

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

EDENISE MARIA SANTOS DA SILVA BATALHA

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E SUA RELAÇÃO COM A
QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM**

SÃO PAULO

2021

EDENISE MARIA SANTOS DA SILVA BATALHA

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E SUA RELAÇÃO COM A
QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM**

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

Área de Concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Maria Melleiro

SÃO PAULO

2021

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ___/___/_____

Catálogo-na-publicação (CIP)
Biblioteca Wanda de Aguiar Horta
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Batalha, Edenise Maria Santos da Silva
CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E SUA RELAÇÃO COM A
QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL DE TRABALHADORES DE
ENFERMAGEM / Edenise Maria Santos da Silva Batalha. São Paulo,
2021.
203 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São
Paulo.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Marta Maria Melleiro
Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em
Enfermagem e em Saúde.

1. Enfermagem. 2. Segurança do Paciente. 3. Saúde do Trabalhador.
4. Esgotamento Profissional. 5. Fadiga por Compaixão. I. Título

Ficha catalográfica automatizada.
Bibliotecária responsável: Fabiana Gulin Longhi (CRB-8: 7257)

Nome: Edenise Maria Santos da Silva Batalha

Título: Cultura de segurança do paciente e sua relação com a qualidade de vida profissional de trabalhadores de enfermagem

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

Aprovada em ____/____/____

Banca Examinadora

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marta Maria Melleiro

Instituição: Escola de Enfermagem da USP Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*À minha mãe “**Maria Eunice**” por todo o seu apoio e dedicação, demonstrando sempre que a realização deste sonho era possível!*

*Ao meu esposo “**Henrique**” e à minha filha “**Giovanna**” por serem luz na minha vida e por encherem meu coração de amor diariamente, trazendo mais sentido para tudo que faço!*

*À minha prima “**Cássia**” (in memoriam) pela imensa saudade deixada e pela certeza da sua alegria ao me ver concluir esta etapa.*

*Aos **trabalhadores e trabalhadoras de Enfermagem** que todos os dias assistem com compaixão os pacientes e dedicam a sua vida para cuidar das pessoas!*

AGRADECIMENTOS

À **Deus** por ser minha fortaleza, por me conceder sabedoria e discernimento e me amparar em todos os momentos da minha vida.

À professora **Dr^a. Marta Melleiro** por ser, para além de uma orientadora espetacular, um ser humano incrível e uma grande inspiração. Obrigada pelos conhecimentos compartilhados, pelas orientações tão assertivas e por tornar todo esse processo mais suave e feliz.

Às professoras **Dr^a. Daisy Tronchin, Dr^a. Patrícia Pavan, Dr^a. Silmar Maria** pelas contribuições ao longo do doutorado, especialmente, no exame de qualificação.

À professora **Dr^a. Elisabete Borges** por tornar possível o doutorado sanduíche, uma experiência ímpar que agregou conhecimento a minha trajetória profissional e possibilitou suporte teórico para a realização desta tese. Gratidão, em especial, pelo fortalecimento dos conhecimentos acerca da saúde do trabalhador no contexto internacional e por oportunizar um grande crescimento pessoal e profissional.

À professora **Dr^a. Cristina Queirós** pelo conhecimento compartilhado acerca da saúde mental dos trabalhadores.

À **Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP)** e ao **Departamento ENO** por toda colaboração para realização deste estudo.

Ao **estatístico Bernardo da EEUSP** pela consultoria e colaboração nas análises estatística.

À **Escola Superior de Enfermagem do Porto (Portugal)** pelo acolhimento e pela oportunidade de desenvolver estudos contextualizados internacionalmente.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** pelo financiamento através do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior.

À **Universidade do Estado da Bahia (UNEB)** pelo apoio institucional para realização deste doutorado.

Ao **hospital e aos trabalhadores e trabalhadoras de enfermagem, participantes do estudo**, por tornarem possível a coleta de dados e concretização desta investigação.

À **Carina Picanço** e às minhas alunas **Lethycia, Eurícia e Nelda** pela colaboração na operacionalização desta pesquisa.

À minha família: **minha mãe Maria Eunice** por toda a sua dedicação para comigo e com minha filha, sobretudo, pelas vezes que renunciou às suas próprias vontades para proporcionar a realização deste meu sonho. Ao **meu pai Edilson** e às minhas irmãs **Ediane e Helys** pelo carinho, atenção amorosa e apoio ao longo da minha caminhada. Ao **meu esposo Henrique** pelo apoio incondicional e por entender minhas ausências e à **minha filha Giovanna** por encher a minha vida de sentido e me fazer prosseguir com mais alegria. À minha sogra **Leila** e minha cunhada **Samira** que, por vezes, me ajudaram a conciliar a vida materna e o trabalho.

Aos amigos que o doutorado me deu, especialmente, à **Andressa, Alexandre, Vinícius, Suelen, Ricardo, Edson e Ana Paula** pelo compartilhamento de experiências, discussões sobre pesquisa e, principalmente, pelas alegrias e momentos vividos.

Aos **amigos e colegas de Enfermagem da UNEB**, de maneira especial, a **Tássia, Silvana, Eliana e Nildo** pelo incentivo e apoio.

Às minhas antigas amigas e companheiras (**Polyanna, Jacimara e Aline**) do Hospital do Servidor que sempre me acolhem e me apoiam na capital paulista. Às minhas amigas do mestrado que permanecem sempre comigo **Ellen e Késia**. Às “meninas da república” (**Gabi, Carol, Gislaine, Andreza**) por tornarem a minha estadia em São Paulo mais leve e divertida.

Batalha EMSS. Cultura de segurança do paciente e sua relação com a qualidade de vida profissional de trabalhadores de enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2021.

RESUMO

Introdução: A Cultura de Segurança do Paciente (CSP) está atrelada, fortemente, à saúde dos trabalhadores, tornando crucial a compreensão de como se dá essa relação para melhoria da qualidade da assistência e promoção da saúde dos profissionais. Nesse enlace, a Qualidade de Vida Profissional (QVP) - modelo que engloba a Satisfação por Compaixão (SC) e a Fadiga por Compaixão (FC), que por sua vez divide-se em *Burnout* e Estresse Traumático Secundário (ETS) precisam ser analisados e discutidos frente aos seus impactos na saúde do trabalhador e na segurança dos pacientes. **Objetivo:** Analisar a relação entre a CSP e a QVP de trabalhadores de enfermagem. **Método:** Estudo quantitativo não experimental, descritivo e exploratório, correlacional e de corte transversal realizado em um hospital público de Salvador-Bahia com 180 trabalhadores de enfermagem. Os dados foram coletados, de janeiro a março de 2020, por meio dos questionários *Hospital Survey on Patient Safety Culture* e *Professional Quality of Life Scale*, ambos traduzidos e validados para contexto brasileiro. Os dados foram analisados por meio de estatísticas descritivas, testes de associação e de correlação. **Resultados:** Quanto aos participantes, 87,8% eram do sexo feminino, 38,3% tinham de 39 a 48 anos, 52,8% eram técnicos de enfermagem, 26,1% possuíam de 10 a 14 anos de experiência profissional, 50,0% estavam de 6 meses a 4 anos na instituição, 60,1% eram terceirizados e 49,4% possuíam dois vínculos empregatícios. Em relação a CSP, nenhuma dimensão alcançou 75% ou mais de respostas positivas, as dimensões “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes” e “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” apresentaram as melhores percepções, com 52,5% e 50,6% de respostas positivas, respectivamente, enquanto as dimensões mais frágeis foram “Respostas não punitivas aos erros” com 19,9% e “Adequação de profissionais” com 27,1%. As dimensões de CSP apresentaram correlações positivas significativas entre si e estiveram associadas ao sexo, categoria profissional, tipo e número vínculo trabalhista, turno e local de trabalho, idade, experiência profissional e no serviço. No que tange a QVP, a SC apresentou média (M_e) de 3,99 e mediana (M_d) de 4,00, o *Burnout* $M_e = 2,99$ e $M_d = 3,00$ e o ETS $M_e = 2,01$ e $M_d = 1,90$. A SC apresentou correlação negativa significativa com o *Burnout* e com o ETS e o *Burnout* e o ETS apresentaram correlação positiva significativa entre si. O tipo de vínculo esteve associado ao *Burnout*, o turno de trabalho ao ETS e o local de trabalho à SC, *Burnout* e ETS. A CSP não apresentou correlação significativa com a SC. Referente à relação do *Burnout* e ETS com a CSP, as correlações significativas negativas ocorreram entre o trabalho em equipe dentro das unidades e *Burnout* com coeficiente de correlação (r) = -0,353 e ETS $r = -0,207$; entre a percepção geral da segurança do paciente e *Burnout* $r = -0,306$ e ETS $r = -0,188$; entre a adequação de profissionais e *Burnout* $r = -0,250$ e ETS $r = -0,193$; entre a passagem de plantão ou de turno/transferências e *Burnout* $r = -0,148$; entre o trabalho em equipe entre as unidades e *Burnout* $r = -0,322$ e ETS $r = -0,147$; entre a nota de segurança e *Burnout* $r = -0,19$, entre a segurança do paciente total e *Burnout* $r = -0,287$; e a correlação positiva ocorreu entre o retorno da informação e comunicação sobre erro e o ETS $r = 0,16$. **Conclusão:** Ao analisar a relação da CSP com a QVP, conclui-se que a implementação de políticas de CSP deve ser realizada de forma conjugada às políticas para saúde dos trabalhadores, especialmente por meio de intervenções que abarquem aspectos gerais da segurança do paciente, trabalho em equipe e *Burnout*.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Segurança do Paciente; Saúde do Trabalhador; Esgotamento Profissional; Fadiga por Compaixão.

Batalha EMSS. Patient safety culture and its relationship with the professional quality of life of nursing workers [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2021.

ABSTRACT

Introduction: The Patient Safety Culture (PSC) is strongly linked to the occupational health, making it crucial to understand how this relationship takes place to improve the quality of care and promote the workers' health. Thus, Professional Quality of Life (PQL) - a model that encompasses Compassion Satisfaction (CS) and Compassion Fatigue (CF), which in turn is divided into Burnout and Secondary Traumatic Stress (STS) need to be analyzed and discussed due to their impacts on workers' health and patient safety. **Objective:** To analyze the relationship between the PSC and the PQL of nursing workers. **Method:** Quantitative, non-experimental, descriptive and exploratory, correlational and cross-sectional study carried out in a public hospital in Salvador-Bahia with 180 nursing workers. Data were collected from January to March 2020, using the Hospital Survey on Patient Safety Culture and Professional Quality of Life Scale, both translated and validated for the Brazilian context. Data were analyzed using descriptive statistics, as well as association and correlation tests. **Results:** Regarding the participants, 87.8% were female, 38.3% were 39 to 48 years old, 52.8% were nursing technicians, 26.1% had 10 to 14 years of professional experience, 50.0% worked from 6 months to 4 years in the institution, 60.1% were outsourced and 49.4% had two employment relationships. Regarding PSC, no dimension reached 75% or more of positive responses, the dimensions " Supervisor/Manager Expectations and Actions Promoting Patient Safety " and " Organizational Learning—Continuous Improvement " had the best perceptions, with 52.5% and 50.6% of positive responses, respectively, while the weakest dimensions were "Nonpunitive Response to Error" with 19.9% and "Staffing" with 27.1%. The dimensions of PSC showed significant positive correlations between each other and were associated with sex, professional category, type and number of employment relationship, shift and place of work, age, professional and service experience. In relation to PQL, CS had a mean (M_e) of 3.99 and a median (M_d) of 4.00, Burnout $M_e = 2.99$ and $M_d = 3.00$ and STS $M_e = 2.01$ and $M_d = 1.90$. CS showed a significant negative correlation with Burnout and with STS and Burnout and STS showed a significant positive correlation with each other. The type of employment relationship was associated with Burnout, the work shift with STS and the workplace with CS, Burnout and STS. PSC did not show significant correlation with CS. Concerning the relationship between Burnout and STS and PSC, negative significant correlations occurred between teamwork within units and Burnout with a correlation coefficient (r) = -0.353 and STS $r = -0.207$; between the overall perceptions of patient safety and Burnout $r = -0.306$ and STS $r = -0.188$; between the staffing and Burnout $r = -0.250$ and STS $r = -0.193$; between handoffs and transitions and Burnout $r = -0.148$; between teamwork across units and Burnout $r = -0.322$ and STS $r = -0.147$; between grade on patient safety and Burnout $r = -0.19$, between total patient safety and Burnout $r = -0.287$; and the positive correlation occurred between the feedback and communication about error and the STS $r = 0.16$. **Conclusions:** By analyzing the relationship of PSC with PQL, we concluded that the implementation of PSC policies must be carried out in conjunction with policies for occupational health, especially through interventions that cover general aspects of patient safety, teamwork and Burnout.

KEYWORDS: Nursing; Patient Safety; Occupational Health; Burnout, Professional; Compassion Fatigue.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Esquema do desenvolvimento desta investigação	37
Figura 1.1 -	Priorização para a segurança dos pacientes relacionadas à qualidade, economia e política conforme o relatório “Segurança do Paciente 2030”	47
Figura 1.2 -	Eixos do Programa Nacional de Segurança do Paciente do Brasil	48
Figura 2.1 -	Modelo de ambiente de trabalho saudável da Organização Mundial da Saúde: vias de influência, processo, e princípios essenciais	60
Figura 2.2 -	Modelo Teórico Diagrama da Qualidade de Vida Profissional	70
Figura 2.3 -	Modelo Teórico para análise da Qualidade de Vida Profissional	72
Figura 3.1-	Fluxo das etapas do estudo quantitativo	76
Figura 4.1-	Análise das correlações entre as dimensões de Cultura de Segurança do Paciente, Nota de Segurança do Paciente e Número de Eventos Notificados com a Satisfação por Compaixão, Estresse Traumático Secundário e Burnout	126
Figura 6.1-	Componentes e atores envolvidos em uma intervenção	155
Figura 6.2 -	Eixos do Projeto “Contextualizando e potencializando o trabalho em equipe para segurança do paciente e saúde do trabalhador”	158

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1.1-	Recomendações da <i>National Patient Safety Foundation-NPSF</i> para acelerar a melhoria da segurança do paciente	44
Quadro 2.1-	Descrição das características do “Transtorno de Estresse Pós-Traumático” (TEPT) relacionado ao Trauma Primário e do “Transtorno/Estresse Traumático Secundário” relacionado ao Trauma Secundário	65
Quadro 2.2 -	Sintomas associados ao Burnout	68
Quadro 4.1-	Distribuição dos percentuais de respostas positivas, neutras e negativas pelos itens das dimensões de cultura de segurança do paciente da Seção A.	95
Quadro 4.2 -	Distribuição dos percentuais de respostas positivas, neutras e negativas pelos itens da dimensão da cultura de segurança do paciente da Seção B.	96
Quadro 4.3 -	Distribuição dos percentuais de respostas positivas, neutras e negativas pelos itens das dimensões de cultura de segurança do paciente da Seção C.	97
Quadro 4.4 -	Distribuição dos percentuais de respostas positivas, neutras e negativas pelos itens da dimensão da cultura de segurança do paciente da Seção D.	97
Quadro 4.5 -	Distribuição dos percentuais de respostas positivas, neutras e negativas pelos itens das dimensões de cultura de segurança do paciente da Seção F.	99
Quadro 4.6 -	Distribuição dos percentuais das respostas: Raramente; Poucas vezes; Algumas vezes; Muitas vezes; e Quase Sempre para Satisfação por Compaixão.	118
Quadro 4.7-	Distribuição dos percentuais das respostas: Raramente; Poucas vezes; Algumas vezes; Muitas vezes; e Quase Sempre para Burnout.	119
Quadro 4.8 -	Distribuição dos percentuais das respostas: Raramente; Poucas vezes; Algumas vezes; Muitas vezes; e Quase Sempre para Estresse Traumático.	120
Quadro 6.1 -	Eixos do projeto de extensão, temas, estratégias e metodologias.	161

LISTAS DE GRÁFICOS

Gráfico 4.1 -	Porcentagem de respostas positivas pelas dimensões de cultura de segurança do paciente.	100
Gráfico 4.2 -	Distribuição dos percentuais das respostas pela Seção E.	100
Gráfico 4.3 -	Distribuição dos percentuais das respostas da Seção G.	101
Gráfico 4.4 -	Boxplot representando a distribuição dos escores por dimensões de Cultura de Segurança do Paciente, Nota de Segurança do Paciente e Número de Eventos Notificados e Segurança do Paciente Total.	102
Gráfico 4.5 -	Boxplot representando a distribuição dos escores pela Satisfação por Compaixão, Estresse Traumático Secundário e Burnout.	121

LISTAS DE TABELAS

Tabela 4.1-	Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais.	92
Tabela 4.2-	Estatística descritiva das dimensões de Cultura de Segurança do Paciente, Nota de Segurança do Paciente e Número de Eventos Notificados.	102
Tabela 4.3-	Análise das correlações entre as dimensões de Cultura de Segurança do Paciente, Nota de Segurança do Paciente e Número de Eventos Notificados.	105
Tabela 4.4-	Análise da associação da Segurança do Paciente Total e das dimensões Trabalho em equipe dentro das unidades; Percepção geral da segurança do paciente; Respostas não punitivas aos erros; Adequação de profissionais e Aprendizado organizacional - melhoria contínua com as variáveis: sexo; estado civil; categoria profissional; tipo de vínculo; turnos de trabalho; número de vínculos; nível de escolaridade e local de trabalho.	111
Tabela 4.5-	Análise da associação das dimensões Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes; Abertura da comunicação; Retorno da informação e comunicação sobre erro e Frequência de eventos relatados com as variáveis: sexo; estado civil; categoria profissional; tipo de vínculo; turnos de trabalho; número de vínculos; nível de escolaridade e local de trabalho.	113
Tabela 4.6-	- Análise da associação das dimensões Passagem de plantão ou de turno/transferências; Apoio da gestão para segurança do paciente; Trabalho em equipe entre as unidades; Nota da segurança do paciente e Número de eventos notificados com as variáveis: sexo; estado civil; categoria profissional; tipo de vínculo; turnos de trabalho; número de vínculos; nível de escolaridade e local de trabalho.10	115
Tabela 4.7-	Análise das correlações entre Idade, Experiência Profissional, Experiência no serviço e a dimensões de Cultura de Segurança do Paciente, Nota de Segurança do Paciente e Número de Eventos Notificados.	117
Tabela 4.8-	- Estatística descritiva da Satisfação por Compaixão, Estresse Traumático Secundário e Burnout.	121
Tabela 4.9 -	Análise das correlações entre a Satisfação por Compaixão, Estresse Traumático Secundário e Burnout.	122

Tabela 4.10-	- Análise da associação da Satisfação por Compaixão, Burnout e Estresse Traumático Secundário com as variáveis: sexo; estado civil; categoria profissional; tipo de vínculo; turnos de trabalho; número de vínculos; nível de escolaridade e local de trabalho.	123
Tabela 4.11 -	Análise das correlações entre Idade, Experiência Profissional, Experiência no serviço e a Satisfação por Compaixão, Estresse Traumático Secundário e Burnout.	125

SUMÁRIO

CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	27
OBJETIVOS DO ESTUDO	31
EIXOS NORTEADORES	35
CAPÍTULO 1 – SEGURANÇA DO PACIENTE NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	39
1.1 CULTURA ORGANIZACIONAL E A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	50
CAPÍTULO 2 – TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL	57
2.1 QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL	64
CAPÍTULO 3 – PERCURSO METODOLÓGICO	73
3.1 DESENHO DO ESTUDO	75
3.2 LOCAL DO ESTUDO	77
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	77
3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	78
3.4.1 Aspectos éticos	79
3.4.2 Operacionalização da coleta de dados	79
3.4.3 Instrumentos para coleta de dados	80
3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	84
CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	89
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	91
4.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	93
4.2.1 Análises descritivas da Cultura de segurança do paciente	94
4.2.2 Análise correlacional da Cultura de segurança do paciente	103
4.2.3 Associação da Cultura de segurança do paciente com as variáveis sociodemográficas e profissionais	107
4.3 QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL	117
4.3.1 Análises descritivas da Qualidade de Vida Profissional	117

4.3.2 Análise correlacional da Qualidade de vida profissional	121
4.3.3 Associação da Qualidade de Vida Profissional com as variáveis sociodemográficas e profissionais	122
4.4 RELAÇÃO ENTRE A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E A QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL	125
CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	127
CAPÍTULO 6 – CONTEXTUALIZANDO E POTENCIALIZANDO O TRABALHO EM EQUIPE PARA SEGURANÇA DO PACIENTE E SAÚDE DO TRABALHADOR: proposta de intervenção	153
CONCLUSÕES	163
CONSIDERAÇÕES FINAIS	169
REFERÊNCIAS	173
APÊNDICES	187
ANEXOS	193

CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

A temática segurança do paciente vem sendo meu objeto de estudo e de realização de pesquisas desde 2010, quando iniciei o curso de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem (PPGEn) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Nessa direção, desenvolvi a dissertação intitulada “Cultura de segurança do paciente na percepção de trabalhadores de enfermagem de um hospital público de ensino”.

Concomitante ao mestrado, atuava como enfermeira no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, onde pude ratificar e compreender o quão importante são os aspectos relacionados à segurança do paciente para a garantia de uma assistência de qualidade.

No ano de 2013, fui aprovada no concurso para professora efetiva do Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), iniciando minhas atividades acadêmicas no ensino, na pesquisa e na extensão e, nesse enlace, continuei atuando na área de segurança do paciente. Em 2014 lancei o projeto de extensão “Segurança do Paciente: um desafio nosso”, por meio do qual tenho divulgado a referida temática e despertado o interesse dos discentes dos cursos de saúde da UNEB e de outras universidades de Salvador-BA. Além disso, esse projeto propiciou o estabelecimento de parceria, com hospital campo de estágio da UNEB, possibilitando fomentar a temática junto aos trabalhadores atuantes nessa organização. Outrossim, ministrei o componente curricular, como tópico especial, “Segurança do Paciente” para o curso de graduação em enfermagem da UNEB.

Ademais, desde 2014 integro a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (Núcleo de Salvador), experiência que permite a troca de informações sobre o tema, buscando a atualização constante sobre as boas práticas em saúde e a expansão da temática para serviços e instituições de ensino e de saúde.

Portanto, toda a minha trajetória profissional vem sendo permeada por essa temática e seus constructos. Em 2017, ao ser aprovada no processo seletivo para o curso de doutorado no PPGEn da EEUSP e ao cumprir os créditos para o desenvolvimento do referido curso, deparei-me com a disciplina “Estudo da relação saúde e trabalho dos trabalhadores da área da saúde”, a qual me fez refletir sobre a necessidade de verticalizar a relação da segurança do paciente com os aspectos da saúde do trabalhador.

Acredito que esse interesse foi, também, motivado pelo desenvolvimento do citado projeto de extensão, no qual, discutia-se frequentemente o processo de cuidar em situação de sofrimento, desgaste e fadiga do profissional, acarretando, muitas vezes, a falta de segurança na assistência ao paciente e aos processos de trabalho. Ainda, os trabalhadores relatavam o quanto os problemas de segurança do paciente afetavam a sua qualidade de vida e referiam que o trabalhador adoecido ou insatisfeito poderia causar danos aos pacientes. Assim sendo, ficava

cada vez mais evidente o quanto essas duas áreas estavam imbricadas no processo de trabalho em saúde.

Dessa forma, decidi desenvolver minha tese nessa vertente e estudar a relação da segurança do paciente com a saúde do trabalhador de enfermagem, a fim de compreender essa relação e a sua implicação para a qualidade da assistência. Como objeto de estudo, optei por abordar a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) e a Qualidade de Vida Profissional (QVP) dos trabalhadores de enfermagem. Essa escolha ocorreu por acreditar que abordar a QVP, aspecto envolvendo a Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão, e relacioná-la com a CSP na organização hospitalar permitiria a avaliação de como aspectos do trabalhador e da cultura de segurança podem estar relacionados.

Outrossim, a opção pelos trabalhadores de enfermagem se deu por esses profissionais estarem em contato direto e contínuo com os pacientes, especialmente, no ambiente hospitalar, fato que predispõe a desenvolver tanto satisfação como fadiga no processo de cuidar. Apesar disso, essa temática ainda é pouco explorada, sobretudo, quando se trata da sua relação com a CSP. Então, ao pensar sobre a pesquisa, diversas inquietações emergiram:

- Qual a percepção da CSP e qual a QVP dos trabalhadores de enfermagem?
- Qual a relação entre a CSP da organização hospitalar e a QVP dos trabalhadores de enfermagem?
- Quais fatores da CSP podem estar associados com a QVP dos trabalhadores de enfermagem?
- As instituições de saúde com uma efetiva CSP podem estar relacionadas com uma melhor QVP dos trabalhadores de enfermagem?
- Trabalhadores de enfermagem com melhor QVP percebem e desenvolvem uma melhor CSP?

Ao finalizar os créditos do curso de doutorado na EEUSP, tive a oportunidade de desenvolver o estágio sanduíche na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), em Portugal, motivada pela vontade de integrar ao “Projeto Internacional Saúde Ocupacional - Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha” (INT-SO).

O INT-SO estuda a relação dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos trabalhadores de enfermagem, perfazendo estudos nos três referidos países. Em virtude do meu objeto de estudo ser a relação da saúde do trabalhador de enfermagem e a segurança do paciente entendi que aprofundar na área dos contextos de trabalho seria essencial para construção desta tese.

Durante o período do doutorado sanduíche desenvolvi estudos no âmbito da CSP e da QVP de enfermeiros no contexto português. Nessa oportunidade, utilizei a *Professional Quality*

Scale 5, que abordou a QVP em suas dimensões da Satisfação e Fadiga por Compaixão e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* que avaliou a CSP, em seguida implementei diversas análises estatísticas para abordar a relação da CSP com a QVP. Os trabalhos oriundos dos referidos estudos foram apresentados em eventos internacionais (Batalha, Melleiro, Borges, 2019a; Batalha, Melleiro, Borges, 2019b; Batalha, Borges, Melleiro, 2019; Batalha, Melleiro, Borges, 2019c; Batalha, Melleiro, Borges 2019d), com premiações de dois deles (Batalha, Melleiro, Borges, 2019a; Batalha, Melleiro, Borges, 2019b), e publicados em revistas científicas (Batalha, Melleiro, Borges, 2019e; Batalha et al., 2020).

A partir desse contexto, pude aprofundar ainda mais nessa temática e ter contato com um contexto diferente de cuidado em saúde, bem como com as políticas de saúde do trabalhador e segurança do paciente no contexto português e europeu. Dessa forma, o estágio na ESEP possibilitou um melhor entendimento da temática, permitindo a sua avaliação de forma internacionalmente contextualizada, favorecendo a construção de propostas de intervenções tanto para a promoção da QVP dos trabalhadores de enfermagem quanto para a qualidade da assistência.

A experiência em Portugal despertou ainda mais o desejo de abordar esta temática no contexto brasileiro. O Brasil possui mais de dois milhões de trabalhadores de enfermagem registrados no Conselho Federal de Enfermagem e milhares de estabelecimentos hospitalares distribuídos nas cinco regiões do país. Além disso, possui um Programa Nacional de Segurança do Paciente (Brasil, 2013a) e uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Brasil, 2012a). Todos esses dados revelam a magnitude dessa temática para o país e a importância de se ter pesquisas, que visem avaliar a saúde dos trabalhadores e a segurança dos pacientes nos ambientes hospitalares.

Sob essa ótica, nesta tese, escolhi como cenário da pesquisa no Brasil, um hospital geral de grande porte da cidade de Salvador-BA, por ser campo de prática da UNEB, na qual atuo e pelas parcerias de projetos de pesquisas e extensão estabelecidas com essa instituição.

Por conseguinte, este estudo foi delineado com a finalidade de analisar e correlacionar a CSP e a QVP de trabalhadores de enfermagem e *a posteriori* implementar estratégias de intervenção, que fortaleçam a segurança no cuidado, como também, que contribuam para melhorar a saúde do trabalhador, favorecendo, desse modo, a segurança dos pacientes e dos trabalhadores e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços de saúde.

OBJETIVOS DO ESTUDO

OBJETIVO GERAL:

- ❖ Analisar a relação entre a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) e a Qualidade de Vida Profissional (QVP) de trabalhadores de enfermagem.

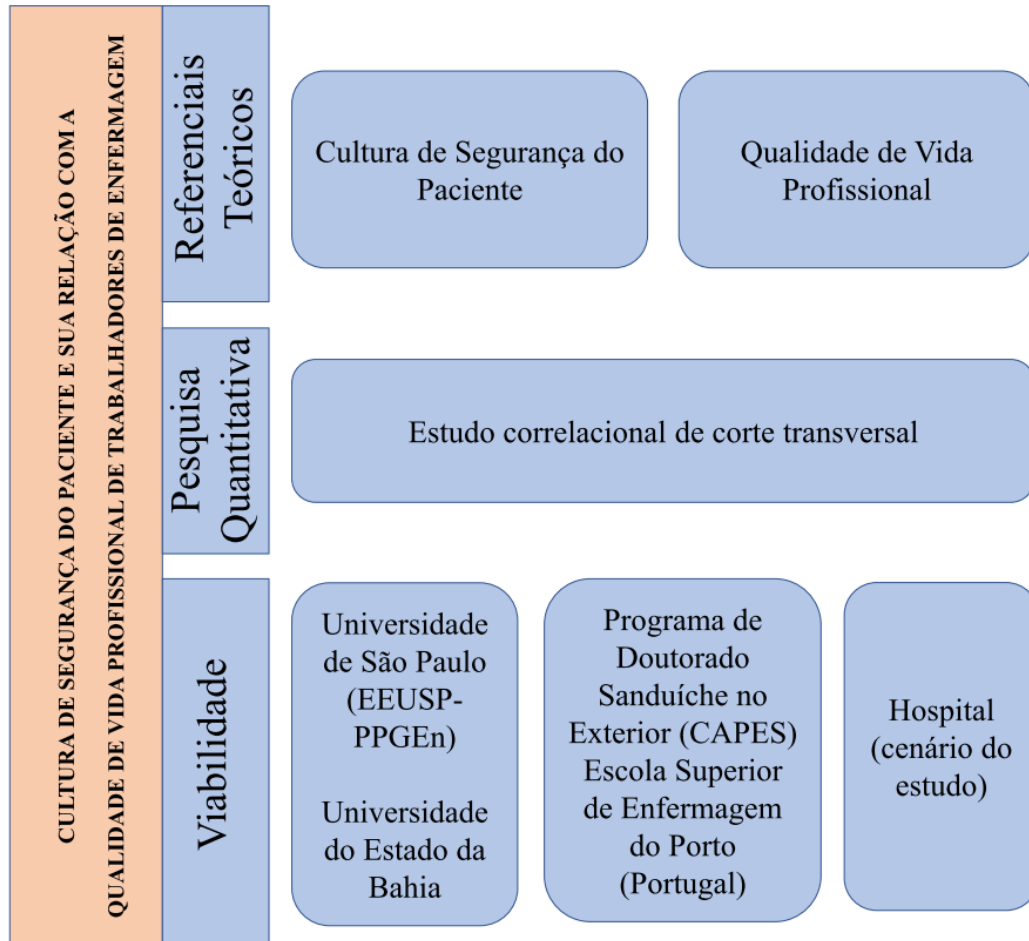
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❖ Mensurar a percepção dos trabalhadores de enfermagem em relação à CSP;
- ❖ Averiguar a QVP dos trabalhadores de enfermagem;
- ❖ Identificar a associação da CSP e a QVP dos trabalhadores de enfermagem com variáveis sociodemográficas e profissionais;
- ❖ Verificar a associação entre a CSP e a QVP dos trabalhadores de enfermagem.

EIXOS NORTEADORES

A Figura 1 explicita o percurso percorrido neste estudo pautado em três eixos norteadores.

Figura 1 –Esquema do desenvolvimento desta investigação



CAPÍTULO 1
SEGURANÇA DO PACIENTE NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

As organizações de saúde configuram-se como sistemas complexos tanto do ponto de vista clínico, devido aos pacientes e suas demandas, como em relação aos diferentes níveis de atenção e atores que envolvem a sua prática. Essas características podem favorecer resultados incertos, por vezes, expressos por erros e complicações com altos custos e crescentes graus de insatisfação por parte da população assistida e dos próprios trabalhadores de saúde (Fragata, Sousa, Santos, 2019).

Diante de tal complexidade, é necessário refletir acerca de quais fatores podem estar relacionados com a produção em saúde. Segundo os autores supracitados, os resultados providos pelos serviços de saúde podem ser determinados por: fatores relacionados a dificuldade da atividade, como a gravidade da doença ou complexidade do procedimento; fatores relacionados ao ambiente no qual a atividade é desenvolvida, que contempla as condições de trabalho, o dimensionamento de pessoal e a pressão que estão submetidos; fatores de performance, tanto individual, quanto da equipe e da própria organização; e por fatores aleatórios que correspondem a uma variação não explicável.

Assim, compreender o processo de trabalho nas organizações de saúde, bem como, os resultados providos, perpassa pelo entendimento da sua complexidade, sendo relevante perceber seus níveis de atenção e assistência prestada, os seus modelos de gestão, as relações estabelecidas pelos trabalhadores de saúde e as condições de trabalho, e, especialmente, os riscos aos quais os pacientes estão expostos.

Tendo as organizações de saúde como premissa básica a produção de serviços com qualidade, desponta neste contexto, a segurança dos pacientes, que se configura atualmente como uma grande preocupação global, pois visa a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à assistência à saúde (*World Health Organization - WHO*, 2009).

Desde o início do movimento em prol da segurança do paciente, gestores e profissionais de saúde vêm discutindo o quanto a atividade de assistência à saúde é complexa e dinâmica, e o quanto pode expor os pacientes a riscos. Quando esses riscos não são bem gerenciados e, portanto, quando não são instituídas barreiras sólidas para impedi-los, poderão ocorrer incidentes na segurança do paciente. Esses incidentes são eventos ou circunstâncias que possam ter resultado ou resultaram em dano desnecessário ao paciente e revestem-se em pontos cruciais dentro do serviço de saúde, pois, medidas devem ser implementadas, visando sua prevenção e mitigação. Nesse cenário, inclui-se os incidentes sem danos; os *near miss*, conhecidos como quase erros ou quase falhas; e os incidentes com danos, classificados como eventos adversos – EA (WHO, 2009).

Compreender como e porque esses incidentes ocorrem é essencial; sob essa ótica, Lawton et al. (2012) desenvolveram uma estrutura de fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes em ambientes hospitalares, apresentando um diagrama com os fatores contributivos, descrevendo os domínios como uma série de círculos concêntricos, com as falhas ativas ao centro, os fatores situacionais, as condições do local de trabalho, os fatores organizacionais e, por fim, os fatores externos. A partir de suas análises conseguiram identificar os cinco fatores contributivos com maior frequência para a ocorrência dos incidentes: 1 “Falhas Ativas”: qualquer falha de performance ou comportamento como deslizos, lapsos, erros e quebra de protocolos instituídos; 2 “Fatores Individuais”: características pessoais que podem predispor a ocorrência de falhas ativas, como estresse, inexperiência, personalidade e atitudes; 3 “Sistema de Comunicação”: efetividade dos processos e sistemas que visam compartilhar as informações entre as equipes, pacientes, serviços e departamentos. Esse aspecto inclui tanto os sistemas de comunicação escrita quanto verbal; 4 “Equipamentos e Suprimentos”: disponibilidade e funcionamento dos equipamentos e suprimentos; e 5 “Gestão de Pessoas”: a gestão adequada com a alocação de pessoal para garantir a combinação de habilidades necessárias e dimensionamento de pessoal para o volume de trabalho.

Esses dados apontam que a ocorrência dos incidentes de segurança do paciente no ambiente hospitalar é multifatorial. Entretanto, há destaque para as falhas ativas e fatores individuais, portanto, para as ações executadas pelas pessoas que estão na prestação direta dos cuidados. Esses aspectos são relevantes quando se trata da implementação das políticas organizacionais, que visem melhorar a qualidade da assistência, pois, evidenciam a importância de investir nas pessoas.

A *National Patient Safety Foundation (NPSF)* em 2015 chamou a atenção de que a questão da segurança do paciente configura-se como um importante problema de saúde pública e que apesar dos avanços, os danos causados por eventos evitáveis continuam frequentes nos ambientes de assistência e em todas as populações de pacientes (NPSF, 2015).

Dados do sistema de notificação de incidentes relacionados à segurança do paciente do Brasil revelaram a ocorrência 330 536 incidentes de segurança do paciente de março de 2014 a junho de 2019, com 8 506 graves e 1 694 óbitos. A maioria foi notificada pela região Sudeste, pelas organizações hospitalares e se enquadravam nas categorias “Outros”, que englobam perda de sondas, flebites, notificações envolvendo cateter venoso e medicamentos; e “Falha durante à Assistência à Saúde” (Brasil, 2019).

O II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar do Brasil, publicado em 2018, revelou que a prevalência de pacientes acometidos por EA foi de 6,4% no Sistema Único de

Saúde (SUS) e 7,1% na Saúde Suplementar, com mortalidade 22,8% e 12% respectivamente, sendo a prevalência de EA graves de 1,9% no SUS com mortalidade 37% e 1,4% na Suplementar com mortalidade de 28,8%. Os EA graves determinaram o aumento no tempo médio de permanência para 16,4 dias no SUS e 10,5 dias na Suplementar. Dentre os grupos assistidos, os recém-nascidos prematuros e os idosos foram as populações com maior prevalência de EA graves. A incidência de óbito foi acima de 20% em pacientes expostos a um dos grupos de EA grave e a mortalidade atribuível aos EA graves, que são preveníveis foi 30,5% no SUS e 36,1% na Suplementar (Couto et al., 2018).

Adler et al. (2018) avaliaram o impacto dos danos sofridos por pacientes internados em 24 hospitais dos Estados Unidos da América no período de 2009 a 2012. Dos casos avaliados, 25,7% dos pacientes sofreram algum dano, desses 13,4% foram danos temporários. Os pacientes com danos aumentaram os custos e dias de permanência no hospital, sendo que o dano estava associado ao aumento do risco de mortalidade e risco para readmissão em 30 dias. Durante a pesquisa, os danos decresceram e os autores conseguiram estimar a economia relacionada a redução dos danos extrapolando para a população total dos hospitais, sendo esta economia de US \$ 108 milhões em custo total, US \$ 48 milhões em custo variável, US \$ 18 milhões em margem de contribuição e 60.000 dias de internação. Portanto, o estudo demonstrou que a redução de danos hospitalares está associada a um menor tempo de permanência, menor mortalidade e redução de readmissão, além de estar associado a custos mais baixos e maior margem de contribuição para hospitais. Dessa maneira, reduzir os danos é benéfico em termos financeiros e clínicos.

Todos esses dados demonstram o quão relevante é a questão da diminuição dos incidentes, especialmente, os que causam danos, tanto pela preservação da vida das pessoas como pela necessidade da sustentabilidade das organizações de saúde.

Nesse enlace, o NPSF (2015) abordou que para acelerar a melhoria da segurança do paciente 15 anos depois de primeiro relatório que tratou deste tema, o *“To Err Is Human”*, é necessário investir em intervenções específicas com foco em oito principais recomendações:

Quadro 1.1 – Recomendações da *National Patient Safety Foundation-NPSF* para acelerar a melhoria da segurança do paciente

(continua)

RECOMENDAÇÕES	DESTAQUES
1 Garantir que os líderes estabeleçam e mantenham uma cultura de segurança	<ul style="list-style-type: none"> • Essa recomendação foi considerada a mais importante; • A importância da mudança da cultura precisa ser considerada em primeiro plano, em vez de ser tratada como uma entre várias atividades; • Deve-se enfatizar a liderança para estabelecer uma cultura de segurança como a base para obter a segurança global no sistema; • Pode-se prever o desenvolvimento de um “pacote cultural”, esse pacote incluiria estratégias baseadas em evidências que a liderança e as equipes poderiam implementar para conduzir uma mudança cultural significativa.
2 Criar supervisão centralizada e coordenada da segurança do paciente	<ul style="list-style-type: none"> • A otimização das iniciativas de segurança do paciente exige envolvimento, coordenação e supervisão de órgãos dirigentes nacionais e outras organizações de segurança; • Uma abordagem coordenada deve incluir colaboração entre organizações públicas e privadas cujas atividades apoiem a segurança do paciente. Essa colaboração incluiria definição de prioridades, identificação de riscos e criação e disseminação de melhores práticas.
3 Criar um conjunto comum de métricas de segurança que reflitam resultados significativos	<ul style="list-style-type: none"> • Medição é fundamental para promover melhorias; • Ao pensar em prevenção, é necessário mais e melhores formas de identificar e medir os riscos e perigos em tempo real, ou proativamente, para intervir potencialmente antes que um incidente ocorra; • É necessário estabelecer métricas padrão que cubram todo o universo da assistência à saúde.
4 Aumentar o financiamento de pesquisa em segurança do paciente e na ciência da implementação	<ul style="list-style-type: none"> • É necessário investir em pesquisadores para conduzir pesquisas de segurança do paciente e educar os trabalhadores da saúde em ciência da implementação para conduzir iniciativas de melhoria na prática assistencial; • Uma pesquisa substancial em segurança e ciência da implementação vai exigir o compromisso de recursos financeiros sustentados; • A falta de fundos disponíveis para pesquisa e a precariedade dos fundos disponíveis são sérios obstáculos à melhoria da segurança do paciente.

Quadro 1.1 – Recomendações da *National Patient Safety Foundation-NPSF* para acelerar a melhoria da segurança do paciente

(continuação)

<p>5 Abordar a segurança em todo o universo da assistência à saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os pacientes merecem assistência segura em todos os locais que são assistidos; • As organizações de saúde precisam de melhores ferramentas, processos e estruturas para oferecer assistência com segurança e avaliar a segurança da assistência em vários ambientes; • São necessárias pesquisas mais aprofundadas para caracterizar mais completamente os riscos em todos os ambientes de assistência à saúde.
<p>6 Apoiar os trabalhadores da assistência à saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A segurança dos trabalhadores, bem como o seu estado emocional e bem-estar são absolutamente necessários para fornecer assistência segura; • Alegria no trabalho e maior segurança são possíveis se os profissionais de saúde forem suficientemente apoiados nos seus esforços para fornecer assistência segura e eficiente; • O apoio deve incluir oportunidades de treinamento contínuo relativo a ferramentas e métodos de melhoria da qualidade, cultura de segurança e ciência da implementação, além de resiliência e de estratégias para lidar com comportamentos perturbadores.
<p>7 Associar-se a pacientes e famílias para promover a assistência</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes e famílias precisam estar ativamente engajadas em todos os níveis da assistência à saúde; • Em décadas passadas, os pacientes podem ter sido desencorajados de serem participantes ativos da sua assistência, hoje entende-se que a assistência ideal depende de um envolvimento ativo dos pacientes e das suas famílias.
<p>8 Garantir que a tecnologia seja segura e otimizada para aumentar a segurança do paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • As organizações de assistência à saúde vêm adotando cada vez mais essas novas tecnologias, e esse desenvolvimento tem implicações para a segurança do paciente; • O amplo uso da Tecnologia da Informação (TI) na saúde levou a reduções comprováveis de erros, entretanto pode potencialmente introduzir novos incidentes, como erros de fadiga de alarmes, identificação errônea de paciente, copiar e colar, ou defeito de software. • Portanto, otimizar os benefícios e minimizar as consequências involuntárias da TI na saúde é fundamental.

