 2005), podendo também, ser usado para avaliação da efetividade de intervenções implementadas, sendo para isso, aplicado antes e após as ações propostas (SEXTON et al., 2006).

O Questionário de Atitudes de Segurança é composto por duas partes: a primeira que contempla os itens da escala divididos por domínios e a segunda parte que se refere às informações sociodemográficas dos profissionais. Sua versão brasileira apresenta 41 itens, sendo que cinco destes devem ser respondidos com relação à gerência da unidade onde o profissional atua, e também com relação a gerencia do hospital. Os itens abordam os seguintes domínios: Clima de Trabalho em Equipe (itens de 1 a 6); Clima de Segurança (7 a 13); Satisfação no Trabalho (15 a 19); Reconhecimento de Estresse (20 a 23); Percepção da Gestão da Unidade e do Hospital (24 a 29) e Condições de Trabalho (30 a 32) (SEXTON et al., 2006).

Contudo, na versão brasileira, os itens de 33 a 35, que não pertenciam a quaisquer dos domínios da escala original, foram alocados em um novo domínio de nome Comportamento Seguro/Práticas Seguras, totalizando assim sete domínios. Além disso, o item 14, que também não pertencia a nenhum domínio, na versão brasileira passa a fazer parte do domínio Percepção da Gestão. O item 36, no entanto, que também não pertence a domínio algum, permanece na mesma condição (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Segundo os autores da escala original (SEXTON et al., 2006) a dimensão

Clima de Trabalho em Equipe refere-se a colaboração e a qualidade do relacionamento entre os membros da equipe; Clima de Segurança examina a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento da organização ou instituição com relação a segurança do paciente; Satisfação no Trabalho refere-se a percepção positiva com relação ao local de trabalho; Reconhecimento do Estresse aborda o reconhecimento da influencia que fatores estressores apresentam no desempenho das atividades do trabalho; Percepção da Gestão da Unidade e do Hospital refere-se a visão dos profissionais com relação as ações da gerência quando aos aspectos da segurança do paciente; e Condições de Trabalho representa as percepções com relação a qualidade do ambiente de trabalho, incluindo-se o suporte ambiental e logístico.

As respostas a cada um dos itens seguem a escala de *Likert* (LIKERT, 1932) de cinco pontos com as opções: discordo totalmente (A), discordo um pouco (B), neutro (C), concordo um pouco (D), concordo totalmente (E) e não se aplica (X). A pontuação final do instrumento varia de 0 a 100, sendo zero a pior percepção do clima de segurança e 100 a melhor percepção. Quando a pontuação total é maior ou igual a 75 os valores são considerados positivos. A pontuação adotada segue a seguinte ordem: A corresponde a 0 pontos; B a 25 pontos; C a 50 pontos; D a 75 pontos; e E a 100 pontos.

Para execução da contagem dos pontos, inicialmente, as sentenças negativas (itens 2, 11, e 36) são codificadas de forma reversa, por exemplo: onde a resposta for “eu discordo totalmente” se torna “concordo totalmente”, para depois então serem agrupadas por domínios. Uma vez agrupadas, calculam-se a soma das respostas para as questões em cada domínio e divide-se o resultado pelo número de questões integrantes desse mesmo domínio (CARVALHO, 2011; CARVALHO; CASSIANI, 2012).

3.5. Procedimentos para coleta de dados

Após execução do cálculo do tamanho amostral e obtida listagem com os números de identificação dos profissionais sorteados, foi realizada a coleta de dados entre os dias 15 de dezembro de 2014 e 8 de janeiro de 2015. Após autorização do responsável pela unidade, os profissionais foram abordados pessoalmente pela

pesquisadora em seus locais de trabalho. Para aqueles que aceitaram participar da pesquisa foi acordado melhor momento para realização da coleta de dados.

No momento da coleta de dados, antes da aplicação do instrumento, a pesquisadora prestou esclarecimentos adicionais sobre os objetivos do estudo, bem como sobre o procedimento correto para preenchimento da escala e entregou duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), uma via assinada para o pesquisador e outra para o participante. O questionário era então entregue ao profissional e o pesquisador aguardava o preenchimento e devolução deste, nas mediações da unidade para esclarecer dúvidas que pudessem surgir no decorrer do preenchimento, contudo, de maneira a não influenciar a resposta do participante.

Em alguns casos, quando não era possível o preenchimento imediato do questionário, todas as informações e instruções eram fornecidas, o questionário era entregue e um horário e data para devolução eram acordados entre os participantes e a pesquisadora.

Os profissionais sorteados para participação no estudo, que já haviam respondido a pesquisa durante o teste piloto, não foram abordados novamente e o questionário preenchido por eles anteriormente foi incluído como parte da amostra final. O procedimento foi adotado tendo em vista que o teste piloto foi realizado para fins de cálculo amostral, e não foi realizada nenhuma alteração do instrumento.

3.6. Procedimentos para a análise dos dados

Os dados coletados foram duplamente digitados em planilhas eletrônicas formatadas do programa *Microsoft Excel for Windows 2010®*, e posteriormente verificada a consistência da digitação. A análise dos dados foram processados com o auxílio dos programas *R: A Language and Environment for Statistical Computing* (R FOUNDATION FOR STATISTICAL COMPUTING, 2014) versão 3.0.2 e do *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 17.0 (STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES, 2008). Adotou-se o nível de significância $\alpha=0,05$.

Para a caracterização dos participantes do estudo segundo gênero, cargo, tipo de paciente e tempo na especialidade, foram calculadas as frequências e porcentagens para cada hospital e no total. Para estimar a confiabilidade do

questionário utilizado foi calculado o coeficiente alfa de *Cronbach* segundo os domínios e o total do questionário.

Observou-se (Apêndice B) que todos os itens do domínio Percepção da Gerência do Hospital apresentaram valores maiores que 5% de dados ausentes: itens 24 (5,9%), 25 (7,4%), 26 (6,4%), 27 (5,4%) e 28 (6,9%). Foi aplicado o Teste-t, com nível de significância de 0,05, comparando as médias totais do grupo formado pelos casos com dados ausentes, e o grupo dos casos sem dados ausentes. O teste indicou que os dados ausentes não poderiam ser considerados aleatórios ($p=0,015$).

Assim, nos casos em que mais de 50% das respostas de um domínio era constituído de dados ausentes, as respostas remanescentes não foram incluídas no cálculo do escore do respectivo domínio. Contudo o questionário do participante não foi excluído da amostra e as respostas foram incluídas nos cálculos dos outros domínios e do total.

Para estimar em cada hospital, no total geral e por categoria profissional, a percepção dos profissionais quanto à cultura de segurança do paciente e quanto às dimensões foram calculados a média, a mediana, e o desvio padrão.

Com o intuito de comparar a percepção dos profissionais quanto ao clima de segurança do paciente entre os hospitais e categorias profissionais, foi realizado um teste de normalidade. Contudo, as variáveis representadas para cada domínio da escala quando testadas pelo Teste *Kolmogorov-Smirnov* não apresentaram normalidade. Foi aplicado, então o Teste *Mann-Whitney* para comparar os valores das pontuações entre os hospitais e entre as categorias profissionais para cada domínio da escala e escore total.

Para identificar quais eram as dimensões e categorias profissionais que devem ser o foco imediato de ações dos hospitais, com vistas à melhoria do clima de segurança, foram observadas as médias das pontuações do questionário para cada dimensão e cada categoria profissional. Foram consideradas como foco imediato aquelas que apresentaram médias da pontuação abaixo de 75, caracterizando-se, portanto, atitude de segurança negativa.

3.7. Procedimentos éticos

Foram cumpridas todas as exigências da Resolução nº 466, de 12 de dezembro

de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as normas para a realização de pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2013c).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, sob o número de protocolo 34657314.2.0000.5393 (ANEXO C). Uma vez sinalizado aceite voluntário em participar da pesquisa, os profissionais eram solicitados a assinar o TCLE em duas vias. Os participantes receberam garantia de anonimato e foram informados que os resultados da pesquisa serão destinados a publicação, contudo sem identificação dos sujeitos.

3.8. Teste Piloto

A realização do teste piloto seguiu os mesmos procedimentos descritos para a coleta, análise de dados e aspectos éticos da amostra final apresentados nos itens anteriores.

Os dados do teste piloto foram coletados entre 26 de novembro e 04 de dezembro de 2014 e durante diferentes horários para possibilitar a inclusão dos três turnos de trabalho. Participaram 25 profissionais em cada hospital abrangendo todas as categorias profissionais do estudo, conforme seguinte distribuição: dois Médicos, oito Enfermeiros, 11 Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, um Farmacêutico, um Fisioterapeuta e dois Nutricionistas do Hospital A; e cinco Médicos, oito Enfermeiros, nove Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, um Farmacêutico, um Fisioterapeuta e um Nutricionista do Hospital B.

A Tabela 2 apresenta os resultados do teste piloto com relação às características sociodemográficas dos participantes. O gênero feminino predominou com um total de 36 (72%) participantes. Os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem foram a categoria mais frequente apresentando um total de 20 (40%) profissionais, seguidos de Enfermeiros com 16 (32%) e Médicos com 7 (14%). A maioria dos profissionais (32; 64%) atua com pacientes adultos. Com relação ao tempo na especialidade, foi encontrado que 21 (42%) profissionais estão nas suas especialidades há pelo menos cinco anos.

3 Material e Método

Tabela 2 – Caracterização dos participantes do estudo piloto (N = 50) segundo gênero, cargo, tipo de paciente e tempo na especialidade. Ribeirão Preto e Sumaré – SP, Brasil, 2014

Variáveis		Frequências	
		n	%
Gênero	Masculino	14	28,0
	Feminino	36	72,0
Cargo	Médico contratado	7	14,0
	Chefe de Enfermagem	6	12,0
	Enfermeiros	10	20,0
	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	20	40,0
	Farmacêutico	2	4,0
	Fisioterapeuta	2	4,0
	Nutricionista	3	6,0
Tipo de Paciente Principal	Adulto	32	64,0
	Pediatria	12	24,0
	Ambos	6	12,0
Tempo na especialidade	Menos de 6 meses	2	4,0
	6 a 11 meses	3	6,0
	1 a 2 anos	7	14,0
	3 a 4 anos	14	28,0
	5 a 10 anos	10	20,0
	11 a 20 anos	11	22,0
	21 anos ou mais	3	6,0

A Tabela 3 apresenta os resultados com relação à atitude de segurança dos participantes do estudo piloto. O número total de profissionais participantes que apresentaram atitude positiva foi de 33 (66%). A dimensão que apresentou maior número de sujeitos com atitude positiva foi a de Satisfação no Trabalho, com 46 (96%) profissionais. Reconhecimento de Estresse foi a dimensão com menos profissionais com atitude positiva, totalizando 17 (34%) respostas.

Tabela 3 – Número de participantes do estudo piloto (N=50) com atitude de segurança positiva total e por domínio. Ribeirão Preto e Sumaré – SP, Brasil, 2014

Domínios	Frequências	
	n	%
Clima de Trabalho em Equipe	36	72
Clima de Segurança	36	72
Satisfação no Trabalho	46	96
Reconhecimento de Estresse	17	34
Percepção da Gestão		
Unidade	27	54
Hospital	22	44
Condições de Trabalho	30	60
SAQ Total	33	66

O escore geral do questionário classificou a atitude de segurança da amostra como sendo positiva (77,05). Contudo, quando os escores foram observados separadamente em cada instituição, apenas o Hospital A apresentou atitude positiva (79,69). Vale ressaltar, também, que o Hospital A apresentou médias dos escores de atitude de segurança por domínio maiores do que as do Hospital B, com exceção do domínio Reconhecimento de Estresse (Tabela 4).

Tabela 4 – Médias da pontuação dos escores de atitude de segurança totais e por domínio, dos participantes do estudo piloto (N=50), por hospital e no geral. Ribeirão Preto e Sumaré – SP, Brasil, 2014

Domínios	Hospital A (n=25)	Hospital B (n=25)	Geral (N=50)
Clima de Trabalho em Equipe	86,97	80,00	83,48
Clima de Segurança	81,83	75,57	78,70
Satisfação no Trabalho	92,00	86,80	89,40
Reconhecimento de Estresse	60,08	62,67	61,38
Percepção da Gestão			
Unidade	79,88	74,80	77,16
Hospital	75,63	67,39	71,41
Condições de Trabalho	76,58	71,00	73,79
SAQ Total	79,69	74,41	77,05

Ao observar a pontuação total (SAQ Total) por categoria profissional na Tabela 5 percebe-se que duas categorias apresentaram escores compatíveis com atitude de segurança negativa, sendo elas a categoria dos Médicos (71,83) e a

categoria dos Fisioterapeutas (74,72).

Tabela 5 - Médias da pontuação dos escores de atitude de segurança totais e por domínio, dos participantes do estudo piloto (N=50), por categoria profissional. Ribeirão Preto e Sumaré – SP, Brasil, 2014

Domínios	(1) (n=7)	(2) (n=16)	(3) (n=20)	(4) (n=2)	(5) (n=2)	(6) (n=3)
Clima de Trabalho em Equipe	91,07	85,68	80,21	80,83	79,17	80,56
Clima de Segurança	64,80	81,44	78,10	92,86	83,93	87,70
Satisfação no Trabalho	84,29	90,94	88,00	95,00	92,50	96,67
Reconhecimento de Estresse	82,14	63,67	55,94	50,00	46,88	54,17
Percepção da Gestão						
Unidade	70,71	81,15	74,56	95,00	90,00	91,67
Hospital	45,83	73,93	76,10	92,50	55,00	75,00
Condições de Trabalho	57,74	72,27	81,35	83,33	65,63	68,06
SAQ Total	71,83	78,27	76,53	84,48	74,72	82,88

(1)Médicos; (2)Enfermeiros; (3)Técnicos e Auxiliares de Enfermagem; (4)Farmacêuticos; (5)Fisioterapeutas; (6)Nutricionistas.

Ao observar os escores para cada domínio, a categoria profissional que apresentou atitudes positivas em maior frequência foi a dos Farmacêuticos, que apresentaram escore de classificação como atitude negativa apenas no domínio Reconhecimento de Estresse (50,00). Em contrapartida, a categoria profissional que apresentou atitudes positivas em menor frequência foi a dos Médicos que apresentaram escore de classificação como atitude negativa em quatro domínios.

O escore do domínio Percepção da Gestão do Hospital para a categoria profissional dos Médicos (45,83) foi o escore mais baixo entre todas as categorias profissionais e todos os domínios da escala. Em contrapartida, o escore do domínio Satisfação no Trabalho para a categoria profissional dos nutricionistas (96,67) foi o escore mais alto para a mesma avaliação.

4 Resultados

4. RESULTADOS

Foi realizada a análise de confiabilidade da versão brasileira do SAQ por meio da análise da consistência interna de seus itens, calculando-se o coeficiente alfa de *Cronbach* para a escala como um todo e para cada domínio. Segundo Terwee (2007), os valores de alfa devem estar entre 0,7 e 0,9, uma vez que valores abaixo de 0,7 apontam baixa correlação entre os itens e valores acima de 0,9 indicam correlação muito forte e, portanto possíveis redundâncias entre os itens.

Os resultados deste estudo mostram que a versão brasileira do SAQ apresentou coeficiente alfa de 0,88, corroborando o valor de alfa do estudo de validação da versão brasileira que apresentou 0,89 (CARVALHO, 2011). Os resultados indicaram, portanto, uma forte correlação entre os itens e evidenciaram que o instrumento apresenta boa confiabilidade. Além disso, quatro domínios apresentaram alfa acima de 0,7, sendo que a melhor consistência interna foi evidenciada pelo domínio Reconhecimento de Estresse, com alfa de 0,77, e a menor consistência foi observada para o domínio Clima de Trabalho em Equipe, com alfa de 0,57 (Tabela 6).

Tabela 6 - Valores do Alfa de Cronbach do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), segundo os domínios e o total, dos participantes do estudo (N=204). Ribeirão Preto e Sumaré – SP, Brasil, 2015

Domínios	Nº itens	Alfa de <i>Cronbach</i>	n válido
Clima de Trabalho em Equipe	6	0,57	197
Clima de Segurança	7	0,60	190
Satisfação no Trabalho	5	0,69	195
Reconhecimento de Estresse	4	0,77	187
Percepção da Gestão			
Unidade	5	0,65	177
Hospital	7	0,71	155
Condições de Trabalho	3	0,72	157
Comportamento Seguro/ Práticas Seguras	3	0,70	192
SAQ Total	41	0,88	108

O objetivo do estudo foi avaliar a percepção do clima de segurança entre profissionais atuantes em dois hospitais do estado de São Paulo. Participaram 204

profissionais, com índice de participação de 86,8% da amostra sorteada, sendo 64 profissionais do Hospital A e 140 do Hospital B. Prevaleceu a participação do gênero feminino (157; 76,96%) e sujeitos com tempo na especialidade entre 5 e 20 anos (115; 56,37%). Profissionais da área da enfermagem totalizaram 74,5% dos participantes, sendo 129 (63,23%) Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e 23 (11,27%) Enfermeiros (Tabela 7).

Tabela 7 – Caracterização dos participantes do estudo (N=204) segundo gênero, cargo, tipo de paciente e tempo na especialidade. Ribeirão Preto e Sumaré – SP, Brasil, 2015

Variáveis		Frequência					
		Hospital A		Hospital B		Total Geral	
		n	%	n	%	n	%
Gênero	Masculino	27	42,19	20	14,28	47	23,03
	Feminino	37	57,81	120	85,71	157	76,96
	Dados ausentes	0	0	0	0	0	0
Cargo	Médico contratado	11	17,19	28	20,00	39	19,12
	Chefe de enfermagem	1	1,56	2	1,42	3	1,47
	Enfermeiros	5	7,81	15	10,71	20	9,80
	Auxiliar/Técnico de enfermagem	43	67,19	86	61,43	129	63,23
	Farmacêutico(a)	1	1,56	2	1,42	3	1,47
	Fisioterapeuta	2	3,12	6	4,28	8	3,92
	Nutricionista	1	1,56	1	0,71	2	0,98
	Dados ausentes	0	0	0	0	0	0
Tipo de Paciente	Adulto	42	65,62	74	52,86	116	56,86
	Pediatria	3	4,69	35	25,00	38	18,63
	Ambos	19	29,69	31	22,14	50	24,51
	Dados ausentes	0	0	0	0	0	0
Tempo na Especialidade	Menos de 6 meses	0	0	0	0	0	0
	6 a 11 meses	0	0	7	5,00	7	3,43
	1 a 2 anos	5	7,81	14	10,00	19	9,31
	3 a 4 anos	13	20,31	25	17,86	38	18,63
	5 a 10 anos	25	39,06	35	25,00	60	29,41
	11 a 20 anos	16	25,00	39	27,86	55	26,96
	21 anos ou mais	3	4,69	18	12,86	21	10,29
	Dados ausentes	2	3,12	2	1,43	4	1,96

Os participantes do estudo apresentaram percepção negativa quanto ao clima de segurança do paciente, com valor médio dos escores de 73,02. Entre as dimensões mensuradas os participantes apresentaram percepção negativa com relação ao Reconhecimento de Estresse (64,46) e a Percepção da Gestão, tanto da Unidade (69,02), quanto do Hospital (63,19) (Tabela 8).

Percepções negativas para os mesmos domínios também foram encontradas para cada hospital quando analisados separadamente, não havendo diferença significativa quando os escores totais e por domínios foram comparados entre os dois hospitais (Tabela 9).

Tabela 8 - Análise descritiva dos escores do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), segundo os domínios e o total, dos participantes do estudo (N=204). Ribeirão Preto e Sumaré – SP, Brasil, 2015

Domínios	Nº itens	N válido	Intervalo obtido	Mediana	Média (DP)
Clima de Trabalho em Equipe	6	204	16,75-100	83,25	79,22 (15,82)
Clima de Segurança	7	204	17,75-100	75,00	75,75 (15,20)
Satisfação no Trabalho	5	204	15,00-100	90,00	87,20 (14,03)
Reconhecimento de Estresse	4	203	0,00-100	68,75	64,46 (26,99)
Percepção da Gestão Unidade	5	197	25,00-100	70,00	69,02 (19,66)
Hospital	7	188	14,25-100	64,25	63,19 (19,75)
Condições de Trabalho	3	199	0,00-100	83,25	77,32 (21,58)
Comportamento Seguro/ Práticas Seguras	3	202	0,00-100	83,25	81,87 (19,13)
SAQ Total	41	204	20,73-96,95	74,39	73,02 (11,48)

Tabela 9 – Comparação, entre os hospitais, das pontuações dos escores de atitude de segurança totais e por domínio dos participantes do estudo (N=204). Ribeirão Preto e Sumaré – SP, Brasil, 2015

Domínios	Nº itens	Hospital A				Hospital B				p*
		n	IO	M	Média (DP)	n	IO	M	Média (DP)	
TE	6	64	16,75- 100,00	79,25	80,13 (15,18)	140	20,75- 100,00	83,25	78,80 (16,14)	0,717
CS	7	64	37,50- 100,00	78,50	77,25 (14,38)	140	17,75- 100,00	75,00	75,07 (15,56)	0,344
ST	5	64	35,00- 100,00	90,00	88,40 (13,98)	140	15,00- 100,00	90,00	86,65 (14,06)	0,215
RE	4	64	0,00- 100,00	62,50	60,51 (25,89)	139	0,00- 100,00	68,75	66,28 (27,38)	0,118
GU	5	61	30,00- 100,00	75,00	70,28 (20,21)	136	25,00- 100,00	70,00	68,45 (19,46)	0,436
GH	7	55	28,50- 100,00	64,25	65,62 (20,33)	133	14,25- 100,00	64,25	62,19 (19,50)	0,330
CT	3	64	25,00- 100,00	83,25	80,85 (20,08)	135	0,00- 100,00	75,00	75,65 (22,13)	0,102
PS	3	64	25,00- 100,00	83,25	81,89 (19,01)	138	0,00- 100,00	83,25	81,86 (19,25)	0,928
SAQ Total	41	64	51,28- 96,95	75,31	74,12 (10,96)	140	20,73- 95,97	74,38	72,52 (11,72)	0,440

TE= Clima de Trabalho em Equipe; CS= Clima de Segurança; ST= Satisfação no Trabalho; RE= Reconhecimento de Estresse; GU= Percepção da Gestão da Unidade; GH= Percepção da Gestão do Hospital; CT= Condições de Trabalho e PS= Comportamento seguro/Práticas Seguras.