(conclusão)

Fonte: National Patient Safety Foundation. Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human. Boston; 2015.

Em consonância, o documento intitulado “Segurança do Paciente 2030” publicado pelo *Patient Safety Translational Research Centre at Imperial College London and Imperial College Healthcare* em 2016, assim como, o NPSF aborda uma avaliação de como a segurança do paciente se apresenta depois de uma década e meia do primeiro relatório “*To Err Is Human*” e revela desafios para os próximos 15 anos. Segundo as autoras do “Segurança do Paciente 2030”, o objetivo de tornar os cuidados mais seguros une profissionais e pacientes, sendo a segurança um componente essencial de qualquer iniciativa de qualidade e que apesar de muitos avanços, muitos erros evitáveis ocorrem nos serviços de saúde ao redor do mundo (Yu et al., 2016).

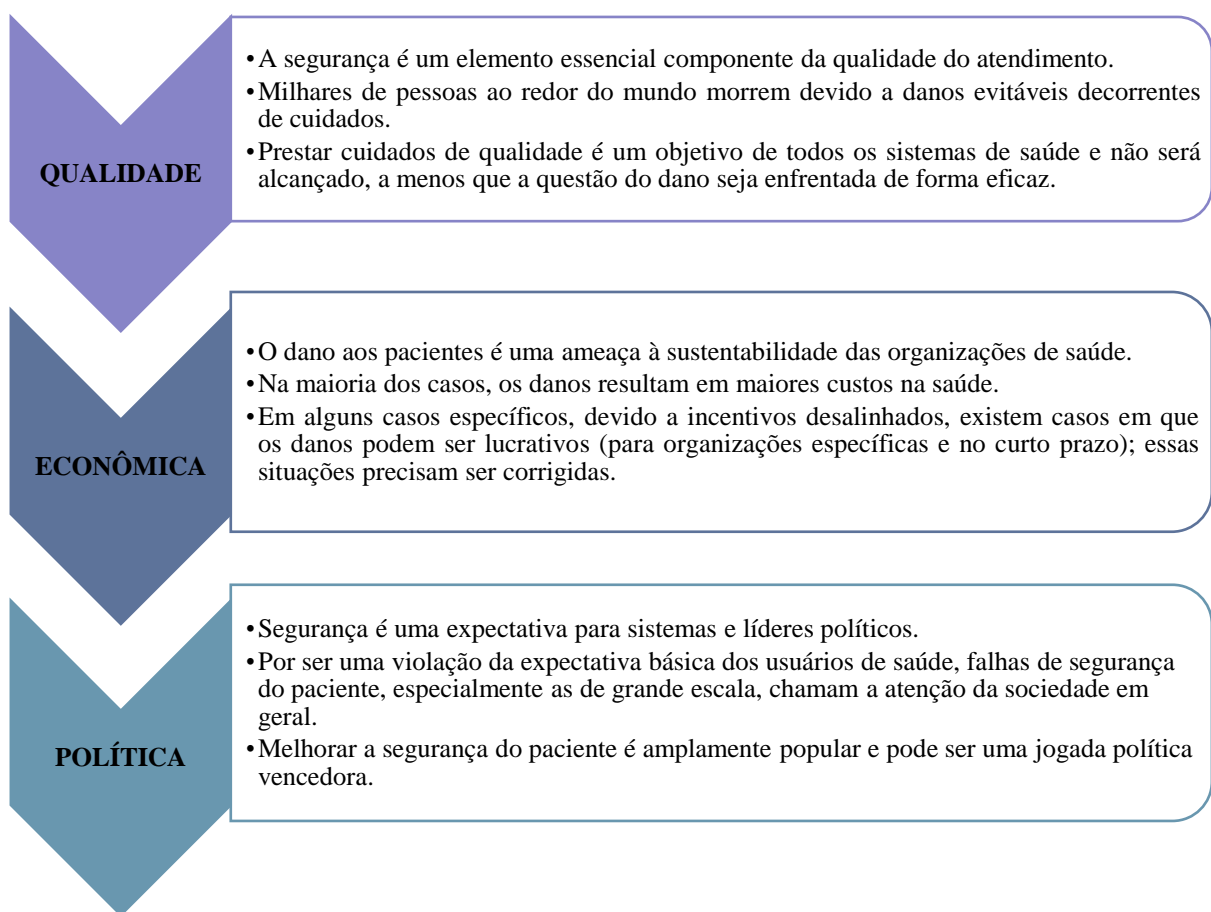
O citado documento destaca quatro pilares para uma estratégia de segurança do paciente:

- ✓ **Abordagem sistêmica:** a redução de danos deve ser integrada e implementada no nível do sistema;
- ✓ **Cultura de segurança:** relaciona-se ao fato de os sistemas e organizações de saúde priorizarem a qualidade e a segurança, por meio de uma visão inspiradora e do reforço positivo, não por culpa e punição. Afirma que embora difícil, transformar a cultura de uma organização é uma condição necessária para melhorias duradouras, tornando-se imperativo que os líderes equilibrem a cultura não punitiva com a cultura da responsabilização;
- ✓ **Pacientes como verdadeiros parceiros:** refere que organizações de assistência à saúde devem envolver pacientes e profissionais na segurança como parte da solução, não simplesmente como vítimas ou culpados;
- ✓ **Tendência para a ação:** enfatiza que as intervenções devem ser baseadas em evidências robustas. No entanto, quando faltam evidências ou essas são incipientes, deve-se proceder com uma tomada de decisão cautelosa e fundamentada, em vez de permanecer na inércia.

Além desses pilares, o citado documento afirma que para a efetivação da segurança é necessário um compromisso mundial, devendo ser uma meta compartilhada em todos os sistemas de saúde. Entretanto, essas autoras revelam a existência de um potencial inexplorado significativo nesse movimento, devendo envolver três aspectos: o **global** - incluir os países de baixa e média renda que até agora não foram envolvidos efetivamente; o **focado** - enquanto a segurança é um objetivo comum em todos os países, alguns problemas são mais dependentes do contexto local e exigem soluções individualizadas. A colaboração internacional deve se concentrar na identificação de tendências relevantes e na conscientização de problemas comuns, incluindo a medição de um conjunto principal de indicadores e, finalmente, o **coordenado**, a fim de maximizar seu impacto e evitar a duplicação de esforços (Yu et al., 2016).

Por mais que a busca pela segurança do paciente seja óbvia, devido a certeza de que nenhum serviço de saúde tenha o intuito de prejudicar um paciente, é importante ter em mente que em um cenário no qual existem diversas prioridades concorrentes é útil descrever as razões pelas quais a segurança deva estar no topo das prioridades (Yu et al., 2016). A figura a seguir apresenta as razões para a priorização da segurança dos pacientes relacionadas às questões de qualidade, econômicas e políticas:

Figura 1.1 – Priorização para a segurança dos pacientes relacionadas à qualidade, economia e política conforme o relatório “Segurança do Paciente 2030”



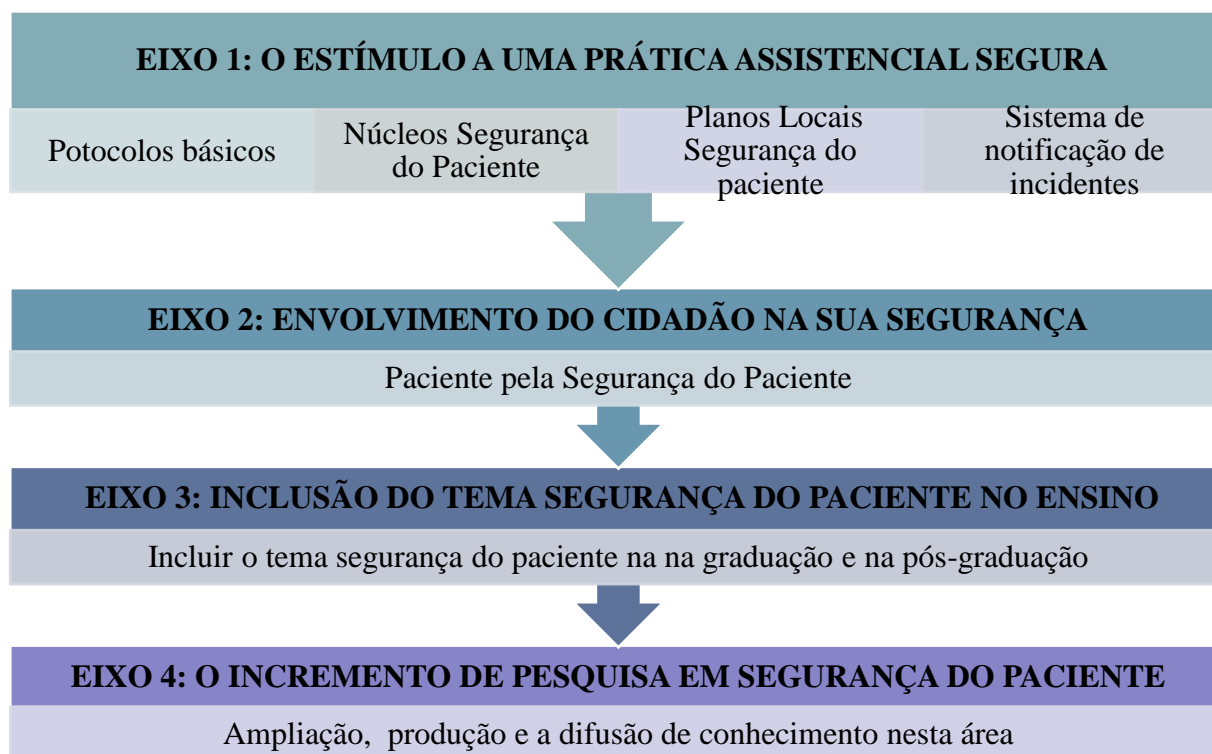
Fonte: Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. Patient Safety 2030. London, UK: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre; 2016.

É notório que diversas iniciativas vêm sendo desenvolvidas ao redor do mundo para implementar medidas e estratégias para melhorar a qualidade na assistência e potencializar a sua segurança no âmbito dos cuidados, assim como, para fortalecer a cultura das notificações com caráter educativo e construtivo, sendo uma possibilidade de identificação de pontos de melhoria no sistema de saúde.

Nessa perspectiva, no Brasil destaca-se Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº. 63 de 2011 que dispõe sobre Boas Práticas de Funcionamento em serviços de saúde que incluem o Gerenciamento da Qualidade e Ações para a Segurança do Paciente. Esta RDC afirma que o serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para Segurança do Paciente, tais como: I. Mecanismos de identificação do paciente; II. Orientações para a higienização das mãos; III. Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionada à assistência à saúde; IV. Mecanismos para garantir segurança cirúrgica; V. Orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes; VI. Mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes; VII. Mecanismos para a prevenção de lesões por pressão; e VIII. Orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada (Brasil, 2011).

No entanto, em 1º de abril de 2013 o Ministério da Saúde publica a Portaria nº. 529 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). O PNSP tem como objetivo principal contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (Brasil, 2013a). O PNSP foi estruturado em quatro eixos conforme explicitado na Figura 1.2.

Figura 1.2 – Eixos do Programa Nacional de Segurança do Paciente do Brasil



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2014.

No contexto do Eixo 1 tem-se a criação dos protocolos básicos, os quais foram elaborados a partir da publicação das metas nacionais de segurança do paciente: Identificação correta do paciente; Comunicação eficaz entre os profissionais; Segurança na prescrição, uso e administração de medicações; Cirurgia segura; Higienização das mãos; e Prevenção de quedas e lesão por pressão (Brasil, 2013b; Brasil, 2013c).

O PNSP previu a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) baseando-se nos seguintes princípios e diretrizes: I A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; II A disseminação sistemática da cultura de segurança; III A articulação e a integração dos processos de gestão de risco e IV A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde. Dentre as suas funções, os NSP são responsáveis pela criação e implementação do Plano Local de Segurança do Paciente, pelo fortalecimento da cultura de segurança e pelo monitoramento dos incidentes ocorridos, como também pela sua notificação obrigatória e mensal ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVG) (Brasil, 2013d).

A notificação pelo NSP à SNVG é realizada pelo Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) e cabe à gestão municipal, distrital, estadual e nacional definir no universo notificado, quais incidentes e eventos serão priorizados para a determinação de metas e políticas públicas de saúde. No âmbito nacional, são considerados prioritários para a notificação e investigação os eventos considerados graves e que resultaram em óbito do paciente (Brasil, 2015).

Ainda, o PNSP contemplou a necessidade de inclusão dos pacientes nos processos decisórios sobre o seu tratamento, indo ao encontro da campanha mundial “Paciente pela Segurança do Paciente” e enfatizou a necessidade de incluir a temática “Segurança”, nos cursos do ensino técnico, de graduação e de pós-graduação, assim como no desenvolvimento de pesquisas, fornecendo, desse modo, subsídios para a melhoria dos indicadores na área de saúde (Brasil, 2014).

Diante do exposto, e das iniciativas visando mitigar os incidentes de segurança do paciente e melhorar a qualidade da assistência, pode-se perceber que a cultura de segurança do paciente se revela como crucial. As iniciativas internacionais e nacionais apontam o fortalecimento de uma cultura proativa, justa e não apenas punitiva como fator importante para a prevenção de danos aos usuários dos estabelecimentos de saúde.

1.1 CULTURA ORGANIZACIONAL E A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A palavra cultura deriva da ideia de cultivo e relaciona-se ao padrão de desenvolvimento refletido no sistema de conhecimento, ideologia, valores, leis e rituais diários de uma sociedade. Assim sendo, embutido no conceito de cultura está o entendimento de que os diferentes grupos de pessoas têm diferentes modos de vida (Morgan, 2007).

A cultura pode ser definida como um padrão de pressupostos básicos compartilhados e aprendidos por um grupo à medida que resolveu seus problemas de adaptação externa e integração interna, que funcionou bem o suficiente para ser considerado válido e, portanto, para ser ensinado aos novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas (Schein, 2006).

Conforme Schein e Schein (2017), apesar de envolver complexidade, o conceito de cultura abarca alguns elementos entendidos como o DNA cultural, são eles: as crenças; os valores; e os comportamentos desejados, sendo que à medida que esses aspectos são incorporados pelas pessoas tornam-se inegociáveis e se transformam em suposições básicas tidas como certas e apropriadas. De acordo com estes autores, a cultura pode ser avaliada a partir de três níveis, o primeiro diz respeito aos artefatos, que são as estruturas e processos visíveis e perceptíveis e os comportamentos observados; o segundo trata das crenças e valores adotados, que se refere aos ideais, objetivos, aspirações e ideologias; e por fim, o terceiro, que engloba princípios fundamentais básicos que perpassam aspectos inconscientes.

Em relação à cultura organizacional, Kurcgant e Massarolo (2016) afirmam que esta é caracterizada como elemento da estrutura informal da instituição que perpassa toda a dinâmica organizacional, concretizando-se nas relações interpessoais, em que a subjetividade, a intersubjetividade, os valores e as crenças individuais, bem como, os interesses particulares e institucionais, constituem a argamassa que dá textura e significado ao trabalho que é desenvolvido.

Nessa direção, uma revisão sistemática que descreveu as concepções de cultura organizacional, analisou 71 artigos e as classificou em cinco subcategorias: “Valores e crenças organizacionais” refere-se à motivação que permite ao trabalhador cumprir os objetivos esperados da organização; “Atitude organizacional” relaciona-se aos sentimentos, crenças e valores que se apresentam na organização, bem como a predisposição da pessoa a se comportar de determinada maneira, portanto, faz alusão aos sistemas cognitivos individuais, que quando

aceitos e seguidos, são formalizados na organização permitindo facilitar a efetiva tomada de decisões no futuro; “Identidade organizacional” faz referência a tudo que permite a organização se destacar como única e diferente, possibilitando tangibilizar as crenças, atributos e valores apreendidos pelos trabalhadores e refletidos em seu trabalho; “Empresarial” define cultura organizacional como a institucionalização de uma estrutura na qual se pretende melhorar a eficácia e eficiência do desempenho, buscando normas, atitudes e comportamentos a serem reproduzidos, a fim de controlar os comportamentos dos trabalhadores. Esta subcategoria concebe a cultura organizacional como estratégia para gerar sucesso empresarial, a partir da gestão de recursos humanos tanto relacionada a processos seletivos, remuneração e promoções, quanto a gestão de talentos que valoriza as competências que os trabalhadores possuem; e por fim “Aprendizagem organizacional” que diz respeito à necessidade dos trabalhadores adquirirem, criarem, atualizarem, compartilharem e renovarem os conhecimentos necessários ao desenvolvimento de suas atividades. Sob essa ótica, a cultura organizacional é vista como uma forma de aprendizagem, que permite resolver situações internas e externas à organização (González-Limas et al., 2018).

A cultura é um aspecto essencial no estudo das organizações e de acordo com Morgan (2007), essas organizações podem ser consideradas mini sociedades que têm seus próprios padrões específicos de cultura e subculturas. Algumas desempenham as suas atividades de maneira unida, acreditando no trabalho em equipe, enquanto outras podem ser fragmentadas e divididas em grupos que vêem o mundo de maneiras diferentes ou que têm diferentes aspirações quanto ao que a organização deveria ser. Esses padrões de crença ou significado compartilhado, fragmentados ou integrados e apoiados por normas operacionais e rituais, podem exercer influência decisiva sobre a habilidade geral de uma organização em relacionar-se com os desafios que tem que lidar.

Mannion e Davies (2018) advogam que a cultura organizacional é relevante para melhoria da qualidade nas organizações de saúde e abordam que, na área hospitalar, os aspectos dessa cultura podem refletir uma visão compartilhada e comumente compreendida, manifestada em padrões de cuidado, segurança e risco. Ainda, apontam que as pessoas responsáveis pelos processos de melhoria precisam compreender a dinâmica social que sustentam e reforçam as práticas existentes e a prontidão para a mudança.

Dessa forma, os autores supracitados revelam que alguns grupos de trabalhadores se destacam na articulação e execução de valores e práticas desejáveis, que podem ser úteis para as metas organizacionais, enquanto outros subgrupos podem trabalhar ativamente para minar as mudanças promovidas (frequentemente interpretadas como contraculturas). Por fim,

concluem que compreender essa diversidade subcultural deve ser uma parte essencial de qualquer avaliação na busca de melhoria da qualidade.

No cenário da cultura organizacional encontra-se inserida a cultura de segurança da organização. O *Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations* foi o primeiro a conceituar a cultura de segurança após a tragédia ocorrida na usina nuclear de Chernobyl, na Ucrânia, sendo esse conceito adaptado por Nieva e Sorra (2003, p.18) para o contexto de segurança nas organizações de saúde como:

A cultura de segurança de uma organização é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão de saúde e segurança de uma organização.

Para essas autoras, para alcançar uma cultura de segurança é necessário a compreensão dos valores, crenças, e normas sobre o que é importante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança são esperadas e apropriadas. Afirmam, também, que organizações com cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações baseadas na confiança mútua, por percepções compartilhadas da importância da segurança e pela confiança na eficácia de medidas preventivas (Nieva e Sorra, 2003).

Em se tratando da Cultura de Segurança do Paciente (CSP), o *European Society for Quality in Healthcare* a define como um modelo integrado de comportamento individual e organizacional, baseado em crenças e valores comuns, que de maneira contínua visa minimizar danos ao paciente (Kristensen, Mainz, Bartels, 2007).

Em complementariedade, a CSP diz respeito ao gerenciamento e valores da equipe, aos sentimentos e normas sobre o que é importante na organização de cuidados a saúde, como os membros da equipe devem se comportar, quais as atitudes e ações são apropriadas ou inapropriadas e quais os processos e procedimentos devem ser revistos com relação à segurança do paciente (Sorra, Dyer, 2010).

De acordo com o PNSP, a CSP configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização (Brasil, 2013a), a saber: 1. Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; 2. Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; 3. Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; 4. Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes,

promove o aprendizado organizacional; e 5. Cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

A CSP destaca-se, portanto, dentro da cultura organizacional, pois reflete o comprometimento dos profissionais e da gestão com a promoção perene de um ambiente de cuidado seguro e influencia comportamentos e resultados de segurança (Reis, 2014).

Fragata, Sousa e Santos (2014) abordam que a cultura de segurança aplicada à saúde deve estar interiorizada nos trabalhadores residindo nas equipes e integrando as organizações. Revelam que existem ambientes de cultura setoriais, mas cujos valores serão comuns e terão como base uma atitude permanente de notificação sem culpa, de avaliação sistêmica com aprendizagem, permitindo a geração de conhecimento aplicável. Ainda, trazem que a cultura de segurança deve basear-se na proatividade em relação aos eventos possíveis e na resiliência da organização.

No contexto da segurança do paciente, a resiliência pode ser entendida como o grau em que um sistema continuamente impede, detecta, mitiga ou ameniza riscos ou incidentes. A resiliência permite que uma organização recupere a sua capacidade original de prestar atendimento o mais rápido possível após ocorrer um dano a um paciente (WHO, 2009).

Reis (2014) traz que um aspecto fundamental nas ações para o alcance da qualidade da assistência é, portanto, o desenvolvimento da cultura de segurança, salientado que o conceito de segurança do paciente privilegia o pensamento sistêmico. Este pensamento aborda as deficiências do sistema de prestação de cuidado em sua concepção, organização e funcionamento, como os principais fatores responsáveis pela ocorrência de danos, em vez de culpabilizar os trabalhadores de maneira isolada.

O modelo que melhor responde às necessidades de modulação de um sistema complexo, como o da prestação de cuidados de saúde, será o que contempla a informação e a incentivação. A informação deve fluir livremente a todos os níveis, por exemplo, a notificação de incidentes ocorridos, que levará a aprendizagem e ao redesenho do sistema. Essa notificação deve ser feita sem culpabilização, voltada para o sistema, e não para o indivíduo, servindo sempre à aprendizagem, que leva ao conhecimento, feito ferramenta de segurança adaptativa (Fragata, Sousa e Santos, 2019, p.28).

A *World Alliance for Patient Safety* assegura que esse aprendizado é um pré-requisito para uma cultura de segurança, sendo que esse processo perpassa várias técnicas de auditoria, como medidas proativas de processo, que são projetadas para identificar as dimensões organizacionais que mais necessitam de remediação e acompanhar o progresso subsequente. Advoga, ainda, que as questões de segurança variam de uma situação para outra, mas,

geralmente, incluem questões genéricas como trabalho em equipe, comunicação, protocolos, dimensionamento de pessoal e programação, gerenciamento de projeto e manutenção. E por fim, refere que pesquisas devem ser direcionadas a como os fatores organizacionais se combinam com os fatores humanos para afetar a segurança do paciente (WHO, 2008).

Cabe salientar, que muitas vezes, a cultura das organizações de saúde incorpora dois fatores, que se configuram como obstáculos para a melhoria na cultura de segurança; primeiro, a crença de que árduas capacitações conseguiriam levar os profissionais de saúde a realizar as atividades de forma perfeita; e, segundo, uma tendência a estigmatizar e sancionar a falibilidade, sendo o erro equiparado a incompetência. Juntas, essas influências generalizadas dificultam que os trabalhadores da saúde admitam seus erros ou aprendam com eles coletivamente (WHO, 2008).

Compreendendo que as organizações podem estar em momentos diferentes no que tange a cultura de segurança, Hudson (2003) elaborou um modelo de maturidade organizacional, que abarca cinco estágios:

- ✓ **Patológico:** organizações que se encontram neste estágio, não possuem ações na área de segurança. Sendo assim, a organização visa apenas atender à legislação. Os problemas de segurança são vistos como decorrentes do comportamento dos trabalhadores;
- ✓ **Reativo:** as ações da organização são realizadas somente após a ocorrência de um acidente. Neste estágio, as ações não são sistemáticas, e procuram apenas dar respostas aos acidentes visando remediar a situação;
- ✓ **Calculativo:** neste ponto a organização possui sistema para gerenciar riscos e as ações estão voltadas para quantificá-los. A segurança é gerenciada por sistemas administrativos, por meio de coleta de dados e as melhorias são dirigidas pelos gerentes;
- ✓ **Proativo:** é o desenvolvimento do estágio de transição para a cultura construtiva. A liderança da organização, com base nos valores organizacionais, conduz as melhorias contínuas. Desta forma, objetiva antecipar-se aos problemas, e os trabalhadores da organização são envolvidos, começando a tomar iniciativas para a melhoria da segurança;
- ✓ **Construtivo ou participativo:** este é o último grau de maturidade, no qual existe um sistema integrado através do qual a organização se baseia e se orienta para realizar seus processos de trabalho. A organização tem as informações necessárias para gerir o sistema de segurança e está constantemente tentando se aprimorar e encontrar as melhores formas de controlar os riscos. Nesse estágio, existe a participação ativa de trabalhadores de todos os níveis da organização.

Por conseguinte, as organizações podem amadurecer a sua cultura de segurança conforme forem se adequando e implementando medidas de gestão da segurança, visto que, a prevenção e mitigação de incidentes se torna mais eficaz nos estágios mais avançados como proativo e construtivo.

CAPÍTULO 2
TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL

O trabalho propicia, segundo a Organização Internacional do Trabalho-OIT (2019), sentido de identidade, de pertença e de propósito, ampliando as escolhas e permitindo aos seres humanos uma visão otimista sobre o próprio futuro; proporciona, ainda, a subsistência e a satisfação das necessidades dos indivíduos. Outrossim, o trabalho assume uma perspectiva coletiva ao proporcionar uma rede de relações e de interações que modelam a coesão social e a maneira como o mercado de trabalho é organizado desempenha um papel importante na determinação do nível de igualdade alcançado pela sociedade.

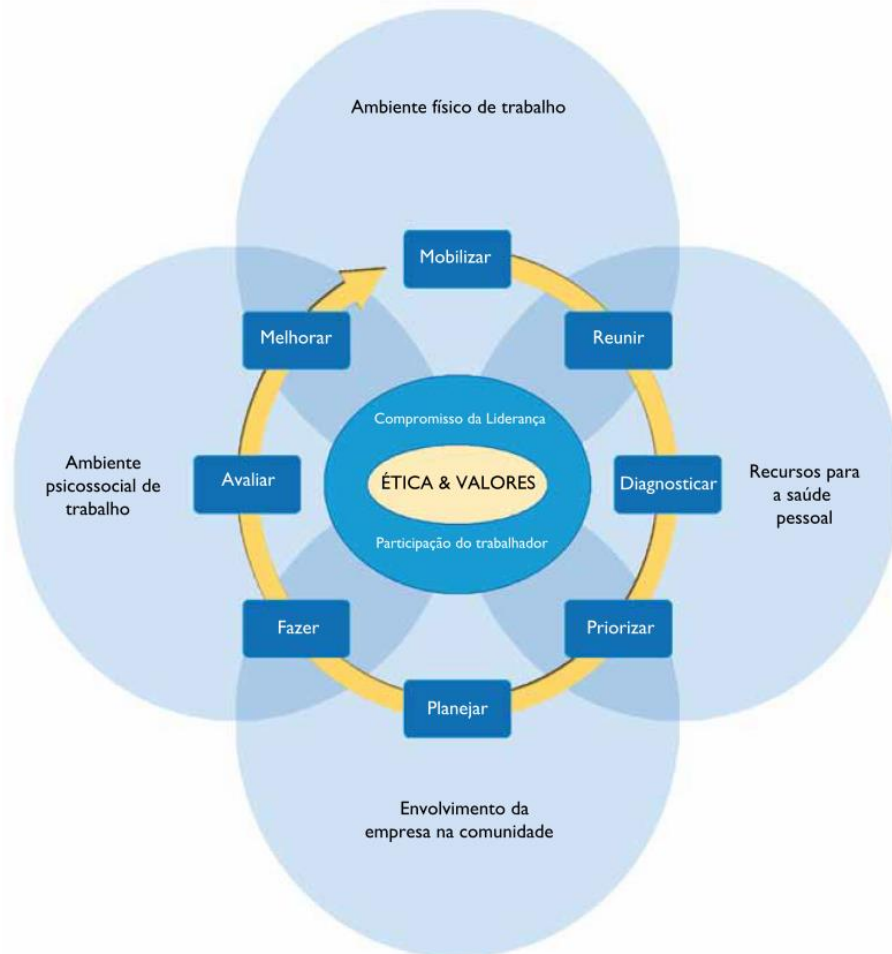
Para Areosa (2014), o trabalho é fundamental, pois, para além da construção de identidades, tanto individuais quanto sociais, o trabalho tem sua influência sobre as diferentes formas de convivência social, fazendo jus a uma constante reflexão ética. Conceitualmente, o trabalho é polissêmico e multifacetado, a despeito de poder conter regularidades na sua organização social, é entremeado de resistências e conflitos sendo dependente de afetos e emoções, estando repleto de diferentes formas de poder e dominação e suscetível de gerar quer coesão e emancipação, quer descompensação e mal-estar. Portanto, o trabalho é ambivalente, podendo ser compreendido de forma polarizada: entre o prazer que suscita e o sofrimento que produz.

Nessa ótica, apesar de seu papel essencial, o trabalho também pode ser perigoso, insalubre e mal remunerado, imprevisível e instável e, em vez de proporcionar uma maior confiança nas possibilidades humanas no mundo, pode fazê-los sentir física e emocionalmente reféns (OIT, 2019).

Com vistas a enfatizar a necessidade de se criar e manter ambientes de trabalho que fossem favoráveis à saúde do trabalhador, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2010 criou o modelo intitulado de “Ambientes de Trabalho Saudáveis: um modelo para ação”. Esse modelo define que um ambiente de trabalho saudável é aquele no qual os trabalhadores e os gestores colaboram para um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho. Leva em conta questões de segurança, saúde e bem-estar no ambiente psicossocial de trabalho, incluindo a organização do trabalho e a cultura organizacional; recursos para a saúde pessoal no ambiente de trabalho; e envolvimento da empresa na comunidade para melhorar a saúde dos trabalhadores, de suas famílias e outros membros da comunidade.

A Figura 2.1 retrata as quatro áreas nas quais as ações, preconizadas pela OMS, podem ser adotadas para promover um ambiente de trabalho saudável.

Figura 2.1 – Modelo de ambiente de trabalho saudável da Organização Mundial da Saúde: vias de influência, processo, e princípios essenciais



Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS). Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. Brasília: SESI/DN; 2010.

As áreas representadas podem ser assim entendidas:

- ✓ **Ambiente físico de trabalho:** refere-se à estrutura, condições do ar, maquinário, móveis, produtos, substâncias químicas, materiais e processos de produção no local de trabalho. Esses fatores podem afetar a segurança e saúde física dos trabalhadores, bem como sua saúde mental e seu bem-estar. Nessa área estão inclusos os riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, mecânicos, e os perigos relacionados à energia e à condução de veículos.
- ✓ **Ambiente psicossocial de trabalho:** diz respeito à cultura organizacional, bem como a ausência de políticas, normas e procedimentos relacionados à dignidade e respeito para com os trabalhadores, assédio e intimidação, discriminação de gênero, estigmatização, falta de apoio a estilos de vida saudáveis, estilo de gestão de comando e controle rígido, falta de apoio para um equilíbrio entre vida profissional e familiar e o medo da perda do emprego. Ainda, faz alusão

às práticas cotidianas da organização que interferem no bem-estar dos trabalhadores, destacando os problemas relacionados à organização do trabalho como sua demanda, pressão com relação ao cumprimento de prazos, flexibilidade nas decisões, recompensa e reconhecimento, apoio dos supervisores, clareza e concepção do trabalho e comunicação ineficaz.

✓ **Recursos para a saúde pessoal no ambiente de trabalho:** enfatiza a necessidade de recursos para a saúde pessoal, englobando os serviços de saúde, oportunidades, flexibilidade e outros ambientes de apoio que uma organização pode proporcionar aos trabalhadores para incentivar os seus esforços em melhorar ou manter estilo de vida saudável.

✓ **Envolvimento da empresa na comunidade:** as organizações exercem impacto sobre as comunidades nas quais atuam e são impactadas por estas. Dessa forma, a saúde dos trabalhadores é, também, profundamente afetada pelo ambiente físico e social da comunidade em geral na qual está inserida. Logo, a participação da organização na comunidade refere-se às atividades nas quais uma empresa pode participar, conhecimentos e recursos que pode prover para apoiar o bem-estar físico e social. Isso inclui especialmente os fatores que afetam a saúde física e mental, a segurança e o bem-estar dos trabalhadores e suas famílias.

Na compreensão da essencialidade do trabalho para a constituição da sociedade e diante da necessidade do fortalecimento de ações para manter ambientes laborais saudáveis, no Brasil foi elaborada, em 2012, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora possuindo como objetivos: fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde; promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis; garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador; ampliar o entendimento de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal; incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade; assegurar que a identificação da situação do trabalho da pessoa seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde; e assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS (Brasil, 2012a).

É nesse contexto, de trabalho e de saúde dos trabalhadores, que se insere o trabalho em saúde, que na sua essência contém especificidades e particularidades. Segundo Merhy e Franco (2008) o trabalho em saúde se realiza por meio do trabalho humano no exato momento em que é executado e determina a produção do cuidado. Apesar desse trabalho vivo, ele interage com

diversas tecnologias, como máquinas, normas, instrumentos e essa interação irá, de certo modo, configurar o modo de produzir o cuidado. Em relação as valises tecnológicas do trabalho em saúde, esses autores afirmam que podem se configurar em três: as tecnologias duras, entendidas como os instrumentos; o saber técnico estruturado, compreendido como as tecnologias leves; e as relações entre sujeitos configurando as tecnologias leves.

Nas sociedades de direito à saúde, como é o caso do Brasil, o trabalho em saúde deve basear-se pelo referente simbólico: ato de cuidar da vida, em geral, e do outro, como se isso fosse de fato a alma da produção da saúde. Assim, o trabalho em saúde toma como seu objeto central, o mundo das necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, expressos como demandas pelas ações de cuidado. Por fim, a finalidade para as práticas de saúde é a produção social da vida e a sua defesa (Merhy, Franco, 2008).

Cecilio e Lacaz (2012) revelam que o conceito de trabalho em saúde poderia ser resumido em uma única palavra que lhe confere singularidade e grandeza: “cuidar”. Nesse enlace, o trabalho em saúde produz o cuidado que as pessoas necessitam em algum momento da vida. Ratificam que cuidar, diminuir sofrimento, salvar vidas e contribuir para construção de uma existência produtiva e feliz configura-se como o cimento simbólico das organizações de saúde.

A respeito do cuidado em saúde, Pinheiro (2008, p. 113) advoga que:

‘Cuidado em saúde’ é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento – em grande medida fruto de sua fragilidade social, mas com qualidade e resolutividade de seus problemas. O ‘cuidado em saúde’ é uma ação integral fruto do ‘entre-relações’ de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. O cuidar em saúde é uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida.

Nessa reflexão, o trabalho em saúde e mais em específico o trabalho em enfermagem é fundamentalmente envolto no cuidado ao outro. E esse cuidado desponta na preservação do potencial saudável das pessoas dependente de uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si. Pelo cuidado ser um conceito amplo, pode incorporar diferentes significados, sendo que, por vezes quer dizer solidarizar-se e noutras, dependendo das circunstâncias, transmite uma noção de obrigação, dever e compromisso social. Prestar cuidado, quer no contexto pessoal quer no social, é uma virtude que integra os valores identificadores da profissão de enfermagem e compartilhar com outras pessoas experiências e oportunidades, em

particular as que representam o bem maior, a vida, constitui um dos fundamentos humanistas, que se configura na essência do cuidado de enfermagem (Souza et al., 2005).

Lima et al. (2005) apontam que o trabalho em enfermagem não pode ser apenas a reprodução de técnicas, fragmentado, impessoal e destituído de afeto, felicidade e solidariedade. O trabalho deve produzir vínculos entre os vários atores (pacientes, trabalhadores e instituições), assim sendo, precisa ser produtor de um tipo de acolhimento que potencialize as pessoas, os processos de trabalho, contribuindo para mudanças na concepção da saúde e do cuidado como um direito, inclusive do trabalhador.

Discorrer sobre o trabalho em enfermagem evoca refletir sobre os trabalhadores que o executam. A equipe de enfermagem desempenha papel essencial nos serviços de saúde, prestando cuidados diretos e contínuos aos pacientes. Desta forma, pelas características inerentes do trabalho e diante das condições de trabalho aos quais estão submetidos, esses trabalhadores estão expostos a cargas físicas e psíquicas que podem interferir na sua saúde e bem-estar (Seabra et al., 2019).

É bem verdade que esses trabalhadores se confrontam no seu cotidiano com os paradoxos vida e morte, saúde e doença, além de deparar-se com a dor física e emocional, com situações graves e complexas e, muitas vezes, com a precariedade no trabalho. Em vista disso, vivenciam constantemente sofrimentos, medos, conflitos, disputa de poder, ansiedade e estresse. Ainda, sofrem com questões organizacionais relacionadas à falta de autonomia e às longas jornadas de trabalho, podendo favorecer ao sofrimento pelo trabalho. Entretanto, apesar desses aspectos negativos, o trabalho proporciona vivências prazerosas, pois através dele, os trabalhadores constroem suas vidas, se inserem no mundo, não somente, como forma de sobrevivência, mas como forma de realização, tanto pessoal quanto profissional (Baldonado et al., 2018; Martins, Robazzi, Bobroff, 2010).

A ambivalência entre o prazer que o trabalho suscita e o sofrimento que produz é latente na enfermagem. Esses trabalhadores vivenciam com frequência situações de perda e luto envolvidas no seu processo de trabalho, pois, ao cuidar do outro, estabelecem relações afetivas, sendo que, quanto mais próxima essa relação, maior será o grau de sofrimento. Contudo, o trabalho também proporciona realização, sobrevivência e o reconhecimento da atuação dos profissionais de saúde, por parte da família e do paciente, permeando sentimento de orgulho e a sensação de dever cumprido (Areosa, 2018; Martins et al., 2010; Silva, Lage, Macedo, 2018).

Fundamentada nessa dualidade de sentimentos positivos e negativos gerados ou potencializados pelo trabalho, a psicóloga Beth Hudnall Stamm (Stamm, 2010) propôs o modelo que nomeou de “Qualidade de Vida Profissional”, que dissertamos a seguir.

2.1 QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL

Discorrer sobre o modelo teórico da Qualidade de Vida Profissional (QVP), que engloba a Satisfação por Compaixão e a Fadiga por Compaixão (*Burnout* e Estresse Traumático Secundário-ETS) requer um resgate histórico acerca dos constructos que constituíram esse modelo.

Charles Figley, expressivo estudioso da área de desenvolvimento humano, desde a década de 1970, vem dedicando seus estudos aos efeitos negativos do trauma nos profissionais que lidam com pacientes em sofrimento. Nessa época, o autor chamou esse fenômeno de uma forma de *Burnout* ou um de tipo de “vitimização secundária”, evidenciando que o trauma poderia estar ligado não só à vivência de um trauma diretamente, mas, também, que a pessoa poderia se traumatizar de forma secundária, apenas, por tomar conhecimento de um evento traumático.

À medida que os estudos sobre esse fenômeno foram se aprofundando o autor o nomeou de “estresse/fadiga por compaixão” ou “estresse/transtorno traumático secundário” e definiu esse estresse como comportamentos e emoções, conseqüentemente, naturais resultantes de saber de um evento traumatizante vivenciado por outra pessoa - um estresse resultante de ajudar ou querer ajudar um traumatizado ou uma pessoa em sofrimento. Figley (1995) refere que existe um custo no cuidado e defende que os profissionais que escutam histórias de trauma, medo, dor e sofrimento podem sentir sentimentos similares e sofrerem por cuidar desses pacientes. Assim, profissionais que trabalham centrados em aliviar o sofrimento dos pacientes inclui automaticamente a absorção de informação sobre sofrimento. Isso implica, frequentemente, em absorver o sofrimento e sofrer em si mesmo. Ainda, esse autor revela que os profissionais que apresentam em maior proporção a capacidade de sentir e expressar empatia tem um maior risco de desenvolver um “estresse/fadiga por compaixão” ou “estresse/transtorno traumático secundário”. Nesses casos, o estresse por compaixão seria causado por estar conectado a exposição de alguém em trauma e sofrimento e a fadiga um estado de exaustão e disfunção biológica, psicológica e social, resultante da exposição prolongada ao estresse por compaixão.

Nesse cenário de exposição a eventos traumatizantes, o “Transtorno de Estresse Pós-Traumático” (TEPT) era um fenômeno mais conhecido e relacionava-se a um transtorno apresentado por pessoas que vivenciavam um trauma de maneira direta. Figley (1995) com vistas a esclarecer as diferenças entre o TEPT e o “Transtorno/Estresse Traumático Secundário” apresentou critérios para a distinção entre os fenômenos, o que pode ser evidenciado no quadro a seguir.

Quadro 2.1 – Descrição das características do “Transtorno de Estresse Pós-Traumático” (TEPT) relacionado ao Trauma Primário e do “Transtorno/Estresse Traumático Secundário” relacionado ao Trauma Secundário

TRAUMA PRIMÁRIO	TRAUMA SECUNDÁRIO
<p>Estressor: Evento experienciado fora do leque das experiências humanas usuais marcadamente angustiante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Séria ameaça a si próprio • Destruição repentina de seus arredores 	<p>Estressor: Evento experienciado fora do leque das experiências humanas usuais marcadamente angustiante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Séria ameaça à pessoa traumatizada (PT) • Destruição repentina dos arredores da PT
<p>Reexperiência do evento traumático:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter lembranças do evento • Ter sonhos com o evento • Reviver repentinamente o evento • Sentir angústia ao lembrar do evento 	<p>Reexperiência do evento traumático:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter lembranças do evento da PT • Ter sonhos com o evento da PT • Reviver repentinamente o evento da PT • Sentir angústia ao lembrar do evento da PT
<p>Evitação/entorpecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esforço para evitar pensamentos/sentimentos • Esforço para evitar atividades/situações • Amnésia psicogênica • Interesse diminuído em atividades • Desapego/distanciamento de outras pessoas • Afeto diminuído • Sensação de futuro encurtado 	<p>Evitação/entorpecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esforço para evitar pensamentos/sentimentos • Esforço para evitar atividades/ situações • Amnésia psicogênica • Interesse diminuído em atividades • Desapego/distanciamento de outras pessoas • Afeto diminuído • Sensação de futuro encurtado
<p>Excitabilidade Persistente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo • Irritabilidade ou explosões de raiva • Dificuldade de concentração • Hipervigilância para si mesmo • Resposta exagerada de sobressalto • Reatividade fisiológica 	<p>Excitabilidade Persistente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo • Irritabilidade ou explosões de raiva • Dificuldade de concentração • Hipervigilância para com a PT • Resposta exagerada de sobressalto • Reatividade fisiológica

Fonte: Figley CR, editor. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: Brunner-Mazel; 1995. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview; p.1-20.