IO= Intervalo obtido; M= Mediana; DP= Desvio padrão.

* Teste Mann-Whitney, significante se <0,05.

Quando os resultados foram observados por categoria profissional (Tabela 10), foi possível notar percepções positivas e negativas em domínios que diferiram dos resultados quando analisados para a amostra como um todo e por hospital.

Os domínios Clima de Trabalho em Equipe (média dos escores entre 77,32 e 87,67), Satisfação no Trabalho (85,93 e 93,04) e Comportamento Seguro/Práticas Seguras (80,53 e 85,51) resultaram em percepções positiva para todas as categorias profissionais. O domínio Condições de Trabalho apresentou percepção positiva, com escores variando entre 76,29 e 84,23, para quase todas as categorias, com exceção apenas do grupo formado pelos Farmacêuticos, Fisioterapeutas e Nutricionistas (71,54).

O domínio Percepção da Gestão do Hospital resultou em percepção negativa para todas as categorias profissionais (média dos escores negativos entre 58,91 e 71,56). Já as dimensões Reconhecimento de Estresse e Percepção da Gestão da Unidade resultaram em escores negativos para três categorias profissionais, com médias dos escores negativos entre 60,77 e 70,92 para a primeira dimensão, e 65,91 e 71,67 para a segunda (Tabela 10).

Foi observado que os Enfermeiros foram os únicos a apresentar atitude de segurança do paciente positiva, obtendo pontuação média total do SAQ de 80,65 e apresentando diferença significativa quando comparada a pontuação dos Médicos (76,22), dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (72,37), e do grupo formado por Farmacêuticos, Fisioterapeutas e Nutricionistas (73,17) conforme as Tabelas 10 e 11.

As categorias profissionais dos Médicos e dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem apresentaram atitude positiva em relação a quatro domínios, sendo os mesmos para as duas categorias. As categorias profissionais dos Farmacêuticos, Fisioterapeutas e Nutricionistas quando analisadas em conjunto apresentaram atitude positiva em cinco domínios. A categoria profissional dos Enfermeiros consistiu na categoria que apresentou atitude positiva em mais domínios, pontuando acima de 80 em seis dos sete domínios existentes (Tabela 10).

Enfermeiros, quando comparados a Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, apresentaram diferenças significantes em três domínios, sendo eles, Clima de Trabalho em Equipe ($p=0,002$; 87,67 e 77,32), Clima de Segurança ($p<0,001$; 86,28 e 74,23) e Percepção da Gestão, tanto da Unidade ($p=0,002$; 80,16 e 66,39), quanto do Hospital ($p=0,045$; 71,56 e 62,14).

Enfermeiros e Médicos apresentaram diferenças significantes nos domínios Clima de Segurança ($p=0,003$; 86,28 e 74,27) e Satisfação no Trabalho ($p=0,021$; 93,04 e 85,93).

Ao comparar o escore dos Enfermeiros e aquele obtido pelo grupo formado por Farmacêuticos, Fisioterapeutas e Nutricionistas, diferença significativa foi encontrada apenas para o domínio Condições de Trabalho ($p=0,031$; 84,23 e 71,54).

Quando Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e o grupo formado por Farmacêuticos, Fisioterapeutas e Nutricionistas são comparados entre si, fica evidente diferença significativa apenas para o domínio Reconhecimento de Estresse ($p=0,047$; 60,77 e 77,56).

Tabela 10 - Médias da pontuação dos escores de atitude de segurança totais e por domínio, dos participantes do estudo (N=204), por categoria profissional. Ribeirão Preto e Sumaré – SP, Brasil, 2015

Domínios	Médico			Enfermeiro			Técnico e Auxiliar de Enfermagem			Farmacêutico/Fisioterapeuta/Nutricionista						
	n	IO	M	Média (DP)	n	IO	M	Média (DP)	n	IO	M	Média (DP)	n	IO	M	Média (DP)
TE	39	16,75-100,00	83,25	80,02 (18,17)	23	66,75-100,00	91,75	87,67 (10,24)	129	20,75-100,00	79,25	77,32 (15,84)	13	66,75-100,00	79,25	80,73 (11,89)
CS	39	32,25-100,00	78,50	74,27 (16,50)	23	67,75-100,00	85,75	86,28 (10,51)	129	17,75-100,00	75,00	74,23 (14,85)	13	57,25-100,00	71,50	76,67 (15,68)
ST	39	55,00-100,00	85,00	85,93 (11,95)	23	70,00-100,00	95,00	93,04 (7,94)	129	15,00-100,00	90,00	86,52 (15,43)	13	65,00-100,00	90,00	87,31 (12,01)
RE	38	0,00-100,00	75,00	68,58 (23,70)	23	31,25-100,00	75,00	70,92 (23,43)	129	0,00-100,00	62,50	60,77 (28,55)	13	50,00-100,00	75,00	77,56 (19,01)
GU	39	25,00-100,00	70,00	71,67 (21,53)	23	50,00-100,00	80,00	80,16 (13,88)	124	25,00-100,00	66,87	66,39 (19,14)	11	35,00-95,00	55,00	65,91 (21,77)
GH	38	17,75-100,00	62,50	63,30 (21,66)	20	42,75-100,00	71,50	71,56 (15,96)	119	14,25-100,00	64,25	62,14 (19,76)	11	39,25-87,50	53,50	58,91 (17,17)
CT	38	25,00-100,00	83,25	78,40 (18,05)	23	58,25-100,00	83,25	84,23 (14,45)	126	0,00-100,00	83,25	76,29 (23,91)	12	50,00-91,75	70,87	71,54 (14,86)
PS	39	41,75-100,00	83,25	84,09 (15,80)	23	66,75-100,00	83,25	85,51 (11,02)	128	0,00-100,00	83,25	80,53 (21,45)	12	66,75-100,00	75,00	81,96 (14,11)
SAQ	39	51,28-96,95	76,22	74,03 (11,26)	23	70,63-92,11	82,32	80,65 (6,04)	129	20,73-95,51	72,37	71,32 (11,87)	13	60,90-92,95	73,17	73,40 (10,57)

TE = Clima de Trabalho em Equipe; CS = Clima de Segurança; ST = Satisfação no Trabalho; RE = reconhecimento de Estresse; GU = Percepção da Gestão da Unidade; GH= Percepção da Gestão do Hospital; CT = Condições de Trabalho; PS = Comportamento Seguro/Práticas Seguras.

*Teste Kruskal, significante se < 0,05

4 Resultados

Adicionalmente, não houve diferença significativa quando o escore total do SAQ e por dimensão, obtidos pelos Médicos, foi comparado aos escores dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem; ou ao escore do grupo dos Farmacêuticos, Fisioterapeutas e Nutricionistas. Contudo, houve diferença significativa quando foram comparados os escores dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e do grupo dos Farmacêuticos, Fisioterapeutas e Nutricionistas (Tabela 11).

Tabela 11 – Valores de p* resultantes da aplicação do Teste de Mann-Whitney comparando as médias da pontuação dos escores de atitude de segurança totais e por domínio, dos participantes do estudo (N=204), entre os cargos. Ribeirão Preto e Sumaré – SP, Brasil, 2015

Domínios	M/E	M/TAE	M/FFN	E/TAE	E/FFN	TAE/FFN
TE	0,105	0,120	0,694	0,002	0,081	0,657
CS	0,003	0,749	0,807	<0,001	0,070	0,904
ST	0,021	0,339	0,757	0,054	0,190	0,877
RE	0,788	0,186	0,253	0,139	0,454	0,047
GU	0,139	0,155	0,397	0,002	0,071	0,894
GH	0,149	0,793	0,487	0,045	0,060	0,516
CT	0,243	0,920	0,162	0,271	0,031	0,176
PS	0,927	0,623	0,456	0,725	0,381	0,803
SAQ Total	0,015	0,253	0,882	<0,001	0,024	0,700

TE= Clima de Trabalho em Equipe; CS= Clima de Segurança; ST= Satisfação no Trabalho; RE= Reconhecimento de Estresse; GU= Percepção da Gestão da Unidade; GH= Percepção da Gestão do Hospital; CT= Condições de Trabalho e PS= Comportamento seguro/Práticas Seguras.

M= Médicos, E= Enfermeiros, TAE= Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, FFN= Farmacêuticos, Fisioterapeutas e Nutricionistas.

* Significante se <0,05.

5 Discussão

5. DISCUSSÃO

Profissionais da área da enfermagem totalizaram 74,5% dos participantes deste estudo, sendo 129 (63,23%) Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e 23 (11,27%) Enfermeiros. Além disso, participaram 39 (19,12%) Médicos e outros profissionais. As mudanças no perfil epidemiológico e estrutural das populações estão demandando mais dos sistemas de saúde em decorrência do aumento das doenças não transmissíveis, e dos cuidados em saúde de longa duração (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Sendo assim, sistemas de saúde que contam com coordenação de cuidados realizados de maneira eficaz apresentam gerenciamento efetivo destas doenças, contudo, para isso, o número adequado de profissionais de saúde é componente essencial desses sistemas (SQUIRES, BELTRÁN-SÁNCHEZ, 2013).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), os profissionais da enfermagem compõem mais de 60% da força de trabalho em saúde na Região das Américas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2015). No Brasil, segundo cadastro do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), profissionais da enfermagem totalizaram 1,8 milhão de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem em 2015, representaram 50% da força de trabalho em saúde do país (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015).

Enquanto quase 20% dos Estados Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) contam com mais do que seis Enfermeiros por cada Médico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016), no Brasil essa proporção é de 0,81; adicionalmente, o número de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem configura-se em proporção de 3,27 para cada Médico (BRASIL, 2012).

Estudo realizado por Fugulin (2010) apontou incongruências nos parâmetros oficiais relacionados ao dimensionamento de profissionais da enfermagem e, além disso, os resultados mostraram que os hospitais pesquisados operavam com quantidades de Enfermeiros bastante inferiores àquelas recomendadas oficialmente, constituindo-se em um grande desafio para a enfermagem brasileira.

Esses achados são alarmantes, uma vez que recursos humanos em enfermagem qualificados e em quantidade adequada são fatores essenciais para a

segurança do paciente (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2015).

Estudo recente conduzido na Inglaterra revelou associação significativa entre mortalidade mais elevada e maior número de leitos ocupados para cada Enfermeiro. Menor quantidade de profissionais de saúde de apoio estava associada com menor mortalidade. Além disso, as enfermarias de clínica médica com uma média de seis pacientes ou menos por Enfermeiro apresentaram taxa de mortalidade 20% menor em comparação com enfermarias com 10 pacientes ou mais. (GRIFFITHS et al., 2016)

Adicionalmente, estudo encontrou associação significativa entre a proporção de pacientes por Enfermeiro e infecções do trato urinário e do sítio cirúrgico (CIMIOTTI et al., 2012). Outro estudo, realizado nos EUA, mostrou que para cada paciente a mais por Enfermeiro ocorria um aumento em 7% das chances de morte nos primeiros 30 dias de admissão e da probabilidade de insucesso para salvar vida em caso de uma complicação (AIKEN et al., 2002). Contudo, o aumento de 10% na proporção de Enfermeiros com nível de bacharelado estava associado a 5% de diminuição das chances destas situações acontecerem (AIKEN et al., 2003).

Neste sentido, a enfermagem brasileira apresenta dados encorajadores com relação ao nível de formação dos profissionais. Segundo o COFEN, 80,3% dos Enfermeiros declaram ter pós-graduação e 34,3% dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem declaram ter concluído ou estarem fazendo curso superior. Dentre estes, 63,7% estão concluindo curso de Bacharelado em Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015).

Além do impacto causado pela quantidade de profissionais da saúde e seu nível de formação, outro fator importante para a segurança do paciente é a cultura organizacional, uma vez que a qualidade dos cuidados prestados é diretamente influenciada pelo clima e a cultura instituídos pelas lideranças das organizações onde os profissionais atuam (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2008).

Entender e cultivar um determinado tipo de cultura em uma organização de saúde pode ser uma tarefa desafiadora; entretanto, é cada vez mais reconhecida como parte fundamental para o sucesso dos esforços na promoção de cuidados em saúde de maior qualidade e segurança (SMITS et al., 2009). Desta forma, segundo

Pronovost et al. (2004) a primeira ação necessária ao estabelecimento de um clima de segurança, em uma instituição de saúde, é a avaliação da cultura corrente.

Assim, a aplicação de um instrumento validado e amplamente utilizado oferece tanto o aprendizado sobre a cultura de um determinado local, como também a oportunidade para abordar aspectos comportamentais e de valor que precisam ser fortalecidos, além do desenvolvimento de ações e planos de melhoria específicos para o ambiente analisado (SAMMER; JAMES, 2011).

Desta maneira, a aplicação do SAQ, que considera percepção positiva aquela condizente com escores de 75 ou mais, evidenciou percepção negativa dos participantes do presente estudo quanto ao clima de segurança do paciente, tanto para o total da amostra (73,09), como por hospital, com escore de 74,12 para o Hospital A e 72,52 para o Hospital B. Corroborando os resultados de percepção negativa de outros estudos brasileiros conduzidos em enfermarias clínicas e cirúrgicas (CARVALHO, 2011), centros cirúrgicos (CAUDURO et al., 2015), unidade de emergência (RIGOBELLO, 2015), e em um hospital público de ensino (LUIZ et al., 2015), com escores de 61,5; 62,70; 59,7 e 61,8 respectivamente.

Estudo realizado em 62 serviços de urgência, utilizando instrumento desenvolvido pelos autores, não encontrou associação entre melhor clima de segurança e diminuição dos eventos adversos evitáveis, no entanto associação foi encontrada com relação ao aumento de quase erros que foram interceptados (CAMARGO et al., 2012). Contudo, outros estudos, que utilizaram o *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* (PSCHO) e o *Safety Attitude Questionnaire* (SAQ) respectivamente, encontraram hospitais com melhor clima de segurança apresentando menor incidência relativa e menor risco de Indicadores de Segurança do Paciente (SINGER, 2009), além de correlação significativa entre baixo clima de segurança do paciente e ocorrência de eventos adversos (RASMUSSEN, 2014).

Uma cultura de segurança positiva e forte é parte essencial das ações de melhoria e garantia da segurança do paciente (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2010). Profissionais de saúde são mais propensos a aprender de forma aberta e eficaz com os erros e danos se possuem uma cultura de segurança positiva (ZOHAR, 2007). Além disso, a cultura de segurança predominante também influencia as prioridades de cada profissional da saúde e auxilia a moldar as suas atitudes e comportamentos de segurança (NIEVA; SORRA, 2003).

Quando os escores foram analisados por dimensão para o total da amostra e por hospital, foi possível notar que houve percepção negativa com relação a apenas duas dimensões, Reconhecimento de Estresse e Percepção da Gestão, tanto no âmbito da Unidade quanto do Hospital. Este resultado diferiu daqueles encontrados em outras pesquisas realizadas no Brasil (CARVALHO, 2011; CAUDURO et al., 2015; RIGOBELLO, 2015; LUIZ et al., 2015), uma vez que todos estes estudos concluíram percepção negativa com relação a quase todas as dimensões, com exceção apenas da dimensão Satisfação no Trabalho, que apresentou escore positivo para as médias de todos os estudos brasileiros. Além disso, o escore negativo obtido pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem com relação ao domínio Reconhecimento de Estresse, revelou diferença significativa quando comparado ao escore positivo do grupo formado por Farmacêuticos, Fisioterapeutas e Nutricionistas.

Estudo comparativo entre escores médios em unidades médicas e cirúrgicas de 54 hospitais nos EUA e Suíça, também revelou percepções negativas para os mesmos domínios apontados pelos estudos brasileiros, a saber, Clima de Trabalho em Equipe, Clima de Segurança, Reconhecimento de Estresse, Percepção da Gestão da Unidade e do Hospital e Condições de Trabalho, apresentando pontuação positiva apenas para o domínio Satisfação no Trabalho (SCHWENDIMANN et al., 2013).

Quanto ao Reconhecimento de Estresse a OMS (2009) informa que este pode ser determinado pelo equilíbrio existente entre as percepções com relação às demandas ou exigências e a percepção dos recursos disponíveis para lidar com elas. Quando as demandas superam os recursos percebidos, o profissional pode sentir-se ansioso, apresentar mal-estar, falta de concentração e irritabilidade e, assim, quando existem falhas para lidar com agentes estressores as consequências podem ser sentimentos de desconforto, problemas de saúde, redução da produtividade, baixo desempenho das equipes de trabalho e erros, sendo que o gerenciamento efetivo de estresse é parte essencial das ações de segurança do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

O aumento das demandas ocasionado pelas mudanças no perfil epidemiológico e estrutural das populações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014), principalmente em serviços de cuidados intensivos ou agudos, está sendo acompanhado por alterações com relação a expectativas de carreira entre

profissionais da saúde e crescente insatisfação para aqueles que atuam na área hospitalar (AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, 2002). Cabe enfatizar que elevados níveis de estresse favorecem a ocorrência de eventos adversos, uma vez que prejudicam a concentração, o processamento das informações e a tomada de decisão dos profissionais (ELFERING; SEMMER; GREBNER, 2006).

Entende-se que modificações no ambiente para que ele seja mais saudável do ponto de vista dos trabalhadores, pode levar a melhorias em relação ao recrutamento, seleção e retenção de profissionais e satisfação no trabalho. Os resultados são benéficos não apenas para os trabalhadores, mas também para os pacientes, principalmente no que concerne a segurança do paciente (MCCAULEY, IRWIN; 2006; ELFERING; SEMMER; GREBNER, 2006).

Estudo recente mostrou que os hospitais participantes que reduziram a exaustão (*Burnout*) dos profissionais em 30% tiveram um total de 6.239 infecções a menos e uma redução de gasto anual de \$68 milhões, concluindo que a redução de exaustão de Enfermeiros é uma estratégia promissora nas ações de controle de infecção (CIMIOTTI et al., 2012).

Em decorrência dos problemas enfrentados por Enfermeiros com relação ao estresse e grande carga de trabalho, faz-se necessário que gerentes de enfermagem tenham conhecimento abrangente sobre estresse, seu impacto e gerenciamento efetivo de carga de trabalho, para que possam manejar estes aspectos de maneira eficaz (CARAYON; WOOD, 2010).

Além da liderança exercida por Enfermeiros influenciar o ambiente de trabalho (BALSANELLI, CUNHA; 2014), uma revisão sistemática revelou associações positivas significantes entre qualidade e o uso de medidas de melhoria; a presença de comitês de qualidade; e a compensação atribuída à qualidade, concluindo que o tempo dispendido e o trabalho realizado pelos gerentes podem também influenciar a qualidade, os processos e o desempenho dos resultados clínicos de segurança (PARAND et al., 2014).

Além disso, estudo conduzido em 68 hospitais do Líbano com 6.807 Médicos, Enfermeiros, supervisores, gerentes hospitalares, entre outros profissionais, concluiu que notificação, comunicação, quadro de pessoal, liderança e gerenciamento de segurança são os maiores preditores da cultura de segurança do paciente (EL-JARDALI et al., 2011).

Adicionalmente aos aspectos relacionados ao estresse e esgotamento dos profissionais, os resultados evidenciaram escores negativos para todos os profissionais com relação à Percepção da Gestão. Estes resultados negativos foram evidenciados com ainda mais força quando o escore obtido pelos Enfermeiros foi comparado àquele obtido pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, demonstrando diferença significativa entre as percepções destas categorias com relação à gestão.