É possível observar as características que o TEPT e o ETS guardam entre si, essas se referem aos sintomas apresentados pelo indivíduo traumatizado. Entretanto, a origem estressora é distinta, uma vez que no TEPT a pessoa vivencia o trauma e na ETS a pessoa toma conhecimento do trauma vivenciado por outrem.

Uma vez entendido com mais profundidade o ETS e suas características, Figley (1995) tenta clarificar a distinção desse fenômeno em relação ao *Burnout*, pois, apesar de em algum momento ter chegado a perceber o ETS como um tipo de *Burnout*, o autor clarifica que são fenômenos distintos. Diferentemente do *Burnout* que se desenvolve de maneira gradual e é resultado de uma exaustão emocional, o ETS pode emergir de maneira repentina sem nenhum ou com pouco aviso prévio. O ETS possui um início mais rápido dos sintomas, havendo uma sensação de desamparo e confusão, todavia, apresenta uma taxa de recuperação mais rápida.

Em contrapartida, o *Burnout* foi descrito a princípio na literatura na década de 1970, através de estudos tendo como base a experiência de pessoas que trabalhavam em serviços sociais e de assistência à saúde - ocupações em que o objetivo é fornecer ajuda e serviço às pessoas necessitadas e, portanto, pode ser caracterizado por estressores emocionais e interpessoais. Os artigos iniciais foram escritos por Freudenberger (1975), um psiquiatra que trabalhava em uma agência de saúde alternativa, e por Maslach (1976), uma psicóloga social que estudava emoções no local de trabalho.

Freudenberger (1975) forneceu relatos diretos do processo pelo qual experimenta-se o esgotamento emocional, perda de motivação e comprometimento com o trabalho, e o rotulou com um termo usado coloquialmente para se referir aos efeitos do abuso crônico de drogas: "*Burnout*". Enquanto Maslach (1976) entrevistou diversos trabalhadores de serviços sociais sobre o estresse emocional no trabalho e descobriu que as estratégias de enfrentamento tinham implicações importantes para as pessoas.

Ao longo dos estudos sobre o *Burnout* foi verificado que a equipe profissional das instituições que prestam assistência às pessoas geralmente dispense um tempo considerável em intenso envolvimento com outras pessoas. Frequentemente, esta interação equipe-paciente é centrada nos problemas atuais do paciente que podem ser de cunho psicológico, social e físico e, portanto, carregada de sentimentos de raiva, medo ou aflição. As soluções para esses problemas nem sempre são óbvias, adicionando ambiguidade e frustração à situação. Nessa ótica, o profissional que trabalha continuamente com pessoas em tais circunstâncias está exposto a um estresse crônico, que pode ser emocionalmente desgastante e apresentar risco de desenvolvimento de um esgotamento - "*Burnout*" (Maslach, Jackson, 1981).

Maslach e Jackson (1981) perceberam que o *Burnout* é uma síndrome de exaustão emocional e cinismo ou despersonalização que ocorre frequentemente entre indivíduos que realizam algum tipo de "trabalho com pessoas". À medida que os recursos emocionais se esgotam, os trabalhadores sentem que não são mais capazes de se doar em nível psicológico. Esses autores observaram que os trabalhadores apresentavam desenvolvimento de atitudes e sentimentos negativos e cínicos em relação aos clientes, e, tendiam a se avaliar negativamente, principalmente no que se referia ao contato com os clientes. Ainda, os trabalhadores poderiam se sentirem infelizes consigo mesmos e insatisfeitos com suas realizações no trabalho.

Assim, pesquisas iniciais sobre o *Burnout* tiveram suas raízes nas atividades de prestação de cuidados e serviços, nas quais o núcleo do trabalho era a relação entre o trabalhador e receptor do serviço. Esse contexto interpessoal do trabalho significava que, desde o início, o *Burnout* foi estudado não apenas como uma resposta individual ao estresse, mas em termos das transações relacionais de um indivíduo no seu ambiente de trabalho. Além disso, esse contexto concentrou a atenção nas emoções do indivíduo e nos motivos e valores subjacentes ao seu trabalho com pessoas que recebiam seus serviços (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001).

Em se tratando da sintomatologia do *Burnout*, Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) evidenciaram uma predominância de sintomas disfóricos, como exaustão mental ou emocional, fadiga e depressão; a ênfase está nos sintomas mentais e comportamentais mais do que nos físicos; os sintomas de *Burnout* estão relacionados ao trabalho; os sintomas se manifestam em pessoas "normais" que não sofriam de psicopatologia antes e a diminuição da eficácia e do desempenho no trabalho ocorrem devido a atitudes e comportamentos negativos.

À medida que os estudos em relação ao *Burnout* foram se aprofundando, o conceito foi ficando mais claro, sendo possível identificar os fatores que predispõem ao fenômeno e as características apresentadas pelas pessoas acometidas. Dessa maneira, definiu-se que o *Burnout* é uma síndrome psicológica que implica uma resposta prolongada à estressores interpessoais crônicos no trabalho. Sendo que existem três dimensões principais: exaustão emocional; despersonalização e redução da realização pessoal no trabalho (Maslach, 2009).

Para essa autora, a dimensão da exaustão emocional representa o componente relacionado ao estresse individual básico do *Burnout*, referindo-se ao sentir-se sobrecarregado e sem recursos emocionais e físicos. Logo, os trabalhadores sentem-se debilitados e sem nenhuma fonte de reposição. As principais fontes desse esgotamento são a sobrecarga de trabalho e os conflitos pessoais no ambiente de trabalho.

Em contrapartida, Maslach (2009) relata que a despersonalização está relacionada ao componente do contexto interpessoal do *Burnout*. Essa dimensão é uma resposta negativa que

torna o trabalhador insensível e com uma excessiva apatia a diversos aspectos do trabalho. A despersonalização desenvolve-se como um princípio auto-protetor em decorrência de um excesso de esgotamento emocional e o risco dessa reposta é a perda do ideal do trabalho e a desumanização no cuidado ao outro. Com o passar do tempo, os trabalhadores podem apenas desenvolver o mínimo do trabalho, desempenhando o menor esforço, reduzindo a energia dedicada às suas atividades e a qualidade do seu trabalho.

Por fim, a dimensão da redução da realização pessoal no trabalho representa o componente de autoavaliação do *Burnout* e relaciona-se à sentimentos de incompetência e carência de realizações e produtividade no trabalho. Esses sentimentos podem ser potencializados na falta de apoio social e de oportunidades de crescimento profissional. Ainda, essa dimensão do *Burnout* contempla os questionamentos dos trabalhadores quanto ao profissional que se tornaram, chegando a ter considerações negativas sobre si mesmos e sobre outros colegas (Maslach, 2009).

Pereira (2010), por meio de uma ampla revisão da literatura, esquematizou os sintomas associados ao *Burnout* nos aspectos físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos, demonstrados e explicitados no Quadro 2.2

Quadro 2.2 – Sintomas associados ao Burnout

(continua)

SINTOMATOLOGIA DO BURNOUT	
<p>FÍSICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fadiga constante e progressiva Distúrbios do sono Dores musculares ou osteomusculares Cefaléia / enxaquecas Perturbações gastrointestinais Imunodeficiência Transtornos cardiovasculares Distúrbios do sistema respiratório Disfunções sexuais Alterações menstruais 	<p>PSÍQUICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Falta de atenção/concentração Alterações de memória Lentificação do pensamento Sentimento de alienação Impaciência Sentimento de insuficiência Baixa auto-estima Labilidade emocional Dificuldade de auto-aceitação Astenia, desânimo, disforia, depressão Desconfiança/paranoia

Quadro 2.2 – Sintomas associados ao Burnout

(continuação)

<p>COMPORTAMENTAIS:</p> <p>Negligência ou excesso de escrúpulos Irritabilidade Incremento da agressividade Incapacidade para relaxar Dificuldade na aceitação de mudança Perda de iniciativa Aumento do consumo de substâncias Comportamento de alto risco Suicídio</p>	<p>DEFENSIVOS:</p> <p>Tendência ao isolamento Sentimento de onipotência Perda do interesse pelo trabalho (ou até pelo lazer) Absentéismo Ironia/Cinismo</p>
--	--

(conclusão)

Fonte: Pereira AMTB, organizadora. Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. 4ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho; p. 21-91.

Cabe ressaltar que, um indivíduo com *Burnout* não apresentará necessariamente todos os sintomas acima relatados. O grau, o tipo e o número de manifestações apresentadas irão depender da configuração de fatores individuais, como predisposição genética e experiências socioeducacionais e fatores ambientais, como os locais e condições de trabalho. Além disso, a etapa da síndrome em que a pessoa se encontra influenciará na sintomatologia apresentada (Pereira, 2010).

Diante do ETS e do *Burnout* que podem acometer os trabalhadores de saúde que prestam cuidados e aliviam o sofrimento humano, Stamm (2002) começou a questionar sobre o lado positivo de lidar com o sofrimento: se a vida em contato com o sofrimento é tão difícil, por que a maioria das pessoas (profissionais de saúde) permanecem bem? Por que nem todos apresentam alterações emocionais como traumatização, estresse e *Burnout*?

Frente a esses questionamentos, a referida autora começou a refletir de que todos podem estar em risco, especialmente, aqueles que trabalham em torno de trauma, pois, existe o risco de exposição pessoal direta e o risco de exposição secundária relacionada ao trabalho. Entretanto, mesmo diante desse risco composto, a autora questiona como as pessoas permanecem suficientemente saudáveis para realizar seu trabalho. Conclui que parece que o espírito humano, embora, claramente sensível ao sofrimento é notavelmente resistente.

Ademais, Stamm (2002, 2005) indaga que se o trauma desafia o controle e a falta de controle causa sofrimento psicológico, porque, tantas pessoas que trabalhavam em torno do

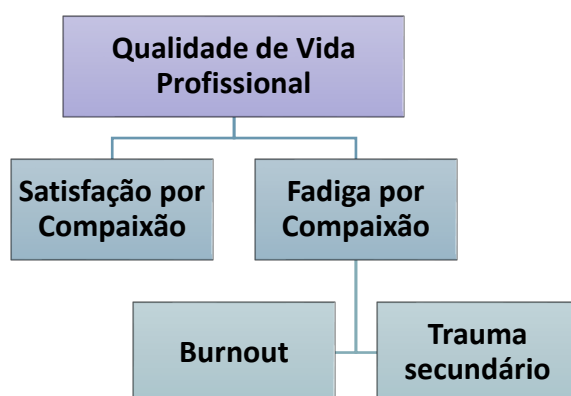
trauma e sofrimento estavam indo bem. Progressivamente vai ficando claro que para entender os "custos negativos da assistência", era necessário entender, também, os créditos ou as retribuições positivas advindas desse trabalho. Nesse sentido, autora nomeou esse fenômeno de "Satisfação por compaixão" e revelou que esta satisfação diz respeito ao prazer que o trabalhador obtém por poder fazer bem o seu trabalho. Desse modo, é possível que o trabalhador sinta que é um prazer ajudar outras pessoas e poder comportar-se positivamente sobre seus colegas ou sobre sua capacidade de contribuir para o ambiente de trabalho ou mesmo para o bem maior da sociedade.

Após o entendimento que trabalhar em contato com pessoas em sofrimento ou que necessitem de ajuda pode gerar sofrimento, trauma e estresse, mas também satisfação, prazer e alegria, a autora elaborou um modelo teórico intitulado de "Qualidade de vida profissional (QVP).

Nesse modelo são incorporados dois aspectos - o positivo (Satisfação por Compaixão) e o negativo (Fadiga por Compaixão), sendo a QVP definida como a qualidade que o profissional de saúde sente em relação ao seu trabalho (Stamm, 2010).

Essa configuração pode ser visualizada por intermédio do modelo teórico a seguir.

Figura 2.2 – Modelo Teórico Diagrama da Qualidade de Vida Profissional



Fonte: Adaptado de Stamm, BH. The Concise ProQOL Manual. 2ª ed. Pocatello, ID: ProQOL.org; 2010. Tradução livre.

A Satisfação por Compaixão (SC) é o polo positivo da QVP e, recentemente, Sacco e Copel (2018) desenvolveram um modelo conceitual para organizar quais são os preditores da SC, as suas características e as consequências. A partir desse estudo ficou evidenciado que alguns antecedentes da SC se relacionam com relação empática estabelecida com o paciente ou família; o apoio dos colegas e supervisores; o desenvolvimento da resiliência e de mecanismos

de enfrentamento; a prática do autocuidado; e o equilíbrio entre trabalho e vida com apoio social. Quanto aos sentimentos que a SC suscita nas pessoas, estes podem ser bem-estar; realização; recompensa; realização; alegria; enriquecimento; revigoramento; inspiração; revitalização e esperança. Por fim, os resultados referem-se ao cuidar do paciente com entusiasmo; melhoria da performance profissional com mais competência e engajamento; ambiente de trabalho positivo; proteção contra a fadiga por compaixão e a manutenção da empatia e dos mecanismos de *coping*.

Por outro lado, a Fadiga por Compaixão (FC) é o lado negativo da QVP e divide-se em duas dimensões. A primeira diz respeito aos sentimentos, como exaustão, frustração, raiva e depressão típicas do *Burnout* e a segunda é o Estresse Traumático Secundário (ETS), que pode ser entendido como um sentimento negativo motivado pelo medo e pelo trauma relacionado ao trabalho. Esse trauma pode ser direto (primário) ou em outros casos, relacionado ao trabalho por meio de uma combinação de trauma primário e secundário. O trauma primário diz respeito ao contato do trabalhador com a situação traumática, neste caso, ele presta cuidado e vivencia o trauma, a exemplo, de atendimento em grandes catástrofes. O secundário relaciona-se ao sofrimento, medo e trauma gerado por atender pessoas que sofreram condições traumáticas, neste caso, por meio da empatia o trabalhador sente o sofrimento do outro que vivenciou a situação traumática (Stamm, 2010).

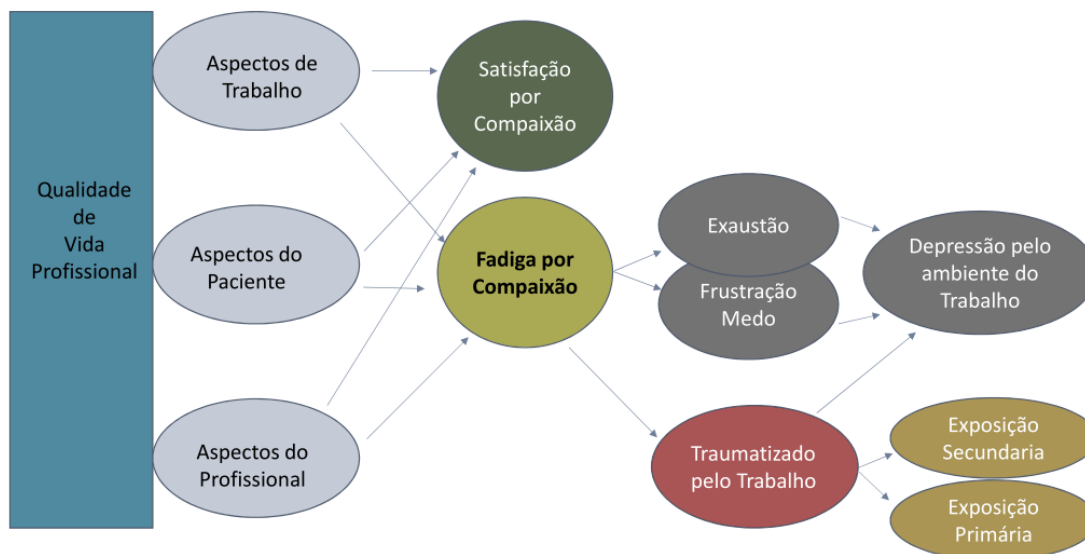
Com relação, a primeira vertente da FC, o *Burnout*, Stamm (2010, p. 13) descreve que:

... está associado a sentimentos de desesperança e dificuldades em lidar com o trabalho ou em fazer o seu trabalho de forma eficaz. Esses sentimentos negativos geralmente têm um início gradual. Eles podem refletir a sensação de que seus esforços não fazem diferença ou podem estar associados a uma carga de trabalho muito alta ou a um ambiente de trabalho sem suporte.

A segunda vertente da FC é o ETS e está relacionada a exposição a eventos estressantes extremos e traumáticos no trabalho; é caracterizado pelo medo e pelo trauma relacionado à assistência. Os efeitos negativos da ETS podem incluir dificuldades de sono pelo sentimento de medo, imagens intrusivas ou evitação de lembranças das experiências traumáticas do paciente (Stamm, 2010).

Os conceitos da QVP são complexos, visto que, estão associados com características do ambiente de trabalho como os aspectos organizacionais, mas, também, a aspectos relacionados aos pacientes e às características pessoais dos trabalhadores, bem como, a exposição individual aos traumas no local de trabalho. A fim de favorecer a compreensão Stamm (2010) propôs o modelo teórico explicitado na Figura 2.3.

Figura 2.3 – Modelo Teórico para análise da Qualidade de Vida Profissional



Fonte: Stamm BH. The Concise ProQOL Manual. 2ª ed. Pocatello, ID: ProQOL.org; 2010. Tradução livre.

Averiguamos no centro do diagrama a SC e a FC, sendo que, os aspectos do trabalho (características da organização), os aspectos do paciente (características do paciente) e os aspectos pessoais (características pessoais do trabalhador) influenciam nos níveis da SC e na FC. No diagrama fica perceptível que a FC possui dois aspectos distintos, ambos negativos, porém o trauma relacionado ao trabalho possui a característica específica do medo associado a ele. Quando ocorre a associação da exaustão emocional (*Burnout*) com o trauma há um maior sofrimento relacionado ao trabalho na vida do profissional (Stamm, 2010).

A partir da reflexão acerca do modelo da QVP ratificamos o quanto os trabalhadores de saúde, especialmente, os da enfermagem, estão susceptíveis a desenvolver tanto SC, quanto o *Burnout* e ETS. Consideramos, então, válido discutir como esses aspectos relacionam-se com a qualidade da assistência e segurança dos pacientes nas organizações de saúde.

CAPÍTULO 3
PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Analisar a relação da Cultura de segurança do paciente (CSP) com a Qualidade de vida profissional (QVP) de trabalhadores de enfermagem desponta como uma pesquisa repleta de complexidade e inovadora no contexto brasileiro. Nesse sentido, com vistas a exploração do tema, delimitamos como questão de pesquisa: Qual a relação da CSP com a QVP de trabalhadores de enfermagem?

E como hipóteses do estudo: Melhores avaliações da CSP estarão associadas positivamente à Satisfação por Compaixão nos trabalhadores de enfermagem; Melhores avaliações da CSP estarão associadas negativamente ao Burnout nos trabalhadores de enfermagem; Melhores avaliações da CSP estarão associadas negativamente ao Estresse Traumático Secundário nos trabalhadores de enfermagem.

Tomando como ponto de partida a existência de instrumentos quantitativos que abordam a temática, desenvolvemos um estudo quantitativo não experimental, descritivo e exploratório, correlacional e de corte transversal.

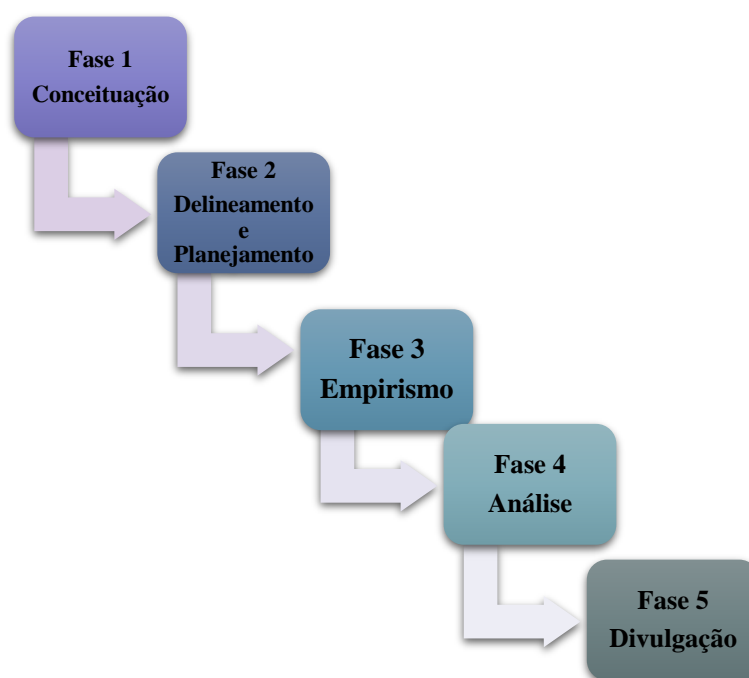
A pesquisa quantitativa tem como foco a representatividade numérica, relacionando-se com a medição objetiva e a quantificação dos resultados. Este tipo de abordagem visa generalizar os dados acerca de uma população abrangendo parte dela, podendo ser utilizada para medir opiniões, atitudes e comportamentos (Zanella, 2013).

A investigação não experimental compreende a não implementação de intervenções no contexto estudado, tendo como proposta descrever os fenômenos e explorar as relações existentes, e não a intenção de testar possíveis soluções para um problema ou intervir nas variáveis. O estudo descritivo tem o propósito de observar e descrever aspectos de um fenômeno, enquanto, que o caráter exploratório, investiga a natureza, o modo como se manifesta e os fatores relacionados ao fenômeno. O estudo correlacional aborda a inter-relação ou associação entre duas variáveis, explorando a tendência de oscilação de uma variável em detrimento da variação da outra (Polit, Beck, 2011).

Por fim, o delineamento transversal se refere ao fato de as observações serem realizadas em uma única ocasião. Neste tipo de delineamento, a pesquisa ocorre em determinado momento, não acontecendo o acompanhamento do fenômeno no decorrer do tempo (Hulley et al., 2015).

Neste estudo seguimos o fluxo das etapas preconizadas para um estudo quantitativo conforme Polit e Beck (2011). A Figura 3.1 apresenta as cinco fases preconizadas por esses autores.

Figura 3.1– Fluxo das etapas do estudo quantitativo



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

A fase 1, entendida como momento de conceituação, refere-se a etapa inicial da pesquisa e tem um cunho fortemente intelectual. Esta fase contemplou a ampla revisão de literatura com a delimitação dos conceitos adotados, bem como a formulação da questão de pesquisa e o levantamento das hipóteses a serem testadas; na fase 2, desenvolveu-se o planejamento operacional da pesquisa, delimitou-se o local do estudo, os participantes, os instrumentos para coleta dos dados, os procedimentos a serem adotados e os aspectos éticos; a fase 3 empírica foi constituída pela coleta dos dados em campo e o preparo dos dados para análise; a fase 4 compreendeu as análises estatísticas descritivas e testes analíticos específicos e a interpretação dos resultados. Para a última fase, que abrange a divulgação dos resultados e o planejamento da sua implementação na prática, realizamos a elaboração de uma proposta de intervenção que *a posteriori* será apresentada ao hospital, cenário do estudo.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O cenário do estudo foi um hospital público geral da região metropolitana de Salvador, no Estado da Bahia, Brasil. Trata-se de um estabelecimento de saúde da administração direta, integrante da Rede Própria da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e ocupa uma área externa de 23.877,14 m² e área interna de 50.888,84 m².

O hospital possui 640 leitos operacionais, configurando-se como de grande porte e de referência, com perfil de alta complexidade, terciário e caráter assistencial. Compõe a rede assistencial da Macrorregião Leste de Saúde do Estado da Bahia e oferta serviços complementares para todo o Estado, prestando atendimento em regime ambulatorial referenciado e de internação, além da assistência hospitalar em caráter de urgência e emergência a pacientes clínicos e cirúrgicos, em três portas de entrada de urgência/emergência adulto, obstétrica e pediátrica, sendo referência nas áreas de emergência, hemorragia digestiva, nefrologia, pediatria, clínica médica, cirurgia buco-maxilo, cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia pediátrica e neonatal, maternidade de alto risco, entre outras especialidades.

O referido estabelecimento é certificado como hospital de ensino pelos Ministérios da Saúde e da Educação e comporta diversos programas de estágio, internato e residência no âmbito multiprofissional. Por fim, é válido salientar que o hospital possui um Núcleo de Segurança do Paciente e um Serviço Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador.

No que tange aos recursos humanos, para o atendimento desta demanda assistencial, gerencial, de ensino e pesquisa, o hospital conta com aproximadamente 4.000 trabalhadores, sendo 1.717 profissionais de enfermagem.¹

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

Diante da variedade de serviços ofertados pelo hospital e do universo de trabalhadores de enfermagem, optamos por estruturar a coleta dos dados nas áreas de internação Médico-Cirúrgico e Materno-Infantil, assim, as unidades nas quais ocorreu a coleta foram: Clínica Médica (96 leitos, 146 trabalhadores); Clínica Cirúrgica (107 leitos, 156 trabalhadores); Unidade de Terapia Intensiva Adulto I (20 leitos, 88 trabalhadores); Unidade de Terapia

¹ Quantitativo de trabalhadores de Enfermagem de março de 2019. Dados disponibilizados pelo Departamento de Qualidade e Vigilância em Saúde do hospital.

Intensiva Neonatal (17 leitos, 62 trabalhadores) e Obstetrícia (60 leitos, 76 trabalhadores). Estas unidades somam um total de 300 leitos operacionais ativos e 528 trabalhadores de enfermagem.²

Neste estudo foi adotada a amostragem não-probabilística, por conveniência e os seguintes critérios de exclusão foram aplicados:

- ❖ Trabalhadores com menos de 6 meses na instituição;
- ❖ Trabalhadores que estivessem na ocasião da coleta de dados em período de férias, licenças e/ou afastamentos do serviço;
- ❖ Trabalhadores que exercesse atividades exclusivamente administrativas.

Tais critérios de exclusão foram adotados para garantir que os trabalhadores estivessem familiarizados com as normas e procedimentos da organização. Ademais, por se tratar de um estudo que objetivou mensurar a QVP optou-se por coletar os dados apenas com os trabalhadores que desenvolvem atividades de assistência direta aos pacientes.

Após a aplicação dos critérios supracitados, o número de trabalhadores elegíveis foi de 420, sendo iniciada a coleta de dados com essa perspectiva em janeiro de 2020. Com advento da pandemia COVID-19 em março desse mesmo ano, houve a necessidade de readequação amostral, uma vez que foi necessário a suspensão da coleta no ambiente hospitalar, tornando inviável o alcance da proposta inicial. Após nova consulta estatística, este estudo passou a contar com 188 participantes. Por se tratar de um estudo correlacional, o dimensionamento amostral baseou-se no coeficiente de correlação das variáveis analisadas, além dos valores relativos ao nível de significância e ao poder de teste (Cohen, 1988). Sendo assim, nesta pesquisa, a avaliação do tamanho da amostra considerou a correlação entre a CSP e a QVP e adotou um coeficiente de correlação $\geq 0,25$ como tamanho de efeito mínimo, um nível de significância de 5% e um poder de teste de 90%.

3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os procedimentos para coleta de dados contemplam as questões éticas da pesquisa, a operacionalização da coleta dos dados e a descrição dos instrumentos utilizados.

² Leitos operacionais ativos e quantitativo de trabalhadores de Enfermagem de março de 2019. Dados disponibilizados pelo Departamento de Qualidade e Vigilância em Saúde do hospital.

3.4.1 Aspectos éticos

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e para o CEP do hospital, cenário do estudo, para apreciação. Sendo aprovado na CEP da EEUSP sob parecer nº 3.285.766 (Anexo 1) e no hospital sob parecer nº 3.731.330, cujo documento encontra-se sob a guarda da pesquisadora principal, podendo ser requisitado, quando necessário, visando a manutenção do anonimato da instituição

O presente estudo atendeu aos princípios éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos, bem como obedeceu às características éticas, garantindo aos participantes o anonimato e confidencialidade das informações, partindo dos requisitos determinados pela Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, como a beneficência, não maleficência, autonomia, o respeito à dignidade humana e a justiça (Brasil, 2012b).

3.4.2 Operacionalização da coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a março de 2020, pela pesquisadora principal e por três estudantes de graduação em Enfermagem, as quais foram capacitadas para essa finalidade, após o projeto ser apreciado e aprovado pelos referidos CEP.

Para tanto, a pesquisadora reuniu-se com profissionais responsáveis pelas áreas de Ensino e Pesquisa e com a Diretoria de Enfermagem do hospital em questão, a fim de que fossem apresentados à pesquisadora os setores e dados referentes aos trabalhadores de enfermagem da instituição. Posteriormente, a Diretoria de Enfermagem encaminhou um e-mail com os dados da pesquisa para todas as coordenações de Enfermagem sinalizando a autorização para o desenvolvimento da pesquisa.

Nessa oportunidade, a pesquisadora iniciou os convites aos participantes, apresentando os objetivos do estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE (Apêndice 1); aos interessados em participar foi entregue o TCLE em duas vias idênticas, sendo assinados pela pesquisadora responsável e pelo participante da pesquisa, ficando uma cópia com ambas as partes e garantindo a participação de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida.

3.4.3 Instrumentos para coleta de dados

Para realizar a coleta de dados foram utilizados três questionários, o primeiro objetivou a caracterização da amostra através dos dados socioeconômicos e profissionais, o segundo avaliou a CSP no ambiente hospitalar, e por fim, o terceiro que averiguou a QVP.

O questionário socioeconômico e profissional foi elaborado pela pesquisadora, a fim de caracterizar os trabalhadores de enfermagem e contou com 12 questões (Apêndice 2).

Em relação a avaliação da CSP foi aplicado o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (Sorria, Nieva, 2004) traduzido e validado para o Brasil (Reis, 2013; Reis et al., 2016) (Anexo 2).

A AHRQ elaborou o referido questionário em 2004, com o objetivo de auxiliar os hospitais a avaliarem até que ponto suas culturas organizacionais enfatizam a importância da segurança do paciente e oportunizam a implantação de atividades voltadas para essa finalidade. Para sua elaboração, as autoras desenvolveram uma revisão de literatura na área de gerenciamento da segurança e prevenção de acidentes; cultura organizacional; clima de segurança; erros em serviços de saúde; notificação de eventos adversos; e segurança do paciente. O instrumento apresenta 42 assertivas distribuídas em 12 dimensões, divididas entre sete dimensões de cultura de segurança no âmbito das unidades; três dimensões no âmbito hospitalar de maneira geral; e duas que correspondem a variáveis de resultados. Além do mais, avalia o grau de segurança do paciente e o número de eventos notificados pelos trabalhadores nos últimos 12 meses (Sorria, Nieva, 2004).

A versão brasileira do HSOPSC, empregada neste estudo, apresenta o mesmo número de questões e dimensões que o instrumento original e está organizado em seções da seguinte maneira:

❖ Seção A:

Dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades”: define se os trabalhadores apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe (Itens: A1, A3, A4 e A11).

Dimensão de resultado “Percepção geral da segurança do paciente”: enfatiza a segurança do paciente de maneira geral, abordando se os procedimentos e sistemas existentes na organização são efetivos na prevenção de erros; e se existem problemas quanto à segurança do paciente (Itens: A10, A15, A17 e A18).

Dimensão “Respostas não punitivas aos erros”: aborda o quanto os trabalhadores sentem que seus erros e eventos reportados são utilizados contra eles e anotados em suas fichas funcionais. Essa dimensão explora, portanto, a cultura punitiva em relação aos erros na cultura organizacional (Itens: A8, A12 e A16).

Dimensão “Adequação de profissionais”: avalia se os trabalhadores são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se a carga horária é adequada para oferecer o melhor atendimento aos pacientes (Itens: A2, A5, A7 e A14).

Dimensão “Aprendizado organizacional - melhoria contínua”: aborda a cultura de aprendizagem na qual os erros levam a mudanças positivas e as mudanças são avaliadas em sua eficácia (Itens: A6, A9, A13).

❖ Seção B:

Dimensão “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes”: avalia se os supervisores e gerentes consideram as sugestões dos trabalhadores para melhorar a segurança do paciente; elogia a equipe por seguir os procedimentos de segurança do paciente e não negligencia os problemas de segurança do paciente (Itens: B1, B2, B3, B4).

❖ Seção C:

Dimensão “Abertura da comunicação”: contempla se os trabalhadores podem discutir livremente caso observem algo que pode afetar negativamente o paciente e sentem-se à vontade em questionar seu superior (Itens: C2, C4, C6).

Dimensão “Retorno da informação e comunicação sobre erro”: refere se os trabalhadores são informados sobre os erros que acontecem, se recebem retorno sobre as mudanças implantadas, e se são discutidas maneiras de prevenir erros (Itens: C1, C3, C5).

❖ Seção D:

Dimensão de resultado “Frequência de eventos relatados”: aborda a notificação dos erros percebidos e corrigidos antes de afetar o paciente; erros sem potencial de causar danos ao paciente; e erros que poderiam causar danos ao paciente, mas que não causaram (Itens: D1, D2, D3).

❖ Seção E:

Compreende a “Nota da segurança do paciente”: oportuniza que o trabalhador avalie o grau de segurança que ele percebe na sua unidade de trabalho.

❖ Seção F:

Dimensão 10 “Passagem de plantão ou de turno/transferências”: avalia se informações importantes do cuidado do paciente são transmitidas entre as unidades do hospital e durante as mudanças de turnos (Itens: F3, F5, F7, F11).

Dimensão 11 “Apoio da gestão para segurança do paciente”: diz respeito se a gestão hospitalar oferece um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é a prioridade maior (Itens: F1, F8, F9).

Dimensão 12 “Trabalho em equipe entre as unidades” que aborda se as unidades do hospital cooperam e se coordenam para oferecer o melhor cuidado para o paciente (Itens: F2, F4, F6, F10).

❖ Seção G:

Essa seção avalia o “Número de eventos de segurança notificados nos últimos 12 meses”. Deste modo, nessa etapa do questionário o trabalhador assinala a quantidade de eventos que ele preencheu e apresentou no último ano.

Em se tratando da coleta dos dados referente a QVP foi utilizada a *Professional Quality of Life Scale 4 - ProQol IV* (Stamm, 2005) traduzida e validada para o Brasil (Lago, 2008; Lago, Codo, 2013) (Anexo 3).

O instrumento original foi construído a partir dos estudos da psicóloga Beth Stamm após o entendimento que trabalhar em contato com pessoas em sofrimento ou que necessitem de ajuda pode gerar sofrimento, trauma e estresse, mas também satisfação, prazer e alegria. Portanto, a ProQol IV tem como base o modelo teórico da “Qualidade de vida profissional” previamente abordado no capítulo 2 e é composto por 30 questões, sendo 10 questões para avaliação de cada componente da QVP, Satisfação por Compaixão (SC), *Burnout* e Estresse Traumático Secundário (ETS) (Stamm, 2005).

A versão brasileira da ProQol IV foi nomeada pelos autores responsáveis pela sua tradução e validação de ProQol-BR, esta versão é composta por 28 questões distribuídas pelos

três componentes, sendo a SC composta por 15 itens, o ETS por 10 itens e o *Burnout* por três itens (Lago, Codo, 2013).

No artigo que aborda a validação da ProQol-IV para o contexto brasileiro, os autores intitulam a SC, ETS e *Burnout* como fator 1,2,3, respectivamente, e esclarecem que:

Apesar de essa análise ter resultado na mesma quantidade de fatores, e na mesma interpretação dos fatores do instrumento original, a validação apresentada resultou em uma disposição diferente dos itens. No instrumento original os três fatores eram compostos por 10 itens cada. Nesta validação, o primeiro fator compôs-se de 15 itens, o segundo de 10 itens e o terceiro de apenas três itens, totalizando 28 itens. Sendo assim, dois itens foram excluídos durante o processo de extração de fatores (Lago, Codo, 2013, p. 220).

Assim, a ProQol-BR divide-se em três componentes com os seguintes itens:

❖ Satisfação por Compaixão:

Compreende os benefícios do trabalho, sendo que suas questões tratam do orgulho, do sentimento de poder fazer a diferença na vida das pessoas, do entusiasmo e da satisfação por cuidar do outro. Menciona o julgamento do profissional acerca do seu desempenho, como também aspectos mais amplos, como a sua felicidade (Itens: q1, q2, q3, q4, q6, q12, q15, q16, q17, q18, q20, q22, q24, q27 e q30).

❖ Estresse Traumático Secundário:

Refere-se a fatores negativos da atividade profissional, abordando a tensão, o estresse e o “contágio emocional” relacionadas ao trabalho com pessoas em sofrimento. Portanto, engloba os efeitos danosos da exposição secundária a eventos estressantes (Itens: q5, q7, q8, q9, q10, q11, q13, q14, q23, q25).

❖ *Burnout*:

Abarca aspectos ligados à exaustão emocional, ao sentimento de falta de energia e desânimo. Neste componente, os itens abordam a sensação de que as atividades laborais figurem ser tão grandes e tão difíceis que parecem sufocar o profissional (Itens: q19, q21, q26).

Salienta-se que o HSOPSC bem como a ProQol-BR têm incorporado em sua composição uma escala sociopsicológica, que segundo Polit e Beck (2011) é um dispositivo que atribui valor numérico ao longo de um *continuum*. Essas escalas classificam quantitativamente pessoas com diferentes atitudes, percepções e traços psicológicos. A técnica de classificação mais comum é a escala de Likert, utilizada neste estudo, que consiste em vários itens que expressam um ponto de vista sobre algum tema, podendo ser positivos e negativos. Nessa abordagem, pede-se aos participantes que indiquem até que ponto concordam ou discordam com a sentença. A medida escalar sob o enfoque de Likert, em cujo pressuposto teórico sustenta que uma atitude constitui uma disposição para a ação, verifica o grau de adesão do indivíduo a uma série de afirmações que sejam expressões de algo favorável ou desfavorável em relação ao objeto psicológico. As escalas variam, sendo mais comumente utilizadas as de 5 e 7 graus.

Nesse sentido, a versão brasileira do HSOPSC, possui para as seções A, B e F a seguinte disposição de medidas psicométricas: Discordo Fortemente (1), Discordo (2), Nenhum dos dois (3), Concordo (4) e Concordo Fortemente (5); e para as seções C e D: Nunca (1), Raramente (2), Às vezes (3), Quase sempre (4) e Sempre (5). Enquanto a ProQol-BR adota a seguinte medida escalar: Raramente (1), Poucas vezes (2), Algumas vezes (3), Muitas vezes (4), Quase sempre (5).

3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados e armazenados em planilhas do Microsoft Excel[®]. Após o preenchimento dessas planilhas foi realizada revisão dos dados no sentido de evitar possíveis digitações errôneas.

A validação dos questionários para proceder às análises baseou-se em critérios estabelecidos pelas autoras dos instrumentos originais. Desta forma, em relação ao HSOPSC, adotamos a exclusão dos questionários que não tivessem ao menos uma seção completa ou metade dos itens preenchidos e contivessem exatamente a mesma resposta para todas as assertivas. Em relação a ProQol, a exclusão se deu caso participante iniciasse o preenchimento e depois descontinuasse ou apresentasse um questionário com mais de 10% de dados ausentes nas subescalas que avaliam os componentes da QVP. Após a avaliação, oito foram excluídos, sendo que 180 apresentaram, portanto, dados válidos para seguir para as análises estatísticas.

Os dados ausentes ocasionais foram gerenciados através do processo de identificação e correção para dados perdidos proposto por Hair et al. (2009) e dessa forma, a princípio foi avaliado o tipo, sendo que neste estudo, foram classificados como dados perdidos não-ignoráveis relacionados ao direito à recusa em responder a alguma questão, o que é comum em perguntas de natureza sensível ou quando o participante não tem opinião ou conhecimento suficiente para responder. Em seguida à classificação dos dados perdidos, aferimos a extensão e os padrões de perdas e optamos por adotar o critério de que dados perdidos $\leq 10\%$ para cada variável seriam desconsiderados quando ocorressem de maneira aleatória, e complementarmente, empregamos o método de atribuição do tipo “Dados totalmente disponíveis” por maximizar o uso de dados válidos e resultar no maior tamanho possível de amostra sem a necessidade de substituição de valores.

Os dados sociodemográficos e profissionais foram analisados por meio de estatística descritiva através da distribuição das frequências absoluta e relativa. Salientamos que as variáveis numéricas foram analisadas pelas frequências nos intervalos de classes e, também, pelo cálculo da média com seu respectivo desvio padrão. Também, esclarecemos que optamos pela exclusão da Questão 12, referente à carga horária semanal total do trabalhador, por apresentar inconsistência nas respostas, uma vez que 17% dos participantes responderam a sua carga horária mensal ou assinalaram que possuíam dois ou mais vínculos empregatícios, entretanto, apresentaram apenas a carga horária referente a um deles.

Em relação às análises específicas para cada escala, se tratando da CSP, empregamos as orientações da AHRQ (Sorria et al., 2016) que sugere a análise HSOPSC através da frequência de resposta para cada item. Inclusive, refere que é possível calcular pontuações positivas de porcentagem dos itens e das dimensões, estas últimas sendo efetuadas através do cálculo da média da porcentagem de respostas positivas em todos os itens incluídos na dimensão. Para calcular pontuações percentuais positivas é necessário reverter o código dos itens redigidos de forma negativa. Desta forma, os itens: A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9, F11 foram revertidos (5=1; 4=2; 3=3; 2=4; 1=5). Após a reversão, o valor 1 é considerado o mais baixo (pior avaliação) e o 5 o valor mais alto (melhor avaliação). Conforme orientação contida no manual, a frequência das respostas 1 e 2 e 4 e 5 em cada item podem ser somadas e classificadas da seguinte maneira: 1 + 2: resposta negativa, 3: resposta neutra e 4 + 5: resposta positiva, tal possibilidade foi adotada neste estudo. De acordo com as autoras do HSOPSC, a análise dos aspectos fortalecidos e fragilizados da CSP pode ser feita pautada no percentual de respostas positivas das dimensões. Desse modo, sugerem como parâmetro avaliativo que dimensões com um percentual de 75% ou mais de repostas positivas

sejam consideradas como áreas fortes, enquanto dimensões com 50,0% ou menos de respostas positivas como áreas frágeis para segurança do paciente (Sorra, Nieva, 2004).

No que tange a avaliação da ProQol-Br, não foi possível aplicarmos a análise sugerida pela autora do instrumento, uma vez que, o questionário traduzido e validado para o Brasil apresentou configuração diferente da escala original. Além disso, os autores do instrumento brasileiro não definiram qualquer parâmetro de interpretação dos dados da ProQol-BR. Desta forma, optamos por analisar a QVP através de estatísticas descritivas, sendo calculadas frequências absolutas e relativas de cada item do instrumento da QVP.