Cabe aqui uma consideração acerca das peculiaridades da equipe de enfermagem no Brasil. Em nosso país, existem três categorias profissionais que compõem a equipe de enfermagem, os Enfermeiros, os Técnicos e os Auxiliares de Enfermagem. Desta forma, a responsabilidade técnica, planejamento e gerenciamento da assistência, conjuntamente com o cuidado direto aos pacientes mais graves ficam a cargo dos Enfermeiros, sendo exigido o grau de bacharelado em enfermagem para execução deste cargo. Os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, por sua vez, são delegados a realização de atividades de nível técnico e nível médio, prestando cuidado direto aos pacientes e realizando atividades de menor complexidade (BRASIL, 1987).

Estas peculiaridades impõem complexidade à questão da segurança do paciente no Brasil, tendo em vista o nível de formação da maioria dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem, a fragmentação do processo de cuidar e a separação entre a concepção e a execução do plano de cuidado. Além disso, estas também podem explicar a diferença significativa encontrada no estudo entre a percepção dos Enfermeiros e dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem com relação à Gestão da Unidade e do Hospital, haja vista as diferentes funções de cada categoria.

Em estruturas hierárquicas, como por exemplo, as instituições hospitalares, é comum que os líderes gerenciem de maneira isolada dos demais profissionais que executam o trabalho, tornando-se difícil reconhecer o potencial destes trabalhadores (BEGLINGER et al., 2011). Assim, o escore negativo dos profissionais com relação ao domínio Percepção da Gestão pode também estar relacionado com este aspecto das instituições hospitalares, uma vez que insatisfação e conflitos no trabalho das equipes de saúde têm ocorrido em decorrência de modelos de gestão autoritários (BERNARDES et al., 2012; BRUNETTO, 2012; CRAMM; STRATING; NIEBOER, 2013).

A insatisfação e os conflitos decorrentes dos processos de trabalho nestas instituições apontam para a necessidade de implementação de modelos de gestão inovadores, que propiciem a participação dos profissionais de forma mais ativa nas atividades de gestão (BERNARDES et al., 2014).

Apesar do papel crucial dos Enfermeiros nas atividades de melhoria da qualidade, seus esforços isolados, sem participação dos outros profissionais, são insuficientes, uma vez que este trabalho ultrapassa os limites das unidades e engloba toda a instituição. Para que a qualidade seja realmente melhorada faz-se necessário o envolvimento de todos, tanto os profissionais clínicos, quanto o pessoal dos serviços de apoio (DRAPER et al., 2008).

Este enfoque mais humanístico da administração, e envolvimento de todos os profissionais, surge também com modelos de cuidados inovadores que preveem integração dos membros da equipe para realização do trabalho de maneira interprofissional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Distintamente da abordagem multidisciplinar, em que cada membro da equipe é responsável apenas pelas próprias atividades e cada um formula objetivos e planos de cuidados distintos para o paciente, a abordagem interprofissional requer uniformidade e integração dos esforços em nome do paciente, com objetivos comuns compartilhados por todos os profissionais que estão envolvidos no plano de cuidados do paciente (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2008).

Nos modelos de cuidado interprofissional os próprios membros da equipe de saúde definem em conjunto sua missão e os objetivos a serem alcançados. Assim, estas equipes trabalham de maneira interdependente para definir e tratar os problemas de saúde do paciente, aprendendo a aceitar e capitalizar as diferenças existentes entre as profissões, suas funções e o poder exercido por cada uma. Devido a isto, as equipes interprofissionais são capazes de compartilhar a liderança de acordo com as necessidades apresentadas pelos problemas de saúde de cada paciente em questão (DRINKA; CLARK, 2000).

Ao serem analisados os escores totais por dimensão do SAQ para cada categoria profissional, observa-se que houve percepção negativa com relação a domínios que diferiram daqueles quando analisados para a amostra total e por hospital.

Além das percepções negativas com relação ao Reconhecimento do Estresse e Percepção da Gestão, já mencionadas, os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e

os Médicos, grupos com mais resultados negativos, revelaram percepções negativas também quanto ao Clima de Segurança. Além disso, houve diferença significativa entre as percepções do domínio Clima de Segurança quando os escores dos Enfermeiros são comparados aos dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, e aos dos Médicos.

O domínio Clima de Segurança examina a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento da organização ou instituição no que concerne a segurança do paciente, incluindo aspectos relacionados à forma de lidar e aprender com erros, retorno sobre desempenho e notificação de questões relacionadas à segurança (SEXTON et al, 2006; CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Para que haja resultados em saúde consistentes com melhor qualidade e segurança são necessários esforços contínuos no sentido de reduzir a ocorrência e severidade dos erros. Assim, estratégias de notificação devem incluir a identificação destes, a correção de condições de risco e informação sobre melhorias dos sistemas aos interessados. Na perspectiva da segurança do paciente, quando uma instituição de saúde utiliza as notificações para implementar melhorias consistentes com padrões de erros encontrados, a quantidade de erros e quase erros notificados constitui-se em parâmetro com relação à confiança que pode ser depositada nesta instituição (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2008).

A dimensão Condições de Trabalho aborda as percepções com relação à qualidade do ambiente de trabalho, incluindo-se o treinamento de novos membros da equipe, supervisão de estagiários, e disponibilidade de informação necessária à execução do trabalho (SEXTON et al., 2006). O grupo formado por Farmacêuticos, Fisioterapeutas e Nutricionistas foi o único a apresentar percepção negativa com relação a esta dimensão, ficando evidente a diferença significativa quando comparados os escores destes aos dos obtidos pelos Enfermeiros.

Estudo conduzido em hospital público de ensino que aplicou o SAQ para uma amostra composta por vários profissionais da saúde apresentou resultados semelhantes, uma vez que associações significantes também foram encontradas para o domínio Condições de Trabalho (LUIZ et al., 2015). Percepção negativa para esse domínio também foi observada em outros estudos tanto brasileiros (CARVALHO; CASSIANI, 2012; CAUDURO et al., 2015), quanto conduzidos em outros países (LEE et al., 2010; RELIHAN et al., 2009; SEXTON et al., 2006).

Corroborando os achados de Cimiotti et al. (2012), estudo conduzido em 12 países da Europa e nos EUA, com mais de 60 mil Enfermeiros e 130 mil pacientes, revelou que melhorias ao ambiente de trabalho e taxas reduzidas de paciente por Enfermeiro estavam associadas com um aumento da qualidade do cuidado e satisfação dos pacientes, concluindo que estas melhorias poderiam ser uma estratégia de relativo baixo custo para efetuar avanços com relação à segurança e qualidade em hospitais, além de maior satisfação dos pacientes (AIKEN et al., 2012).

De acordo com estudo realizado pela AHRQ (2003) aspectos específicos das condições de trabalho, relacionados ao quantitativo e distribuição de pessoal e design do fluxo de trabalho, afetam tanto as taxas de erros quanto a incidência de resultados dos pacientes relacionadas com a segurança do paciente. Alguns exemplos de resultados influenciados são as taxas de infecções hospitalares, úlceras de decúbito, e quedas de pacientes. Além disso, ambientes de trabalho que apresentam uma cultura de segurança forte e positiva motivam os profissionais a atuarem de forma a apoiar esforços com relação à segurança (WEAVER et al., 2013a).

Diferente de outros estudos conduzidos no Brasil (CARVALHO, 2011; LUIZ et al., 2015; CAUDURO et al., 2015; RIGOBELLO, 2015) e em outros países (SCHWENDIMANN et al., 2013) em que apenas o domínio Satisfação no Trabalho resultou em percepção positiva, os profissionais participantes do presente estudo apresentaram percepção positiva (amostra total, por hospital e por categoria profissional) com relação a três domínios, a saber: Clima de Trabalho em Equipe (média dos escores entre 77,32 e 87,67), Satisfação no Trabalho (85,93 e 93,04) e Comportamento Seguro/Práticas Seguras (80,53 e 85,51).

Uma meta-análise de 312 estudos concluiu que existe relação entre satisfação no trabalho e desempenho (JUDGE et al., 2001). Outro estudo conduzido com Enfermeiros e Médicos no Taiwan demonstrou associação positiva entre Clima de Trabalho em Equipe e atitudes de segurança (LI, 2013).

Além disso, colaboração entre os membros de uma equipe e comunicação eficaz são considerados aspectos essenciais para a segurança do paciente, de maneira que uma abordagem interdisciplinar deve ser aplicada ao considerar modelos de trabalho em equipe na atenção à saúde (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2008).

Desta forma, melhorias relacionadas ao trabalho em equipe e comunicação são consideradas fatores importantes para melhoria do desempenho clínico dos profissionais, satisfação no trabalho e consequentemente prevenção de erros (FLIN et al., 2003; AHRQ, 2008; MANSER, 2009).

Apesar dos resultados deste estudo apontarem percepção negativa em relação ao Clima de Segurança do Paciente para a amostra total (73,09) e por hospital (74,12 Hospital A e 72,52 Hospital B), os escores obtidos mostram-se muito próximos do escore correspondente à percepção positiva (≥ 75). Entretanto, outros estudos brasileiros apresentaram escores mais baixos variando de 59,7 a 62,70 (CARVALHO 2011; CAUDURO et al., 2015; RIGOBELLO, 2015; LUIZ et al., 2015).

O fato de os dois hospitais participantes deste estudo serem acreditados pode ter influenciado positivamente os escores obtidos. Além disso, quando os escores foram comparados entre os dois hospitais não houve diferença significativa, evidenciando que o processo de acreditação a que ambos foram submetidos pode ter resultado em níveis gerais similares da percepção de cultura de segurança do paciente.

Segundo a ONA (2014), acreditação é definida como um sistema que tem por objetivo a avaliação e certificação da qualidade em instituições de saúde, em caráter educativo e com objetivo de melhorias contínuas dos serviços prestados. Desta forma, um elemento chave dentre os esforços para melhoria da qualidade e segurança em saúde é o desenvolvimento de uma cultura de segurança. Evidências sugerem que intervenções adotadas por instituições de saúde podem resultar em melhorias da percepção de cultura de segurança e redução de danos aos pacientes (WEAVER et al., 2013b).

Por conseguinte, a avaliação da cultura de segurança é uma exigência dos organismos de acreditação (SORRA; NIEVA, 2004). Esta avaliação permite que as instituições de saúde tenham uma visão clara dos aspectos relacionados à segurança do paciente que requerem atenção imediata, identificando também os pontos fortes e fracos da cultura de segurança a serem trabalhados (SMITS et al., 2009).

Estudo conduzido em hospital universitário da Arabia Saudita com 605 Enfermeiros revelou melhorias significantes da percepção de cultura de segurança após implementação do processo de acreditação (AL-AWA et al., 2012). Além disso,

outro estudo concluiu que a acreditação está entre os principais preditores da cultura de segurança do paciente (EL-JARDALI et al., 2011).