Além das análises supracitadas, buscando aprofundar a avaliação da CSP e da QVP, implementamos o cálculo das médias e desvios-padrão; valores máximos e mínimos; mediana; e quartis para a segurança do paciente total e dimensões da CSP, bem como para a nota de segurança do paciente, número de eventos notificados e componentes da QVP. Também, realizamos o Teste de Correlação de Spearman para análise da relação entre as dimensões de CSP, a Nota de Segurança do paciente e o Número de Eventos Notificados, como também para avaliação da relação entre os componentes da QVP.

Cabe salientar que para as análises da Proqol-BR utilizamos os escores de pontuação conforme as medidas psicométricas: Raramente=1, Poucas vezes=2, Algumas vezes=3, Muitas vezes=4, Quase sempre=5, desta forma, quanto mais alta a pontuação, maior é a intensidade dos aspectos relativos a SC, Burnout e ETS.

Para analisar a variação da CSP e da QVP quanto às características sociodemográficas e profissionais, inicialmente organizamos as variáveis estudadas:

Variáveis Independentes

- ❖ Sexo = variável dicotômica classificada em feminino e masculino.
- ❖ Estado civil = organizada em variável dicotômica classificada em Sem Companheiro/a (Solteiro, Divorciado e Viúvo) e em Com Companheiro/a (Casado e União estável).
- ❖ Categoria profissional = organizada em variável dicotômica classificada em Auxiliar/Técnico de Enfermagem e em Enfermeiro.
- ❖ Nível de escolaridade = variável organizada em quatro categorias: Ensino Médio; Graduação; Especialização e Mestrado.
- ❖ Local de trabalho = variável que representou as cinco unidades incluídas no estudo: Clínica Médica; Clínica Cirúrgica; Unidade de Terapia Intensiva Adulto; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Obstetrícia.

- ❖ Tipo de vínculo = organizada em variável dicotômica classificada em Estatutário e em Contrato.
- ❖ Turnos de trabalho = variável dicotômica classificada em Fixo e Rotativo.
- ❖ Número de vínculos trabalhistas = organizada em variável dicotômica classificada em Um e em Dois ou mais.
- ❖ Idade, Tempo de experiência profissional e Tempo de experiência no serviço = variáveis avaliadas em anos. No caso de participantes com experiência \geq seis meses e $<$ um ano foi atribuído o valor de 0,5 anos.

Variáveis Dependentes:

- ❖ Dimensões de CSP = variáveis avaliadas através da disposição das medidas psicométricas.
- ❖ Nota de segurança do paciente = variável avaliada em cinco níveis: Excelente, Muito boa, Regular, Ruim e Muito ruim.
- ❖ Número de eventos notificados = variável avaliada em seis níveis: Nenhuma notificação, 1 a 2 notificações, 3 a 5 notificações, 6 a 10 notificações, 11 a 20 notificações e 21 notificações ou mais.
- ❖ Segurança do paciente total = variável avaliada a partir da análise de todas as doze dimensões de CSP.
- ❖ Componentes da QVP (Satisfação por Compaixão; Burnout e Estresse Traumático secundário) = variáveis avaliadas através da disposição das medidas psicométricas.

Posteriormente, foram empregados testes de associação bivariado, a saber, o Teste de Teste t de Student, o Wilcoxon-Mann-Whitney e o Teste Brunner-Munzel para as variáveis independentes categóricas dicotômicas e o Teste de kruskal Wallis e modelo de ANOVA para as categóricas com três ou mais níveis. Em se tratando das variáveis independentes numéricas empregou-se o Teste de Correlação de Spearman para avaliar a associação às variáveis dependentes.

Para testar as hipóteses com vista a responder à pergunta de pesquisa e alcançar o objetivo geral deste estudo recorreremos ao Teste de Correlação de Spearman. Desse modo, esse teste mensurou a associação da segurança do paciente total, de cada uma das dimensões de CSP, da nota de segurança do paciente e do número de eventos notificados com a Satisfação por Compaixão; Burnout e Estresse traumático secundário.

Para interpretação dos coeficientes de correlação e análise da magnitude do efeito, optamos em adotar os parâmetros mais conservadores definidos por Karl Pearson (1904), sendo considerada “correlação baixa” valores de r inferiores a 0,25; “correlação moderada” de 0,26 a 0,50; “correlação considerável” de 0,51 a 0,75 e “correlação alta” acima de 0,75.

É válido ressaltar, ainda, que a normalidade residual foi avaliada através do Teste Shapiro-Wilk e a homoscedasticidade pelo Teste de Levene e o nível de significância adotado foi de 5% (grau de confiança de 95%) para todos os testes implementados.

O programa estatístico R foi utilizado para a realização das análises (R Core Team, 2021).

CAPÍTULO 4
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O Capítulo 4 apresenta os resultados desta investigação estando dispostos em tabelas, quadros, gráficos e figuras.

Inicialmente, é descrita a caracterização dos trabalhadores de enfermagem, com a exposição dos dados sociodemográficos e profissionais; em seguida, são demonstrados os dados referentes à avaliação da Cultura de segurança do paciente (CSP) e da Qualidade de vida profissional (QVP), culminando com a apresentação dos achados relativos à relação entre CSP e QVP.

No que tange à análise dos dados ausentes ocasionais cabe destacar que todos os itens pesquisados tiveram <10% de perdas, sendo, portanto, analisados mediante o número de respostas obtidas em cada variável, de acordo com a atribuição do tipo dados totalmente disponíveis.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra foi composta por 180 (100%) trabalhadores de enfermagem – participantes do estudo, sendo 158 (87,8%) do sexo feminino, nas faixas etárias de 29 a 38 anos 65 (37,1%) e de 39 a 48 anos 67 (38,3%) e 74 (41,8%) com estado civil solteiro.

Em se tratando da categoria profissional, o maior quantitativo foi de técnicos de enfermagem 95 (52,8%) seguido pelos enfermeiros 73 (40,6%).

O nível de escolaridade mais prevalente foi o ensino médio 64 (35,8%), destaca-se que esse é o grau exigido para o nível técnico, entretanto, ao somar os índices relacionados aos outros níveis, como graduação 49 (27,4%), especialização 47 (26,3%) e mestrado 19 (10,6%) encontra-se como resultado 115 (64,3%), o que representa uma proporção maior que a porcentagem de enfermeiros, evidenciando a presença de profissionais do nível técnico com uma escolaridade acima do mínimo exigido para a sua atuação.

Concernente à área de atuação na instituição, 62 (34,4%) dos trabalhadores estavam lotados nas Clínicas Cirúrgicas, 37 (20,6%) Clínicas Médicas e 36 (20,0%) na Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

No que tange à experiência profissional, o período de 10 a 14 anos foi o que obteve maior destaque 47 (26,1%) e referente ao tempo de experiência na instituição 89 (50,0%) tinha de 6 meses a 4 anos.

Quanto ao tipo de vínculo na instituição, o mais evidenciado foi o vínculo através de contrato regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) 104 (60,1%) revelando um

maior contingente de trabalhadores terceirizados, 97 (54,8%) atuavam em turno de trabalho rotativo e 89 (49,4%) possuíam dois vínculos trabalhistas.

A descrição completa dos dados sociodemográficos e profissionais encontra-se na Tabela 4.1.

Tabela 4.1 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais. Salvador, BA, 2021

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS		(continua)	
		N	%
Sexo		180	100,0
	Feminino	158	87,8
	Masculino	22	12,2
Idade (M=40,0 anos DP=8,4)		175	100,0
	19-28 anos	13	7,4
	29-38 anos	65	37,1
	39-48 anos	67	38,3
	49-58 anos	26	14,9
	59-68 anos	4	2,3
Estado Civil		177	100,0
	Solteiro	74	41,8
	Casado	67	37,9
	União Estável	21	11,9
	Divorciado	9	5,1
	Viúvo	6	3,4
Categoria Profissional		179	100,0
	Auxiliar de Enfermagem	11	6,1
	Técnico de Enfermagem	95	52,8
	Enfermeiro	73	40,6
Nível de Escolaridade		179	100,0
	Médio Completo	64	35,8
	Graduação	49	27,4
	Especialização	47	26,3
	Mestrado	19	10,6
Local de trabalho		180	100,0
	Clínica Médica	37	20,6
	Clínica Cirúrgica	62	34,4
	UTIA	36	20,0
	UTIN	27	15,0
	Obstetrícia	18	10,0

Tabela 4.1 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais. Salvador, BA, 2021

		(continuação)	
Experiência profissional		180	100,0
(M=11,6 anos DP=8,3)	6 meses - 4 anos	41	22,8
	5-9 anos	40	22,2
	10-14 anos	47	26,1
	15-19 anos	17	9,4
	20-24 anos	17	9,4
	25-29 anos	8	4,4
	30-35 anos	10	5,6
Tempo de experiência no serviço		178	100,0
(M=7,0 anos DP=6,6)	6 meses - 4 anos	89	50,0
	5-9 anos	31	17,4
	10-14 anos	39	21,9
	15-19 anos	10	5,6
	20-24 anos	3	1,7
	25-30 anos	6	3,4
Tipo de vínculo		173	100,0
	Contrato CLT	104	60,1
	Estatutário	69	39,9
Turnos de trabalho		177	100,0
	Rotativo	97	54,8
	Fixo	80	45,2
Número vínculos trabalhistas		180	100,0
	Um	87	48,3
	Dois	89	49,4
	Mais de dois	4	2,2

(conclusão)

M=média; DP: desvio-padrão; UTIA: Unidade de Terapia Intensiva Adulto; UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; CLT: Consolidação das Leis do Trabalho.

4.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Os resultados acerca da Cultura de Segurança do Paciente (CSP) estão explicitados contemplando as análises descritivas das dimensões de CSP, nota de segurança do paciente e número de eventos notificados, posteriormente, a análise correlacional da CSP e a associação da CSP com as variáveis sociodemográficas e profissionais.

4.2.1 Análises descritivas da Cultura de segurança do paciente

A Seção A aborda a CSP no âmbito da unidade de trabalho e é composta por cinco dimensões.

A dimensão que diz respeito ao trabalho em equipe evidenciou o tratamento respeitoso entre os membros da equipe com a melhor avaliação (54% de respostas positivas); em contraponto, a ajuda dos profissionais, quando uma das áreas fica sobrecarregada, apresentou o pior resultado, obtendo 45,5% de respostas negativas.

Na dimensão Percepção geral da segurança do paciente, o item A15 que discorre sobre a segurança do paciente ficar comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída e o A17 que aborda a existência de problemas de segurança do paciente alcançaram as piores percepções, com 55,3% e 50,6% de respostas negativas, respectivamente.

A avaliação das respostas punitivas aos erros apresentou resultado predominantemente negativo em todos os seus itens com destaque para a assertiva que afirma que os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles, que obteve 62,3% de avaliação negativa.

Em se tratando da adequação de profissionais, os trabalhadores em sua maioria (73,0%) concordam que não há pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho e 48,0% concordam que trabalham em situação de crise, tentando fazer muito trabalho de forma acelerada.

E por fim, a última dimensão desta seção que se refere ao aprendizado organizacional e melhoria contínua alcançou predominantemente resultados positivos, sendo que a assertiva que afirma que os trabalhadores estão ativamente realizando atividades para melhorar a segurança do paciente destacou-se, obtendo 65,2% de respostas positivas.

A distribuição das frequências das respostas para cada item que compõe a Seção A pode ser visualizada no Quadro 4.1.

Quadro 4.1 - Distribuição dos percentuais de respostas positivas, neutras e negativas pelos itens das dimensões de cultura de segurança do paciente da Seção A. Salvador, BA, 2021

SEÇÃO A: O seu Serviço/unidade de trabalho			
Dimensões	Negativa	Neutra	Positiva
Trabalho em equipe dentro das unidades			
A1- Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras (n=178)	23,5%	31,5%	45,0%
A3- Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente (n=177)	26,0%	22,6%	51,4%
A4- Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito (n=176)	19,9%	26,1%	54,0%
A11- Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam (n=178)	45,5%	19,1%	35,4%
Percepção geral da segurança do paciente			
A10- É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui (n=174)	24,7%	28,7%	46,6%
A15- A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída (n=179)	55,3%	19,6%	25,1%
A17- Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente (n=174)	50,6%	23,6%	25,8%
A18- Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros (n=179)	43,0%	30,7%	26,3%
Respostas não punitivas aos erros			
A8- Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles (n=175)	62,3%	18,3%	19,4%
A12- Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema (n=177)	54,8%	24,9%	20,3%
A16- Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais (n=175)	49,1%	30,9%	20,0%
Adequação de profissionais			
A2- Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho (n=178)	73,0%	15,2%	11,8%
A5- Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente (n=178)	37,6%	28,1%	34,3%
A7- Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente (n=176)	47,7%	21,0%	31,3%
A14- Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido (n=175)	48,0%	21,1%	30,9%
Aprendizado organizacional e melhoria contínua			
A6- Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente (n=178)	13,5%	21,3%	65,2%
A9- Erros têm levado a mudanças positivas por aqui (n=174)	31,0%	32,8%	36,2%
A13- Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade (n=170)	22,4%	27,1%	50,5%

A Seção B, exposta no Quadro 4.2, avalia as expectativas e ações de promoção de segurança do paciente pelos supervisores/gerentes. A avaliação dessa seção foi em sua maioria positiva, pois 64,4% concordavam que seu supervisor dava atenção aos problemas de segurança do paciente, 55,6% concordavam que o supervisor não incentivava que os profissionais trabalhassem mais rápido mesmo em situação de pressão e 50,0% concordaram que o supervisor levava em consideração as sugestões para melhoria da segurança. Entretanto, ressalta-se em meio às avaliações positivas, o item que aborda o elogio dos supervisores ao presenciar o trabalho sendo realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos, pois esse item alcançou a menor pontuação positiva (40,0%).

Quadro 4.2 - Distribuição dos percentuais de respostas positivas, neutras e negativas pelos itens da dimensão da cultura de segurança do paciente da Seção B. Salvador, BA, 2021

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe			
Dimensão	Negativa	Neutra	Positiva
Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes			
B1- O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente (n=180)	31,1%	28,9%	40,0%
B2- O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente (n=180)	25,6%	24,4%	50,0%
B3- Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhe mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas” (n=180)	14,4%	30,0%	55,6%
B4- O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente (n=180)	15,0%	20,6%	64,4%

A seção C abrange os aspectos da comunicação para segurança do paciente, destacando-se positivamente a liberdade que os trabalhadores sentem para falar ao ver algo que pode afetar negativamente o paciente, o não receio de perguntar quando algo parece não estar certo e a informação acerca dos erros que acontecem na unidade com 59,0%, 54,3% e 50,8% de respostas positivas, respectivamente. Contudo, apesar destes aspectos positivos, 35,8% concordam que os profissionais não se sentem à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores e 30,3% concordam que não recebem informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos.

No Quadro 4.3 visualiza-se todas as frequências das respostas pelos itens da Seção C.

Quadro 4.3- Distribuição dos percentuais de respostas positivas, neutras e negativas pelos itens das dimensões de cultura de segurança do paciente da Seção C. Salvador, BA, 2021

SEÇÃO C: Comunicação			
Dimensões	Negativa	Neutra	Positiva
Abertura da comunicação			
C2- Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente (n=178)	16,8%	24,2%	59,0%
C4- Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores (n=179)	35,8%	28,5%	35,7%
C6- Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo (n=175)	19,4%	26,3%	54,3%
Retorno da informação e comunicação sobre erro			
C1- Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos (n=178)	30,3%	36,0%	33,7%
C3- Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade (n=177)	23,2%	26,0%	50,8%
C5- Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente (n=171)	26,9%	29,8%	43,3%

Os resultados da Seção D estão expostos no Quadro 4.4 e dizem respeito à frequência dos eventos nas três modalidades: Erros percebidos e corrigidos antes de afetar o paciente; Erros sem potencial de causar danos ao paciente; Erros que poderiam causar danos ao paciente, mas que não causaram. Os dados apontam que quanto mais é possível que o evento cause danos mais ocorre a notificação, haja vista a porcentagem de 55,9% de respostas positivas no item D3.

Quadro 4.4 - Distribuição dos percentuais de respostas positivas, neutras e negativas pelos itens da dimensão da cultura de segurança do paciente da Seção D. Salvador, BA, 2021

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados			
Dimensão	Negativa	Neutra	Positiva
Frequência de eventos relatados			
D1- Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado? (n=178)	34,3%	23,6%	42,2%
D2- Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado? (n=176)	29,0%	27,3%	43,7%
D3- Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado? (n=177)	22,6%	21,5%	55,9%

As frequências das respostas para as três dimensões que englobam a CSP no âmbito do hospital (Seção F) estão explicitadas no Quadro 4.5. A avaliação da passagem de plantão apresenta avaliação predominantemente positiva no item F11 (57,0%), demonstrando que para a maioria dos trabalhadores, as mudanças de plantão/turno não são problemáticas para os pacientes, entretanto, 42,9% concordam que com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.

Em relação ao apoio da direção do hospital para a segurança do paciente, dois itens, F1 e F9, apresentam predominância de respostas neutras, o que indica que os trabalhadores não concordam e nem discordam sobre a direção propiciar um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e sobre a direção apenas se interessar na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso, ainda, no que tange a direção demonstrar que a segurança do paciente é uma prioridade principal, 41,0% concordaram com tal assertiva.

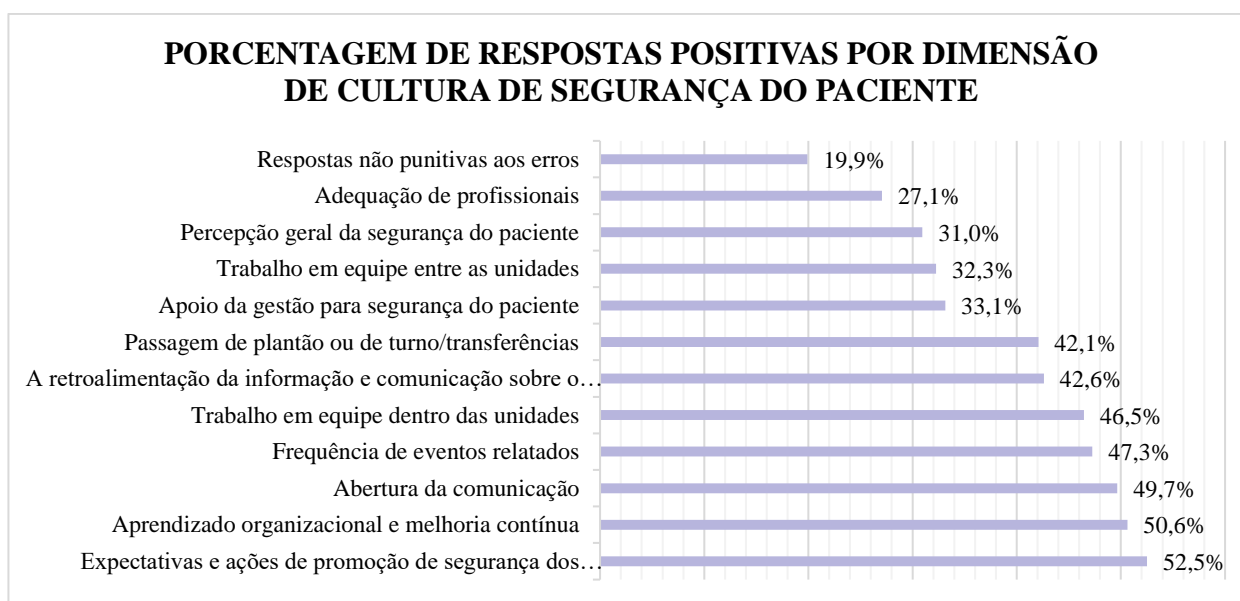
Por fim, a avaliação da dimensão referente ao trabalho em equipe entre as unidades, aponta que 42,0% concordam que as unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si e 41,0% discordam que haja uma boa cooperação entre as unidades que precisam trabalhar em conjunto, em contraponto, 41,9% concordam que não é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.

Quadro 4.5 - Distribuição dos percentuais de respostas positivas, neutras e negativas pelos itens das dimensões de cultura de segurança do paciente da Seção F. Salvador, BA, 2021

SEÇÃO F: O seu hospital			
Dimensões	Negativa	Neutra	Positiva
Passagem de plantão ou de turno/transferências			
F3- O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra (n=177)	35,0%	24,3%	40,7%
F5- É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno (n=178)	34,8%	27,0%	38,2%
F7- Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital (n=170)	42,9%	24,7%	32,4%
F11- Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes (n=172)	18,6%	24,4%	57,0%
Apoio da gestão para segurança do paciente			
F1- A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente (n=179)	34,6%	38,0%	27,4%
F8- As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal (n=171)	22,2%	36,8%	41,0%
F9- A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso (n=171)	32,2%	36,8%	31,0%
Trabalho em equipe entre as unidades			
F2- As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si (n=174)	42,0%	32,8%	25,2%
F4- Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto (n=178)	41,0%	29,8%	29,2%
F6- Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital (n=179)	30,2%	27,9%	41,9%
F10- As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes (n=171)	28,1%	39,2%	32,7%

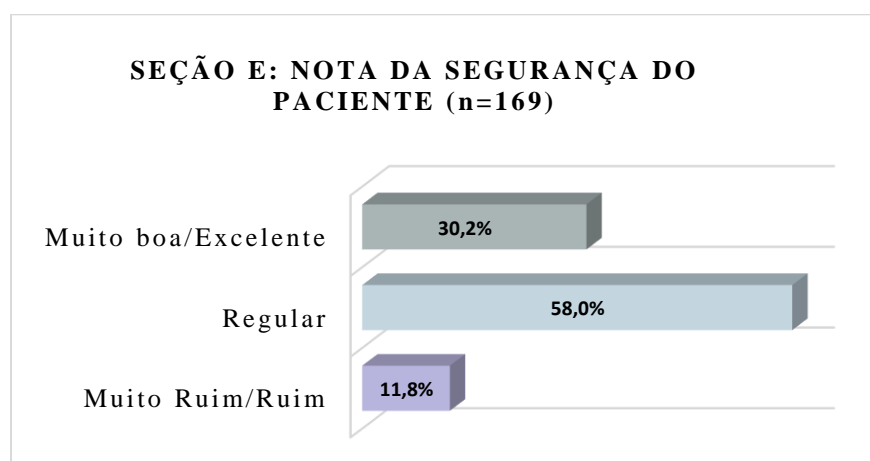
O Gráfico 4.1 apresenta a porcentagem de respostas positivas para as dimensões de CSP. Conforme a avaliação pautada nesse percentual percebe-se que nenhuma dimensão alcançou 75% ou mais, portanto, não houve área considerada como fortalecida para a segurança do paciente. As dimensões “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes” e “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” apresentaram as melhores percepções por parte dos trabalhadores, com 52,5% e 50,6% de respostas positivas, respectivamente. Dez dimensões apresentaram escores abaixo de 50,0% de respostas positivas, sendo consideradas frágeis, dentre essas, destacaram-se as dimensões “Respostas não punitivas aos erros” com 19,9% e “Adequação de profissionais” com 27,1%.

Gráfico 4.1 - Porcentagem de respostas positivas pelas dimensões de cultura de segurança do paciente. Salvador, BA, 2021



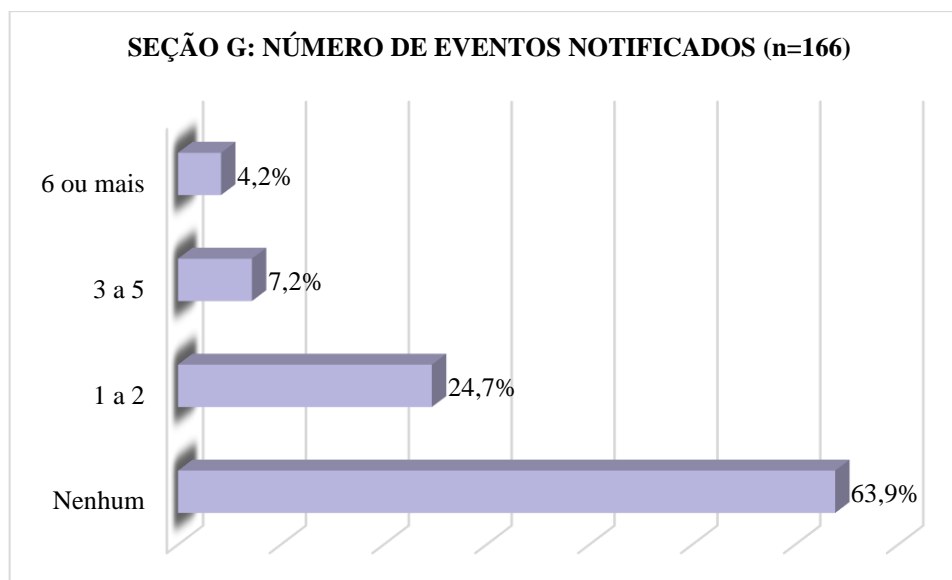
No que se refere a nota de segurança do paciente, conforme o Gráfico 4.2, é possível afirmar que a maioria dos trabalhadores julgou como “Regular” com 58,8%, seguida pela classificação “Muito boa/Excelente” com 30,2% e por último, 11,8% como Muito Ruim/Ruim.

Gráfico 4.2 - Distribuição dos percentuais das respostas pela Seção E. Salvador, BA, 2021



A última seção intitulada “Seção G: número de eventos notificados” apresenta o número de eventos notificados pelos trabalhadores nos últimos 12 meses, o seu resultado pode ser visualizado no gráfico seguinte e demonstra que 63,9% dos participantes não efetuaram notificação e 24,7 % notificaram de 1 a 2 eventos no último ano.

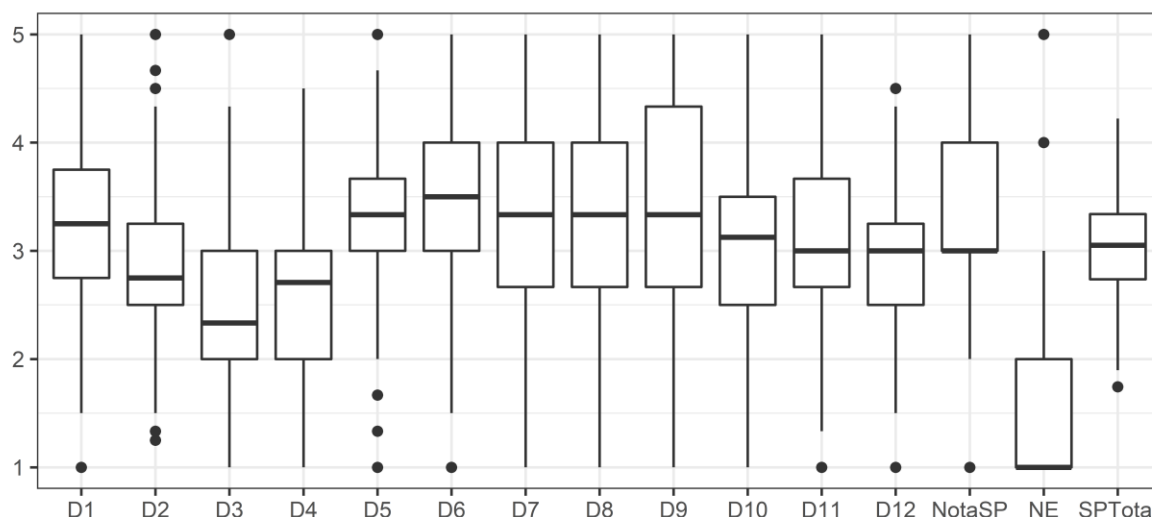
Gráfico 4.3 - Distribuição dos percentuais das respostas da Seção G. Salvador, BA, 2021



Os resultados da avaliação da CSP podem ser visualizados no Gráfico 4.4 quanto a sua distribuição, sendo possível visualizar a dispersão, posição, simetria, caudas e valores atípicos (*outliers*) em cada dimensão, na nota de segurança, na notificação de eventos, e na segurança do paciente total, complementarmente, os valores exatos da estatística descritiva destes dados estão dispostos na Tabela 4.2. Através desses resultados é possível observar que as dimensões D6: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes com mediana (md) de 3,50 e média (M) de 3,38, D7: Abertura da comunicação (md=3,33 e M=3,38), D9: Frequência de eventos relatados (md=3,33 e M=3,37) e D5: Aprendizado organizacional - melhoria contínua (md=3,33 e M=3,34) apresentaram as melhores avaliações e as dimensões D3: Respostas não punitivas aos erros (md=2,33 e M=2,58) e D4: Adequação de profissionais (md=2,71 e M=2,62) os escores mais baixos.

Observa-se que metade das dimensões apresentaram *outliers*, com destaque para as dimensões D2: Percepção geral da segurança do paciente e D5: Aprendizado organizacional - melhoria contínua, demonstrando, portanto, observações atípicas nessas dimensões. Em relação a variabilidade, a D9: Frequência de eventos relatados foi a que apresentou a maior variância (desvio-padrão= 1,14). A nota de segurança (md= 3,00) e número de eventos notificados (md=1,00) apresentaram-se como os mais assimétricos do conjunto de dados com a mediana coincidindo com o primeiro quartil. Em relação aos escores da segurança do paciente total tem-se a mediana em 3,05 e média de 3,06 e uma distribuição simétrica dos dados com destaque para um valor discrepante inferior.

Gráfico 4.4 - Boxplot representando a distribuição dos escores por dimensões de Cultura de Segurança do Paciente, Nota de Segurança do Paciente e Número de Eventos Notificados e Segurança do Paciente Total. Salvador, BA, 2021



D1: Trabalho em equipe dentro das unidades; D2: Percepção geral da segurança do paciente; D3: Respostas não punitivas aos erros; D4: Adequação de profissionais; D5: Aprendizado organizacional - melhoria contínua; D6: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes; D7: Abertura da comunicação; D8: Retorno da informação e comunicação sobre erro; D9: Frequência de eventos relatados; D10: Passagem de plantão ou de turno/transfêrencias ; D11: Apoio da gestão para segurança do paciente; D12: Trabalho em equipe entre as unidades; Nota SP: Nota da segurança do paciente; NE: Número de eventos de segurança notificados nos últimos 12 meses; SPTotal: Segurança do Paciente Total.

Tabela 4.2 – Estatística descritiva das dimensões de Cultura de Segurança do Paciente, Nota de Segurança do Paciente e Número de Eventos Notificados. Salvador, BA, 2021

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana	1° Quartil	3° Quartil
D1	180	1,00	5,00	3,20	0,78	3,25	2,75	3,75
D2	180	1,25	5,00	2,83	0,71	2,75	2,50	3,25
D3	180	1,00	5,00	2,58	0,80	2,33	2,00	3,00
D4	180	1,00	4,50	2,62	0,69	2,71	2,00	3,00
D5	180	1,00	5,00	3,34	0,76	3,33	3,00	3,67
D6	180	1,00	5,00	3,38	0,87	3,50	3,00	4,00
D7	180	1,00	5,00	3,38	0,87	3,33	2,67	4,00
D8	180	1,00	5,00	3,29	1,00	3,33	2,67	4,00
D9	178	1,00	5,00	3,37	1,14	3,33	2,67	4,33
D10	180	1,00	5,00	3,11	0,76	3,12	2,50	3,50
D11	180	1,00	5,00	3,01	0,84	3,00	2,67	3,67
D12	180	1,00	4,50	2,96	0,66	3,00	2,50	3,25
NotaSP	169	1,00	5,00	3,21	0,82	3,00	3,00	4,00
NE	166	1,00	5,00	1,54	0,89	1,00	1,00	2,00
SPTotal	180	1,74	4,22	3,06	0,47	3,05	2,74	3,34

D1: Trabalho em equipe dentro das unidades; D2: Percepção geral da segurança do paciente; D3: Respostas não punitivas aos erros; D4: Adequação de profissionais; D5: Aprendizado organizacional - melhoria contínua; D6: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes; D7: Abertura da comunicação; D8: Retorno da informação e comunicação sobre erro; D9: Frequência de eventos relatados; D10: Passagem de plantão

ou de turno/transferências; D11: Apoio da gestão para segurança do paciente; D12: Trabalho em equipe entre as unidades; Nota SP: Nota da segurança do paciente; NE: Número de eventos de segurança notificados nos últimos 12 meses; SPTotal: Segurança do Paciente Total.

4.2.2 Análise correlacional da Cultura de segurança do paciente

A análise correlacional da CSP baseou-se nas correlações existentes entre as dimensões de CSP, nota de segurança e número de eventos notificados e pode ser observada através da Tabela 4.3. Verifica-se que todas as variáveis apresentaram correlações positivas entre si, com destaque para as maiores forças de correlação para:

- ❖ D12: Trabalho em equipe entre as unidades com D1: Trabalho em equipe dentro das unidades (coeficiente de correlação- r de 0,42 e valor de $p < 0,001$), com D2: Percepção geral da segurança do paciente ($r=0,48$; $p < 0,001$), com D10: Passagem de plantão ou de turno/transferências ($r=0,45$; $p < 0,001$), com D11: Apoio da gestão para segurança do paciente ($r=0,44$; $p < 0,001$) e com a Nota de Segurança ($r=0,49$; $p < 0,001$);
- ❖ D11: Apoio da gestão para segurança do paciente com D6: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes ($r=0,43$; $p < 0,001$), com D8: Retorno da informação e comunicação sobre erro ($r=0,51$; $p < 0,001$), com D9: Frequência de eventos relatados ($r=0,40$; $p < 0,001$) e com a Nota de Segurança ($r=0,50$; $p < 0,001$);
- ❖ D8: Retorno da informação e comunicação sobre erro com D5: Aprendizado organizacional - melhoria contínua ($r=0,43$; $p < 0,001$), com D6: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes ($r=0,45$; $p < 0,001$), com D7: Abertura da comunicação ($r=0,62$; $p < 0,001$), com D9: Frequência de eventos relatados ($r=0,50$; $p < 0,001$);
- ❖ D6: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes com D7: Abertura da comunicação ($r=0,50$; $p < 0,001$).

Tabela 4.3 – Análise das correlações entre as dimensões de Cultura de Segurança do Paciente, Nota de Segurança do Paciente e Número de Eventos Notificados. Salvador, BA, 2021

Variável	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	NotaSP
D2	0,25***												
D3	0,03	0,24**											
D4	0,15*	0,32***	0,19*										
D5	0,20**	0,27***	0,03	0,11									
D6	0,28***	0,35***	0,11	0,23**	0,35**								
D7	0,31***	0,24**	0,06	0,18*	0,31***	0,50***							
D8	0,33***	0,33***	0,00	0,13	0,43***	0,45***	0,62***						
D9	0,18*	0,32***	0,02	0,06	0,21**	0,38***	0,33***	0,50***					
D10	0,22**	0,36***	0,21**	0,19**	0,26***	0,38***	0,33***	0,33***	0,25***				
D11	0,29***	0,39***	0,17*	0,20**	0,39***	0,43***	0,32***	0,51***	0,40***	0,36***			
D12	0,42***	0,48***	0,15*	0,24**	0,28***	0,39***	0,23**	0,26***	0,26***	0,45***	0,44***		
NotaSP	0,33***	0,34***	0,19*	0,22**	0,33***	0,35***	0,31***	0,35***	0,36***	0,36***	0,50***	0,49***	
NE	0,18*	0,07	0,16*	0,05	0,06	0,17*	0,11	0,11	0,07	0,16*	0,20**	0,12	0,10

Teste de Correlação de *Spearman*

*Valor-p <0,05 ** Valor-p <0,01 *** Valor-p <0,001

D1: Trabalho em equipe dentro das unidades; D2: Percepção geral da segurança do paciente; D3: Respostas não punitivas aos erros; D4: Adequação de profissionais; D5: Aprendizado organizacional - melhoria contínua; D6: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes; D7: Abertura da comunicação; D8: Retorno da informação e comunicação sobre erro; D9: Frequência de eventos relatados; D10: Passagem de plantão ou de turno/transferências ; D11: Apoio da gestão para segurança do paciente; D12: Trabalho em equipe entre as unidades; Nota SP: Nota da segurança do paciente; NE: Número de eventos de segurança notificados nos últimos 12 meses.

4.2.3 Associação da Cultura de segurança do paciente com as variáveis sociodemográficas e profissionais

A CSP foi avaliada quanto a sua variação diante das variáveis sociodemográficas e profissionais, por meio dessas análises, foi possível verificar os fatores com evidência de associação à CSP. Dessa maneira, evidenciou-se que:

- ❖ O sexo esteve associado à segurança do paciente total (sexo feminino: M=3,09, DP: 0,46 e sexo masculino: M= 2,81, DP: 0,50; p=0,009) e à dimensão D12: Trabalho em equipe entre as unidades (sexo feminino: M=3,00, DP: 0,65 e sexo masculino: M= 2,69, DP: 0,61; p=0,01), com médias mais baixas entre os trabalhadores do sexo masculino.
- ❖ A categoria profissional esteve associada às dimensões D3: Respostas não punitivas aos erros (Aux/Tec enfermagem M=2,49, DP=0,83; Enfermeiro M=2,72, DP: 0,74; p=0,03) e D4: Adequação de profissionais (Aux/Tec enfermagem M=2,53, DP=0,75; Enfermeiro M=2,75, DP=0,72; p=0,04) com os enfermeiros a avaliar melhor essas dimensões, ainda, os enfermeiros apresentaram diferença significativa acerca da notificação, apresentando média maior no número de eventos notificados nos últimos 12 meses (Aux/Tec enfermagem M=1,33, DP=0,61; Enfermeiro M=1,83, DP=1,11; p<0,01).
- ❖ O tipo de vínculo esteve associado à segurança do paciente total (Contrato: M=3,12, DP= 0,46; Estatutário M = 2,96, DP=0,49; p=0,03) e às dimensões D2: Percepção geral da segurança do paciente (Contrato: M=2,95, DP= 0,71; Estatutário M = 2,64, DP=0,70; p=<0,00), D4: Adequação de profissionais (Contrato: M=2,71, DP= 0,65; Estatutário M = 2,46, DP=0,74; p=0,03), D12: Trabalho em equipe entre as unidades (Contrato: M=3,08, DP= 0,65; Estatutário M = 2,77, DP=0,64; p=<0,00) e ao número de eventos notificados (Contrato: M=1,68, DP= 1,02; Estatutário M = 1,37, DP=0,65; p=0,04), sendo que os trabalhadores com vínculo de contrato apresentaram médias mais elevadas.
- ❖ O turno de trabalho esteve associado à D10: Passagem de plantão ou de turno/transferências (Fixo: M=3,26, DP=0,79; Rotativo M = 2,99, DP=0,72; p=0,02) com os trabalhadores do turno fixo a avaliarem melhor esse aspecto.
- ❖ O número de vínculo trabalhista esteve associado à notificação, sendo que os trabalhadores com dois ou mais vínculos obtiveram média maior no número de eventos notificados (Um: M=1,44, DP=0,95; Dois ou mais M = 1,64, DP=0,83; p=0,01).

- ❖ O local de trabalho esteve associado a segurança do paciente total (Clínica Cirúrgica-CC: M=3,11, DP=0,44; Clínica Médica-CM: M=3,01, DP=0,48; Obstetrícia-OB: M=3,29, DP=0,49; Unidade de Terapia Intensiva adulto-UTIA: M= 2,81, DP=0,52; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal-UTIN: M=3,19, DP=0,31; p=0,001) e com às dimensões D4: Adequação de profissionais (CC: M=2,84, DP=0,56; CM: M=2,47, DP=0,73; OB: M=2,65, DP=0,70; UTIA: M= 2,35, DP=0,74; UTIN: M=2,66, DP=0,71; p=0,01); D5: Aprendizado organizacional - melhoria contínua (CC: M=3,34, DP=0,66; CM: M=3,42, DP=0,75; OB: M=3,70, DP=0,68; UTIA: M= 2,94, DP=0,88; UTIN: M=3,51, DP=0,71; p=0,01); D6: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes (CC: M=3,46, DP=0,82; CM: M=3,43, DP=0,93; OB: M=3,63, DP=0,91; UTIA: M= 2,90, DP=0,92; UTIN: M=3,63, DP=0,58; p=0,01); D7: Abertura da comunicação (CC: M=3,20, DP=0,87; CM: M=3,34, DP=0,84; OB: M=3,85, DP=0,78; UTIA: M= 3,16, DP=0,93; UTIN: M=3,79, DP=0,65; p=0,01); D8: Retorno da informação e comunicação sobre erro (CC: M=3,30, DP=0,91; CM: M=2,95, DP=0,94; OB: M=3,94, DP=0,88; UTIA: M= 3,03, DP=1,06; UTIN: M=3,61, DP=1,05; p=0,01); D10: Passagem de plantão ou de turno/transferências (CC: M=3,14, DP=0,70; CM: M=3,02, DP=0,77; OB: M=3,29, DP=0,49; UTIA: M= 2,74, DP=0,81; UTIN: M=3,55, DP=0,72; p<0,01), além dessas dimensões, a unidade de trabalho esteve associada à notificação de eventos (CC: M=1,69, DP=1,11; CM: M=1,59, DP=0,99; OB: M=1,72, DP=0,83; UTIA: M= 1,12, DP=0,33; UTIN: M=1,59, DP=0,64; p=0,01). A partir desses achados, destacam-se as unidades de assistência materno-infantil pelas melhores avaliações, excetuando a adequação de profissionais, aspecto mais bem avaliado na CC e a notificação de eventos, na qual a CC alcançou média mais elevada que a UTIN.
- ❖ A idade esteve associada negativamente às dimensões D2: Percepção geral da segurança do paciente (r=-0,17; p<0,05); D3: Respostas não punitivas aos erros (r=-0,20; p<0,01); e a notificação dos eventos (r=-0,16; p<0,05), demonstrando que ao aumentar a idade tem-se a tendência de uma pior percepção da CSP em relação à estas dimensões, como também menor número de notificações.
- ❖ A experiência profissional esteve associada negativamente a segurança do paciente total (r= -0,20; p <0,01) e às dimensões D2: Percepção geral da segurança do paciente (r=-0,28; p=<0,001); D3: Respostas não punitivas aos erros (r=-0,23; p=<0,01); D10: Passagem de plantão ou de turno/transferências (r=-0,19; p=<0,05); e D12: Trabalho em equipe entre as unidades (r=-0,18; p=<0,05), evidenciando que quanto maior a

experiência profissional do trabalhador menor é o escore atribuído à essas dimensões. Em contraponto, a maior a experiência profissional esteve associada a melhor avaliação da adequação de profissionais ($r=0,21$; $p<0,01$).