Ademais dos domínios com resultados negativos, foi possível observar que os Enfermeiros foram os únicos profissionais a apresentar percepção de segurança do paciente positiva (média dos escores de 80,65), apresentando diferença significativa quando comparadas as médias dos escores de todos os outros profissionais participantes do estudo. Este resultado pode ser atribuído ao fato de profissionais Enfermeiros serem cuidadores chave em instituições hospitalares, exercendo grande influencia na qualidade do cuidado prestado, e conseqüentemente, também nos resultados dos serviços de saúde (DRAPER et al., 2008).

As características do trabalho e a perspectiva destes profissionais colocam-os em posição privilegiada para liderar melhorias da qualidade e segurança, influenciando positivamente a experiência e os resultados para os pacientes. Ademais, a atuação do profissional Enfermeiro junto à equipe é fundamental durante os processos de acreditação, já que participa em atividades decisórias, estratégicas e operacionais; envolvendo, por sua vez, questões assistenciais, administrativas, educativas e de pesquisa (DRAPER et al., 2008; MANZO et al., 2012).

Contudo, a cultura de segurança permeia todos os profissionais que prestam serviço em uma organização (SILVA; LIMA, 2004). Conseqüentemente, a qualidade resultante dos processos de melhoria nos serviços de saúde não influencia apenas o trabalho da enfermagem e suas equipes, esta reflete de maneira abrangente no trabalho de todos os profissionais da saúde. Logo, a inclusão das outras categorias profissionais nestes processos de melhoria enriquecem as perspectivas, as práticas e os métodos trabalhados, proporcionando um olhar mais integral aos esforços em direção a melhor segurança e qualidade nos serviços de saúde (DRAPER et al., 2008; MANZO et al., 2012).

6 Conclusões

6. CONCLUSÕES

Prevaleceu a participação de sujeitos com 5 a 20 anos de tempo na especialidade, do gênero feminino, e trabalhadores da enfermagem, sendo a maioria deles Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Os resultados deste estudo apontaram que não houve diferenças significantes dentre as pontuações obtidas pelos dois hospitais participantes, possivelmente pelo fato de estas duas instituições serem acreditadas. Desta forma, a acreditação mostra-se como possível caminho facilitador para melhoria e manutenção da qualidade da assistência em serviços de saúde.

De maneira geral, os participantes do estudo apresentaram percepção negativa quanto ao clima de segurança do paciente. Com relação aos domínios, os resultados evidenciam a necessidade de abordagem de valores e comportamentos relacionados ao Reconhecimento do Estresse dos profissionais como fator influenciador importante para a segurança do paciente, além dos aspectos do Gerenciamento das Unidades e dos Hospitais, dando direção sobre ações que ao serem implementadas fortaleceriam o clima de segurança destas instituições e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços prestados.

O desenvolvimento da cultura de segurança deve englobar todas as categorias profissionais, uma vez que esta abrange toda a organização. No entanto, as categorias profissionais diferiram entre si com relação às percepções sobre as atitudes de segurança do paciente.

Assim, os domínios Clima de Trabalho em Equipe, Satisfação no Trabalho e Comportamento Seguro/Práticas Seguras resultaram em percepções positiva para todas as categorias profissionais. Já o domínio Percepção da Gestão do Hospital resultou em percepção negativa para todas as categorias profissionais.

As categorias profissionais dos Médicos e dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem foram as que apresentaram percepções negativas em mais domínios, destacando-se a necessidade de enfoque de ações com relação a estas categorias profissionais.

Foi observado também que os Enfermeiros foram os únicos a apresentar atitude de segurança do paciente positiva, com escore total do SAQ apresentando diferença significativa quando comparado a todas as outras categorias. Além disso,

também foi a categoria profissional com percepção positiva em maior número de domínios, evidenciando o papel de destaque e liderança dos profissionais Enfermeiros nos processos de melhoria da qualidade, e colocando-os em posição privilegiada para conduzir os esforços de melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde.

7 Considerações Finais

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de os Enfermeiros brasileiros possuírem o grau de bacharelado em enfermagem, a quantidade destes profissionais por cada Médico é baixa em comparação àquela encontrada em outros países. Desta forma, é importante que os parâmetros oficiais de dimensionamento destes profissionais sejam revistos e a quantidade de Enfermeiros adequada esteja disponível para execução dos cuidados aos pacientes nos hospitais.

Além da influencia das quantidades de pessoal e seu nível de formação, evidências indicam o impacto da cultura de segurança no desempenho dos membros da equipe de saúde. Desta forma, é importante que as lideranças estimulem clima de segurança do paciente positivo em suas instituições, dando suporte aos profissionais para que se sintam seguros para aprender com os erros e danos, moldando assim suas atitudes e comportamentos com vistas à segurança do paciente. Além disso, os esforços de melhoria da cultura de segurança nas instituições pesquisadas deve ter foco nas ações de Reconhecimento do Estresse e Percepção da Gestão, uma vez que estes foram os únicos domínios que apresentaram pontuações negativas.

Desta forma, o clima de segurança do paciente nas instituições pesquisadas seria beneficiado se os gerentes de enfermagem recebessem capacitação com relação ao reconhecimento de estresse, seu impacto para o trabalho dos profissionais e o manejo correto e eficaz das escalas de trabalho, prevenindo, assim, a exaustão e o estresse dos trabalhadores. Ademais, as diferenças significantes entre as percepção dos Enfermeiros e dos outros profissionais pode indicar o papel de liderança que Enfermeiros devem ter nas ações de melhoria da qualidade.

Além disso, é importante que as lideranças das instituições pesquisadas adotem modelos de gestão participativa e abordagem de cuidado interprofissional, oportunizando a participação de todos os profissionais nas ações de liderança e planejamento dos cuidados, facilitando-se a comunicação sobre problemas e sua resolução eficaz, com foco central no paciente e suas necessidades de saúde, e visando o bem estar dos profissionais para que executem suas atividades de maneira segura, em ambiente de trabalho saudável e utilizando suas habilidades da maneira mais produtiva possível.

As diferenças entre os nossos resultados e aqueles dos outros estudos brasileiros podem indicar que a acreditação seja um caminho facilitador para melhorar o clima de segurança do paciente. Entretanto, estudos futuros que comparem instituições brasileiras acreditadas e não acreditadas dariam melhores perspectivas sobre esses efeitos.

Os escores positivos com relação ao domínio Satisfação no Trabalho mostram que apesar das dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde, estes se sentem satisfeitos com relação ao seu trabalho. Desta forma, este aspecto deve ser visto como ponto de partida para a implementação de iniciativas em prol da segurança do paciente.

Desta maneira, o papel dos gestores, os métodos de gestão adotados e os modelos de cuidado devem ser refletidos criticamente, uma vez que perpassam por estas instâncias as decisões estratégicas que abrangem a gestão de pessoas, o planejamento das instalações, o design dos fluxos de trabalho, a elaboração dos procedimentos operacionais, bem como todas as outras decisões que definem a estrutura do sistema.

O desenvolvimento de ações que visem à otimização da assistência nos serviços de saúde é de extrema importância, pois tem por finalidade a melhoria do clima de segurança do paciente e, conseqüentemente, a diminuição dos erros e danos causados. Desta maneira, esforços para que os pacientes recebam serviços mais seguros exigirão dos profissionais a liderança compartilhada, melhorias na comunicação, coordenação e colaboração entre as equipes de saúde, além de uma mudança na cultura organizacional, visando, principalmente, a não punição e o aprendizado a partir do erro.

Referências

REFERÊNCIAS¹

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **A decade of evidence, design, and implementation**: advancing patient safety. Rockville, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 335-336, 2004.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Relatório de Eventos Adversos (EA) período**: janeiro a dezembro/2012. Brasília, DF, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Norma da Anvisa regulamenta a segurança do paciente**. Brasília, DF, 2013a.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Saúde e Anvisa lançam ações para segurança do paciente**. Brasília, DF, 2013b.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **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, DF, 2014.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Nursing and Patient Safety**. Rockville, 2015. Disponível em: <<https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/22/nursing-and-patient-safety>>. Acesso em: 05 fev. 2016.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **The Effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety. Evidence**. Report/Technology Assessment Number 74. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2003.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses**. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr.

AIKEN, L. H.; CLARKE, S. P.; CHEUNG, R. B.; SLOANE, D. M.; SILBER, J. H. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. **Journal of the American Medical Association**, Washington, D.C. v.290, n.12, p.1617–1623, 2003.

¹De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

AIKEN, L. H.; CLARKE, S. P.; SLOANE, D. M.; SOCHALSKI, J.; SILBER, J. H. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. **Journal of the American Medical Association**, Washington, D.C. v. 288, n. 16, p. 1987-1993, 2002.

AIKEN, L. H.; SERMEUS, W. ; VAN DEN HEEDE, K. ; SLOANE, D. M. ; et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **British Medical Journal**, London, v. 344, e17172012, 2012.

AL-AWA, B. ; AL MAZROOA, A. ; RAYES, O. ; EL HATI, T. ; DEVREUX, I. ; AL-NOURY, K. ; HABIB, H. ; EL-DEEK, B. S. Benchmarking the post-accreditation patient safety culture at King Abdulaziz University Hospital. **Annals of Saudi Medicine**, v. 32, n. 2, p. 143-50, Mar-Apr, 2012

ALLUE, N. et al. Impacto económico de los eventos adversos em los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. **Gaceta Sanitaria**, Madrid, v. 28, n. 1, p. 48-54, 2014.

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION. Commission on Workforce for Hospitals and Health Systems. **In Our Hands. How Hospital Leaders Can Build a Thriving Workforce**. Chicago, IL: American Hospital Association; 2002.

BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O. Ambiente de trabalho e a liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.48, n.5, p.938-43, 2014.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada as ciências sociais**. 2. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

BEGLINGER, J. E et al. Shaping future nurse leaders through shared governance. **Nurs Clin North Am**, v. 46, n. 1, p. 129-35, 2011.

BERNARDES, A. et al. Framing the difficulties resulting from implementing a Participatory Management Model in a public hospital. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 20, n. 6, p. 1142-51, 2012.

BERNARDES, A. et al. Implementation of a Participatory Management Model: Analysis from a Political Perspective. **Journal of Nursing Management**, v. 23, n. 6,

2014.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 921, de 29 de maio de 2002. Reconhece a Organização Nacional de Acreditação - ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação de organizações e serviços de saúde no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 jun. 2002. Seção 1, p. 68.

BRASIL. Decreto nº 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jun. 1987. Seção 1, fls. 8.853 a 8.855.