- ❖ A experiência no serviço esteve associada positivamente a D3: Respostas não punitivas aos erros ($r=0,20$; $p<0,01$) e D4: Adequação de profissionais ($r=0,16$; $p<0,05$), demonstrando que ao aumentar a experiência no hospital, os trabalhadores tendem a atribuírem melhores avaliações a esses aspectos, entretanto, esteve associada negativamente a D10: Passagem de plantão ou de turno/transferências ($r=-0,17$; $p<0,05$), ao número de eventos notificados ($r=-0,21$; $p<0,01$) e a segurança do paciente total ($r= -0,17$; $p <0,05$).

Os resultados completos acerca da variação da CSP diante das variáveis sociodemográficas e profissionais, bem como dos fatores com evidência de associação, podem ser visualizados nas tabelas a seguir, com a seguinte organização: Tabela 4.4 referente à Segurança do paciente total e às dimensões D1: Trabalho em equipe dentro das unidades, D2: Percepção geral da segurança do paciente, D3: Respostas não punitivas aos erros, D4: Adequação de profissionais, D5: Aprendizado organizacional - melhoria contínua; Tabela 4.5 contemplando as dimensões D6: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes, D7: Abertura da comunicação, D8: Retorno da informação e comunicação sobre erro, D9: Frequência de eventos relatados; Tabela 4.6 abrangendo as dimensões D10: Passagem de plantão ou de turno/transferências ; D11: Apoio da gestão para segurança do paciente; D12: Trabalho em equipe entre as unidades; a Nota da segurança do paciente e o Número de eventos de segurança notificados nos últimos 12 meses; e a Tabela 4.7 com os resultados acerca da análise das correlações entre Idade, Experiência Profissional, Experiência no serviço e a CSP.

Tabela 4.4 – Análise da associação da Segurança do Paciente Total e das dimensões Trabalho em equipe dentro das unidades; Percepção geral da segurança do paciente; Respostas não punitivas aos erros; Adequação de profissionais e Aprendizado organizacional - melhoria contínua com as variáveis: sexo; estado civil; categoria profissional; tipo de vínculo; turnos de trabalho; número de vínculos; nível de escolaridade e local de trabalho. Salvador, BA, 2021

VARIÁVEL	N	SPT	p	M (DP)	D1	D2	D3	D4	D5				
					p	M (DP)	p	M (DP)	p	M (DP)	p		
Sexo													
Feminino	158	3,09 (0,46)	0,009 ^a	3,23 (0,78)	0,18 ^b	2,85 (0,72)	0,36 ^b	2,60 (0,80)	0,61 ^b	2,64 (0,68)	0,37 ^a	3,37 (0,75)	0,11 ^b
Masculino	22	2,81 (0,50)		2,99 (0,77)		2,68 (0,66)		2,44 (0,75)		2,50 (0,79)		3,08 (0,79)	
Estado Civil													
Com companheiro	88	3,06 (0,52)	0,93 ^a	3,17 (0,83)	0,69 ^a	2,88 (0,72)	0,37 ^a	2,56 (0,83)	0,31 ^b	2,56 (0,68)	0,32 ^a	3,43 (0,77)	0,09 ^b
Sem companheiro	89	3,06 (0,43)		3,22 (0,74)		2,79 (0,69)		2,63 (0,75)		2,67 (0,71)		3,24 (0,75)	
Categoria Profissional													
Aux/Tec Enfermagem	106	3,19 (0,92)	0,37 ^a	3,18 (0,81)	0,67 ^a	2,82 (0,77)	0,84 ^b	2,49 (0,83)	0,03 ^b	2,53 (0,66)	0,04 ^b	3,31 (0,80)	0,70 ^b
Enfermeiro	73	3,23 (0,66)		3,23 (0,73)		2,85 (0,62)		2,72 (0,74)		2,75 (0,72)		3,38 (0,70)	
Tipo de vínculo													
Contrato	104	3,12 (0,46)	0,03 ^a	3,23 (0,81)	0,49 ^a	2,95 (0,71)	0,004 ^a	2,67 (0,82)	0,11 ^b	2,71 (0,65)	0,03 ^b	3,42 (0,78)	0,20 ^b
Estatutário	69	2,96 (0,49)		3,15 (0,73)		2,64 (0,70)		2,46 (0,78)		2,46 (0,74)		3,22 (0,73)	
Turnos de trabalho													
Fixo	80	3,09 (0,50)	0,52 ^a	3,28 (0,71)	0,27 ^a	2,85 (0,74)	0,82 ^b	2,59 (0,73)	0,73 ^b	2,63 (0,67)	0,84 ^a	3,37 (0,69)	0,64 ^b
Rotativo	97	3,04 (0,46)		3,15 (0,82)		2,82 (0,70)		2,58 (0,86)		2,61 (0,72)		3,31 (0,82)	

(continua)

Tabela 4.4 – Análise da associação da Segurança do Paciente Total e das dimensões Trabalho em equipe dentro das unidades; Percepção geral da segurança do paciente; Respostas não punitivas aos erros; Adequação de profissionais e Aprendizado organizacional - melhoria contínua com as variáveis: sexo; estado civil; categoria profissional; tipo de vínculo; turnos de trabalho; número de vínculos; nível de escolaridade e local de trabalho. Salvador, BA, 2021

(continuação)													
Número vínculos trabalhistas													
Um	87	3,03 (0,47)	0,47 ^a	3,22 (0,84)	0,78 ^b	2,80 (0,72)	0,58 ^a	2,57 (0,78)	0,80 ^b	2,53 (0,68)	0,08 ^a	3,24 (0,70)	0,06 ^b
Dois ou mais	93	3,08 (0,48)		3,18 (0,72)		2,86 (0,71)		2,60 (0,82)		2,71 (0,69)		3,43 (0,81)	
Nível de Escolaridade													
Ensino médio	64	3,02 (0,52)		3,15 (0,84)		2,81(0,84)		2,41 (0,77)		2,61 (0,69)		3,23 (0,86)	
Graduação	49	3,11 (0,47)	0,65 ^c	3,22 (0,76)	0,40 ^c	2,86 (0,61)	0,82 ^d	2,83 (0,87)	0,07 ^d	2,57 (0,70)	0,90 ^c	3,47 (0,76)	0,61 ^d
Especialização	47	3,03 (0,46)		3,13 (0,81)		2,80 (0,64)		2,59 (0,75)		2,65 (0,70)		3,31 (0,67)	
Mestrado	19	3,13 (0,37)		3,47 (0,48)		2,89 (0,68)		2,55 (0,67)		2,70 (0,72)		3,40 (0,56)	
Local de trabalho													
Clínica cirúrgica	62	3,11 (0,44)		3,28 (0,74)		2,93 (0,72)		2,47 (0,68)		2,84 (0,56)		3,34 (0,66)	
Clínica médica	37	3,01 (0,48)		3,24 (0,84)		2,75 (0,83)		2,49 (0,81)		2,47 (0,73)		3,42 (0,75)	
Obstetrícia	18	3,29 (0,49)	0,001 ^c	3,32 (0,73)	0,58 ^d	2,88 (0,56)	0,55 ^c	3,00 (0,90)	0,08 ^d	2,65 (0,70)	0,01 ^c	3,70 (0,68)	0,01 ^d
UTI A	36	2,81 (0,52)		3,09 (0,79)		2,83 (0,71)		2,50 (0,89)		2,35 (0,74)		2,94 (0,88)	
UTI N	27	3,19 (0,32)		3,03 (0,80)		2,68 (0,60)		2,79 (0,74)		2,66 (0,71)		3,51 (0,71)	

^aTeste t de Student ^b Teste Wilcoxon-Mann-Whitney ^c Modelo de ANOVA ^d Teste Kruskal-Wallis

(conclusão)

UTIA: Unidade de Terapia Intensiva Adulto; UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; SPT: Segurança do Paciente Total; D1: Trabalho em equipe dentro das unidades; D2: Percepção geral da segurança do paciente; D3: Respostas não punitivas aos erros; D4: Adequação de profissionais; D5: Aprendizado organizacional - melhoria contínua.

Tabela 4.5 – Análise da associação das dimensões Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes; Abertura da comunicação; Retorno da informação e comunicação sobre erro e Frequência de eventos relatados com as variáveis: sexo; estado civil; categoria profissional; tipo de vínculo; turnos de trabalho; número de vínculos; nível de escolaridade e local de trabalho. Salvador, BA, 2021

(continua)

VARIÁVEL	N	D6		D7		D8		N	D9	
		M (DP)	p	M (DP)	p	M (DP)	p		M (DP)	p
Sexo										
Feminino	158	3,43 (0,82)	0,07 ^b	3,42 (0,83)	0,17 ^b	3,34 (0,99)	0,07 ^b	156	3,36 (1,14)	0,87 ^b
Masculino	22	3,03 (0,96)		3,03 (1,08)		2,88 (1,07)		22	3,42 (1,16)	
Estado Civil										
Com companheiro	88	3,42 (0,91)	0,49 ^b	3,32 (0,94)	0,53 ^a	3,24 (1,04)	0,53 ^b	87	3,38 (1,17)	0,80 ^b
Sem companheiro	89	3,34 (0,84)		3,40 (0,79)		3,32 (0,97)		89	3,36 (1,10)	
Categoria Profissional										
Aux/Tec Enfermagem	106	3,31 (0,95)	0,25 ^e	3,40 (0,93)	0,66 ^b	3,30 (1,07)	0,98 ^b	105	3,40 (1,16)	0,86 ^b
Enfermeiro	73	3,49 (0,75)		3,34 (0,78)		3,28 (0,91)		72	3,35 (1,11)	
Tipo de vínculo										
Contrato	104	3,45 (0,85)	0,26 ^b	3,31 (0,85)	0,37 ^a	3,32 (1,03)	0,75 ^b	102	3,43 (1,11)	0,71 ^b
Estatutário	69	3,29 (0,92)		3,43 (0,92)		3,26 (0,98)		69	3,35 (1,18)	
Turnos de trabalho										
Fixo	80	3,36 (0,86)	0,43 ^b	3,27 (0,94)	0,12 ^a	3,35 (1,05)	0,39 ^b	80	3,39 (1,15)	0,76 ^b
Rotativo	97	3,43 (0,88)		3,47 (0,81)		3,24 (0,98)		95	3,38 (1,14)	

Tabela 4.5 – Análise da associação das dimensões Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes; Abertura da comunicação; Retorno da informação e comunicação sobre erro e Frequência de eventos relatados com as variáveis: sexo; estado civil; categoria profissional; tipo de vínculo; turnos de trabalho; número de vínculos; nível de escolaridade e local de trabalho. Salvador, BA, 2021

(continuação)

Número vínculos trabalhistas										
Um	87	3,39 (0,89)	0,83 ^b	3,33 (0,85)	0,58 ^b	3,22 (0,99)	0,48 ^b	87	3,40 (1,15)	0,82 ^b
Dois ou mais	93	3,38 (0,87)		3,42 (0,89)		3,34 (1,02)		91	3,34 (1,13)	
Nível de Escolaridade										
Ensino Médio	64	3,30 (0,96)		3,36 (0,87)		3,10 (1,03)		63	3,40 (1,14)	
Graduação	49	3,39 (0,84)	0,59 ^d	3,50 (1,00)	0,59 ^c	3,48 (1,10)	0,20 ^c	49	3,34 (1,12)	0,50 ^d
Especialização	47	3,50 (0,90)		3,26 (0,74)		3,26 (0,92)		46	3,25 (1,25)	
Mestrado	19	3,41 (0,62)		3,35 (0,81)		3,47 (0,78)		19	3,70 (0,88)	
Local de trabalho										
Clínica cirúrgica	62	3,46 (0,82)		3,20 (0,87)		3,30 (0,91)		62	3,38 (1,19)	
Clínica médica	37	3,43 (0,93)		3,34 (0,84)		2,95 (0,94)		35	3,52 (1,17)	
Obstetrícia	18	3,63 (0,91)	0,01 ^d	3,85 (0,78)	0,01 ^c	3,94 (0,88)	0,01 ^c	18	3,52 (0,83)	0,66 ^d
UTI A	36	2,90 (0,92)		3,16 (0,93)		3,03 (1,06)		36	3,17 (1,21)	
UTI N	27	3,63 (0,58)		3,79 (0,65)		3,61 (1,05)		27	3,32 (1,08)	

^aTeste t de Student ^b Teste Wilcoxon-Mann-Whitney ^c Modelo de ANOVA ^d Teste Kruskal-Wallis ^e Teste Brunner-Munzel

(conclusão)

UTIA: Unidade de Terapia Intensiva Adulto; UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; D6: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes; D7: Abertura da comunicação; D8: Retorno da informação e comunicação sobre erro; D9: Frequência de eventos relatados.

Tabela 4.6 – Análise da associação das dimensões Passagem de plantão ou de turno/transferências; Apoio da gestão para segurança do paciente; Trabalho em equipe entre as unidades; Nota da segurança do paciente e Número de eventos notificados com as variáveis: sexo; estado civil; categoria profissional; tipo de vínculo; turnos de trabalho; número de vínculos; nível de escolaridade e local de trabalho. Salvador, BA, 2021

(continua)

VARIÁVEL	D10			D11			D12			NotaSP			NE		
	N	M (DP)	p	M (DP)	p	M (DP)	p	N	M (DP)	p	N	M (DP)	p		
Sexo															
Feminino	158	3,13 (0,75)	0,29 ^a	3,05 (0,81)	0,15 ^e	3,00 (0,65)	0,01 ^b	150	3,24 (0,82)	0,04 ^b	146	1,53 (0,87)	0,97 ^b		
Masculino	22	2,95 (0,80)		2,73 (1,02)		2,69 (0,61)		19	2,95 (0,71)		20	1,60 (1,05)			
Estado Civil															
C/companheiro	88	3,07 (0,73)	0,47 ^a	3,03 (0,89)	0,66 ^b	2,99 (0,66)	0,67 ^b	82	3,16 (0,74)	0,54 ^b	82	1,50 (0,84)	0,61 ^b		
S/companheiro	89	3,15 (0,78)		3,01 (0,77)		2,95 (0,64)		85	3,28 (0,87)		82	1,59 (0,96)			
Categoria Profissional															
Aux/Tec Enfermagem	106	3,14 (0,80)	0,47 ^a	2,93 (0,93)	0,17 ^e	2,98 (0,72)	0,62 ^a	98	3,19 (0,92)	0,82 ^e	94	1,33 (0,61)	0,001 ^e		
Enfermeiro	73	3,06 (0,70)		3,12 (0,68)		2,93 (0,55)		70	3,23 (0,66)		71	1,83 (1,11)			
Tipo de vínculo															
Contrato	104	3,14 (0,73)	0,45 ^a	3,05 (0,81)	0,57 ^b	3,08 (0,65)	0,002 ^a	97	3,29 (0,78)	0,17 ^b	95	1,68 (1,02)	0,04 ^e		
Estatutário	69	3,05 (0,80)		2,94 (0,91)		2,77 (0,64)		65	3,11 (0,83)		65	1,37 (0,65)			
Turnos de trabalho															
Fixo	80	3,26 (0,79)	0,02 ^a	3,09 (0,76)	0,25 ^b	2,95 (0,66)	0,95 ^b	76	3,34 (0,78)	0,13 ^b	76	1,49 (0,84)	0,58 ^b		

Tabela 4.6 – Análise da associação das dimensões Passagem de plantão ou de turno/transferências; Apoio da gestão para segurança do paciente; Trabalho em equipe entre as unidades; Nota da segurança do paciente e Número de eventos notificados com as variáveis: sexo; estado civil; categoria profissional; tipo de vínculo; turnos de trabalho; número de vínculos; nível de escolaridade e local de trabalho. Salvador, BA, 2021

(continuação)												
Rotativo	97	2,99 (0,72)		2,94 (0,90)		2,96 (0,66)		90	3,11 (0,79)	88	1,58 (0,93)	
Número vínculos trabalhistas												
Um	87	3,15 (0,79)	0,46 ^a	2,94 (0,91)	0,26 ^b	2,99 (0,66)	0,57 ^a		3,23 (0,85)	0,76 ^b	1,44 (0,95)	0,01 ^b
Dois ou mais	93	3,07 (0,73)		3,07 (0,77)		2,93 (0,65)			3,19 (0,79)		1,64 (0,83)	
Nível de Escolaridade												
Ensino Médio	64	3,12 (0,77)		3,03 (1,01)		3,03 (0,73)		57	3,26 (1,03)	54	1,39 (0,71)	
Graduação	49	3,28 (0,76)	0,09 ^c	2,88 (0,75)	0,54 ^c	2,94 (0,58)	0,62 ^c	46	3,13 (0,69)	0,07 ^d	1,45 (0,83)	0,10 ^d
Especialização	47	2,90 (0,70)		3,13 (0,78)		2,87 (0,67)		46	3,07 (0,61)		1,80 (1,06)	
Mestrado	19	3,22 (0,76)		3,00 (0,54)		3,02 (0,53)		19	3,58 (0,77)	19	1,63 (1,01)	
Local de trabalho												
Clínica cirúrgica	62	3,14 (0,70)		3,12 (0,80)		3,02 (0,65)		55	3,16 (0,79)	54	1,69 (1,11)	
Clínica médica	37	3,02 (0,77)		2,97 (0,84)		3,00 (0,62)		34	3,09 (0,75)	34	1,59 (0,99)	
Obstetrícia	18	3,29 (0,49)	<0,001 ^c	3,13 (0,98)	0,14 ^c	3,10 (0,57)	0,26 ^c	18	3,39 (0,61)	0,07 ^d	1,72 (0,83)	0,01 ^d
UTI A	36	2,74 (0,81)		2,70 (0,97)		2,75 (0,74)		35	3,03 (0,98)	33	1,12 (0,33)	
UTI N	27	3,55 (0,72)		3,14 (0,53)		2,94 (0,64)		27	3,56 (0,75)	27	1,59 (0,64)	

^aTeste t de Student ^b Teste Wilcoxon-Mann-Whitney ^c Modelo de ANOVA ^d Teste Kruskal-Wallis ^e Teste Brunner-Munzel (conclusão)

UTIA: Unidade de Terapia Intensiva Adulto; UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; D10: Passagem de plantão ou de turno/transferências; D11: Apoio da gestão para segurança do paciente; D12: Trabalho em equipe entre as unidades; Nota SP: Nota da segurança do paciente; NE: Número de eventos de segurança notificados nos últimos 12 meses

Tabela 4.7 – Análise das correlações entre Idade, Experiência Profissional, Experiência no serviço e a dimensões de Cultura de Segurança do Paciente, Nota de Segurança do Paciente e Número de Eventos Notificados. Salvador, BA, 2021

VARIÁVEL	Idade	Experiência Profissional	Experiência no serviço
D1	0,09	0,04	-0,02
D2	-0,17*	-0,28***	-0,21
D3	-0,20**	-0,23**	0,20**
D4	0,09	0,21**	0,16*
D5	-0,04	-0,08	-0,04
D6	-0,04	-0,13	-0,11
D7	0,01	-0,03	-0,01
D8	0,00	-0,03	-0,04
D9	0,11	0,00	-0,03
D10	0,00	-0,19*	-0,17*
D11	-0,01	-0,11	-0,06
D12	-0,11	-0,18*	-0,14
Nota SP	0,01	-0,06	-0,05
NE	-0,16*	-0,11	-0,21**
SPTotal	-0,06	-0,20**	-0,17*

Teste de Correlação de *Spearman*

*Valor-p <0,05 ** Valor-p <0,01 *** Valor-p <0,001

D1: Trabalho em equipe dentro das unidades; D2: Percepção geral da segurança do paciente; D3: Respostas não punitivas aos erros; D4: Adequação de profissionais; D5: Aprendizado organizacional - melhoria contínua; D6: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes; D7: Abertura da comunicação; D8: Retorno da informação e comunicação sobre erro; D9: Frequência de eventos relatados; D10: Passagem de plantão ou de turno/transferências ; D11: Apoio da gestão para segurança do paciente; D12: Trabalho em equipe entre as unidades; Nota SP: Nota da segurança do paciente; NE: Número de eventos de segurança notificados nos últimos 12 meses; SPTotal: Segurança do Paciente Total.

4.3 QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL

Os resultados da análise da QVP estão apresentados a seguir, inicialmente abordamos as análises descritivas dos componentes da QVP (Satisfação por Compaixão, Burnout e Estresse Traumático) e posteriormente, explicitamos a análise correlacional entre os componentes da QVP e a associação da QVP com as variáveis sociodemográficas e profissionais.

4.3.1 Análises descritivas da Qualidade de Vida Profissional

O Quadro 4.6 apresenta o resultado para a Satisfação por Compaixão (SC), pode-se observar que a maioria das respostas se concentrou em “Muitas vezes” e “Quase sempre”, aspecto que remete a uma avaliação positiva pois a SC trata-se do polo positivo da QVP. Os itens: q12-Gosto do meu trabalho ajudando as pessoas, q3- Sinto-me satisfeito por ser capaz de

ajudar as pessoas e q20- Tenho bons pensamentos e sentimentos em relação àqueles que eu ajudo e sobre como poderia ajudá-los, destacaram-se como os aspectos com níveis mais elevados de frequência nos trabalhadores, alcançando na somatória de Muitas vezes ou Quase sempre, 89,4%, 88,3%, 85,5%, respectivamente, em contrapartida, as assertivas que alcançaram os níveis mais baixos foram q27- Ocorre-me que sou bem-sucedido (a) no meu trabalho com 55,1% e q4- Sinto-me ligado aos outros com 56,5%.

Quadro 4.6 - Distribuição dos percentuais das respostas: Raramente; Poucas vezes; Algumas vezes; Muitas vezes; e Quase Sempre para Satisfação por Compaixão. Salvador, BA, 2021

Satisfação por Compaixão					
Item	Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
q1- Sinto-me feliz (n=168)	0,0%	4,8%	22,6%	45,8%	26,8%
q2- Tenho preocupações com mais de uma pessoa que estou ajudando (n=179)	1,1%	3,4%	18,4%	41,9%	35,2%
q3- Sinto-me satisfeito por ser capaz de ajudar as pessoas (n=180)	0,0%	1,1%	10,6%	34,4%	53,9%
q4- Sinto-me ligado aos outros (n=179)	2,2%	10,1%	31,3%	39,7%	16,8%
q6- Sinto-me animado depois de atender as pessoas que ajudo (n=179)	1,7%	3,9%	10,1%	41,9%	42,5%
q12- Gosto do meu trabalho ajudando as pessoas (n=180)	1,1%	4,4%	5,0%	34,4%	55,0%
q15- Tenho crenças que me sustentam (n=179)	21,8%	7,3%	10,1%	20,1%	40,8%
q16- Sinto-me satisfeito por conseguir me manter atualizado em relação a técnicas e procedimentos de atendimento (n=180)	5,0%	3,9%	15,6%	34,4%	41,1%
q17- Sou a pessoa que sempre desejei ser (n=178)	3,9%	5,6%	23,0%	36,5%	30,9%
q18- Sinto-me satisfeito com o meu trabalho (n=180)	5,0%	5,6%	25,0%	32,8%	31,7%
q20- Tenho bons pensamentos e sentimentos em relação àqueles que eu ajudo e sobre como poderia ajudá-los (n=180)	2,2%	1,7%	10,6%	49,4%	36,1%
q22- Acredito que posso fazer diferença através do meu trabalho (n=178)	2,8%	5,1%	7,9%	36,5%	47,8%
q24- Estou orgulhoso (a) do que eu posso fazer para ajudar (n=178)	4,5%	1,7%	12,4%	41,0%	40,4%
q27- Ocorre-me que sou bem-sucedido (a) no meu trabalho (n=178)	7,3%	10,7%	27,0%	35,4%	19,7%
q30- Estou feliz por ter escolhido este trabalho (n=178)	2,2%	5,0%	19,4%	30,6%	42,8%

Os resultados para os três itens que compõem o Burnout estão expostos no Quadro 4.7, é possível notar que 30,7% dos trabalhadores afirmam que se sentem muitas vezes exaustos por conta do trabalho e 13,4% afirmam sentir-se quase sempre exaustos, totalizando 44,1% dos

participantes com uma frequência alta nesse aspecto. Em relação a sentir-se sufocado pela quantidade de trabalho e pelo tanto de pacientes que precisam atender, 21,1% referiram sentir-se assim muitas vezes e 19,9% quase sempre, alcançando um total de 41,0% dos trabalhadores com frequência elevada. O item que se refere a sentir-se sufocado pelo sistema que atua alcançou a melhor avaliação, sendo que 34,1% dos trabalhadores referiram sentir-se raramente sufocado pelo sistema e 17,3% poucas vezes.

Quadro 4.7- Distribuição dos percentuais das respostas: Raramente; Poucas vezes; Algumas vezes; Muitas vezes; e Quase Sempre para Burnout. Salvador, BA, 2021

Burnout					
Item	Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
q19- Sinto-me exausto (a) por causa do meu trabalho (n=179)	10,1%	11,2%	34,6%	30,7%	13,4%
q21- Sinto-me sufocado (a) pela quantidade de trabalho e pelo tanto de pacientes que eu preciso atender (n=180)	12,2%	12,2%	35,6%	21,1%	19,9%
q26- Sinto-me sufocado pelo sistema em que atuo (n=179)	34,1%	17,3%	24,6%	14,0%	10,1%

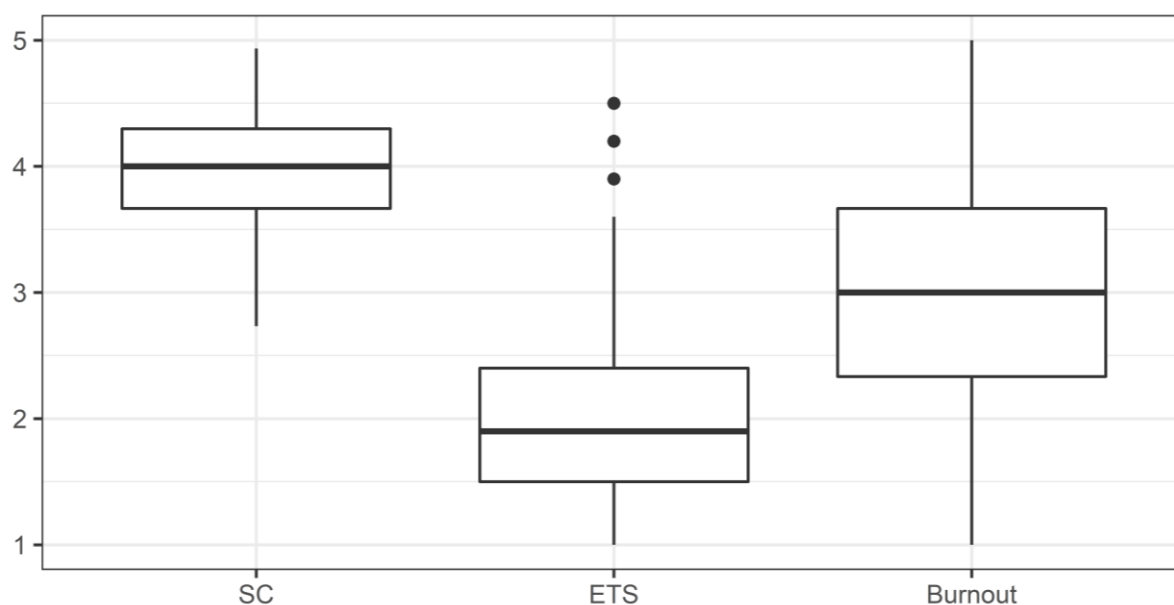
O Quadro 4.8 revela os resultados para o Estresse Traumático Secundário (ETS), verifica-se que a maioria das respostas se concentrou em raramente e poucas vezes para os itens deste componente. Os aspectos relacionados ao ETS mais frequentes estavam relacionados à sons inesperados assustarem ou causarem sobressaltos no trabalhador (25,0% algumas vezes, 10,6% muitas vezes e 11,1% quase sempre); ao fato de ser difícil para o trabalhador separar a vida profissional da vida pessoal (19,6% algumas vezes, 10,1% muitas vezes e 11,2% quase sempre); ao trabalhador sentir-se tenso com relação a várias coisas por causa do trabalho (20,0% algumas vezes, 13,3% muitas vezes e 7,8% quase sempre); e a perda do sono por causa das experiências traumáticas dos pacientes (26,1% algumas vezes, 8,9% muitas vezes e 3,9% quase sempre), em contraponto, os aspectos menos frequentes estavam relacionados a sentir que estavam vivendo o trauma de algum paciente (5,6% muitas vezes e 1,1% quase sempre) e a presença de pensamentos invasivos e assustadores como resultado do trabalho (7,3% muitas vezes e 1,1% quase sempre).

Quadro 4.8 - Distribuição dos percentuais das respostas: Raramente; Poucas vezes; Algumas vezes; Muitas vezes; e Quase Sempre para Estresse Traumático. Salvador, BA, 2021

Estresse Traumático Secundário					
Item	Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
q5- Sons inesperados me assustam ou me causam sobressaltos (n=180)	30,6%	22,8%	25,0%	10,6%	11,1%
q7- Acho difícil separar minha vida profissional com a minha vida pessoal (n=179)	42,5%	16,8%	19,6%	10,1%	11,2%
q8- Perco o sono por causa das experiências traumáticas de uma pessoa que atendo (n=180)	38,3%	22,8%	26,1%	8,9%	3,9%
q9- Creio que posso ter sido “infectado” pelo estresse traumático daqueles que atendo (n=180)	46,1%	27,2%	16,7%	8,3%	1,7%
q10- Sinto-me aprisionado pelo meu trabalho de cuidar dos outros (n=179)	53,9%	28,3%	7,8%	5,0%	5,0%
q11- Por causa do meu trabalho me sinto tenso com relação a várias coisas (n=180)	37,8%	21,1%	20,0%	13,3%	7,8%
q13- Sinto-me deprimido (a) por causa do meu trabalho (n=178)	55,6%	19,7%	15,7%	5,1%	3,9%
q14- Sinto-me como se estivesse vivendo o trauma de alguém que eu atendi (n=180)	58,3%	21,7%	13,3%	5,6%	1,1%
q23- Evito certas atividades ou situações porque elas me fazem lembrar das experiências assustadoras vividas pelas pessoas que ajudo (n=179)	47,5%	23,5%	14,5%	8,9%	5,6%
q25- Como resultado do meu trabalho, tenho pensamentos invasivos e assustadores (n=179)	63,7%	21,2%	6,7%	7,3%	1,1%

O Gráfico 4.5 apresenta os resultados da avaliação da QVP quanto a sua distribuição evidenciando a dispersão, posição, simetria, caudas e valores atípicos (*outliers*) da SC, *Burnout* e ETS, de forma complementar, a Tabela 4.8 expõe os valores exatos da estatística descritiva destes dados. Nota-se que a SC apresenta os valores mais elevados com mediana (md) de 4,00 e média (M) de 3,99 seguida pelo *Burnout* (md=3,00 e M=2,99) e por fim pelo ETS (md=1,90 e M=2,01), a maior variância foi evidenciada no *Burnout* (desvio-padrão= 0,94) e o ETS apresentou *outliers* acima do terceiro quartil, revelando a presença de trabalhadores com níveis mais elevados, portanto, com valores atípicos quanto ao ETS.

Gráfico 4.5 - Boxplot representando a distribuição dos escores pela Satisfação por Compaixão, Estresse Traumático Secundário e Burnout. Salvador, BA, 2021



SC: Satisfação por Compaixão; ETS: Estresse Traumático Secundário

Tabela 4.8 – Estatística descritiva da Satisfação por Compaixão, Estresse Traumático Secundário e Burnout. Salvador, BA, 2021

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana	1° Quartil	3° Quartil
SC	180	2,73	4,93	3,99	0,46	4,00	3,66	4,32
ETS	180	1,00	4,50	2,01	0,68	1,90	1,50	2,40
Burnout	180	1,00	5,00	2,99	0,94	3,00	2,33	3,67

SC: Satisfação por Compaixão; ETS: Estresse Traumático Secundário

4.3.2 Análise correlacional da Qualidade de vida profissional

A análise correlacional da QVP baseou-se nas correlações existentes entre os componentes da QVP e está disponível na Tabela 4.9, a SC apresentou correlação negativa significativa com o Burnout com coeficiente de correlação (r) de $-0,21$ e valor de $p = <0,01$, e com o ETS ($r = -0,23$; $p = <0,01$), enquanto o Burnout e o ETS apresentaram correlação positiva significativa entre si ($r = 0,43$; $p = <0,001$).

Tabela 4.9 – Análise das correlações entre a Satisfação por Compaixão, Estresse Traumático Secundário e Burnout. Salvador, BA, 2021

VARIÁVEL	SC	Burnout
Burnout	-0,21**	
ETS	-0,23**	0,43***

Teste de Correlação de *Spearman*

*Valor-p <0,05 ** Valor-p <0,01 *** Valor-p <0,001

SC: Satisfação por Compaixão; ETS: Estresse Traumático Secundário

4.3.3 Associação da Qualidade de Vida Profissional com as variáveis sociodemográficas e profissionais

A avaliação da QVP quanto a sua variação diante das variáveis sociodemográficas e profissionais está disposta nas Tabelas 4.10 e 4.11 possibilitando verificar os fatores com evidência de associação à QVP:

- ❖ O tipo de vínculo esteve associado ao Burnout (Contrato: M=2,82, DP= 0,97; Estatutário M = 3,30, DP=0,81; p=< 0.001), com os trabalhadores com vínculo Estatutário a apresentarem médias mais elevadas.
- ❖ O turno de trabalho esteve associado ao ETS (Fixo: M=2,11, DP=0,65; Rotativo M = 1,92, DP=0,70; p=0,02), evidenciado que os trabalhadores do turno fixo apresentaram médias mais elevadas de ETS.
- ❖ O local de trabalho esteve associado aos três componentes da QVP, SC (Clínica Cirúrgica-CC: M=4,01, DP=0,41; Clínica Médica-CM: M=4,19, DP=0,36; Obstetrícia-OB: M=3,67, DP=0,53; Unidade de Terapia Intensiva adulto-UTIA: M= 4,16, DP=0,44; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal-UTIN: M=3,63, DP=0,37; p=< 0.001); *Burnout* (CC: M=2,78, DP=0,90; CM: M=3,09, DP=0,95; OB: M=3,07, DP=0,64; UTIA: M= 2,85, DP=1,18; UTIN: M=3,48, DP=0,66; p=0,01); e ETS (CC: M=1,91, DP=0,60; CM: M=1,89, DP=0,72; OB: M=2,18, DP=0,80; UTIA: M= 1,97, DP=0,68; UTIN: M=2,37, DP=0,67; p=0,02). Nota-se que as unidades de assistência materno-infantil, OB e UTIN, apresentaram as médias mais baixas para a SC e mais elevadas para o ETS. Em relação ao Burnout, os escores mais altos foram evidenciados na UTIN, seguida pela CM e OB.

Tabela 4.10 – Análise da associação da Satisfação por Compaixão, Burnout e Estresse Traumático Secundário com as variáveis: sexo; estado civil; categoria profissional; tipo de vínculo; turnos de trabalho; número de vínculos; nível de escolaridade e local de trabalho. Salvador, BA, 2021

(continua)

VARIÁVEL	N	SC		Burnout		ETS	
		M (DP)	p	M (DP)	p	M (DP)	p
Sexo							
Feminino	158	3,97 (0,46)	0,06 ^a	2,98 (0,90)	0,58 ^e	2,04 (0,69)	0,21 ^b
Masculino	22	4,16 (0,43)		3,06 (1,24)		1,85 (0,62)	
Estado Civil							
Com companheiro	88	4,01 (0,46)	0,58 ^a	3,10 (0,95)	0,12 ^a	2,00 (0,72)	0,50 ^b
Sem companheiro	89	3,97 (0,47)		2,88 (0,92)		2,05 (0,65)	
Categoria Profissional							
Aux/Tec Enfermagem	106	3,97 (0,47)	0,50 ^a	3,02 (1,00)	0,45 ^b	2,10 (0,74)	0,12 ^b
Enfermeiro	73	4,02 (0,45)		2,95 (0,87)		1,90 (0,57)	
Tipo de vínculo							
Contrato	104	4,02 (0,47)	0,20 ^a	2,82 (0,97)	< 0,001 ^a	1,97 (0,72)	0,10 ^b
Estatutário	69	3,93 (0,45)		3,30 (0,81)		2,08 (0,62)	
Turnos de trabalho							
Fixo	80	3,97 (0,50)	0,63 ^a	3,07 (0,96)	0,34 ^a	2,11 (0,65)	0,02 ^b
Rotativo	97	4,00 (0,43)		2,94 (0,92)		1,92 (0,70)	

Tabela 4.10 – Análise da associação da Satisfação por Compaixão, Burnout e Estresse Traumático Secundário com as variáveis: sexo; estado civil; categoria profissional; tipo de vínculo; turnos de trabalho; número de vínculos; nível de escolaridade e local de trabalho. Salvador, BA, 2021

(continuação)

Número vínculos trabalhistas							
Um	87	4,00 (0,44)	0,77 ^a	2,97 (0,92)	0,60 ^b	2,09 (0,71)	0,16 ^b
Dois ou mais	93	3,98 (0,48)		3,01 (0,97)		1,94 (0,66)	
Nível de Escolaridade							
Ensino Médio	64	3,99 (0,43)	0,58 ^c	2,89 (1,00)	0,55 ^c	2,03 (0,75)	0,42 ^d
Graduação	49	3,93 (0,47)		2,97 (0,79)		2,06 (0,75)	
Especialização	47	3,99 (0,47)		3,13 (0,99)		1,90 (0,58)	
Mestrado	19	4,11 (0,51)		3,11 (1,03)		2,16 (0,56)	
Local de trabalho							
Clínica cirúrgica	62	4,01 (0,41)	< 0,001 ^c	2,78 (0,90)	<0,01 ^c	1,91 (0,60)	0,02 ^d
Clínica médica	37	4,19 (0,36)		3,09 (0,95)		1,89 (0,72)	
Obstetrícia	18	3,67 (0,53)		3,07 (0,64)		2,18 (0,80)	
UTI A	36	4,16 (0,44)		2,85 (1,18)		1,97 (0,68)	
UTI N	27	3,63 (0,37)		3,48 (0,66)		2,37 (0,67)	

^aTeste t de Student ^b Teste Wilcoxon-Mann-Whitney ^c Modelo de ANOVA ^d Teste Kruskal-Wallis ^e Teste Brunner-Munzel; (conclusão)

UTIA: Unidade de Terapia Intensiva Adulto; UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; SC: Satisfação por Compaixão; ETS: Estresse Traumático Secundário.

Tabela 4.11 – Análise das correlações entre Idade, Experiência Profissional, Experiência no serviço e a Satisfação por Compaixão, Estresse Traumático Secundário e Burnout. Salvador, BA, 2021

	Idade	Experiência profissional	Experiência no serviço
SC	0,12	0,03	-0,06
Burnout	-0,09	0,09	0,05
ETS	-0,01	0,12	0,04

Teste de Correlação de *Spearman*

SC: Satisfação por Compaixão; ETS: Estresse Traumático Secundário

4.4 RELAÇÃO ENTRE A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E A QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL

A relação das dimensões de CSP, nota de segurança do paciente e número de eventos notificados com os componentes da QVP foi testada por meio de teste de correlação e os resultados estão dispostos na Figura 4.1. A referida figura revela, além dos valores do coeficiente de correlação, intervalo de confiança e significância, as cores referentes ao mapa de calor, através do qual nota-se que correlações positivas são apresentadas em tons de vermelho e as negativas em tons de azul, sendo que, quanto mais escuro for a cor, mais forte é a correlação entre as variáveis. Através desses resultados é possível notar que a CSP não apresentou correlação significativa com a SC, entretanto, foram observadas correlações significativas da CSP com o Burnout e o ETS, ainda, nota-se a predominância do tom de azul mais escuro na relação do Burnout com alguns aspectos da CSP.

As correlações negativas significativas ocorreram entre:

- ❖ D1: Trabalho em equipe dentro das unidades e Burnout com coeficiente de correlação ($r = -0,353$ e valor de $p < 0,001$ e ETS ($r = -0,207$; $p = < 0,01$);
- ❖ D2: Percepção geral da segurança do paciente e Burnout ($r = -0,306$; $p = < 0,001$) e ETS ($r = -0,188$; $p = < 0,05$);
- ❖ D4: Adequação de profissionais e Burnout ($r = -0,250$; $p = < 0,001$) e ETS ($r = -0,193$; $p = < 0,01$);
- ❖ D10: Passagem de plantão ou de turno/transferências e Burnout ($r = -0,148$; $p = < 0,05$);

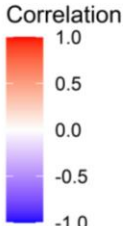
- ❖ D12: Trabalho em equipe entre as unidades e Burnout ($r = -0,322$; $p = <0,001$) e ETS ($r = -0,147$; $p = <0,01$);
- ❖ A nota de segurança e Burnout ($r = -0,191$; $p = 0,01$).
- ❖ Segurança do paciente total e Burnout ($r = -0,287$; $p = <0,001$)

E a correlação positiva entre:

- ❖ D8: Retorno da informação e comunicação sobre erro e o ETS ($r = 0,16$; $p = <0,05$).