BRASIL. Ministério da Saúde. Planilha com a série histórica dos indicadores do grupo E, para o Brasil e regiões. Brasil, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#recur>>. Acesso em: 2 fev. 2016.

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

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

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

BRUNETTO, Y. Hierarchical management failing gen Y nurses. **Nursing Journal**, v. 19, n. 9, p. 28, 2012.

CAMARGO, C. A. J.; TSAI, C.L.; SULLIVAN, A. F.; CLEARY, P. D; GORDON, J. A.; GUADAGNOLI, E.; KAUSHAL, R; MAGID, D. J.; RAO, S. R.; BLUMENTHAL, D. Safety climate and medical errors in 62 US emergency departments. **Annals of Emergency Medicine**, Irving, v. 60, n. 5, p. 555–563, e. 20, 2012.

CARAYON, P.; WOOD, K. E. Patient Safety: The Role of Human Factors and

Systems Engineering. In **Studies in health technology and informatics** 153, p. 23-46, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3057365/>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

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

CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 575-582, maio/jun. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Perfil da enfermagem no Brasil: Principais informações**. Brasília: DF, 2015. Disponível em: <<http://www.corenpr.gov.br/portal/images/lai/RelatorioConcisoPerfilEnfermagem.pdf>> . Acesso em: 20 fev. 2016.

COLLA, J. B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 14, n. 5, p. 364-366, 2005.
COOPER, M. D. Towards a model of safety culture. **Safety Science**, Amsterdam, v. 36, n. 2, p. 111-136, 2000.

CRAMM, J. M.; STRATING, M. M. H.; NIEBOER, A. P. The influence of organizational characteristics on employee solidarity in the long-term care sector. **Journal of Advanced Nursing**, v. 69, n. 3, p. 526-34, 2013.

DEILKAS, E. T.; HOFLOSS, D. Patient safety culture lives in departments and wards: multilevel partitioning of variance in patient safety culture. **BioMed Central Health Services Research**, London, v. 10, n. 85, 2010.

DEILKAS, E. T.; HOFLOSS, D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), generic version (Short Form 2006). **BioMed Central Health Services Research**, London, v. 22, n. 8, p. 191, 2008.

DIEHL, C. A.; SOUZA, M. A.; DOMINGOS, L. E. C. O uso da estatística descritiva na pesquisa em custos: análise do XIV Congresso Brasileiro de Custos. **ConTexto**, Porto Alegre, v. 7, n. 12, 2007.

DRAPER, D. A.; FELLAND, L. E.; LIEBHABER, A.; MELICHAR, L. The Role of Nurses in Hospital Quality Improvement. Center for Studing Health System Change Research Brief No. 3, March 2008. Disponível em: <<http://www.hschange.org/CONTENT/972/>>. Acesso em: 16 Fev. 2016

DRINKA, T. J. K.; CLARK, P. G. **Health Care Teamwork: Interdisciplinary Practice and Teaching**. Greenwood Publishing Group, 2000

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

ETCHEGARAY, J. M.; THOMAS, E. J. Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. **British Medical Journal Quality & Safety**, London, v. 21, p. 490-498, 2012.

FLIN, R. et al. Measuring climate: identifying the common features. **Safety Science**, Amsterdam, v. 34, n. 1-3, p. 177-192, 2000.

FLIN, R.; FLETCHER, G.; MCGEORGE, P.; et al. Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety. **Anaesthesia**, v. 58, n. 3, p.233-42, 2003.

FRANÇOLIN, L. **Gerenciamento da segurança do paciente nos serviços de enfermagem hospitalar**. 2013. 106 f. Tese (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

FREUND, J. E.; SIMON, G. A. **Estatística aplicada: economia, administração e contabilidade**. 9. ed. Porto Alegre: Bookman, 2000.

FUGULIN, F. M. T. **Parâmetros oficiais para o dimensionamento de profissionais de enfermagem em instituições hospitalares: análise da resolução COFEN nº 293/04**. 2010. 154 f. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

GRIFFITHS, P.; BALL, J.; MURRELLS, T.; JONES, S.; RAFFERTY, A. M. Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study. **British Medical Journal Open**, v. 6, n.2, e008751, 2016.

GULDENMUND, F. W. The nature of safety culture: a review of the theory and

research. **Safety Science**, Amsterdam, v. 34, n. 1-3, p. 215-257, 2000.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Committee on quality of healthcare in America. **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academy Press, 1999.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). National research council. **Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st Century**. Washington: The National Academies Press, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Patient safety: achieving a new standard for care**. Washington, National Academies Press, 2004.

INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY (IAEA). **Summary report on the post-accident review meeting on the Chernobyl accident**. International Safety Advisory Group (Safety Series 75-INSAG-1). Vienna: International Atomic Energy Agency, 1986.

EL-JARDALI, F.; DIMASSI, H.; JAMAL, D.; JAAFAR, M.; HEMADEH, N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. **BMC Health Serv Res**. 2011; 11: 45.

JHA, A. K. et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modeling of observational studies. **British Medical Journal Quality & Safety**, London, v. 22, n. 10, p. 809-815, 2013.

JUDGE, T. A; THORESEN, C.J.; BONO, J. E.; et al. The job satisfaction-job performance relationship: A qualitative and quantitative review. **Psychol Bull**, v. 127, n. 3, p. 376-407, 2001

LEAPE, L. L. et al. Transforming healthcare: a safety imperative. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 18, n. 6, p. 424-428, 2009.

LEE, W.C. et al. Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version safety attitude questionnaire. **BioMed Central Health Services Research**, London, v. 10, n. 234, 2010.

LI, A.T. Teamwork climate and patient safety attitudes: associations among nurses and comparison with physicians in Taiwan. **J Nurs Care Qual**, v. 28, n. 1, p. 60-7, Jan-Mar, 2013.

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

LUIZ, R. B.; SIMÕES, A. L. A.; BARICHELLO, E.; BARBOSA, M. H.. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.23, n.5, p.880-87, 2015.

MANSER, T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, v. 53, n. 2, p. 143-151, 2009.

MANZO, B.; RIBEIROII, F. H. C. T. C.; BRITOIII, M. J. M.; ALVES, M. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 151-158, Feb. 2012.

MCCANNON, C.J; HACKBARTH, A.D; GRIFFIN, F.A. Miles to go: An introduction to the 5 Million Lives Campaign. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Oakbrook Terrace, v.33, n.8, p.477- 484, 2007.

MCCAULEY, K.; IRWIN, R. S. Changing the work environment in intensive care units to achieve patient-focused care: the time has come. **American Journal of Critical Care**, v.15, p.541-8, 2006.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). An introduction to Safety Climate. NHS Education for Scotland. Edinburgh, 2010. Disponível em: <<http://www.nes.scot.nhs.uk/media/6364/SC%20overview%20for%20practices%20MASTERCOPY.pdf>>. Acesso em: 7 fev. 2016.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**, London, v. 12, p. 17-23, 2003. Supplement 2.

NICKLIN, W.; DICKSON, S. **The Value and Impact of Accreditation in Health Care: A Review of the Literature**. Ottawa, 2008.

NOVAES, H. M. O processo de Acreditação dos serviços de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 37, p. 133-140, out./dez. 2007.
ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Segurança do paciente**.

Brasília, DF, 2010.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). O que é Acreditação? São Paulo, 2014. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/27/O-que-e-Acreditacao>>. Acesso em: 14 Fev. 2016.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Enfermagem nas Américas. Washington, D.C. 2015. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11187&Itemid=41563&lang=em>. Acesso em: 3 Fev. 2016.

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

PIRES, J. C. S.; MACÊDO, K. B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 81-105, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice**. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

PORTELA, M. C. et al. Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, Feb. 2010.

PRONOVOST, P.; SEXTON, B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. **Quality and Safety in Health Care**, London, v. 14, n. 4, p. 231-233, 2005.

PRONOVOST, P. J.; WEAST, B.; BISHOP, K.; PAINE, L.; GRIFFITH, R.; ROSENSTEIN, B. J.; et al. Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. **Jt Comm J Qual Saf**, n. 30, p. 59-68, 2004.

R FOUNDATION FOR STATISTICAL COMPUTING. **R: A Language and Environment for Statistical Computing**, Vienna, Austria, 2014. Disponível em [<https://www.R-project.org>].

RASMUSSEN, K.; PEDERSEN, A.H.; PAPE, L.; MIKKELSEN, K. L.; MADSEN, M. D.; NIELSEN, K. J. Work environment influences adverse events in an emergency

department. **Danish Medical Journal**, Copenhagen, v. 61, n.5, p.4812, 2014.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. 2013. 203 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

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

RIGOBELLO, M. C. G. **Avaliação do clima de segurança do paciente em Unidade de Emergência de um hospital universitário do interior de São Paulo**. 2015. 83 f. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

ROBB, G; SEDDON, M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come? **The New Zealand Medical Journal**, Wellington, v. 123, n. 1314, p. 68-78, May 14, 2010.

RUELAS, E.; POBLANO, O. **Certificación y acreditación en los servicios de salud**. Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica. México: Secretaría de Salud, 2005.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009.

SAMMER, C. E.; JAMES, B. R. Patient Safety Culture: The Nursing Unit Leader's Role. **The Online Journal of Issues in Nursing**. Silver Spring, v. 16, n. 3, September, 2011. Disponível em: <<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No3-Sept-2011/Patient-Safety-Culture-and-Nursing-Unit-Leader.html#Smits>>. Acesso em: 14 Fev. 2016.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v. 85, p. 65-82, jun. 2009.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BioMed Central Health Services**

Research, London, v. 6, n. 44, p. 1-10, 2006.

SHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2010.

SMITS, M.; WAGNER, C.; SPREEUWENBERG, P.; VAN DER WAL, G.; GROENEWEGEN, P. Measuring patient safety culture: An assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level. **Quality & Safety in Health Care**, v. 18, n. 4, p. 292-296, 2009.

SILVA, C. A. S.; LIMA, M. L. Culturas de segurança e aprendizagem com acidentes. In: VALA, J.; GARRIDO, M.; ALCOBIA, P. (Orgs.). **Percursos da investigação em psicologia social e organizacional**. Lisboa: Colibri, v. 1, p. 257-270, 2004.

SINGER, S., LIN, S., FALWELL, A., GABA, D., BAKER, L. Relationship of Safety Climate and Safety Performance in Hospitals. **Health Services Research**, Malden, v.44, p399–421, 2009.

STATISTICAL PACKED FOR SOCIAL SCIENCES. Released 2008. SPSS Statistics for Windows, Version 17.0. Chicago: Statistical Packed for Social Sciences Inc.

SQUIRES, A.; BELTRÁN-SÁNCHEZ, H. **Strengthening health systems in North and Central America: What role for migration?** Migration Policy Institute. Washington, D.C., 2013.