Figura 4.1- Análise das correlações entre as dimensões de Cultura de Segurança do Paciente, Nota de Segurança do Paciente e Número de Eventos Notificados com a Satisfação por Compaixão, Estresse Traumático Secundário e Burnout. Salvador, BA, 2021

	SC	ETS	Burnout
D1	cor = 0.078 95%CI = (-0.069, 0.221)	cor = -0.207* 95%CI = (-0.343, -0.062)	cor = -0.353*** 95%CI = (-0.475, -0.218)
D2	cor = 0.038 95%CI = (-0.109, 0.183)	cor = -0.188* 95%CI = (-0.326, -0.043)	cor = -0.306*** 95%CI = (-0.433, -0.168)
D3	cor = -0.143 95%CI = (-0.283, 0.004)	cor = 0.001 95%CI = (-0.146, 0.147)	cor = -0.099 95%CI = (-0.242, 0.048)
D4	cor = -0.005 95%CI = (-0.152, 0.141)	cor = -0.193* 95%CI = (-0.330, -0.048)	cor = -0.250*** 95%CI = (-0.382, -0.108)
D5	cor = 0.062 95%CI = (-0.085, 0.206)	cor = 0.072 95%CI = (-0.075, 0.216)	cor = -0.033 95%CI = (-0.179, 0.114)
D6	cor = 0.038 95%CI = (-0.109, 0.184)	cor = -0.036 95%CI = (-0.182, 0.111)	cor = -0.106 95%CI = (-0.248, 0.041)
D7	cor = -0.014 95%CI = (-0.160, 0.132)	cor = -0.098 95%CI = (-0.240, 0.049)	cor = -0.094 95%CI = (-0.237, 0.053)
D8	cor = 0.019 95%CI = (-0.127, 0.165)	cor = 0.165* 95%CI = (0.019, 0.304)	cor = 0.000 95%CI = (-0.146, 0.146)
D9	cor = 0.138 95%CI = (-0.010, 0.279)	cor = 0.007 95%CI = (-0.140, 0.154)	cor = -0.052 95%CI = (-0.197, 0.096)
D10	cor = -0.047 95%CI = (-0.192, 0.100)	cor = -0.056 95%CI = (-0.201, 0.091)	cor = -0.148* 95%CI = (-0.288, -0.002)
D11	cor = 0.086 95%CI = (-0.061, 0.230)	cor = -0.084 95%CI = (-0.228, 0.063)	cor = -0.131 95%CI = (-0.272, 0.015)
D12	cor = 0.010 95%CI = (-0.136, 0.157)	cor = -0.147* 95%CI = (-0.287, 0.000)	cor = -0.322*** 95%CI = (-0.447, -0.184)
NotaSP	cor = -0.014 95%CI = (-0.165, 0.137)	cor = 0.039 95%CI = (-0.113, 0.189)	cor = -0.191* 95%CI = (-0.333, -0.041)
NE	cor = -0.110 95%CI = (-0.258, 0.043)	cor = -0.036 95%CI = (-0.187, 0.117)	cor = 0.031 95%CI = (-0.122, 0.182)
SPTotal	cor = 0.005 95%CI = (-0.142, 0.151)	cor = -0.099 95%CI = (-0.242, 0.048)	cor = -0.287*** 95%CI = (-0.416, -0.147)



Teste de Correlação de Spearman

Cor: correlação 95%CI: Intervalo de confiança

*Valor-p <0,05 ** Valor-p <0,01 *** Valor-p <0,001

D1: Trabalho em equipe dentro das unidades; D2: Percepção geral da segurança do paciente; D3: Respostas não punitivas aos erros; D4: Adequação de profissionais; D5: Aprendizado organizacional - melhoria contínua; D6: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes; D7: Abertura da comunicação; D8: Retorno da informação e comunicação sobre erro; D9: Frequência de eventos relatados; D10: Passagem de plantão ou de turno/transferências ; D11: Apoio da gestão para segurança do paciente; D12: Trabalho em equipe entre as unidades; Nota SP: Nota da segurança do paciente; NE: Número de eventos de segurança notificados nos últimos 12 meses; SPTotal: Segurança do Paciente Total; SC: Satisfação por Compaixão e ETS: Estresse Traumático Secundário.

CAPÍTULO 5
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta pesquisa evidenciou, no que tange aos *dados sociodemográficos dos participantes*, o predomínio do sexo feminino, indo ao encontro de aspectos relacionados à divisão social do trabalho, decorrente das relações entre os sexos e dos aspectos sócio-históricos do cuidado em saúde atrelado às mulheres. A enfermagem tem em sua história a presença das ordens religiosas relacionando seu exercício ao cuidado majoritariamente feminino e caritativo, ainda, a prática exercida pela enfermagem coexistiu com o cuidado doméstico às crianças, idosos e pessoas com enfermidades associado à figura da mulher-mãe que realizava as práticas de saúde. Ao se instituir profissionalmente, a enfermagem conformou-se como uma profissão para a qual as mulheres seriam naturalmente preparadas, tendo como pressupostos valores compreendidos como femininos (Hirata, Kergoat, 2008; Lopes, Leal, 2005).

Contudo, nas últimas décadas, é possível observar a crescente participação do sexo masculino na enfermagem, como relatado por Machado et al. (2015) na pesquisa que tratou do perfil da enfermagem no Brasil, na qual evidenciou uma proporção de 14,4% de profissionais do sexo masculino, dado próximo ao encontrado neste estudo.

A média de idade de 40 anos e a maior classificação dos trabalhadores no intervalo de 29 a 48 anos revelam um contingente de participantes, majoritariamente, composto por adultos jovens ou em fase de adultez média inicial. Santos e Antunes (2007), com base na teorização sobre as fases da vida adulta, referem que o adulto jovem (20 a 40 anos) se caracteriza por grande vitalidade e busca de valoração pessoal com vistas a uma avaliação positiva frente ao social e a respeito de si mesmo. Nessa fase, a pessoa torna-se consciente da sua existencialidade adulta e procura dar significância pessoal, compreendendo, ou ao menos idealizando, o que lhe traz realização. Na fase adultez média inicial (40 a 50 anos), os indivíduos tendem a perceber as suas construções pessoais frente à sociedade, fortalecendo o desejo de ser útil e demonstrar suas capacidades, o que reflete nas suas ações sociais.

Machado et al. (2015) baseando-se no constructo da sociologia das profissões e na idade dos profissionais de enfermagem elencaram cinco fases da vida profissional, sendo que neste estudo, assim como no dos autores citados, as fases com maior predomínio foram a “Formação Profissional” que compreende a faixa etária de 26 a 35 anos e a “Maturidade Profissional” - 36 a 50 anos. A primeira diz respeito a uma fase de busca por qualificação para os serviços por meio de pós-graduação, para os enfermeiros, ou pós- formação, para os técnicos e auxiliares de enfermagem, sendo essa qualificação atrelada às áreas de afinidade pessoal, mas, também, relacionadas às oportunidades no mercado de trabalho. A segunda refere-se a uma fase na qual os trabalhadores geralmente encontram-se inseridos no mercado de trabalho, possuem mais

certezas acerca das suas aspirações e de sua identidade profissional. Nessa etapa, acentuam-se a produtividade e a busca da prosperidade, inclusive a econômica, por meio do trabalho.

Em relação às categorias de enfermagem, o maior quantitativo de profissionais de nível técnico em relação ao de nível superior é justificável ao analisarmos a divisão social e técnica do trabalho em enfermagem. Essa divisão refere-se à organização do trabalho em saúde, na qual se evidencia a fragmentação do cuidado ancorada na separação entre a concepção e execução do trabalho, na padronização de tarefas distribuídas entre os diferentes agentes, na hierarquização de atividades, que refletem, também, em atribuição de diferentes valores à remuneração da força de trabalho. Nesse modelo, a coordenação do trabalho é exercida pelos profissionais de nível superior, na enfermagem, os enfermeiros, que em número menor, concebem o trabalho e delegam atividades aos demais membros da equipe, técnicos e auxiliares de enfermagem (Pires, 2008).

Dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) atualizados em agosto de 2021 demonstram que dos 2.536.841 profissionais registrados, 75% são de nível técnico (58% de técnicos de enfermagem e 17% de auxiliares de enfermagem), compondo-se como a maior parte da força de trabalho da enfermagem brasileira (COFEN, 2021).

Portanto, essa divisão do trabalho reverbera na composição das equipes de enfermagem nas instituições de saúde, as quais, apesar do dimensionamento de pessoal instituído, a partir da classificação dos pacientes que aproximam as proporções das categorias em casos específicos como nas unidades de terapia intensiva, em sua grande parte, apresentam número muito maior de técnicos de enfermagem em detrimento ao de enfermeiros.

A análise do nível de escolaridade dos trabalhadores deste estudo corrobora com as características da qualificação reportadas por Machado et al. (2016) sobre a formação dos profissionais da enfermagem no Brasil, evidenciando um nível técnico que têm buscado cada vez mais o ensino superior e os enfermeiros, para além da especialização, têm cursado as pós-graduações na modalidade *Stricto sensu*.

Wermelinger et al. (2020) analisaram a formação técnica em enfermagem no país e confirmaram a existência de um contingente de auxiliares e técnicos com qualificação acima do exigido para sua função em 24 estados e no Distrito Federal. Esses autores nomearam esse fenômeno de *sobrequalificação* e inferiram que apesar desta *sobrequalificação* ser multideterminada e complexa, pode encontrar possíveis justificativas relacionadas às incertezas do mercado de trabalho que suscitam no profissional a sensação da necessidade de variadas e diferenciadas competências, bem como de mais oportunidades relacionadas a conclusão de níveis mais elevados de formação; à ampliação da oferta de vagas nas instituições de ensino

superior nos últimos anos; e, ainda, ao fato de os conselhos regionais de enfermagem terem deixado de fornecer o registro profissional a auxiliares, fato que pode ter sido observado como uma tendência a exigência de escolaridade cada vez maior.

Os participantes deste estudo estavam, em sua maioria, vinculados ao hospital, por meio de contrato pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) via terceirização, tinham até quatro anos de experiência no serviço apesar da média de experiência profissional de 11,6 anos e possuíam mais de um vínculo trabalhista. Esses resultados podem ser analisados à luz da realidade do mercado de trabalho vivenciada pelos trabalhadores nesses últimos anos.

Conforme dito anteriormente, o cenário deste estudo é uma instituição da administração pública direta, portanto, local no qual atuam trabalhadores estatutários, entretanto, ao analisarmos que a escassez de concursos públicos no Estado da Bahia para a saúde e o aumento da terceirização nessa área, justifica-se o maior número de contratados via terceirização, pois, a reposição das aposentadorias dos estatutários, bem como os ajustes em relação ao dimensionamento de pessoal para os serviços ofertados vêm ocorrendo por meio da terceirização.

Como afirma Santos (2018) em seu estudo acerca da precarização do trabalho em enfermagem em hospitais públicos da Bahia, a terceirização na saúde foi aprofundada com a aprovação do Projeto de Lei (PL) 30/2015, que permitiu a terceirização de atividades fins, possibilitando ao serviço público que presta assistência à saúde ter todos os seus trabalhadores terceirizados. Ainda, essa autora traz a reflexão acerca dos impactos da terceirização para os trabalhadores, como a oferta de salários mais baixos, uma vez que as empresas precisam concorrer com um valor competitivo para vencer a licitação; a maior vulnerabilidade dos trabalhadores quando da ocorrência da troca das empresas terceirizadas, pois conquistas referentes ao período de um contrato não são transferíveis à outra empresa; e a instabilidade no emprego.

Outrossim, na enfermagem soma-se a ausência de um piso salarial e de jornada de trabalho instituídos por lei para as suas categorias. Apesar de ser uma luta antiga, incorrendo em diversos PL que tratam do pleito, a despeito de toda mobilização das entidades de classe e dos profissionais, até o momento, os PL continuam em tramitação no Senado Federal seguindo sem aprovação.

Todos esses aspectos podem estar associados a uma maior rotatividade dos trabalhadores, levando a redução do tempo de permanência nas instituições, bem como a dupla ou até mesmo a tripla vinculação trabalhista.

Em relação a *Cultura de segurança do paciente (CSP)*, o fato de nenhuma dimensão ter alcançado 75% ou mais de respostas positivas e a maioria das respostas da nota de segurança do paciente ter apresentado classificação regular apontam para necessidade de melhorias em todas as áreas pesquisadas neste estudo.

Prieto, Fonseca e Zem-Marcarenhas (2021) desenvolveram uma revisão de escopo com objetivo de descrever as características da CSP nos hospitais brasileiros e analisaram 36 pesquisas que empregaram *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*. As autoras evidenciaram que em 27 dos estudos também não houve dimensões de CSP fortalecidas nas instituições pesquisadas.

Tais achados remetem ao entendimento de que mesmo a segurança do paciente sendo um aspecto essencial para a qualidade dos Serviços de Saúde (SS) e tendo no Brasil desde 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o desafio para sua implementação e efetivação por meio da CSP é enorme, dada a complexidade da assistência e às dificuldades relacionadas ao próprio sistema de saúde (Fragata, Sousa, Santos, 2019).

Caldas et al. (2021) trazem a reflexão de que o PNSP é um programa em larga escala que têm entre suas premissas o fortalecimento da CSP nos SS, entretanto, chamam a atenção para a necessidade da compreensão de como ocorre a implementação de programas multifacetados e sistêmicos, como o PNSP, nas instituições. Nesse contexto, desenvolveram estudos de caso em dois hospitais públicos e examinaram como a implementação nos níveis organizacional e assistencial afetou os processos que produzem e sustentam a CSP. A partir dos resultados, elencaram os fatores fortalecedores da CSP: obrigatoriedade legal da implementação da segurança do paciente através das portarias nacionais; amplificação de iniciativas como a acreditação hospitalar; treinamentos para liderança e membros da equipe; monitoramento dos incidentes evitando excesso de burocracia; adequação dos profissionais; relações interpessoais fortes e de apoio entre os gerentes e equipes; monitoramento eficaz dos esforços de implementação e a garantia de recursos para melhorias de infraestrutura e sistema, uma vez que as necessidades tenham sido identificadas para que a aprendizagem conduza à ação. Quanto aos desafios para a implementação do PNSP, as autoras enfatizaram as condições iniciais dos hospitais, pois, apesar das duas instituições apresentarem um cenário com adversidades por conterem hierarquias interprofissionais rígidas e trabalho em equipe deficiente, um deles se diferenciava por ter restrições materiais e de pessoal mais severas e nenhuma capacidade preexistente de melhoria da qualidade.

Todos esses aspectos revelam a importância de avaliação aprofundada do contexto organizacional quando se pretende melhorar a CSP, remetendo à compreensão dos estágios de

maturidade de cultura de segurança, bem como levando em conta a análise dos recursos existentes nas organizações.

Refletindo, ainda, acerca de estratégias que podem melhorar de forma geral a CSP, Alves et al. (2021) em sua revisão sobre CSP na perspectiva da equipe multiprofissional, evidenciaram a importância da educação permanente, por meio de programas de capacitação específicos, a fomentação de uma comunicação aberta no ambiente de trabalho, o incentivo à notificação de incidentes e a implementação de uma cultura não punitiva aos erros.

Em se tratando da análise específica das dimensões de CSP, a “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes” foi a que alcançou a melhor avaliação. Esse resultado corrobora com outras pesquisas (Kawamoto et al., 2016; Minuzz et al., 2016; Serrano et al., 2019; Silva-Batalha, Melleiro, 2015; Silva et al., 2021; Olsen, Leonardsen, 2021) e demonstra que os trabalhadores percebem, em sua maioria, de forma positiva a sua liderança imediata.

Salientamos que, neste estudo, a supervisão/gerência diz respeito às lideranças que compõem os níveis mais elevados da estrutura organizacional do serviço de enfermagem. Resultados positivos nessa área demonstram que os enfermeiros líderes fomentam a CSP e incentivam a equipe para sua implementação.

Fusari et al. (2021) desenvolveram uma pesquisa visando identificar as melhores práticas de liderança dos enfermeiros que contribuem para gestão de risco hospitalar e puderam constatar que quando se trata da segurança do paciente, geralmente, é o enfermeiro quem lidera o processo, sendo multiplicador e demonstrando engajamento pela causa. As pesquisadoras puderam observar esse envolvimento em reuniões, que mesmo contando com a participação de outros profissionais, era o enfermeiro quem discutia as questões que tinham relevância, trazendo ideias para modificar os processos, bem como para sua implementação e avaliação. O engajamento dos enfermeiros, também, foi percebido por meio de aspectos documentais, como na elaboração de protocolos e normas e na implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

Nesse enlace, Moraes et al. (2021) afirmam que o perfil da liderança exercida pelos enfermeiros tem impacto no desempenho da equipe, o que reflete na qualidade da assistência e na segurança do paciente. Dentre os perfis de liderança existentes, estudaram a relação entre a liderança *Coaching* e a clima de segurança do paciente evidenciando correlação significativa positiva, sugerindo que quanto mais os aspectos dessa forma de liderar são percebidos pela equipe, melhor é a percepção do clima de segurança. Conforme Cardoso, Ramos e D’Innocenzo

(2014) esse tipo de liderança foca em algumas competências primordiais ao enfermeiro-líder: comunicação, dar e receber *feedback*, exercer influência e apoiar a equipe.

Nesta investigação a dimensão das expectativas e ações dos gerentes/supervisores apresentou a maior força de correlação positiva com a dimensão abertura da comunicação, que contempla se os trabalhadores podem discutir de maneira livre, caso observem situações negativas e se sentem à vontade em questionar seu superior. Fato que confirma a relação entre a atuação dos líderes e a comunicação como essencial para a segurança do paciente.

Em contraponto, quando se trata da gestão hospitalar, a avaliação concentrou-se em respostas neutras, não demonstrando uma percepção positiva acerca da administração geral da instituição quanto à CSP. Essa dimensão também não foi bem avaliada em outros estudos (Kawamoto et al., 2016; Silva-Batalha, Melleiro, 2015; Tomazoni et al., 2015) demonstrando ser uma área frágil para a CSP em alguns SS.

Nessa direção, estudo realizado em um hospital de grande porte de São Paulo abordou a percepção de trabalhadores de enfermagem acerca da CSP frente à administração do hospital e concluíram que o clima de trabalho propiciado pela gestão não era promotor de segurança do paciente e que o corpo diretivo tomava medidas somente após a ocorrência de um evento adverso, remetendo à necessidade de relações mais próximas e lineares com a equipe de enfermagem, por meio de uma gestão compartilhada, avançando da cultura punitiva para uma cultura construtiva e participativa, na qual aprende-se com os incidentes e instala-se medidas eficazes de prevenção (Silva-Batalha, Melleiro, 2016).

A forma como a gestão gerencia os incidentes é essencial para avaliação da sua atuação frente à CSP; portanto, neste estudo, não surpreende o fato da dimensão sobre a gestão hospitalar ter obtido a maior força de correlação positiva com o “Retorno da informação e comunicação sobre erro” que refere se os trabalhadores são informados sobre os erros que acontecem, se recebem retorno sobre as mudanças implantadas e se são discutidas maneiras de preveni-los.

Caldas et al. (2021) identificaram duas questões relevantes acerca dos gestores dos hospitais, onde desenvolveram sua pesquisa, a primeira diz respeito ao não conhecimento técnico sobre segurança do paciente ou familiaridade com as políticas e atividades dos NSP, e, a segunda, relaciona-se à priorização da produtividade em detrimento à qualidade, o que contraria diretamente a definição de CSP. Esses fatores significam pontos a serem revistos junto aos gestores do nível central, uma vez que o seu envolvimento nas políticas de segurança é essencial para a implementação e efetivação dos planos de segurança do paciente.

O trabalho em equipe dentro das unidades configurou-se como uma área frágil ficando em quinto lugar em relação às respostas positivas. Esse resultado contrapõe-se ao encontrado em pesquisas de revisão que avaliaram a CSP em diversos países (Alves et al., 2021; Olsen, Leonardsen, 2021; Prieto, Fonseca, Zem-Marcarenhas, 2021; Reis, Paiva, Sousa, 2018), nas quais este foi um dos aspectos mais bem avaliados e da nossa pesquisa em Portugal, na qual essa foi a dimensão com melhor avaliação pelos enfermeiros (Batalha, Melleiro, Borges, 2019c). Quando analisado no âmbito do hospital, o trabalho em equipe entre as unidades apresentou-se ainda mais fragilizado, sendo a quarta dimensão com a menor porcentagem de respostas positivas. Minnuz et al. (2016), Silva-Batalha e Melleiro (2015) e Silva et al. (2021) também a identificaram como uma das dimensões mais críticas para a segurança do paciente.

Segundo Peduzzi et al. (2020) o trabalho em equipe possibilita a produção de melhores resultados na atenção à saúde e aumento da satisfação laboral por parte dos trabalhadores, sendo, portanto, necessário e configurando-se como uma das estratégias para crescente complexidade das demandas dos pacientes e das organizações de saúde. Ainda, segundo essas autoras, os atributos do trabalho em equipe são: comunicação, objetivos comuns, reconhecimento do trabalho de todos os membros da equipe, interdependência das ações, colaboração interprofissional e atenção centrada no paciente.

Pesquisa em treze hospitais da Alemanha abordou a relação do trabalho em equipe, mais precisamente das características “orientação por objetivos” e “colaboração entre os profissionais” com o grau da segurança do paciente, e evidenciou correlação positiva significativa entre esses aspectos, concluindo que quanto mais o profissional percebe a equipe como coesa e colaborativa, melhor avalia o grau de segurança do paciente da sua unidade (Dinius et al., 2020).

Diante da importância do trabalho em equipe e do desafio na sua efetivação, Weller, Boyd e Cumin (2014) elaboraram estratégias que podem ajudar a transpor as barreiras e melhorar o trabalho em equipe, a saber: capacitação para uma comunicação eficaz, trazendo a sugestão do ensino de métodos estruturados de comunicação; capacitação das equipes de maneira conjunta, enfatizando que as equipes que trabalham de maneira integrada devem ser capacitadas juntas, incluindo todos os componentes das equipes; capacitação através de simulação, revelando que usar simulação é uma maneira segura de praticar novas técnicas; definição de equipes inclusivas, reunindo diversas áreas visando um todo coeso em torno de objetivos em comum; criação de equipes democráticas, nas quais cada membro deve se sentir valorizado, com ênfase em relações menos hierarquizadas e na comunicação aberta; e apoio da

equipe para a utilização de protocolos e procedimentos, que incentivem a informação compartilhada entre todos.

Visto que, nesta pesquisa, as dimensões do trabalho em equipe dentro das unidades e entre as unidades apresentaram correlação positiva e significativa, pode-se inferir que esses aspectos estão relacionados positivamente e que medidas visando melhorar o trabalho em equipe nas unidades ou entre os diferentes setores do hospital poderão influenciar a melhoria de maneira integrada quanto ao trabalho em equipe. É importante ressaltar que o trabalho em equipe entre as unidades apresentou correlações positivas com outras dimensões, destacando-se a percepção geral da segurança do paciente, a passagem de plantão ou de turno/transferências e o apoio da gestão, demonstrando a associação desses aspectos, sugerindo que melhorias nesses domínios de CSP podem melhorar a percepção do trabalho realizado pelas equipes.

A variável sexo esteve associada à segurança do paciente total e ao trabalho em equipe entre as unidades, tendo os profissionais do sexo masculino apresentado média inferior. Em consonância, Elsous et al. (2017) encontraram associação do clima do trabalho em equipe com essa variável, onde as melhores avaliações estavam relacionadas ao sexo feminino. Aboshaiqah e Backer (2013) também encontraram a associação acima descrita em seu estudo, na Arabia Saudita, e ao contrário do nosso estudo que evidenciou essa associação em apenas uma dimensão do HSOPSC, esses autores a identificaram em outras sete dimensões e atribuíram os achados às características culturais. Em contraponto, Peruzzo et al. (2017) avaliaram a influência do sexo na percepção de profissionais de saúde da atenção primária à saúde, na região Sul do Brasil, acerca do trabalho em equipe e não identificaram diferenças significativas entre homens e mulheres. Ademais, Vitorio e Tronchin (2020) avaliaram o clima de segurança do paciente na perspectiva de profissionais de saúde de um hospital no Rio de Janeiro e identificaram que as mulheres alcançaram médias mais baixas que os homens em alguns domínios. Diante desses achados, notamos a necessidade de aprofundamento no porquê de os profissionais do sexo masculino atribuírem ou não pontuações mais baixas à segurança do paciente e ao trabalho em equipe, sendo necessário a compreensão de aspectos sociais, culturais, organizacionais e comportamentais.

O trabalho em equipe entre as unidades esteve associado negativamente a experiência profissional, evidenciado que os trabalhadores mais experientes percebiam como mais problemático o trabalho desempenhado pelas equipes entre os setores do hospital, esse fato pode estar relacionado à maturidade profissional, que pode auferir mais criticidade ao desempenho hospitalar, como também à experiências pregressas, nas quais esses trabalhadores podem ter vivenciado equipes mais integradas noutros momentos.

É válido destacar que o trabalho em equipe entre as unidades e o apoio da gestão para segurança do paciente foram as dimensões com maior força de correlação com a nota atribuída pelos trabalhadores para a segurança na sua unidade/área de trabalho, revelando que esses fatores foram o que mais influenciaram para determinação de como o trabalhador classifica o grau de segurança de maneira geral.

A comunicação efetiva é de crucial relevância para a CSP e configura-se como uma das metas do PNSP (Brasil, 2013a), sendo as falhas no sistema de comunicação uma das principais causas para a ocorrência dos incidentes no ambiente hospitalar (Lawton et al., 2012).

Nesta pesquisa foi possível avaliar o aspecto comunicacional frente à abertura conferida aos trabalhadores para expressarem-se, ao retorno da informação sobre as mudanças implementadas e em relação a passagem de plantão/transferências dentro do hospital, sendo constatado baixo percentual de resposta positivas a esses itens.

A dinâmica hierárquica estabelecida entre os profissionais é tida como fator essencial para implementação das medidas de segurança do paciente, ao passo que relações mais horizontais se revestem como ponto chave para sucesso dessas medidas. Nesse enlace, Caldas et al. (2021) em seu estudo em dois hospitais públicos brasileiros identificaram que a hierarquia somada ao trabalho em equipe deficitário constituíram-se como obstáculos significativos para a implementação de políticas de segurança, como o *checklist* para cirurgia segura, evidenciando que os elevados gradientes de autoridade impactaram negativamente na disposição da equipe para expressar suas preocupações sobre questões sensíveis à segurança dos pacientes, a exemplo do não cumprimento do *checklist*.

Pena e Melleiro (2018) realizaram um estudo teórico-reflexivo sobre a relação entre o processo de comunicação e incidentes de segurança do paciente e revelaram que ausência de informações padronizadas contribui para a ocorrência de eventos adversos. Nessa reflexão discutiram o emprego da ferramenta *Situation, Background, Assessment e Recommendation (SBAR)* para as transições do cuidado no âmbito hospitalar, tal ferramenta antecipa as informações prioritárias sobre o paciente e funciona como facilitador nas diversas situações de transição do cuidado, possibilitando que os profissionais se comuniquem de maneira mais efetiva e assertiva.

Diante do resultado negativo sobre a troca de informação entre as unidades do hospital e possíveis perdas de informações durante as passagens de plantão, ressalta-se que o uso de ferramentas que possam padronizar a comunicação, permitindo que informações essenciais não sejam perdidas, reveste-se como ponto fundamental para melhoria da comunicação e consequentemente da segurança do paciente.

Neste estudo, a passagem de plantão/transferências esteve associada a três aspectos: ao turno de trabalho e à experiência profissional e experiência no serviço. Algumas inferências podem ser feitas acerca desses resultados, como o fato de os profissionais do turno fixo conseguirem acompanhar de forma mais contínua o cuidado aos pacientes e as demandas da unidade, além do fato desses trabalhadores estarem mais próximos dos membros da equipe, visto estarem sempre nos mesmos dias e horários no trabalho, o que pode favorecer o acompanhamento dos aspectos clínicos dos pacientes e organizacionais das unidades, ajudando a minimizar as falhas de comunicação. Em se tratando da experiência, pode-se refletir que os mais experientes podem perceber mais criticamente as falhas ou terem tido a oportunidade de experienciar mais situações problemáticas nas trocas de turno/plantão e transferências de pacientes.

O aprendizado organizacional e melhoria contínua foi uma das dimensões mais bem avaliadas, sendo a segunda maior em relação a porcentagem de respostas positivas e alcançando a terceira maior média. Outros estudos também revelaram essa dimensão como uma das mais bem avaliadas, a exemplo de Serrano et al. (2019) e Campelo et al. (2021). Ainda, Alves et al. (2021), Prieto, Fonseca e Zem-Marcarenhas (2021) e Reis, Paiva e Sousa (2018) em seus estudos de revisão acerca da CSP evidenciaram que essa dimensão estava entre as três mais bem avaliadas. Contrapondo-se a esses achados, Silva et al. (2021) encontraram a maior concentração das respostas classificadas como neutra, com apenas 16,6% de respostas positivas.

Resultados positivos nessa dimensão vai ao encontro do preconizado pelo PNSP, no qual encontra-se as cinco características da CSP, dentre as quais está a cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional (Brasil, 2013a). Sendo esse aprendizado condição *sine qua non* para o fortalecimento da CSP (WHO, 2008). Essa dimensão apresentou a maior força de correlação positiva com o retorno da informação e comunicação sobre erro, o que demonstra a associação entre o aprendizado organizacional e a melhoria dos processos com o *feedback* sobre os erros e as mudanças implementadas após a sua ocorrência, assim como sobre os meios de prevenção para que não aconteçam novamente. Como afirma Sousa e Mendes (2019) a segurança do paciente depende de uma cultura que favoreça a responsabilidade coletiva, permitindo que os erros sejam discutidos abertamente de maneira efetiva, com o intuito de que sejam fonte de aprendizado.

As dimensões adequação de profissionais e respostas não punitivas aos erros configuraram como as mais frágeis, sendo que a percepção da cultura punitiva é, ainda, mais crítica, visto a dimensão que contempla esse aspecto ter obtido o menor percentual de respostas

positivas e a média mais baixa. Serrano et al. (2019) encontraram resultados similares na sua pesquisa em um hospital geral privado. Quando avaliadas através de estudos de revisão, essas duas dimensões também foram consideradas as menos fortalecidas, a exemplo das pesquisas de Reis, Paiva e Sousa (2018) que revisaram a CSP percebida em hospitais de diversos contextos culturais ao redor do mundo e de Prieto, Fonseca e Zem-Marcarenhas (2021) que analisaram a CSP em hospitais públicos e privados no Brasil. Salienta-se que a resposta punitiva também foi considerada a mais crítica, sendo a dimensão pior avaliada em 22 dos 33 estudos analisados por Reis, Paiva e Sousa (2018) e em 30 dos 36 estudos avaliados por Prieto, Fonseca e Zem-Marcarenhas (2021).

Diante desses achados fica evidente que o dimensionamento inadequado do pessoal e a cultura punitiva obstaculizam a segurança do paciente nas instituições hospitalares. Esses achados foram evidenciados na nossa pesquisa em Portugal, haja vista que essas duas dimensões obtiveram as piores médias na avaliação dos enfermeiros (Batalha, Melleiro, Borges, 2019c).

Duarte et al. (2015) desenvolveram estudo sobre Eventos Adversos (EA) e a assistência de enfermagem e constataram que o déficit de pessoal, sobrecarga de trabalho e alocação inadequada da equipe estavam entre as principais causas desses eventos. Sob essa ótica, ratificam que o dimensionamento adequado deve ser priorizado, visando melhorias na assistência de enfermagem e prevenção de incidentes de segurança do paciente.

Os auxiliares e técnicos de enfermagem apresentaram médias menores em relação à adequação de pessoal que os enfermeiros, revelando que a equipe técnica percebe que o dimensionamento dos profissionais de forma mais deficitária. Em consonância, Silva et al. (2021) estudaram a CSP na percepção de 171 técnicos de enfermagem e essa dimensão alcançou 75,5% de respostas negativas, apresentando-se como a mais crítica para segurança do paciente. Diante disso, ajustes na adequação de profissionais para a segurança do paciente devem ser implementados, com especial atenção à sobrecarga de trabalho que esses trabalhadores estão expostos.

A experiência no serviço e a experiência profissional estiveram associadas positivamente ao dimensionamento de pessoal, sugerindo que com o passar do tempo, os trabalhadores podem se tornar mais resilientes em relação a carga de trabalho e, até mesmo, adotar estratégias para organizar a equipe de modo a otimizar as atividades de maneira mais eficiente. Nessa reflexão, estudo sobre resiliência dos trabalhadores de enfermagem inseridos no ambiente hospitalar mostrou que o tempo de trabalho na profissão e no serviço estiveram correlacionados positivamente com o nível de resiliência, demonstrando que mais experiência

pode ser fator que promova mecanismos adaptativos no trabalho frente às situações adversas (Silva et al., 2020).

Em se tratando da cultura punitiva em relação aos erros, Yu et al. (2016) reforçam a necessidade da priorização da qualidade da assistência, por meio de uma visão positiva fazendo alusão ao equilíbrio entre a cultura não punitiva e a cultura da responsabilização. Corroborando com esse aspecto, Fragata, Sousa e Santos (2019) advogam pela abordagem sistêmica como causa de erros.

A categoria profissional esteve associada a percepção da cultura punitiva, sendo que os auxiliares e técnicos de enfermagem perceberam a CSP de maneira mais punitiva que os enfermeiros, indicando que esses trabalhadores sentem mais intensamente os efeitos punitivos na ocorrência de um erro, sendo culpabilizados individualmente e não de forma sistêmica, acarretando medo de que os erros sejam registrados sumariamente em suas fichas funcionais. Nesse enlace, Silva-Santos et al. (2018) analisaram os erros cometidos por trabalhadores da enfermagem que se tornaram alvo de processos ético-disciplinares no COREn-BA, no período de 1990 a 2014, e concluíram que são os trabalhadores de nível médio os mais denunciados ao conselho de classe e, portanto, os que sofrem mais com as implicações e sanções relacionadas aos erros

Atuar no serviço por mais tempo foi associado a uma percepção menos punitiva, isso pode direcionar para o entendimento de que os trabalhadores com mais experiência podem estar percebendo uma transição da cultura punitiva para cultura justa. Além disso, geralmente, a maior experiência no serviço leva a uma maior proximidade com os colegas e com a liderança, o que pode influenciar no maior acolhimento entre esses trabalhadores quando da ocorrência de incidentes com os pacientes. Em se tratando da experiência profissional e da idade ocorreu o inverso, quanto mais experiente na profissão e mais idade, maior era a tendência em perceber a cultura punitiva, o que pode ser atribuído às vivências relacionadas aos erros ou a maior criticidade às abordagens que acontecem por ocasião dos incidentes.

A análise acerca das notificações de incidentes foi contemplada tanto em relação aos incidentes sem danos, conhecidos como *near miss*, através da dimensão “frequência de eventos relatados”, como ao número de eventos notificados nos últimos 12 meses. Foi possível observar que a cultura da notificação ainda não se encontra implementada, frente à frequência com que os *near miss* são notificados, tal qual expressiva quantidade de trabalhadores que referiram não ter efetuado notificação. A predominância da ausência ou da baixa notificação também foi notada em outras pesquisas em hospitais brasileiros (Lopez et al., 2020; Serrano et al., 2019).

A notificação oferece subsídios para a análise do perfil dos eventos que podem causar ou que causaram danos aos pacientes e, a partir disso, possibilita estruturar melhores práticas e processos para a sua prevenção, daí a sua importância. Além disso, a notificação faz parte da obrigatoriedade instituída pelo PNSP, sendo que os NSP das instituições devem notificar os incidentes de segurança do paciente ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, o que irá impactar, em nível distrital, municipal, estadual e federal, sobre quais serão as prioridades para as metas e políticas públicas de saúde (Brasil, 2013d; Brasil, 2015).

Diante da sua relevância, conhecer os motivos da não notificação pelos profissionais torna-se imperativo e nessa direção Alves, Carvalho e Albuquerque (2019) realizaram uma revisão abordando esses motivos no contexto dos serviços de saúde brasileiros e identificaram que o medo em notificar foi o mais prevalente, remetendo à cultura punitiva vivenciada em alguns SS. Além do medo, outros motivos foram identificados, como a sobrecarga de trabalho, o esquecimento, o fato do evento não ter causado consequências graves ou imediatas ao paciente, a falta de conhecimento sobre EA ou de como realizar as notificações e a hierarquização do processo de notificação, sendo que em alguns estudos os enfermeiros foram apontados como responsáveis pela notificação.

Essa hierarquia profissional relacionada a notificação pode ser uma das justificativas para a associação da categoria profissional a essa prática, como ocorreu no presente estudo, no qual os auxiliares e técnicos de enfermagem obtiveram média menor na notificação, revelando que os enfermeiros notificaram mais nos últimos 12 meses. Campelo et al. (2021) também relataram essa associação em estudo realizado, em uma UTI do Maranhão, na qual os enfermeiros notificavam mais que os técnicos de enfermagem. Essa associação pode estar atrelada à divisão técnica do trabalho, no qual a notificação pode ser vista como trabalho gerencial e, em vista disso, mais relacionada ao enfermeiro; outro fator pode ser concernente a maior sensibilização dessa categoria ao processo de notificação. Os outros dois aspectos associados à categoria profissional neste estudo também podem estar relacionados à menor notificação por parte da equipe técnica: a percepção de um dimensionamento de pessoal mais deficitário, o que pode levar a maior sobrecarga desses trabalhadores e menos disposição para notificar e a maior percepção da cultura punitiva, o que pode exacerbar o receio em notificar.

A quantidade de vínculo trabalhista esteve associada à notificação, sendo que os trabalhadores com dois ou mais vínculos obtiveram média maior no número de eventos notificados, esse resultado pode ser analisado sob dois aspectos, o primeiro refere-se ao fato desses trabalhadores poderem estar mais sensibilizados para a notificação, pela possibilidade de vivenciarem cultura de segurança em outras instituições que reforcem a importância dessa

prática, e segundo pelo prisma de possíveis ocorrências de mais eventos entre esses trabalhadores, visto a sobrecarga de trabalho pelo acúmulo de vínculos que leva ao aumento da carga horária laboral.

Olds e Clarke (2010) realizaram um estudo com 13.152 enfermeiros de hospitais gerais da Pensilvânia e averiguaram que os profissionais que trabalhavam mais de 40 horas por semana tinham uma probabilidade aumentada de vivenciar EA, particularmente relacionados aos erros de medicação. Assim sendo, a forte relação entre os enfermeiros que relataram erros de medicação, poderia representar uma diminuição da vigilância associada à fadiga.

A notificação esteve associada negativamente ao fator idade e a experiência no serviço, sugerindo que os trabalhadores mais velhos e com mais experiência na unidade tendem a notificar menos. Mais uma vez, duas análises podem ser feitas sobre esses achados, a primeira diz respeito ao fato desses trabalhadores poderem vivenciar menos eventos, dado a sua experiência e maturidade e a segunda diz respeito a desmotivação em notificar, em virtude das repercussões negativas que possam ter experienciado.

De maneira geral, tomando como análise a segurança do paciente total, a experiência profissional e a experiência no serviço estiveram associadas negativamente com os escores da CSP, demonstrando que os trabalhadores mais experientes apresentaram a tendência de avaliar como mais fragilizada a CSP, indo de encontro aos achados de Mansour e Sharour (2021) que encontraram essa associação ao fator idade.

O tipo de vínculo esteve associado a segurança do paciente total e a três dimensões: Percepção geral da segurança do paciente, Adequação de profissionais, e Trabalho em equipe entre as unidades, sendo que os trabalhadores com vínculo de contrato via empresa terceirizada apresentaram médias mais elevadas. Esses dados vão ao encontro do resultado encontrado por Vitorio e Trochin (2020) em seu estudo com profissionais de saúde de um hospital, no qual os contratados avaliaram mais positivamente o clima de segurança do paciente.

Neste estudo, duas análises podem ser realizadas, uma relaciona-se à menor experiência dos contratados, pelo fato destes trabalhadores serem os que entraram mais recentemente no serviço via terceirização e a segunda ratifica os achados de Almeida (2017), no qual os trabalhadores que possuem vínculos estáveis (estatutários) podem se sentir mais seguros para responder sobre aspectos organizacionais do que os trabalhadores com outros vínculos.

O local de trabalho esteve associado a segurança do paciente total e à seis dimensões e ao número de eventos notificados, sendo a variável que mais influenciou na percepção dos trabalhadores sobre CSP. Dessa maneira, é possível inferir que dentro de um mesmo contexto

hospitalar têm-se as microculturas de segurança do paciente, e neste estudo, destacam-se as unidades de assistência materno-infantil e a clínica cirúrgica.

Silva-Batalha e Melleiro (2015) analisaram a CSP em diferentes unidades de um mesmo hospital e, também, evidenciaram diferenças significativas. As autoras inferiram que essas diferenças eram multicausais, mas que poderiam ser explicadas pelo processo de trabalho desenvolvido em cada cenário e pelas suas especificidades como o dimensionamento quantitativo e qualitativo dos profissionais, a complexidade dos pacientes, a carga de trabalho, a educação permanente e o perfil da liderança. Enfatizaram que propostas gerais que visem a melhoria da qualidade podem ser elaboradas, entretanto, precisam adequar-se a cada contexto de trabalho. Além disso, advogam que experiências exitosas e aspectos da CSP que estão mais bem estruturados em algumas unidades podem ser compartilhados de forma intersetorial, visando contribuir com as unidades que apresentam mais fragilidades.

Em se tratando da *Qualidade de vida profissional (QVP)*, a Satisfação por Compaixão (SC) apresentou a maioria das respostas na classificação “muitas vezes” e “quase sempre” e média e mediana elevadas, indicando que os aspectos referentes a esse componente da QVP apresentaram-se, primordialmente, com frequência elevada nos trabalhadores.

Esse resultado se caracteriza como positivo devido às características da SC, pois como afirma Stamm (2010), a SC se refere ao prazer que o trabalhador sente ao realizar o seu trabalho. Assim sendo, esses trabalhadores experienciam sentimentos positivos por prestarem assistência e por sentirem que podem fazer a diferença através do seu trabalho.

Esses achados demonstram, a despeito de todos os desafios imputados à equipe de enfermagem no exercício da sua profissão, que os trabalhadores, em sua maioria, preservam em si a satisfação em prestar assistência aos pacientes. Nesta pesquisa essa satisfação relaciona-se especificamente à compaixão para com as pessoas assistidas. Como afirma Lago (2008) a compaixão acontece a partir de um processo empático, que possibilita à pessoa perceber, entender e sentir a situação na qual o paciente se encontra, e a partir disso o indivíduo sente-se impelido a interferir para interromper o sofrimento. Logo, a compaixão é caracterizada por uma preocupação empática, indo além do compartilhamento afetivo.

Sacco e Coppel (2018) realizaram um estudo teórico-conceitual da SC na enfermagem e identificaram que a SC propicia sentimentos como bem-estar, realização, recompensa, realização, alegria, fortalecimento, inspiração, revitalização, gratidão e esperança. Outrossim, como encontrado no estudo de Kelly, Runger e Spencer (2015), a SC pode estar associada, também, a maior satisfação no trabalho e ao desejo de prosseguir na profissão.

Nesse enlace, estabelecer uma relação empática com o paciente ou família, ter o apoio dos colegas e supervisores, desenvolver resiliência e mecanismos de enfrentamento (*coping*), praticar o autocuidado e desenvolver o equilíbrio entre trabalho e vida com apoio social foram identificados como antecedentes da SC nos profissionais da enfermagem (Sacco e Copel, 2018).

Programas que estimulem o cuidado compassivo podem ser úteis para aumentar a SC. Saab et al. (2019) relataram a experiência que oportunizou aos líderes de enfermagem aprenderem sobre a melhoria da qualidade e a liderança compassiva. Após o programa, a capacidade dos participantes de apoiar a aprendizagem entre colegas, gerenciar conflitos e liderar na prestação de cuidados compassivos aumentou significativamente.

A SC foi relacionada, também, positivamente à preocupação empática e a autocompaixão, indicando que os profissionais que conseguem manter sentimentos empáticos por outras pessoas em sofrimento, com o entendimento de que esses sentimentos são diferentes dos seus, e detém a capacidade de manter as experiências negativas de forma consciente, parecem ter mais experiências positivas resultantes do cuidado com os outros, e, conseqüentemente, mais SC (Duarte, Pinto-Gouveia, Cruz, 2016). Assim, a estimulação da empatia com autocompaixão pode ser fator relevante para a SC, sendo que o desenvolvimento de um eu compassivo e da capacidade de ser sensível, sem julgar e respeitoso consigo mesmo contribuem para uma abordagem compassiva com os outros (Gustin, Wagner, 2013).

Em relação à Fadiga por Compaixão (FC) a sua análise é pautada nos resultados relacionados ao *Burnout* e ao Estresse Traumático Secundário (ETS).

Cabe salientar que no Brasil, conforme Decreto n. 6.957, entre os transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (Grupo V da CID-10) está a Síndrome de *Burnout* (Brasil, 2009). A Portaria nº 2.309, de 28 de agosto de 2020 atualiza Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e mantém o *Burnout* entre os transtornos, apresentando como agentes e/ou fatores de risco aspectos psicossociais relacionados à gestão organizacional; ao contexto da organização do trabalho; às características das relações sociais no trabalho; ao conteúdo das tarefas do trabalho; às condições do ambiente de trabalho; à interação pessoa-tarefa; à jornada de trabalho; à violência e assédio moral/sexual no trabalho; à discriminação no trabalho e ao risco de morte e trauma no trabalho (Brasil, 2020).

Stamm (2010) faz uma ressalva importante acerca da ProQOL enfatizando que essa escala não é um teste diagnóstico, informa que a mesma pode ser utilizada para fins de pesquisa e reveste-se em um guia para avaliar o equilíbrio de experiências positivas e negativas relacionadas ao trabalho. Para um indivíduo ou uma organização, as pontuações altas em SC são um reflexo do envolvimento positivo com o trabalho, entretanto, quanto maior forem as

pontuações para o Burnout e ETS, maior é o risco de desequilíbrios emocionais entre a pessoa e o seu trabalho.

Nesta investigação, os itens referentes ao *Burnout* demonstraram maior intensidade nos trabalhadores da exaustão por conta do trabalho pela demanda assistencial e, em menor intensidade, o sentir-se sufocado pelo sistema que atua.

Como podemos observar, a partir da validação da ProQol-IV, os itens que compuseram a variável *Burnout*, abordam, essencialmente, a dimensão da exaustão emocional, que representa conforme Maslach (2009), o componente relacionado ao estresse individual básico do *Burnout*. Essa dimensão se refere ao sentimento de sentir-se sobrecarregado e sem recursos emocionais e físicos, possibilitando aos trabalhadores sentirem-se debilitados e sem nenhuma fonte de reposição, sendo que as principais fontes desse esgotamento são a sobrecarga de trabalho e os conflitos no trabalho.

Diversas são as repercussões negativas do *Burnout* nos trabalhadores da enfermagem, tanto em aspectos físicos, como a associação positiva com cefaleias e tonturas (Mercês et al., 2018) e com alterações ergonômicas (Cetrano et al., 2017), como em questões comportamentais, como hábitos menos saudáveis, consumo elevado de *fast food*, baixa frequência de exercícios físicos, maior consumo de bebidas alcoólicas e o uso mais frequente de medicações analgésicas (Alexandrova-Karamanova et al., 2016). Ainda, estudos apontam para a influência do *Burnout* como um mediador de sintomas depressivos em trabalhadores de enfermagem (Duan-Portera et al., 2018; Johnson et al., 2017; Tzeletopoulou et al., 2018).

Para mais, estratégias para a prevenção e alívio do *Burnout* tornam-se imperativo e podem ser empregadas a nível individual e organizacional. Nesse entendimento Maslach e Leiter (2017) identificaram seis áreas em que o grau de incompatibilidade entre a pessoa e trabalho pode precipitar o *Burnout*. Essas áreas são: Carga de trabalho: mais demandas do que o trabalhador pode dar conta; Controle: falta de participação em decisões que afetam o trabalho; Recompensa: ausência de reconhecimento pelas contribuições do trabalhador; Comunidade: dificuldades nas relações interpessoais; Equidade: percepção de ambiente injusto; e os Valores: valores incompatíveis do trabalhador com os da organização pode diminuir a motivação para o trabalho. Nesse âmbito, processos que melhoram o alinhamento das pessoas com seus ambientes de trabalho têm potencial para mudanças positivas, objetivando a prevenção e mitigação do *Burnout*.

Do ponto de vista de estratégias individuais, os trabalhadores podem ser encorajados a desenvolverem a autoavaliação e autoconhecimento, visto que são primordiais para o reconhecimento de alterações que podem estar relacionadas ao *Burnout*. Outras medidas

englobam o gerenciamento adequado do estresse, a adoção de hábitos mais saudáveis, o compartilhamento dos sentimentos e percepções com a equipe, e em casos mais graves, a psicoterapia (Queirós et al., 2018).

Dentre as possibilidades de melhorar a qualidade de vida profissional e prevenir o *Burnout*, Silva et al. (2016) referiram que comportamentos mais resilientes podem ser fator protetivo, pois trabalhadores de enfermagem com elevado grau de resiliência tinham a tendência de não apresentar *Burnout*, uma vez que a resiliência se correlacionou negativamente com a exaustão emocional e positivamente com a realização pessoal.

O tipo de vínculo esteve associado ao *Burnout*, onde trabalhadores, com vínculo Estatutário, apresentaram médias mais elevadas. A relação com o vínculo empregatício foi abordada por Almeida (2017) no seu estudo sobre *Burnout* em trabalhadores de enfermagem, entretanto, não foi encontrada tal associação. Torres et al. (2019) avaliaram a QVP de profissionais da saúde quanto ao tipo de vínculo e não encontraram associação em relação ao *Burnout* e ao ETS, mas identificaram com SC, sendo que os contratados apresentaram uma maior SC do que os concursados. Baldonado-Mosteiro et al. (2019) estudaram a síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem brasileiros e espanhóis e relataram que a dimensão Realização Profissional (RP) estava associada com a estabilidade no trabalho tanto na Espanha e quanto no Brasil, sendo que os trabalhadores sem estabilidade apresentaram maior RP. Tais resultados ratificam a necessidade de aprofundamento acerca da relação do vínculo com o *Burnout* e outros componentes da QVP. Relativamente aos nossos achados é possível inferir a possibilidade dos trabalhadores sem estabilidade não se sentir tão à vontade para expressar a sua exaustão em relação ao trabalho ou, ainda, que os trabalhadores com estabilidade e vínculo permanente podem se desgastar mais com a incompatibilidade pessoal e organizacional, devido a maior expectativa e dedicação em relação ao trabalho pela maior permanência na organização.

O Estresse Traumático Secundário (ETS) se apresentou com a menor média e mediana entre os componentes da QVP, bem como com a predominância das respostas “raramente” ou “poucas vezes”, demonstrando ser um fenômeno com menor frequência na amostra estudada. Entretanto, os percentuais que demonstram a existência de trabalhadores com alta frequência de aspectos do ETS e a presença dos *outliers* na porção superior do Boxplot (Gráfico 5) não podem ser menosprezados, pois representam trabalhadores que podem estar sofrendo com os efeitos da traumatização secundária pelo trabalho.

Conforme exposto no Quadro 2 do Capítulo 2, os trabalhadores com o ETS podem sentir a reexperiência do evento traumático, por meio de sonhos e lembranças, sentir angústia e medo, vivenciar evitação como mecanismo de defesa e entorpecimento, além de estar sujeito a

experienciar um estado de excitabilidade persistente (Figley, 1995). Ademais, Duffy, Avalos e Dowling (2015) encontraram que enfermeiras com ETS consideravam mais a possibilidade de mudar de profissão e fazer uso de bebidas alcoólicas para aliviar o estresse relacionado ao trabalho quando comparado com as profissionais que não relataram o ETS.

Diante do exposto, medidas devem ser implementadas visando ajudar os profissionais que possam estar sendo acometidos pelo ETS, nesse sentido, Beck, Cusson e Gable (2017) elencaram fatores que podem minimizar o ETS, como receber apoio dos líderes, colegas, familiares e organização, vivenciar uma cultura de segurança positiva, e ter acesso a serviço de apoio psicológico. Ainda, identificaram que a falta de empoderamento para controlar a sua prática pode propiciar maior dificuldade para lidar com as experiências traumáticas no trabalho.

O emprego de estratégias, como *debriefing*, foi identificado como um processo benéfico para prevenir e aliviar o ETS (Morrison, Joy, 2016). Do mesmo modo, Gilmartin et al. (2020), esclarecem que o *debriefing* é um processo de comunicação desenvolvido em equipe após um atendimento de um caso clínico que merece reflexão, que facilita a discussão do desempenho individual e da equipe identificando os pontos de excelência e oportunidades de melhoria.

O turno de trabalho esteve associado ao ETS, com os trabalhadores do turno fixo apresentando médias mais elevadas de ETS, uma das explicações pode estar relacionada à relação estabelecida entre esses trabalhadores e os pacientes e famílias, visto estarem nos mesmos dias e horários no hospital, podendo acompanhar de forma mais contínua os casos e, conseqüentemente, se envolver mais emocionalmente.

O local de trabalho esteve associado aos três componentes da QVP, sendo que as unidades de assistência materno-infantil apresentaram as médias mais baixas para a SC e mais elevadas para o ETS. Em relação ao *Burnout*, os escores mais altos foram evidenciados na UTINeonatal, seguida pela Clínica Médica e Obstetrícia. Assim como ocorrido com CSP, podemos refletir que o setor de trabalho traz especificidades relacionadas ao processo de trabalho, à equipe e ao perfil clínico dos pacientes, fatores que podem influenciar na QVP.

Partlak Günüşen et al. (2019) realizaram estudo sobre ETS com enfermeiras e averiguaram que o vínculo estabelecido é especialmente forte quando o paciente é criança, exacerbando o risco do ETS, sendo que as enfermeiras relataram mais sofrimento ao atender pacientes infantis, principalmente após terem se tornado mães. Neste estudo, inferimos que atender pacientes críticos da área materno-infantil pode ter relação com maiores escores de ETS e *Burnout* e, conseqüentemente, menor SC.

No que tange a associação entre os componentes da QVP, a SC apresentou correlação negativa significativa com o *Burnout*, corroborando com o nosso estudo em Portugal (Batalha

et al., 2020) e por Borges et al. (2019); a SC apresentou correlação negativa significativa com o ETS. Essa relação demonstra que à medida que SC aumenta nos trabalhadores a FC diminui e vice-versa, o que de fato, é esperado, haja vista as características dos dois polos da QVP, em consonância ao identificado por Sacco e Copel (2018) que a SC pode ser fator protetivo para a FC. O *Burnout* e o ETS apresentaram correlação positiva significativa entre si, assim como o encontrado por Batalha et al. (2020) e Borges et al. (2019). Tal relação pode ser avaliada através das semelhanças que esses fenômenos, apesar de distintos em sua essência, possuem, pois como explicitado por Cruz (2014) tanto o *Burnout* como o ETS associam-se a níveis mais altos de sintomas psicopatológicos, como a depressão, estresse e ansiedade; cabendo lembrar que o risco da conjugação do *Burnout* e ETS deve ser avaliado com atenção especial, pois como afirma Stamm (2010), caso isso ocorra há maior sofrimento do trabalhador e maior risco de desenvolver depressão pelo ambiente de trabalho.

A discussão acerca da ***relação da cultura de segurança do paciente com a qualidade de vida profissional*** é feita com base nas correlações encontradas entre as dimensões de CSP, a nota de segurança do paciente, o número de eventos notificados e a segurança do paciente total com a SC, *Burnout* e ETS e nas hipóteses testadas neste estudo.

A SC não apresentou correlação significativa com a CSP, portanto, nesta pesquisa, a SC não esteve associada à cultura de segurança. Dessa forma, a primeira hipótese “Melhores avaliações da CSP estarão associadas positivamente à SC nos trabalhadores de enfermagem” não foi confirmada.

Esse resultado diverge do nosso estudo em Portugal com enfermeiros que atuavam no contexto hospitalar (Batalha, Melleiro, Borges, 2019d), no qual aplicamos um recorte do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* abrangendo as cinco primeiras dimensões da Seção A do referido questionário e encontramos associação positiva moderada entre a SC e quatro dimensões: Aprendizagem Organizacional e Melhoria Contínua ($r=0,430$), Percepção Geral de Segurança ($r=0,371$), Trabalho em Equipe dentro da unidade ($r=0,301$) e Adequação dos profissionais ($r=0,266$), não se verificando correlação da SC apenas com a Resposta não Punitiva aos Erros.

Alguns aspectos podem se relacionar a esses achados, o primeiro diz respeito a questões sociais e culturais, por serem em países diferentes, com configurações distintas em relação ao sistema de saúde e ao processo de trabalho da enfermagem, isso pode influenciar em como o SC é concebida e desenvolvida nos trabalhadores e em como relaciona-se com questões organizacionais como a CSP. A segunda reflexão diz respeito à variabilidade da amostra estudada, em Portugal, a amostra foi selecionada por redes ou “*snowball*”, sendo composta por

enfermeiros que exerciam em diversos hospitais do norte de Portugal, na presente pesquisa, circunscrevemos uma amostra proveniente de um cenário hospitalar específico. Como afirma Espírito-Santo e Daniel (2017), o valor da correlação tende a ser maior sempre que houver maior variabilidade na amostra, pois populações com menor variabilidade podem restringir a amplitude da variação. Outro fator lança luz na alta frequência de SC com baixa variância no presente estudo, haja vista o menor desvio padrão entre os três componentes da QVP, demonstrando que foi um aspecto que variou pouco na amostra, sugerindo que pode ser um aspecto não tão susceptível à influência de outros fatores. Desse modo, podemos refletir que mesmo os trabalhadores vivenciando e percebendo uma CSP por vezes fragilizada preservam em si a SC, não sendo um aspecto que oscila tão facilmente em detrimento à outras variáveis.

Apesar de nesta pesquisa a SC não ter apresentado associação à CSP, faz-se necessário refletir acerca da sua importância. Lee et al. (2021) realizaram um estudo com 10.305 enfermeiras coreanas e identificaram que SC tem um efeito mediador na relação entre estresse e *Burnout* e confirmaram que mesmo em uma situação estressante, um enfermeiro vivenciando SC pode contrabalançar a relação entre estresse e *Burnout*, resultando na redução do *Burnout*. E depois, como evidenciado neste estudo, a SC tem associação negativa ao *Burnout* e ETS, o que foi corroborado por outras investigações Batalha et al. (2020) e Borges et al. (2019), demonstrando a magnitude do efeito positivo da SC.

O *Burnout* apresentou correlação negativa moderada com o Trabalho em equipe dentro das unidades ($r = -0,353$); com o Trabalho em equipe entre as unidades ($r = -0,322$); com a Percepção geral da segurança do paciente ($r = -0,306$); com a Adequação de profissionais ($r = -0,250$); e com a Segurança do paciente total ($r = -0,287$); e associação negativa baixa com a nota de segurança ($r = -0,191$) e com a Passagem de plantão ou de turno/transferências ($r = -0,148$). Tais resultados confirmam a nossa segunda hipótese “Melhores avaliações da CSP associam-se negativamente ao *Burnout* nos trabalhadores de enfermagem”.

Esses resultados são consonantes com os encontrados no nosso estudo em Portugal, que apesar de divergir em algumas dimensões de CSP, essencialmente, demonstrou a associação negativa entre os dois aspectos, sendo que o *Burnout* apresentou correlação negativa moderada com todas as dimensões pesquisadas: ($r = -0,433$) com Aprendizagem Organizacional e Melhoria Contínua, ($r = -0,430$) com a Percepção Geral de Segurança, ($r = -0,412$) com a Adequação dos profissionais, ($r = -0,302$) com Trabalho em Equipe dentro da unidade e ($r = -0,273$) com a Resposta não Punitiva aos Erros (Batalha, Melleiro e Borges, 2019d).

O ETS apresentou correlação negativa baixa com quatro dimensões de CSP: Trabalho em equipe dentro das unidades ($r = -0,207$); Percepção geral da segurança do paciente ($r = -$

0,188); Adequação de profissionais ($r = -0,193$) e o Trabalho em equipe entre as unidades ($r = -0,147$), e associou-se positivamente à dimensão Retorno da informação e comunicação sobre erro ($r = 0,16$), dados que confirmam parcialmente a terceira hipótese “Melhores avaliações da CSP estarão associadas negativamente ao ETS nos trabalhadores de enfermagem”.

Em Portugal, foi encontrada associação negativa do ETS com três dimensões, sendo ($r = -0,286$) com Adequação de profissionais, ($r = -0,232$) com Percepção geral da segurança do paciente e ($r = -0,228$) com Resposta não Punitiva aos Erros, divergindo dos resultados desta tese no que tange às respostas punitivas, pois, esta dimensão não apresentou correlação significativa com o *Burnout* nem com o ETS e em relação ao trabalho em equipe dentro das unidades, que em Portugal não esteve associado ao ETS (Batalha, Melleiro e Borges, 2019d).

Cabe lembrar que ao aplicar testes de correlação para avaliar a relação estabelecida entre duas variáveis estamos analisando como e em qual magnitude os fenômenos se associam, mas segundo Espírito-Santo e Daniel (2017), a atribuição de causalidade não é uma inferência que se possa fazer a partir da análise correlacional, podendo ocorrer de uma variável causar efeito em um momento e sofrer o efeito em outro, e, ainda, serem causa e efeito ao mesmo tempo.

Com isso em mente, as associações observadas entre o *Burnout* e o ETS e a CSP podem ser avaliadas conforme pontuado por Batalha, Melleiro e Borges (2019d) e Batalha, Melleiro e Borges (2019e), fazendo a alusão de que podemos estar diante de uma relação cíclica, pois, considerando as características do *Burnout* e o do ETS, os trabalhadores de enfermagem acometidos por essas alterações poderiam estar mais propensos ao menor cumprimento dos padrões de qualidade, e, portanto, a entrega de um cuidado menos seguro aos pacientes, além de poderem apresentar mais dificuldades nas suas relações no trabalho podendo avaliar pior a CSP ou, secundariamente, que por estarem em um ambiente de trabalho com baixa segurança para os pacientes, esses trabalhadores sofrem com os efeitos de uma CSP deficitária e podem apresentar níveis mais altos de *Burnout* e o ETS.

Especificamente em relação ao *Burnout* nos trabalhadores de enfermagem e a segurança dos pacientes, o estudo de revisão (Batalha, Melleiro e Borges, 2019e) evidenciou que níveis mais altos de *Burnout* estiveram associados a níveis mais baixos de CSP e a menor frequência de notificações, maiores índices de queda, infecções relacionadas à assistência à saúde, erros de medicação e lapsos na adesão do controle de infecções. Ainda, níveis elevados de *Burnout* influenciavam na percepção da pressão no trabalho, o que esteve negativamente relacionado à segurança do paciente. Ademais, um melhor ambiente de trabalho foi diretamente associado à menores níveis de *Burnout*, o que posteriormente esteve relacionado a um maior nível de segurança do paciente e à mitigação de EA.

Pesquisas recentes continuam apontando para a relação negativa do *Burnout* com CSP, demonstrando que trabalhadores em situações de grande demanda no trabalho e que vivenciam o *Burnout* apresentaram maiores chances de avaliar negativamente a CSP (Carneiro et al., 2021; Mansour, Sharour, 2021).

Voltando o olhar para as dimensões específicas que se associaram negativamente ao *Burnout* e ao ETS, nomeadamente a percepção geral de segurança do paciente, o trabalho em equipe dentro e entre as unidades e o dimensionamento de profissionais percebe-se que esses aspectos de CSP parecem exercer influência na saúde mental dos trabalhadores, como também, que os trabalhadores com alterações em seu estado de bem-estar mental pelo ETS e/ou *Burnout* podem impactar negativamente nesses aspectos. Assim sendo, enfatizamos a necessidade de melhorias em relação à essas áreas de CSP conjugadas com a prevenção e mitigação do ETS e *Burnout*, mediante estratégias já discutidas anteriormente.

A partir da análise da força de correlação, o *Burnout* apresentou correlações mais fortes com a CSP e com maior número de aspectos da segurança, do que o ETS, que, inclusive, chegou a alcançar associação positiva fraca com uma das dimensões de CSP. Esses achados podem se relacionar às características do *Burnout*, uma vez que se apresenta de maneira mais progressiva e contínua, derivando de um ambiente laboral com carga de trabalho excessiva, baixo suporte social e vivência de situações estressantes e conflituosas que podem levar à diminuição do comprometimento com o trabalho, redução da preocupação empática com os pacientes, e pensamentos e sentimentos ruins em relação aos colegas, a si mesmo, e à profissão escolhida (Malash, Leiter, 2017; Stamm, 2010). Em contraponto, o ETS tem sua origem na traumatização do indivíduo pela possibilidade de sentir empatia pelo outro que sofre, sendo o processo empático um recurso responsável pelo envolvimento saudável e compassivo com as pessoas. Para mais, o ETS pode ser agudo e abrupto, ocorrendo, na maioria das vezes, uma recuperação mais rápida que o *Burnout* (Duarte, Pinto-Gouveia, Cruz, 2016; Figley, 1995).

Embora possuam características diferentes e tenham se relacionado de maneira distinta com a CSP, medidas que visem diminuir o *Burnout* e o ETS, portanto, a FC, são essenciais para promoção da saúde do trabalhador e para a segurança do paciente. Destarte, para além de todas as estratégias apresentadas anteriormente, algumas intervenções podem ser implementadas, a exemplo do estudo de Abernathy e Martin (2019) que conduziram uma intervenção com intuito de sensibilizar os enfermeiros sobre a FC e ensinar métodos de autocuidado e *mindfulness*, para tanto, propuseram a escuta de uma série de breves meditações áudio guiadas para reduzir os níveis de FC. Após a intervenção, os enfermeiros relataram um alto nível de satisfação com conhecimento adquirido e os escores médios indicaram que a intervenção foi eficaz para

melhorar a SC e reduzir o ETS e os níveis de *Burnout*. Em consonância, Van der Riet, Levett-jones e Aquino-Russel (2018) identificaram que a meditação tem um impacto positivo em relação ao estresse, ansiedade, depressão, *Burnout*, sensação de bem-estar e empatia.

Em suma, a implementação de políticas CSP deve ser realizada de forma conjugada às políticas para saúde dos trabalhadores de enfermagem, especialmente, em relação a SC e a FC com destaque para a diminuição do *Burnout*.

Nessa perspectiva, a *National Patient Safety Foundation* pontua, dentre as suas recomendações, que urge acelerar a melhoria da segurança do paciente, a segurança dos trabalhadores e o seu estado emocional e bem-estar, visto que são absolutamente necessários para fornecer assistência segura (NPSF, 2015).

Este estudo configura-se como inovador por considerar a relação das três dimensões da QVP com a CSP no contexto hospitalar brasileiro, entretanto, algumas *limitações e perspectivas para pesquisas futuras* podem ser elencadas, a primeira limitação diz respeito a ter sido desenvolvido em uma amostra restrita de trabalhadores de enfermagem, e assim, pode retratar um cenário específico, pelo que a generalização dos resultados deve ser feita com cautela. Outra limitação refere-se à quantidade reduzida de estudos que tenham empregado a ProQol-Br com trabalhadores de enfermagem no contexto brasileiro, com a mesma análise de dados deste estudo, como também, a escassez de outros estudos que explorassem a relação da SC e do ETS com a segurança do paciente, fato que dificultou a comparabilidade dos nossos resultados. Por fim, entendemos como necessário mais estudos em outras amostras e contextos para maior exploração do tema, inclusive com abordagem qualitativa para o aprofundamento da relação da QVP com a CSP.

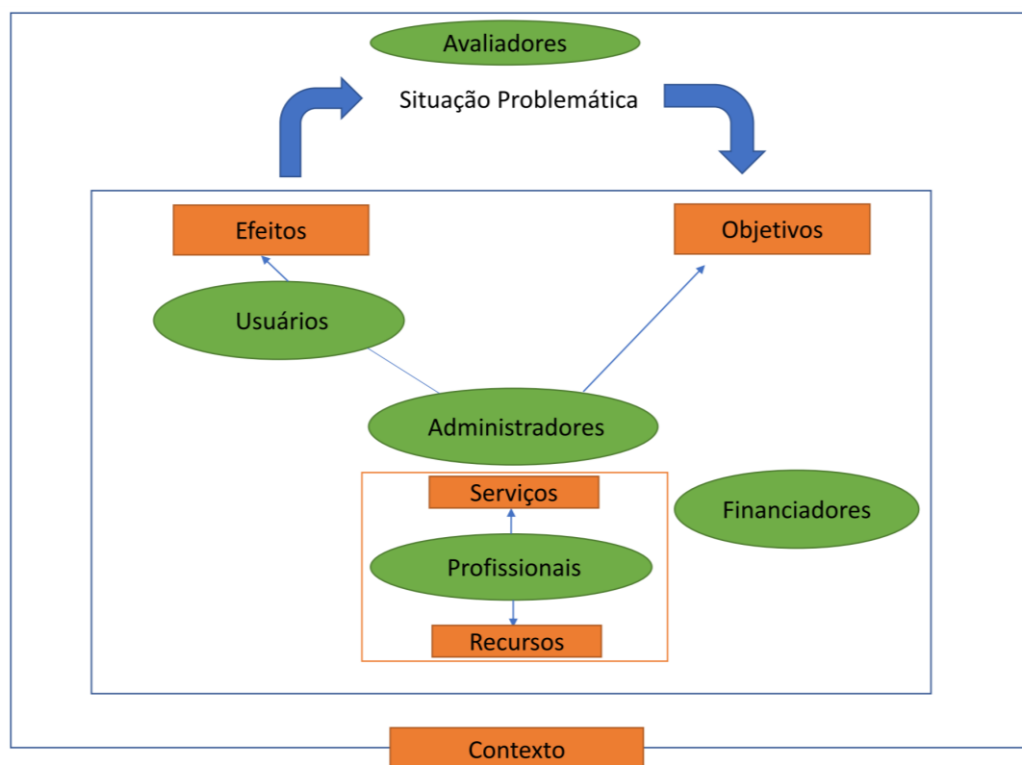
CAPÍTULO 6
CONTEXTUALIZANDO E POTENCIALIZANDO O
TRABALHO EM EQUIPE PARA SEGURANÇA DO PACIENTE E
SAÚDE DO TRABALHADOR: proposta de intervenção

Perante os achados desta investigação, acerca da relação da Cultura de Segurança do Paciente (CSP) com a Qualidade de Vida Profissional (QVP), neste capítulo, é apresentada uma proposta de intervenção para o cenário investigado.

É válido definir que uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios, que podem ser físicos, humanos e financeiros, organizados em um contexto específico, em um determinado período, visando a produção de bens e serviços ou com o objetivo de modificar uma situação problemática. Portanto, uma intervenção é caracterizada por cinco componentes: objetivos; recursos; serviços, bens ou atividades; efeitos e contexto (Hartz, 1997).

Ainda, conforme a autora supracitada, no que concerne a uma intervenção, é necessário compreender os diversos atores envolvidos, pois serão eles que darão forma particular em um dado momento em um determinado contexto. Esses atores podem compor a equipe de profissionais que implementarão as ações, os programas ou serviços e que, dessa forma, empregarão os recursos disponíveis, proporcionados pelos financiadores. Nessa concepção, engloba, também, os administradores (corpo diretivo), os usuários sob os quais as atividades prestadas incidirão e os avaliadores. A Figura 6.1 sintetiza os componentes e os atores envolvidos em uma intervenção.

Figura 6.1 Componentes e atores envolvidos em uma intervenção



Fonte: Adaptado de Hartz, ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

Entendendo que a pesquisa deve fundamentar as ações, visando a transformação da realidade estudada, elaboramos uma proposta de intervenção para a instituição – cenário deste estudo. Como afirmam Polit e Beck (2011) a última fase da pesquisa refere-se ao processo de divulgação, por meio da qual os resultados são apresentados às instituições – corpo diretivo, profissionais de saúde e usuários envolvidos e, ainda, à comunidade científica, através de publicações em livros ou periódicos e de participações em eventos. Desse modo, busca-se fornecer subsídios para a implementação dos achados na prática.

Nesta investigação, ao avaliarmos as possibilidades para elaboração de uma intervenção, voltamos o nosso olhar à análise das dimensões da CSP que se associaram negativamente ao *Burnout* e ao ETS, como a percepção geral de segurança do paciente, o trabalho em equipe dentro das unidades e entre as unidades e o dimensionamento de profissionais e, diante dessa análise, se fez premente a necessidade de direcionar a proposta de intervenção para a temática “Trabalho em equipe”.

Baptista, Ratier e Vasconcelos (2015) ao abordarem as possibilidades de intervenções, para melhorias na área da saúde dos trabalhadores, consideraram que as relações de trabalho se constituem como fator relevante para a interação entre os membros da equipe e para a manutenção de um clima organizacional saudável. Para além disso, enfatizaram que investimentos nos processos de comunicação e trabalho em equipe podem ser construídos e reconstruídos pelos próprios trabalhadores, levando a repercussões positivas tanto para a equipe como para própria organização de saúde.

Por ser docente da UNEB e desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão, visando a integração da universidade com a sociedade, a proposta de intervenção foi estruturada no formato de um projeto de extensão. De acordo com a Política Nacional de Extensão Universitária, a extensão universitária denota uma postura da universidade na sociedade e está pautada sob o princípio constitucional da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, configurando-se como um processo interdisciplinar, educativo, cultural, científico e político, que fomenta a interação transformadora entre universidade e outros setores da sociedade.

Ademais, cinco diretrizes devem orientar a formulação e implementação das ações de extensão universitária: *Interação Dialógica* - referente ao desenvolvimento de relações entre universidade e setores sociais marcadas pelo diálogo e troca de saberes; *Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade* - relativos a interação de modelos, conceitos e metodologias provenientes de várias disciplinas e áreas do conhecimento, assim como pela construção de alianças intersetoriais, interorganizacionais e interprofissionais; *Indissociabilidade Ensino/Pesquisa/Extensão* - reafirma a extensão universitária como processo acadêmico, no qual as

ações de extensão adquirem maior efetividade estando vinculadas ao processo de formação de pessoas e a geração de conhecimento por meio de pesquisas; *Impacto na formação do Estudante* - concernente ao aporte à formação do estudante através da ampliação do universo de referência, bem como pelo contato direto com as grandes questões contemporâneas; *Impacto e Transformação Social* - reafirma a extensão universitária como um mecanismo transformador, voltada para os interesses e necessidades da população e propiciadora do desenvolvimento social e do aprimoramento das políticas públicas (Fórum de Pró-Reitores das Instituições Públicas de Educação Superior Brasileiras, 2012).

A análise dessas diretrizes ratificou a relevância do desenho de uma proposta de intervenção; sob essa ótica, e para o desenvolvimento da temática trabalho em equipe foi possível perceber que a comunicação despontava como um importante fator interveniente para a sua implementação.

Para Peduzzi et al. (2020) um dos atributos reconhecidos como condição *sine qua non* para o trabalho em equipe é a interação e comunicação entre os profissionais, os quais devem participar e estar de acordo ao plano de ação estabelecido para assistência à saúde, conjugando de forma complementar, a ação instrumental e a ação comunicativa. Segundo esses autores, além da comunicação, o trabalho em equipe inclui objetivos comuns, reconhecimento do trabalho dos demais membros da equipe, interdependência das ações, colaboração interprofissional e atenção centrada no paciente.

Nesse contexto, outro aspecto a ser pontuado acerca do trabalho em equipe refere-se aos conflitos que permeiam as relações intersubjetivas nas organizações de saúde. Peduzzi e Ciampone (2016) informam que os conflitos emergem inevitavelmente nas organizações dado a configuração do trabalho a partir das redes de relações, referindo que diante de situações conflituosas as equipes podem aprender a exercitar a análise da situação, admitindo que questões implícitas ao conflito sejam explicitadas e exploradas, desenvolvendo a capacidade da equipe de autoanálise.

Em consonância, Peduzzi et al. (2020) advogam que na vigência de conflitos, a equipe deve adotar atitudes reflexivas argumentativas, a fim de restaurar o consenso e a vontade comum, mediante a cooperação, com foco nas necessidades dos pacientes.

Outrossim, dada às suas características e correlações negativas do *Burnout* e ETS com o trabalho em equipe, torna-se relevante pautar o estresse no contexto do trabalho em equipe, uma vez que apesar de poder derivar de fontes distintas, o estresse é o fator desencadeador do *Burnout* (Maslach, 2009; Stamm, 2010) e do ETS (Figley, 1995; Stamm, 2010).

Nessa perspectiva, o gerenciamento do estresse, tanto a nível individual como coletivo é fundamental para a integração da equipe e seu melhor desempenho. No âmbito do gerenciamento do estresse, a fim de minimizar a fadiga pela compaixão, o estímulo à empatia com autocompaixão emerge como efeito protetivo, acarretando melhor regulação emocional e menor estresse (Duarte, Pinto-Gouveia, Cruz, 2016; Gustin, Wagner, 2013).

Tomando como norteadores os referidos aspectos acerca do trabalho em equipe, do *Burnout* e do ETS, a presente proposta de intervenção configurará o projeto de extensão **“Contextualizando e potencializando o trabalho em equipe para segurança do paciente e saúde do trabalhador”**, cujo objetivo geral será: Fomentar o trabalho em equipe como elemento facilitador dos processos assistenciais e gerenciais concernentes à segurança do paciente e à saúde do trabalhador. Para tanto, serão empregados três eixos de atuação: Eixo 1 - Gestão da Comunicação; Eixo 2 - Gestão de conflitos e Eixo 3 - Gestão do Estresse.

A Figura 6.2 apresenta os três eixos do referido Projeto de Extensão.

Figura 6.2 Eixos do Projeto “Contextualizando e potencializando o trabalho em equipe para segurança do paciente e saúde do trabalhador”



Cabe ressaltar que, apesar das temáticas terem sido elencadas em três eixos, esses não são excludentes, mas sim são complementares e interconectados.

A consecução desta proposta de intervenção iniciará com a apresentação do estudo ao corpo diretivo do hospital, a qual poderá incluir nessa oportunidade ou em um segundo momento, os setores responsáveis pelo Ensino e Pesquisa, o Núcleo de Segurança do Paciente,

o Serviço Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador e Educação Permanente e as coordenações das unidades assistenciais.

Após esse primeiro momento e diante da receptividade/aval para a proposta de intervenção serão realizadas reuniões com as lideranças das unidades, podendo ser a princípio as unidades nas quais a coleta dos dados desta investigação ocorreu ou envolver a totalidade das unidades hospitalares, mediante interesse da instituição.

A operacionalização do projeto em parceria com as lideranças encontra respaldo na literatura acerca das propostas de intervenção, pois como ratificam Baptista, Ratier e Vasconcelos (2015) a liderança deve estar constantemente atenta às necessidades da equipe, para que o trabalho possa ser um elemento promotor de saúde, e, como evidenciado por Linnander et al. (2021), a liderança é ponto fulcral para desenvolvimento e implementação de mudanças na cultura organizacional para a melhoria dos resultados para os pacientes.

Ademais, serão organizados espaços para ouvir os trabalhadores acerca da proposta, visando aperfeiçoá-la e, também, planejar as atividades de modo que possam ser o mais próximo das realidades vivenciadas e das necessidades sentidas pelos trabalhadores no seu ambiente de trabalho. Nessa direção, a proposta de intervenção ocorrerá no modelo de interação dialógica, possibilitando ajustes e remodelamentos após discussões com os atores envolvidos, conforme pontuado por Hartz (1997), no início deste capítulo.

Frente a essas considerações, o projeto somente será implementado após essas etapas serem desenvolvidas, todavia para efeito de proposição e discussão de viabilidade, faz-se necessário delimitar os objetivos específicos de cada eixo, mediante os aspectos elencados para sua composição e escolhas das estratégias.

Para cada eixo serão escolhidas metodologias específicas de acordo com a temática em evidência, sempre dando preferência a metodologias ativas e participativas. Esse tipo de metodologia encontra destaque em pesquisas recentes nas áreas da educação, psicologia e neurociência, que evidenciam que o processo de aprendizagem é único e diferente para cada pessoa, e que cada um aprende o que é mais relevante, o que faz sentido e gera conexões cognitivas e emocionais. Ainda, englobam a concepção de que o processo de aprendizagem deve considerar a participação efetiva dos aprendizes, valorizando as diferentes formas pelas quais eles podem ser envolvidos nesse processo (Bacich, Moran, 2018).

Nesse enlace, cada encontro com os trabalhadores será iniciado com dinâmicas de integração entre os participantes, passando para fase de discussão do conteúdo e de sua aplicabilidade nos processos de trabalho dos profissionais e, por fim, contará com um momento avaliativo e dinâmica de encerramento.

As abordagens ao Eixo 1 e 2 serão pautadas em metodologias e estratégias elencadas no *Patient Safety patient safety curriculum guide: multi-professional edition* (WHO, 2011) e no *Team Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety* (King et al., 2008). Quanto ao Eixo 3 as metodologias e estratégias adotadas serão baseadas nos estudos de Garrosa-Hernández (2010) e de Borges (2018), bem como em investigações que abordaram a autocompaixão (Delaney, 2018; Durking et al., 2016; Neff, 2003; Neff, Hsieh, Dejitterat 2005).

Assim, caberá ao Eixo 1- Discutir e estimular a comunicação efetiva como uma das metas da segurança do paciente, empregando-se, a princípio, ferramentas de comunicação, as quais são preconizadas para melhorias no processo comunicativo tanto nas transições de cuidado (*Situation, Background, Assessment e Recommendation - SBAR*), como em situações críticas que merecem reflexão da equipe (*Debriefing*). O Eixo 2 lançará luz em conflitos como parte inerente das relações nas organizações e abordará as estratégias para o gerenciamento de conflitos na equipe, tais como: Práticas restaurativas - abarcando a Comunicação não violenta e o Processo Circular. Finalmente, o Eixo 3 terá como objetivo compartilhar com a equipe, técnicas que podem ser implementadas para promover o relaxamento e a diminuição do estresse, tanto a nível individual como coletivo e estimular a autocompaixão dos trabalhadores, por meio do emprego de práticas de relaxamento, a exemplo: respiração, meditação e musicoterapia.

A Quadro 6.1 esquematiza os eixos com seus respectivos temas, as estratégias e metodologias que poderão ser implementadas. É importante salientar que as metodologias poderão ser empregadas para todos os eixos conforme aplicabilidade diante do tema trabalhado, por isso aparecem agrupadas.

Quadro 6.1 - Eixos do projeto de extensão, temas, estratégias e metodologias. Salvador, BA, 2021

EIXOS	CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	ESTRATÉGIAS	METODOLOGIAS ATIVAS E PARTICIPATIVAS (Instrumentos)
1 Gestão da comunicação	Comunicação; Comunicação no trabalho em equipe; Comunicação Efetiva.	Ferramentas de Comunicação (<i>Situation, Background, Assessment e Recommendation-SBAR e Debriefing</i>)	Estudo de caso; Simulação; Fotografias, vídeos e Filmes;
2 Gestão de conflitos	Conflito; Conflitos na equipe e entre equipes; Conflito nas organizações de saúde.	Práticas restaurativas (Comunicação não violenta e Processo Circular)	Dramatização; Jogos e Gameficação; Roda de conversa; Grupo de reflexão;
3 Gestão do Estresse	Estresse; Estresse no contexto laboral; Empatia, compaixão e autocompaixão.	Práticas de relaxamento (Respiração, Meditação e Musicoterapia)	Oficinas <i>Brainstorming</i>

O referido projeto foi pensado, inicialmente, para os trabalhadores de enfermagem que atuam nas unidades assistenciais do hospital, por terem constituído a população deste estudo e como um grupo piloto. Entretanto, acreditamos que para o alcance dos objetivos desta intervenção será de suma importância apresentá-lo e expandi-lo à toda equipe de saúde, com vistas a promover a interação das diferentes categorias profissionais, propiciar a compreensão dos processos de trabalho de áreas afins e o efetivo diálogo com profissionais dessas áreas. Nessa lógica, os profissionais de saúde poderão adquirir novos instrumentos para refletir sobre sua atuação e de seus pares, participar mais eficazmente dos processos decisórios da instituição

e, de modo consequente, contribuir para a consolidação da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade.

Quanto a duração, periodicidade e local de desenvolvimento do projeto, o mesmo será estruturado para o período de um ano, com encontros quinzenais ou mensais, perfazendo cerca de 8 horas/mês. Os dias, horários e espaços serão acordados e reservados, previamente, com os trabalhadores e com a instituição de saúde.

Outrossim, a implementação dos eixos poderá ocorrer de forma gradual ou de maneira concomitante, a depender das indicações apontadas na interação dialógica e situações vivenciadas pelos atores envolvidos/organização de saúde.

Os recursos físicos, materiais e financeiros serão mediados pela parceria entre Universidade e o Instituição hospitalar. Ressaltamos que a pesquisadora poderá concorrer à editais de fomento, tanto internos à universidade como externos, de forma a captar recursos, os quais serão empregados no presente projeto de extensão.

No que tange aos aspectos acadêmicos, o projeto de extensão será registrado no Sistema Integrado de Planejamento da UNEB e buscará parcerias com docentes que tenham interesse na temática em questão, procurando sensibilizar os professores, tanto do curso de Enfermagem como dos outros cursos de saúde, com a finalidade de que a segurança do paciente e a saúde do trabalhador sejam valorizadas e discutidas de modo contextualizado e interdisciplinar.

Para além disso, o projeto oportunizará vagas para discentes de cursos de graduação em saúde e áreas afins para integrarem como monitores de extensão, no intuito de produzir impactos positivos na formação dos estudantes. Além disso, projetos de pesquisa poderão ser associados a esse projeto de extensão com vistas a indissociabilidade do Ensino - Pesquisa - Extensão.

Concluindo, no que concerne ao processo avaliativo dos componentes da intervenção e de seus efeitos, esse se dará de maneira contínua, objetivando a adequação da exequibilidade e aperfeiçoamento do projeto.

CONCLUSÕES

A partir da avaliação da Cultura de Segurança do Paciente (CSP) e da Qualidade de vida Profissional (QVP) dos trabalhadores de enfermagem, como também da análise da relação entre a CSP e a QVP, foi possível concluir:

❖ *Quanto Cultura de Segurança do Paciente:*

- ✓ As dimensões de CSP não alcançaram 75% ou mais de respostas positivas, revelando fragilidade na CSP em todas as unidades;
- ✓ As dimensões com melhores avaliações foram Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes e Aprendizado organizacional e melhoria contínua;
- ✓ As dimensões Respostas não punitivas aos erros e Adequação de profissionais foram as que obtiveram as piores avaliações;
- ✓ No que se refere a nota de segurança do paciente, a maioria dos trabalhadores julgaram como Regular seguida pela classificação Muito boa/Excelente;
- ✓ Em relação ao número de eventos notificados pelos trabalhadores nos últimos 12 meses, a maioria dos participantes não efetuou notificação no último ano.