TERWEE, C. B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 60, n/ 1, p. 34-42, 2007.

THOMAS, E. J.; SEXTON, J. B.; HELMREICH, R. L. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. **Critical Care Medicine**, New York, v. 3, n. 31, p. 956-959, 2003.

WEAVER, S. J.; DY, S.; LUBOMSKI, L. H.; WILSON, R. Promoting a Culture of Safety. Chapter 33 In: Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Evidence Reports/Technology Assessments, No. 211. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); Mar., 2013a.

- WEAVER, S. J.; LUBOMKSI, L. H.; WILSON, R. F.; PFOH, E. R.; MARTINEZ, K. A.; DY, S. M. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. **Annals Internal Medicine**, v.158, n.5, p.369-74, 2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Human Factors in Patient Safety Review of Topics and Tools**: Report for Methods and Measures Working Group of WHO Patient Safety. Genebra. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Summary of the evidence on patient safety**: implications for research. Genebra, 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient safety research**: better knowledge for safer care. France, 2009a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The conceptual framework for the international classification for patients safety (ICPS)**. Version 1.1. Genebra, 2009b.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient safety fact file**. Manila, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A universal truth: no health without a workforce**. Genebra, 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Ratio of nursing and midwifery personnel to physicians**. Genebra, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/gho/health_workforce/nursing_midwifery_density/en/>. Acesso em: 2 fev. 2016.
- YATES, D. L. et al. Sentara Norfolk General Hospital: accelerating improvement by focusing on building a culture of safety. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Oakbrook Terrace, v. 30, n. 10, p. 534-542, 2004.
- SCHWENDIMANN, R.; ZIMMERMANN, N.; KÜNG, K.; AUSSERHOFER, D.; SEXTON, B. Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. **British Medical Journal Quality & Safety**, v. 22, n. 1, p.32-41, Jan. 2013.
- ZOHAR, D. Safety climate: conceptual and measurement issues. In: QUICK, J.;

TETRICK, L. (Eds.). **Handbook of occupational health psychology**. Washington: American Psychological Association, p. 201-230, 2003.

ZOHAR, D.; LIVNE, Y.; TENNE-GAZIT, O.; ADMI, H.; DONCHIN, Y. Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety. **Critical Care Medicine**, New York, v.35, n.5, p.1312-17, 2007.

Apêndice

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*Título da pesquisa:*

“Perspectivas da cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares”.

Pesquisadores responsáveis:

Enf^a Sabrina de Souza Elias Mikael e Enf^a Dr^a Carmen Silvia Gabriel.

Promotor da pesquisa:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Convidamos você a participar deste estudo, que tem como objetivo investigar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional, em relação a instituição hospitalar onde trabalham. Para isso, você responderá a um questionário de 15 minutos, composto por 41 questões de múltipla escolha. Este será aplicado em local e de forma que não prejudique a sua rotina de trabalho. Sua participação é completamente voluntária, e você terá a liberdade de aceitar ou não a participar desta pesquisa, além de poder deixar de participar a qualquer momento, sem que seja prejudicado(a) por isso. Quanto à confidencialidade das informações, garantimos que estas serão sigilosas durante todas as fases da pesquisa e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Assim, quando este trabalho for apresentado, não será usado o seu nome e nem fornecida qualquer informação que possa identifica-lo. Salientamos que a sua participação nesta pesquisa não lhe trará gastos ou despesas, bem como nenhum tipo de recompensa financeira. Em relação aos benefícios da pesquisa, estes não serão diretos para você, mas sua participação é extremamente importante, pois trará maior conhecimento sobre o tema abordado e motivará novos estudos. Há o risco de você sentir desconforto ao compartilhar informações pessoais, confidenciais ou relacionadas ao seu ambiente de trabalho, se isso acontecer salientamos que a aplicação do questionário poderá ser interrompida imediatamente. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, sobre esta bastando, para isso, entrar em contato com os pesquisadores conforme dados fornecidos ao final deste documento.

Desta forma, gostaríamos de contar com sua colaboração e participação. Caso você aceite participar, por favor, preencha os dados abaixo e assine. Este documento possui duas vias assinadas pelos pesquisadores, uma via pertence a você e a outra ao pesquisador. Obrigada pela colaboração.

CONSENTIMENTO PÓS- ESCLARECIMENTO

“Eu _____ RG _____, abaixo assinado, aceito participar desta pesquisa e declaro estar ciente das informações constantes neste ‘Termo de Consentimento Livre e Esclarecido’, e ciente de meus direitos relacionados a seguir:

-
- 1 - Garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;
 - 2 - A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo;
 - 3 - A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada à minha privacidade;
 - 4 - O compromisso de proporcionar-me informações atualizadas durante o estudo, ainda que estas possam afetar minha vontade de continuar participando.

Ribeirão Preto, _____ de _____ 2014.

	Assinatura pesquisadora responsável Carmen Silvia Gabriel	Assinatura pesquisadora responsável Sabrina de Souza Elias Mikael
--	--	--

Em caso de dúvida sobre a pesquisa você poderá procurar por:

Sabrina de Souza Elias Mikael
Endereço: Rua Maracajú, 891
Cidade: Ribeirão Preto – SP
Telefone: (16) 98858 3412
E-mail: sabrinaselias@gmail.com

Carmen Silvia Gabriel
Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900
Cidade: Ribeirão Preto – SP
Telefones: (16) 3602 3471
E-mail: cgabriel@eerp.usp.br

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o **Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**.
Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP. E-mail: cep@eerp.usp.br e Telefone: (16) 3602-3386.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP-EERP), que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisa, visto que está é uma orientação da CONEP.

APÊNDICE B – Dados Ausentes

Frequências dos dados ausentes em cada item do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ).

Domínios	Itens	Frequências	
		n	%
Clima de Trabalho em Equipe	01	-	-
	02	1	0,49
	03	-	-
	04	1	0,49
	05	-	-
	06	-	-
Clima de Segurança	07	-	-
	08	1	0,49
	09	-	-
	10	1	0,49
	11	-	-
	12	1	0,49
	13	1	0,49
Satisfação no Trabalho	15	-	-
	16	-	-
	17	-	-
	18	1	0,49
	19	2	0,98
Reconhecimento do Estresse	20	3	1,47
	21	-	-
	22	2	0,98
	23	1	0,49
Percepção da gerência	24-H	12	5,88
	25-U	3	1,47
	25-H	15	7,35
	26-H	13	6,37
	27-H	11	5,39
	28-H	14	6,86
	29	1	0,49
Condições de Trabalho	14	-	-
	30	1	0,49
	31	-	-
Comportamento Seguro/ Práticas Seguras	32	2	0,98
	33	-	-
	34	-	-
Nenhum Domínio	35	-	-
	36	-	-

Anexo

ANEXO B - Autorização para utilização do SAQ

De: Sabrina Mikael <sabrinaselias@gmail.com>
Para: Rhanna Carvalho <rhannalima@gmail.com>
Enviadas: 29 de julho de 2014 14:52
Assunto: Pedido de Autorização para Uso do Questionário de Atitudes de Segurança

Boa tarde Sra. Rhanna Lima,
Meu nome é Sabrina de Souza Elias Mikael, mestranda do Programa de PósGraduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, sob orientação da Profa. Dra. Carmen Silvia Gabriel, com projeto intitulado: "Perspectivas da Cultura de Segurança do Paciente em Instituições Hospitalares". Para realização desta pesquisa, gostaríamos de pedir sua autorização para usarmos o Questionário de Atitudes de Segurança, adaptação transcultural para o Brasil do *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form 2006*. Questionário este validado pela senhora e sua orientadora Profa. Dra. Silvia Helena De Bortoli Cassiani em 2011.

Coloco me a disposição para esclarecimentos pertinente ao projeto de pesquisa mencionado.

Desde já agradecemos sua atenção.

Sabrina de Souza Elias Mikael
Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP
Universidade de São Paulo USP
Av. Bandeirantes, 3900 Campus Universitário
14040902 – Ribeirão Preto, Brasil
Email sabrina.elias@usp.br
Lattes <http://lattes.cnpq.br/4134229039605558>

De: Rhanna Emanuela <rhannalima@gmail.com> 29 de julho de 2014 15:45
Para: Sabrina Mikael <sabrinaselias@gmail.com>

Olá Sabrina,
Autorizo a utilização do Questionário de Atitudes de Segurança SAQ, em sua pesquisa. O artigo para citação está disponível no site da Revista Latino Americana de Enfermagem: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692012000300020&script=sci_arttext. Sugiro que leia a metodologia da minha tese (site de teses da USP), as dúvidas que surgirem podem entrar em contato comigo que terei o maior prazer em respondê-las.

A versão do instrumento para impressão está em anexo.
Abraço,
Rhanna Carvalho.
Profa Dra. Rhanna Emanuela F. Lima de Carvalho.
Universidade Estadual do Ceará UECE
www.uece.br
Av. Paranjana 1700, Campus do Itaperi
FortalezaCeará

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



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

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



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 165/2014

Ribeirão Preto, 24 de setembro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 24 de setembro de 2014.

Protocolo CAAE: 34657314.2.0000.5393

Projeto: Perspectivas da cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares.

Pesquisadores: Carmen Silvia Gabriel
Sabrina de Souza Elias Mikael

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

Atenciosamente,

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

Ilma. Sra.
Prof. Dra. Carmen Silvia Gabriel
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perspectivas da cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares

Pesquisador: Sabrina de Souza Elias Mikael

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34657314.2.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 803.876

Data da Relatoria: 17/09/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de parecer de pendência.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alteração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alteração.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alteração.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora fez todas as adequações sugeridas pelo CEP: inseriu uma breve descrição das questões dos instrumentos no TCLE; fez adequações ao parágrafo referente à indenização; inseriu uma breve descrição da função do CEP; acrescentou o horário de funcionamento do CEP; e fez adequações quanto à confidencialidade das informações.

Também inseriu na Plataforma Brasil o documento intitulado Comprometimento Referente ao Envio de Autorização, onde compromete-se a enviar a autorização emitida pelo Hospital Sumaré antes de iniciar a coleta de dados neste local de pesquisa.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP 

Continuação do Parecer: 803.876

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu todas as pendências sugeridas pelo CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

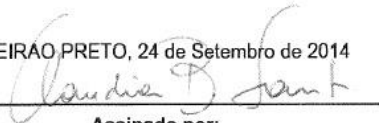
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado "ad referendum".

RIBEIRÃO PRETO, 24 de Setembro de 2014



Assinado por:

Claudia Benedita dos Santos
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-3386 E-mail: cep@eerp.usp.br