No que tange a análise correlacional entre as dimensões de CSP, nota de segurança e número de eventos notificados:

- ✓ O trabalho em equipe entre as unidades apresentou as maiores forças de correlação positiva com as dimensões Trabalho em equipe dentro das unidades, Percepção geral da segurança do paciente, Passagem de plantão ou de turno/transferências, Apoio da gestão para segurança do paciente e com a Nota de segurança;
- ✓ O apoio da gestão para segurança do paciente apresentou as maiores forças de correlação positiva com as dimensões Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes, Retorno da informação e comunicação sobre erro, Frequência de eventos relatados e com a Nota de segurança;
- ✓ O retorno da informação e comunicação sobre erro apresentou as maiores forças de correlação positiva com as dimensões Aprendizado organizacional - melhoria contínua, Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes, Abertura da comunicação, e Frequência de eventos relatados;
- ✓ A expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes apresentou a maior força de correlação positiva a dimensão Abertura da comunicação.

Em relação aos fatores associados à CSP:

- ✓ O sexo masculino esteve associado a pior avaliação da segurança do paciente total e do trabalho em equipe entre as unidades;
- ✓ A categoria profissional esteve associada às dimensões Respostas não punitivas aos erros e Adequação de profissionais e ao número de notificações, sendo que os enfermeiros avaliaram melhor essas dimensões e apresentaram média maior no número de eventos notificados nos últimos 12 meses;
- ✓ O tipo de vínculo esteve associado à segurança do paciente total e às dimensões Percepção geral da segurança do paciente, Adequação de profissionais, Trabalho em equipe entre as unidades e ao número de eventos notificados, sendo que os trabalhadores com vínculo de contrato apresentaram médias mais elevadas;
- ✓ O turno de trabalho esteve associado à Passagem de plantão ou de turno/transferências com os trabalhadores do turno fixo a avaliarem melhor esse aspecto;
- ✓ O número de vínculo trabalhista esteve associado à notificação, sendo que os trabalhadores com dois ou mais vínculos obtiveram média maior no número de eventos notificados;
- ✓ O local de trabalho esteve associado ao maior número de aspectos da CSP, como a segurança do paciente total e as dimensões Adequação de profissionais, Aprendizado organizacional - melhoria contínua, Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes, Abertura da comunicação, Retorno da informação e comunicação sobre erro, Passagem de plantão ou de turno/transferências e a notificação de eventos, sendo que as unidades de assistência materno-infantil obtiveram melhores avaliações, excetuando a adequação de profissionais, aspecto mais bem avaliado na Clínica Cirúrgica e a notificação de eventos, na qual a Clínica Cirúrgica alcançou média mais elevada que a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN);
- ✓ A idade esteve associada negativamente às dimensões Percepção geral da segurança do paciente, Respostas não punitivas aos erros e a notificação dos eventos demonstrando que ao aumentar a idade tendia-se a uma pior percepção da CSP em relação à estas dimensões, como também menor número de notificações;
- ✓ A experiência profissional esteve associada negativamente a segurança do paciente total e às dimensões Percepção geral da segurança do paciente, Respostas não punitivas aos erros, Passagem de plantão ou de turno/transferências e Trabalho em equipe entre as

unidades evidenciando que quanto maior a experiência profissional do trabalhador menor é o escore atribuído à essas dimensões. Em contraponto, a maior a experiência profissional esteve associada a melhor avaliação da adequação de profissionais.

- ✓ A experiência no serviço esteve associada positivamente a Respostas não punitivas aos erros e Adequação de profissionais, demonstrando que ao aumentar a experiência no hospital, os trabalhadores tendem a atribuírem melhores avaliações a esses aspectos, entretanto, esteve associada negativamente a Passagem de plantão ou de turno/transferências, ao número de eventos notificados e a segurança do paciente total.

❖ *Quanto à Qualidade de Vida Profissional*

- ✓ A Satisfação por Compaixão (SC) apresentou média e medianas elevadas e concentrou a maioria das respostas referentes aos seus itens em “Muitas vezes” e “Quase sempre”, o que remete a um resultado satisfatório, pois a SC trata-se do polo positivo da QVP;
- ✓ O Burnout foi o aspecto com maior variância entre os três componentes da QVP. Quanto a frequência dos aspectos referentes a esse fenômeno, 30,7% dos trabalhadores afirmaram que se sentem muitas vezes exaustos por conta do trabalho e 13,4% afirmam sentir-se quase sempre exaustos, e, em relação a sentir-se sufocado pela quantidade de trabalho e pelo tanto de pacientes que precisam atender, 21,1% referiram sentir-se assim muitas vezes e 19,9% quase sempre, demonstrando um percentual considerável de trabalhadores com sentimento de exaustão;
- ✓ O Estresse Traumático Secundário (ETS) apresentou a maioria das respostas dos seus itens em raramente e poucas vezes e a média e medianas baixas, evidenciando a menor frequência deste fenômeno entre os participantes, entretanto, os *outliers* acima do terceiro quartil, revelaram a presença de trabalhadores com níveis mais elevados de ETS.

Relativo à análise correlacional entre os componentes da QVP:

- ✓ A SC apresentou correlação negativa significativa com o Burnout e com o ETS, enquanto o Burnout e o ETS apresentaram correlação positiva significativa entre si.

Concernente aos fatores associados à QVP:

- ✓ O tipo de vínculo esteve associado ao Burnout sendo que os trabalhadores com vínculo Estatutário apresentaram médias mais elevadas;
- ✓ O turno de trabalho esteve associado ao ETS revelando que os trabalhadores do turno fixo apresentaram médias mais elevadas de ETS;
- ✓ O local de trabalho esteve associado aos três componentes da QVP, sendo que as unidades de assistência materno-infantil apresentaram as médias mais baixas para a SC e mais elevadas para o ETS. Em relação ao Burnout, os escores mais altos foram evidenciados na UTIN, seguida pela Clínica Médica e Obstetrícia.

❖ *Quanto a relação da Cultura de Segurança do Paciente com a Qualidade de Vida Profissional*

- ✓ A CSP não apresentou correlação significativa com a SC;
- ✓ A CSP apresentou correlações negativas significativas com o Burnout, sendo as correlações negativas moderadas do Burnout com o Trabalho em equipe dentro das unidades, Trabalho em equipe entre as unidades, Percepção geral da segurança do paciente, Segurança do paciente total, e Adequação de profissionais, e as correlações negativas fracas do Burnout com Passagem de plantão ou de turno/transferências e com a Nota de segurança;
- ✓ A CSP apresentou correlações negativas fracas significativas com o ETS no que tange às dimensões Trabalho em equipe dentro das unidades, Trabalho em equipe entre as unidades, Percepção geral da segurança do paciente, Adequação de profissionais. Entretanto, a dimensão Retorno da informação e comunicação sobre erro apresentou correlação positiva fraca com o ETS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou a análise da relação entre a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) no ambiente hospitalar e a Qualidade de Vida Profissional (QVP) nos seus três componentes - Satisfação por Compaixão (SC), Burnout e Estresse Traumático Secundário (ETS). Como, também, permitiu mensurar a CSP e a QVP, seus fatores associados e analisar as correlações entre os seus componentes.

A avaliação da CSP atrelada a mensuração da QVP dos trabalhadores de enfermagem despontou como fator primordial para a identificação das oportunidades de melhorias, propiciando traçar planos de ação e estratégias para o fortalecimento da qualidade da assistência prestada aos pacientes e para a promoção da saúde dos profissionais no seu ambiente de trabalho.

Destarte, julgamos que a partir dos resultados encontrados, das discussões apresentadas e da proposta de intervenção elaborada, as contribuições deste estudo para a assistência e gerência dos serviços de saúde encontram ressonância na possibilidade da reflexão, por parte de gestores e profissionais de saúde acerca da relação saúde do trabalhador e segurança do paciente e, assim, a revisão dos processos de trabalho implantados e implementados nas instituições.

Quanto ao ensino, esta investigação aponta para a necessidade da inclusão das temáticas CSP e QVP nos conteúdos programáticos das matrizes curriculares dos cursos de Enfermagem e da Saúde, pois ao sensibilizar os estudantes para as problemáticas inerentes a esses aspectos e às possibilidades de intervenção, potencializamos a formação discente, e, conseqüentemente, a qualificação dos profissionais, que ingressarão nas instituições de saúde e serão responsáveis pelo gerenciamento da assistência à população. Nesse sentido, a conscientização dos coordenadores de cursos de graduação e de pós-graduação das diferentes disciplinas e dos docentes que neles atuam, torna-se imperativa para que o ensino seja contextualizado e trabalhado interdisciplinarmente.

Em relação às novas perspectivas de pesquisa, apontamos para a necessidade de investigações, que aprofundem a relação entre os aspectos da segurança do paciente com a saúde dos trabalhadores, objetivando uma maior compreensão do fenômeno e com isso a elaboração de intervenções cada vez mais efetivas.

Em vista dos aspectos mencionados, acreditamos que os resultados desta pesquisa possam impactar e reverberar na saúde do trabalhador e na segurança do paciente, trazendo colaborações para o exercício de processos de trabalho mais eficazes, voltados para a interdisciplinaridade e, sobretudo, tencionando a qualidade e a segurança nas organizações de saúde.

REFERÊNCIAS

- Abernathy S, Martin R. Reducing compassion fatigue with self-care and mindfulness. *Nurs Crit Care*. 2019;14(5):38-44.
- Aboshaiqah AE, Baker OG. Assessment of Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in a Saudi Arabia Hospital. *J Nurs Care Qual*. 2013;28(3):272-80.
- Adler L, Yi D, Li M, Mcbroom B, Hauck L, Sammer C, et al. Impact of Inpatient Harms on Hospital Finances and Patient Clinical Outcomes. *J. Patient Saf*. 2018;14(2):67-73.
- Alexandrova-Karamanova A, Todorova I, Montgomery A, Panagopoulou E, Costa P, Baban A, et al. Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *Int Arch Occup Environ Health*. 2016;89(7):1059-75.
- Almeida MCS. Correlação entre clima organizacional, satisfação no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.
- Alves DFB, Lorenzini E, Cavalho KA, Schmidt CR, Dal Pai S, Kolankiewicz ACB. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe multiprofissional: uma revisão integrativa. *Rev Fun Care Online*. 2021;13:836-42.
- Alves MFT, Carvalho DS, Albuquerque GSC. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;24(8):2895-2908.
- Areosa J. Os efeitos do trabalho na saúde mental: uma análise a partir da psicodinâmica do trabalho. In: Veloso Neto H, Areosa J, Arezes, P, editores. *Riscos psicossociais no trabalho*. Vila do Conde: Civeri Publishing; 2014. p. 49-72.
- Areosa, J. O trabalho como palco do sofrimento. *International Journal on Working Conditions*. 2018;15:81-95.
- Bacich L, Moran J, organizadores. *Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática*. Porto Alegre: Penso; 2018.
- Baldonado M, Mosteiro P, Queirós C, Borges E, Abreu M. Stress no trabalho em enfermeiros: estudo comparativo Espanha/Portugal. *International Journal on Working Conditions*. 2018;15:67-80.
- Baldonado-Mosteiro M, Almeida MCS, Baptista PCP, Sánchez-Zaballos M, Rodriguez-Diaz FJ, Mosteiro-Diaz MP. Burnout syndrome in Brazilian and Spanish nursing workers. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27:e3192.
- Baptista PCP, Ratier APP, Vasconcelos LHS. Propostas de intervenção para a melhora da saúde dos trabalhadores. In: Felli, VEA, Baptista PCP, organizadoras. *saúde do trabalhador de enfermagem*. Barueri: Manole; 2015. p.330-44.

Batalha EMSS, Melleiro MM, Borges EMN. Trabalho em equipe e cultura de segurança dos doentes: um estudo com Enfermeiros. In: International Congress of Occupational Health Nursing – ICOHN 19: Proceedings; 2019 jun. Aveiro. Aveiro: UA Editora – Universidade de Aveiro; 2019a. p. 70-4.

Batalha EMSS, Melleiro MM, Borges EMN. Satisfação e fadiga por compaixão em Enfermeiros da área hospitalar: resultados preliminares. In: International Congress of Occupational Health Nursing – ICOHN 19: Proceedings; 2019 jun. Aveiro. Aveiro: UA Editora – Universidade de Aveiro; 2019b. p. 87-92.

Batalha EMSS, Melleiro MM, Borges EMN. Perception of hospital nurses about patient safety culture. In: Anais da 15ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem; 2019 jun. Lisboa. Lisboa: APE – Associação Portuguesa de Enfermeiros; 2019c. p. 46-7.

Batalha EMSS, Melleiro MM, Borges EMN. Nurses professional quality of life and its relationship with patient safety: preliminary results. In: Anais da 15ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem; 2019 jun. Lisboa. Lisboa: APE – Associação Portuguesa de Enfermeiros; 2019d. p. 45-6.

Batalha EMSS, Borges EMN, Melleiro MM. Professional quality of life of nursing and its relationship with patient safety: Analysis in Portuguese e Brazilian contexts. In: 7th FOHNEU International Congress; 2019 april. Budapest. Budapest: OOK-Press Ltd., Veszprém, Hungary; 2019. p. 92-3.

Batalha EMSS, Melleiro MM, Borges EMN. Burnout and its interface with patient safety. J Nurs UFPE online. 2019e;13:e239641.

Batalha E, Melleiro M, Queirós C, Borges E. Satisfação por compaixão, burnout e estresse traumático secundário em enfermeiros da área hospitalar. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2020;(24):25-33.

Beck CT, Cusson, RM, Gable RK. Secondary traumatic stress in NICU nurses a mixed-methods study. Adv Neonatal Care. 2017;17(6):478-88.

Borges E. Promoção de saúde no local de trabalho. In: Borges E, editora. Enfermagem do trabalho. Formação, investigação, estratégias de intervenção Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda; 2018. p.125-77.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n. 01/2015. Orientações gerais para notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília; 2015.

Brasil. Decreto nº 6.957, de 9 de setembro de 2009. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, no tocante à aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP. Diário Oficial da União, Brasília, 10 de set. 2009. p.8.

Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatórios de Eventos Adversos notificados de março de 2014 a junho de 2019. Brasília; 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília; 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde, Conselho nacional de saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 529 de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). In: Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília; 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os protocolos de segurança do paciente. Brasília; 2013b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Brasília; 2013c.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília; 2013d.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n. 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília; 2011.

Brasil. Portaria nº 2.309, de 28 de agosto de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). Diário Oficial da União, Brasília, 1 de set. 2020. Seção1:40.

Caldas BN, Portela MC, Singer SJ, Aveling EL. How Can Implementation of a Large-Scale Patient Safety Program Strengthen Hospital Safety Culture? Lessons From a Qualitative Study of National Patient Safety Program Implementation in Two Public Hospitals in Brazil. *Medical Care Research and Review*. 2021;12:10775587211028068.

Campelo CL, Nunes FDO, Silva LDC, Guimarães LF, Sousa SMA, Paiva SS. Patient safety culture among nursing professionals in the intensive care environment. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03754.

Cardoso MLAP, Ramos LH, D’Innocenzo M. Liderança coaching: questionários de avaliação de percepções de líderes e liderados na enfermagem. *einstein*. 2014;12(1):66-74.

Carneiro AS, Dalmolin RAGL, Magalhães AMM, Magnago TSBS, Arrial TS. Occupational stress, burnout and patient safety culture among workers from critical care and non critical care units in a hospital in Brazil. *Intensive Crit Care Nurs*. 2021;63:102978.

Cecilio LCO, Lacaz FAC. O trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2012.

- Cetrano G, Tedeschi F, Rabbi L, Gosetti G, Lora A, Lamonaca D, et al. How are compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction affected by quality of working life? Findings from a survey of mental health staff in Italy. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):755.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Enfermagem em números [internet]. 2021 ago. 05 [citado 2021 ago 05] Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>.
- Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2ª ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
- Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB, Abreu ACC, Leão ML. II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina UFMG. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar; 2018.
- Cruz BSP. Burnout e Fadiga por Compaixão em Enfermeiros Portugueses [dissertação]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2014.
- Delaney MC. Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. *PLoS One.* 2018;13(11):e0207261.
- Dinius J, Philipp R, Ernstmann N, Heier L, Göritz AS, Pfisterer-Heise S, et al. Inter-professional teamwork and its association with patient safety in German hospitals—A cross sectional study. *PLoS One.* 2020;15(5):e0233766.
- Duan-Portera W, Hatchc D, Pendergast JF, Freudel G, Rosef U, Burrf H, et al. 12-month trajectories of depressive symptoms among nurses—Contribution of personality, job characteristics, coping, and burnout. *J Affect Disord.* 2018;234:67-73.
- Duarte J, Pinto-Gouveia J, Cruz B. Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2016;60:1-11.
- Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev. bras. Enferm.* 2015;68(1):144-54
- Duffy E, Avalos G, Dowling M. Secondary traumatic stress among emergency nurses: a cross-sectional study. *Int Emerg Nurs.* 2015;23:53-8.
- Durkin M, Beaumont E, Hollins Martin CJ, Carson J. A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgement, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. *Nurse Educ Today.* 2016;46:109-14.
- Elsous A, Akbari Sari A, AlJeesh Y, Radwan M. Nursing Perceptions of Patient Safety Climate in the Gaza Strip, Palestine. *Int. Nurs. Rev.* 2017;64:446-54.
- Espírito-Santo H, Daniel F. Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (2): Guia para reportar a força das relações. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social.* 2017;3(1):53-64.

Figley CR, editor. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: Brunner-Mazel; 1995. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview; p.1-20.

Fórum de Pró-Reitores das Instituições Públicas de Educação Superior Brasileiras (FORPROEX). Política Nacional de Extensão Universitária. Manaus; 2012.

Fragata J, Sousa P, Santos RS. Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In: Sousa P, Mendes W, organizadores. Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014. p. 17-36.

Fragata J, Sousa P, Santos RS. Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In: Sousa P, Mendes W, organizadores. Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras. 2ª ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2019. p. 21-40.

Freudenberger HJ. The staff Burnout syndrome in alternative institutions. *Psychother. Theory Res. Pract.* 1975;12:72-83

Fusari MEK, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Costa VT. Melhores práticas de liderança dos enfermeiros na gestão do risco hospitalar: estudo de caso. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42(esp):e20200194.

Garrosa-Hernández E, Pereira AMTB, Moreno-Jiménez B, González JL. Prevenção e intervenção na síndrome de *Burnout*. Como prevenir (ou remediar) o processo de *Burnout*. In: Pereira AMTB, organizadora. *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. 4ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010. p.228-71.

Gilmartin S, Martin L, Kenny S, Callanan I, Salter N. Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Quality.* 2020;9:e000913.

González-Limas WR, Bastidas-Jurado CF, Figueroa-Chaves HA, Zambrano-Guerrero CA, Matabanchoy-Tulcán SM. Revisión sistemática de las concepciones de cultura organizacional. *Univ. Salud.* 2018;20(2):200-14.

Gustin LW, Wagner L. The butterfly effect of caring – clinical nursing teachers’ understanding of self-compassion as a source to compassionate care. *Scand J Caring Sci.* 2013;27(1):175-83.

Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise multivariada de dados. 6ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.

Hartz, ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1997.

Hirata H, Kergoat D. Divisão sexual do trabalho profissional e doméstico: Brasil, França e Japão. In: Costa AO, Sorj B, Bruschini C, Hirata H, organizadores. *Mercado de Trabalho e Gênero: comparações internacionais*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2008. p. 263-78.

Hudson, P. Applying the lessons of risk industries to health care. *Qual Saf Health Care.* 2003;12 Suppl1:7-12.

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

Johnson J, Louch G, Dunning A, Johnson O, Grange A, Reynolds C, et al. Burnout mediates the association between symptoms of depression and patient safety perceptions: A cross-sectional study in hospital nurses. *J Adv Nurs*. 2017;73(7):1667-80.

Kawamoto AM, Oliveira JLC, Tonini NS, Nicola AL. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. *J. res.: fundam. care. online* 2016;8(2):4387-98.

Kelly L, Runge J, Spencer C. Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction. *J Nurs Scholarsh*. 2015;47(6):522-8.

King HB, Battles J, Baker DP, Alonso A, Salas E, Webster J, et al. TeamSTEPPS™: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.

Kristensen S, Mainz J, Bartels P. *Patient Safety - a Vocabulary for European Application*. Aarhus, Denmark: SIMPATIE European Society for Quality in Healthcare – Office for Quality Indicators; 2007.

Kurcgant P, Massarolo MCKB. Cultura e Poder nas Organizações de Saúde. In: Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em Enfermagem*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 1-12.

Lago KC, Codo W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estudos de Psicologia*. 2013;18(2):213-21.

Lago KC. *Fadiga por Compaixão: quando ajudar dói [dissertação]*. Brasília: Instituto de psicologia, Universidade de Brasília; 2008.

Lawton R, McEachan RRC, Giles SJ, Sirriyeh R, Watt IS, Wright J. Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital settings: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2012;21:369-80.

Lee H, Baek W, Lim A, Lee D, Pang Y, Kim O. Secondary traumatic stress and compassion satisfaction mediate the association between stress and burnout among Korean hospital nurses: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2021;20:115.

Lima RCD, Oliveira ERA, Cade NV, Rabello ML, Santana LG. O processo de cuidar na enfermagem: mudanças e tendências no mundo do trabalho. *Cogitare Enferm*. 2005;10(2):63-7.

Linnander E, McNatt Z, Boehmer K, Cherlin E, Bradley E, Curry L. Changing hospital organisational culture for improved patient outcomes: developing and implementing the leadership saves lives intervention. *BMJ Qual Saf*. 2021;30:475-83.

- Lopes MJML, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos Pagu*. 2005;24:105-25.
- Lopez ECMS, Cruz EDA, Alpendre FT, Batista J. Cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino. *Rev Min Enferm*. 2020;24:e-1298.
- Machado MH, Wermelinger M, Vieira M, Oliveira E, Lemos W, Aguiar Filho W, et al. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. *Enferm. Foco*. 2016;6(2/4):15-34.
- Machado MH, Aguiar Filho W, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enferm. Foco*. 2015;6(1/4):11-7.
- Malash C. Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & Trabajo*. 2009;11(32):37-43.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced Burnout. *J Organ Behav*. 1981;2:99-113.
- Maslach C, Leiter MP. New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Med Teach*. 2017;39(2):160-3.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu. Rev. Psychol*. 2001;52:397-422.
- Maslach C. Burned-out. *Hum. Behav*. 1976;5:16-22.
- Mannion R, Davies H. Understanding organisational culture for healthcare quality improvement. *BMJ*. 2018;363:k4907.
- Mansour H, Sharour LA. Results of survey on perception of patient safety culture among emergency nurses in Jordan: Influence of burnout, job satisfaction, turnover intention, and workload. *J Healthc Qual Res*. 2021;26(21):00050-6.
- Martins JT, Robazzi MLCC, Bobroff MCC. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):1107-11.
- Mercês MC, Gomes AMT, Else LPG, Santana AIC, Silva DS, Machado YY, et al. Burnout y condiciones metabólicas en profesionales de enfermería: un estudio piloto. *Enfermagem Brasil*. 2018;17(2):90-8.
- Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 427-32.
- Minuzz AP, Salum NC, Locks MOH. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(2):e1610015.
- Moraes MCS, Dutra GO, Ferreira TDM, Dias FCP, Balsanelli AP, Gasparino RC. Nursing coaching leadership and its influence on job satisfaction and patient safety. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03779.

- Morgan G. *Imagens da organização*. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- Morrison LE, Joy JP. Secondary traumatic stress in the emergency department. *J Adv Nurs*. 2016;72(11):2894-906.
- National Patient Safety Foundation. *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human*. Boston; 2015.
- Neff KD, Hsieh Y, Dejitterat K. Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self Identity*. 2005;2:263-87.
- Neff KD. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity*. 2003;2:85-102.
- Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:17-23.
- Olds DM, Clarke SP. The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *J Safety Res*. 2010;41:153-62.
- Olsen E, Leonardsen ACL. Use of the Hospital Survey of Patient Safety Culture in Norwegian Hospitals: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021;18:6518.
- Organização Internacional do Trabalho (OIT). *Trabalhar para um Futuro Melhor – Comissão Mundial sobre o Futuro do Trabalho*. Lisboa: OIT; 2019.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). *Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais*. Brasília: SESI/DN; 2010.
- Partlak Günüşen N, Üstün B, Serçekuş Ak P, Büyükkaya Besen D. Secondary traumatic stress experiences of nurses caring for cancer patients. *Int J Nurs Pract*. 2019;25(1):e12717.
- Pearson K. Report on certain enteric fever inoculation statistics. *British Medical Journal*, 1904;2(2288):1243-46.
- Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. Educ. Saúde*. 2020;18 Supl: e0024678.
- Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em Equipe e Processo. In: Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em Enfermagem*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 105-20.
- Pena MM, Melleiro MM. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. *Rev Enferm UFSM*. 2018;8(3):616-25.
- Pereira AMTB, organizadora. *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. 4ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010. *Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho*; p. 21-91.

- Peruzzo HE, Silva ES, Haddad MCLF, Marcon SS. Influência do sexo, idade e tempo de atuação na percepção sobre o trabalho em equipe. *REME – Rev Min Enferm.* 2017;21:e-1011.
- Pinheiro R. Cuidado em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde.* 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 110-4.
- Pires DE. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde.* 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 130-5.
- Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.* 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- Prieto MMN, Fonseca REP, Zem-Mascarenhas SH. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(6):e20201315.
- Queirós C, Borges E, Teixeira A, Maio T. Estratégias de prevenção do stress, burnout e bullying no trabalho. In: Borges E, editora. *Enfermagem do trabalho. Formação, investigação, estratégias de intervenção* Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda; 2018. p.139-57.
- R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria; 2021. Disponível em: <https://www.R-project.org/>
- Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AGG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad. Saúde Pública.* 2016;32(11):e00115614.
- Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care.* 2018;30(9):660-77.
- Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
- Reis CT. Cultura em Segurança do Paciente. In: Sousa P, Mendes W, organizadores. *Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras.* Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014. p. 75-99.
- Saab MM, Drennan J, Cornally N, Landers M, Hegarty J, Eileen Savage E, et al. Impact of a compassionate care leadership programme. *Br J Nurs.* 2019;28(11):708-14.
- Sacco TL, Copel LC. Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing. *Nursing Forum.* 2018;53(1):76-83.
- Santos BS, Antunes DD. Vida adulta, processos motivacionais e diversidade. *Educação.* 2007;1(61):149-64.

Santos TA. Precarização do trabalho em enfermagem em hospitais públicos da Bahia: 2015-2017 [tese]. Salvador: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia; 2018.

Schein E, Schein P. *Organizational culture and leadership*. 5ª ed. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons; 2017.

Schein E. *Organizational culture and leadership*. 3ª ed. San Francisco: Jossey Bass; 2006.

Seabra PRC, Lopes JMO, Calado ME, Capelas ML. A national survey of the nurses' mental health — The case of Portugal. *Nurs Forum*. 2019;54(3):425-33.

Serrano ACFF, Santos DF, Matos SS, Goveia VR, Mendoza IYQ, Lessa AC. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico. *REME – Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1183.

Silva MF, Bezerril MS, Chiavone FTB, Morais SHM, Costa MEG, Dantas MNP, et al. Patient safety culture from the perspective of nursing technicians of an emergency sector. *Rev Rene*. 2021;22:e60734.

Silva R, Lage I, Macedo E. Vivências dos enfermeiros sobre morte e morrer em cuidados intensivos: Uma reflexão fenomenológica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2018;(20):34-42.

Silva SM, Baptista PCP, Silva FJ, Almeida MCS, Soares RAQ. Resilience factors in nursing workers in the hospital context. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03550.

Silva SM, Borges E, Abreu M, Queirós C, Baptista P, Felli V. Relação entre resiliência e burnout: promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2016;(16):41-8.

Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(2):432-41.

Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Gestão hospitalar e cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2016; 40 Sup11:109-23.

Silva-Santos H, Araújo-dos-Santos T, Alves AS, Silva MN, Costa HOG, Melo CMM. Error-producing conditions in nursing staff work. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(4):1858-64.

Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm, J. *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide*. (Prepared by Westat, under Contract No. HHS290201300003C). AHRQ Publication No. 15-0049-EF (Replaces 04-0041). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016.

Sorra JS, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10:199.

- Sorra JS, Nieva VF. Pilot study: reliability and validity of the hospital survey on patient safety. In: Technical report prepared by Westat under Contract No. 290-96-004 Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.
- Sousa P, Mendes W. Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras. 2ª ed. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, Fiocruz; 2019.
- Souza ML, Sartor VVB, Padilha MICS, Prado ML. O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. *Texto Contexto Enferm.* 2005;14(2):266-70.
- Stamm BH. Measuring Compassion Satisfaction as Well as Fatigue: Developmental History of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. In: Figley CR, editor. *Treating Compassion Fatigue*. New York: Taylor & Francis/Brunner-Mazel; 2002.
- Stamm BH. *The Concise ProQOI Manual*. 2ª ed. Pocatello, ID: ProQOL.org; 2010.
- Stamm BH. *The ProQOL Manual*. Institute of Rural Health, Idaho State University; 2005.
- Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(1):161-9.
- Torres J, Barbosa H, Pereira S, Cunha F, Torres S, Brito M, et al. Qualidade de vida profissional e fatores associados em profissionais da saúde. *Psic., Saúde & Doenças.* 2019;20(3):670-81.
- Tzeletopoulou A, Alikari V, Zyga S, Tsironi M, Lavdaniti M, Theofilou P. Are Burnout Syndrome and Depression Predictors for Aggressive Behavior Among Mental Health Care Professionals?. *Med Arch.* 2018;72(4):244-8.
- Van der Riet P, Levett-Jones T, Aquino-Russell C. The effectiveness of mindfulness meditation for nurses and nursing students: An integrated literature review. *Nurse Educ Today.* 2018;65, 201-11.
- Vitorio AMF, Tronchin DMR. Patient safety climate in the hospital cardiology service: instrument for safety management. *Rev Bras Enferm.* 2020;73 Supl:e20190549.
- Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J.* 2014;90:149-54.
- Wermelinger MCMW, Boanafina A, Machado MH, Vieira M, Ximenes Neto FRG, Lacerda WF. A formação do técnico em enfermagem: perfil de qualificação. *Cien Saude Colet.* 2020; 25(1):67-78.
- World Health Organization. *World Alliance for Patient Safety: summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Geneva: WHO; 2008.
- World Health Organization. *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. Geneva: WHO; 2009.

World Health Organization. Patient Safety patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Geneva: WHO; 2011.

Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. Patient Safety 2030. London, UK: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre; 2016.

Zanella, LCH. Metodologia de pesquisa. 2ª ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC; 2013

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) trabalhador (a) de Enfermagem,

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da pesquisa intitulada “Qualidade de vida profissional e sua interface com a cultura de segurança do paciente” desenvolvida pela Prof^a Edenise Maria Santos da Silva Batalha, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Gerenciamento em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob a orientação da Prof^a Dr^a Marta Maria Melleiro. O estudo tem como objetivo analisar a relação entre a Cultura de Segurança do Paciente e a Qualidade de Vida Profissional de trabalhadores de enfermagem. Acreditamos que esta pesquisa seja importante pois contribuirá para melhoria da qualidade da assistência e da saúde do trabalhador de enfermagem.

Caso aceite participar, o (a) Sr. (a) responderá três questionários referentes a caracterização sociodemográfica e profissional, a qualidade de vida profissional e a segurança do paciente em hospitais, com duração em torno de 20 a 25 minutos.

O estudo não acarretará danos diretos, contudo há a possibilidade de sentir desconfortos em responder algumas das questões por considerar invasivo ou pessoal, podendo não responder a quaisquer das questões.

Os benefícios da sua participação são indiretos e correspondem em contribuir para a avaliação do nível da qualidade de vida profissional dos trabalhadores de enfermagem e da cultura de segurança do paciente, bem como da associação entre a qualidade de vida profissional destes trabalhadores e cultura de segurança do paciente.

Sua participação é voluntária, o que significa que não receberá nenhum pagamento ao consentir a pesquisa e que possui total liberdade em recusar-se ou retirar-se a qualquer momento, sem que isso lhe cause prejuízo ou penalidade.

Não há previsão de nenhuma despesa para o Sr. (a), entretanto, caso o(a) senhor(a) tenha algum gasto decorrente da sua participação nesta pesquisa, é garantido o direito a ressarcimento, efetuado pelas pesquisadoras, mediante reembolso do valor.

Garantimos a sua privacidade, o anonimato e o sigilo absoluto sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Lhe é garantido também, o direito de solicitar indenização em virtude de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste Termo assinada e rubricada pelas pesquisadoras e em qualquer etapa do estudo, o (a) senhor (a) terá acesso aos pesquisadores responsáveis pela investigação para esclarecimento de dúvidas.

A pesquisadora principal é Sr^a. Edenise Maria Santos da Silva Batalha que pode ser encontrada no endereço: Avenida Cardeal da Silva, 310, Federação, Salvador-BA. Telefone: (71)993318806. E-mail: edenisemaria@usp.br.

Se o (a) senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) no endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira Cesar, São Paulo/SP, CEP – 05403-000. Telefone: (11) 30618858. E-mail: cepee@usp.br.

Caso o (a) senhor (a) tenha compreendido as informações prestadas e concorde em participar, por favor, rubricue todas as páginas e assine as duas vias deste Termo de Consentimento, guarde uma via assinada pelo pesquisador para si e devolva a outra para a pesquisadora.

Esta pesquisa atende as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e norma regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Data: ___ / ___ / ___

Edenise M^a S. da Silva Batalha
Pesquisadora

Profa. Dr^a. Marta Maria Melleiro
Orientadora

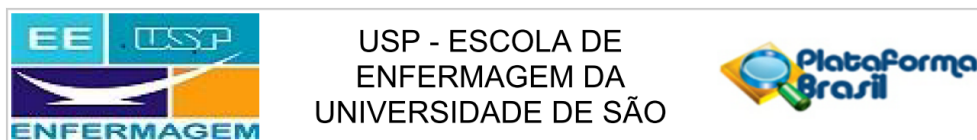
Participante da pesquisa

APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL

Assinale a sua opção de resposta:

1. **Sexo:** () Feminino () Masculino
2. **Idade:** _____
3. **Estado Civil:** () Solteiro () Casado () União estável () Divorciado
() Viúvo
4. **Local de trabalho:** () Clínica Médica () Clínica Cirúrgica () Unidade de Terapia Intensiva Adulto () Unidade de Terapia Intensiva Neonatal () Obstetrícia
5. **Nível de Escolaridade:** () Ensino Médio () Graduação () Especialização
() Mestrado () Doutorado
6. **Categoria Profissional:** () Auxiliar de Enfermagem () Técnico de Enfermagem
() Enfermeiro
7. **Tipo de vínculo:** () Estatutário () CLT () Contrato
8. **Turnos de trabalho:** () Fixo () Rotativo
9. **Experiência profissional:** _____ anos
10. **Tempo de experiência neste serviço:** _____ anos
11. **Possui quantos vínculos trabalhistas:** () um () dois () mais de dois
12. **Qual a sua carga horária de trabalho semanal total?** _____

ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL E A SUA INTERFACE COM A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Pesquisador: Edenise Maria Santos da Silva Batalha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08695319.4.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.285.766

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de doutorado que será desenvolvido nos contextos brasileiro e português. No cenário brasileiro, será desenvolvida em um hospital geral de ensino, de gestão pública, de grande porte localizado na região metropolitana de Salvador, no Estado da Bahia. Tem como objeto de estudo a Qualidade de Vida Profissional (QVP) e sua relação com a segurança do paciente e hipótese que Os trabalhadores de enfermagem que avaliarem positivamente a cultura de segurança do paciente nos setores/instituição que trabalham terão

melhores de níveis de qualidade de vida profissional; e que Os trabalhadores de enfermagem que avaliarem a cultura de segurança do paciente como punitiva no seu setor/instituição terão maiores níveis de fadiga por compaixão; Os trabalhadores de enfermagem que apresentarem maiores de níveis de fadiga por compaixão terão notificados mais incidentes nos últimos 12 meses

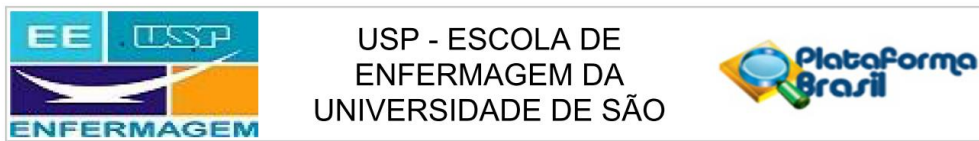
Objetivo da Pesquisa:

Analisar a interface entre qualidade de vida profissional de trabalhadores de enfermagem com a cultura de segurança do paciente

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador destaca como riscos advindos do estudo, o desconfortos que os participantes poderão ter ao responder algumas das questões, e esclarece que esses serão minimizados com informações e esclarecimentos sobre a pesquisa. Como benefícios destacam que a avaliação da

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br



Continuação do Parecer: 3.285.766

qualidade de vida profissional e da cultura de segurança do paciente trarão possibilidades de intervenção no âmbito da saúde dos trabalhadores de enfermagem e também da melhoria da segurança dos pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A temática segurança do paciente vem sendo objeto de muitos estudos e pesquisas, ainda assim carece de mais investigações, especialmente quando associada ao cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde. Do ponto de vista da segurança do paciente o estudo pode ofertar dados que modifiquem a realidade no contexto hospitalar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nos TCLEs (principal, quantitativo, qualitativo), a pesquisadora declara que será garantido direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa mas, não esclarece. Todos os TCLEs estão com endereço eletrônico antigo do CEP.

Recomendações:

Rever todos os endereços eletrônicos antigo do CEP em todos os TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não apresenta óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1301860.pdf	26/02/2019 15:08:26		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEetapaqualitativa.docx	26/02/2019 15:07:54	Edenise Maria Santos da Silva Batalha	Aceito

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

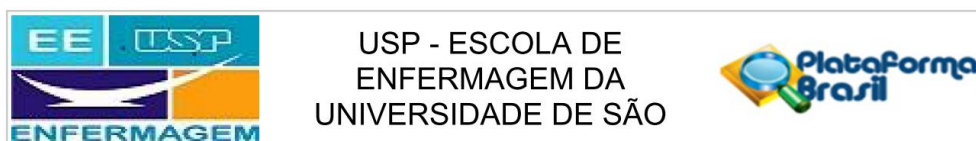
Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br



Continuação do Parecer: 3.285.766

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCL EE etapa quantitativa.docx	26/02/2019 15:07:40	Edenise Maria Santos da Silva Batalha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto do doutorado CEPEE USP.docx	26/02/2019 15:07:23	Edenise Maria Santos da Silva Batalha	Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto assinada.pdf	22/02/2019 12:03:49	Edenise Maria Santos da Silva Batalha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 25 de Abril de 2019

Assinado por:
Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

ANEXO 2- PESQUISA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS (HSOPSC)

Um "**Evento**" é definido como qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente.

"**Segurança do paciente**" é definida como evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestados.

SEÇÃO A: O seu Serviço/unidade de trabalho

Nesta pesquisa, pense em sua "unidade" como a área de trabalho, departamento ou área clínica do hospital onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho ou na qual presta a maior parte dos seus serviços clínicos.

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo e nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras					
2. Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho.					
3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente					
4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito					
5. Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente					
6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente					
7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente					
8. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles					
9. Erros têm levado a mudanças positivas por aqui					
10. É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui					
11. Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam					
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema					
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade					

14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido					
15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída					
16. Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais					
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente					
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros					

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo e nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente					
2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente					
3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"					
4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente					

SEÇÃO C: Comunicação

Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos					
2. Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente					
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade					
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores					
5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente					
6. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo					

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem os erros seguintes, com que frequência eles são notificados?

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente , com que frequência ele é notificado?					
2. Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente , com que frequência ele é notificado?					
3. Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente , mas não causa, com que frequência ele é notificado?					

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

Excelente	Muito boa	Regular	Ruim	Muito ruim

SEÇÃO F: O seu hospital

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo e nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente					
2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si					
3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra					
4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto					
5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno					
6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital					
7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital					

8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal					
9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso					
10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes					
11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes					

SEÇÃO G: Número de eventos notificados

Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e apresentou?

	Nenhuma notificação
	1 a 2 notificações
	3 a 5 notificações
	6 a 10 notificações
	11 a 20 notificações
	21 notificações ou mais

ANEXO 3 - ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL (PROQOL-BR)

ProQol-BR

Trabalhar na área de saúde lhe põe em contato direto com a vida das pessoas. Como provavelmente você já sentiu, sua compaixão pelas pessoas e você atende tem aspectos positivos e negativos. Gostaríamos de fazer algumas perguntas a respeito das suas experiências. Escolha a opção que melhor reflete como você se sentiu nos últimos 30 dias. **Considere a sua experiência enquanto profissional de saúde (independente do local de trabalho).**

Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	2	3	4	5

q1-Sinto-me feliz.	
q2 Tenho preocupações com mais de uma pessoa que estou ajudando.	
q3- Sinto-me satisfeito por ser capaz de ajudar as pessoas.	
q4-Sinto-me ligado aos outros.	
q5-. Sons inesperados me assustam ou me causam sobressaltos.	
q6- Sinto-me animado depois de atender as pessoas que ajudo.	
q7- Acho difícil separar minha vida pessoal da minha vida profissional.	
q8- Perco o sono por causa das experiências traumáticas de uma pessoa que atendo.	
q9- Creio que posso ter sido "infectado" pelo estresse traumático daqueles que atendo.	
q10- Sinto-me aprisionado pelo meu trabalho de cuidar dos outros.	
q11- Por causa do meu trabalho me sinto tenso com relação a várias coisas.	
q12- Gosto do meu trabalho ajudando as pessoas.	
q13- Sinto-me deprimido (a) por causa do meu trabalho.	
q14- Sinto-me como se estivesse vivendo o trauma de alguém que eu atendi.	
q15- Tenho crenças que me sustentam.	
q16- Sinto-me satisfeito por conseguir me manter atualizado em relação a técnicas e procedimentos de atendimento.	
q17- Sou a pessoa que sempre desejei ser.	
q18- Sinto-me satisfeito com meu trabalho.	
q19- Sinto-me exausto (a) por causa do meu trabalho.	
q20- Tenho bons pensamentos e sentimentos em relação àqueles que eu ajudo e sobre como poderia ajudá-los.	
q21- Sinto-me sufocado (a) pela quantidade de trabalho e pelo tanto de pacientes que eu preciso atender.	
q22- Acredito que posso fazer diferença através do meu trabalho.	
q23- Evito certas atividades ou situações porque elas me fazem lembrar das experiências assustadoras vividas pelas pessoas que ajudo.	
q24- Estou orgulhoso (a) do que eu posso fazer para ajudar.	
q25- Como resultado do meu trabalho, tenho pensamentos invasivos e assustadores.	
q26- Sinto-me sufocado pelo sistema em que atuo.	
q27-Ocorre-me que sou bem-sucedido (a) no meu trabalho.	
q30- Estou feliz por ter escolhido este trabalho.	