



**TAÍS MARIA NAUDERER**

**CLIMA DE SEGURANÇA ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM  
UNIDADES DE INTERNAÇÃO ADULTO**

**RIO GRANDE  
2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**DOUTORADO EM ENFERMAGEM**  
**CLIMA DE SEGURANÇA ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM**  
**UNIDADES DE INTERNAÇÃO ADULTO**

**TAÍS MARIA NAUDERER**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa O Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientador: Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho  
Coorientadora: Dra. Ana Maria Müller de Magalhães

**RIO GRANDE**  
**2015**

#### Ficha catalográfica

N291c Nauderer, Tais Maria.  
Clima de segurança entre trabalhadores de enfermagem em unidades de internação adulto / Tais Maria Nauderer. – 2015.  
160 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2015.  
Orientador: Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho  
Coorientadora: Dra. Ana Maria Müller de Magalhães

1. Assistência à saúde 2. Segurança do paciente 3. Enfermagem 4. Unidades de internação I. Lunardi Filho, Wilson Danilo II. Magalhães, Ana Maria Müller de III. Título.

CDU 614

**TAÍS MARIA NAUDERER**

**CLIMA DE SEGURANÇA ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM  
UNIDADES DE INTERNAÇÃO ADULTO**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem e aprovada na sua versão final, em 31 de agosto de 2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



*Prof.ª Dr.ª Mara Regina Santos da Silva*

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

**BANCA EXAMINADORA**



Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho – Presidente (FURG)



Dra. Janete de Souza Urbanetto – Membro Externo (PUCRS)



Dra. Sônia-Beatriz Cócara de Souza – Membro Externo (UFRGS)



Dra. Eliana Cardia de Pinho – Membro Interno (FURG)

## AGRADECIMENTOS

*Na conclusão do estudo, manifesto meus agradecimentos,*

*Aos meus pais, que nunca mediram esforços para que eu pudesse ter oportunidade de estudar, em todos os níveis.*

*Ao Carlos Eduardo Amarante, meu companheiro de longa data, que suportou o que foi preciso, sempre sorrindo, para que eu pudesse cursar as disciplinas, realizar a pesquisa e concluir o doutorado.*

*Ao professor Wilson Danilo Lunardi Filho, que conduziu a realização desta pesquisa, agradeço de forma especial pelo otimismo, pelos ensinamentos, pela parceria e disposição para enfrentar os desafios e concretizar este estudo.*

*À professora Ana Maria Müller de Magalhães, que aceitou o verdadeiro desafio da orientação deste estudo, agradeço de forma especial pela disponibilidade em ajudar sempre, pelo interesse em ensinar e pelas contribuições com a pesquisa.*

*Às professoras Janete de Souza Urbanetto, Sônia Beatriz Cócaro de Souza, Eliana Cardia de Pinho, Camila Rose Guadalupe Barcelos Schwonke, Laurelize Pereira Rocha, bem como ao professor Wiliam Wegner, que se dispuseram a avaliar a proposta e o relatório deste estudo, contribuindo para sua qualidade, para meu aprendizado e para a construção do conhecimento na área de segurança do paciente.*

*Às estudantes de enfermagem Angelica Kreling, Bruna Pardal e Amanda Barbosa, que compuseram a equipe de coleta dos dados e o fizeram com ímpar qualidade e agilidade.*

*Às queridas colegas Adriana Paz, Aline Souza, Alísia Weiss, Ana Amélia Lima e Graciele Linch, pelo apoio permanente, pelo estímulo nos momentos de desânimo e pelas substituições que me permitiram tempo para dedicação a esse estudo.*

*Às demais colegas do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal das Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), pelo apoio para que eu pudesse concluir essa pesquisa e por todo aprendizado oportunizado na nossa convivência.*

*À Universidade Federal do Rio Grande (FURG), que me acolheu como docente e como aluna de doutorado.*

*Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por ter sido meu espaço de formação de excelência desde o ensino médio e por ter contribuído com a realização desta tese.*

## RESUMO

NAUDERER, Taís Maria. **Clima de segurança entre trabalhadores de enfermagem em unidades de internação adulto**. 2015. 160f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Segurança do paciente é entendida, conforme a Organização Mundial de Saúde, como a redução do risco de danos evitáveis, associados à saúde em um nível mínimo aceitável. Cultura de segurança envolve atitudes, valores e normas relacionadas com a segurança do paciente, como comunicação aberta sobre erros e apoio de gestores. A implementação de uma cultura de segurança positiva nas instituições de saúde corresponde ao primeiro passo para estabelecer um ambiente seguro. A presente pesquisa trata da Segurança do Paciente, com foco na Cultura de Segurança, e sustenta a tese de que a cultura de segurança da instituição de saúde é repercutida nos domínios do clima de segurança presente entre os trabalhadores de enfermagem e nas relações desses com a qualidade do cuidado prestado, influenciando a segurança dos pacientes. O objetivo geral da pesquisa foi avaliar elementos da cultura de segurança em um hospital universitário, mediante a análise de seus aspectos e sua potencial repercussão na qualidade do cuidado, a partir da mensuração do clima de segurança presente entre trabalhadores de enfermagem atuantes em unidades de internação adulto. Trata-se de um estudo quantitativo, que foi desenvolvido em um hospital universitário situado no município de Porto Alegre, em 12 unidades de internação adulto. Participaram 229 trabalhadores de enfermagem, que preencheram o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ). As médias dos escores obtidos tiveram associação verificada com variáveis selecionadas e com resultados de 12 indicadores de qualidade assistenciais e gerenciais das unidades onde os participantes atuam. O tratamento dos dados foi realizado por meio de estatística descritiva e inferencial. Os resultados revelam que os domínios melhor avaliados foram Satisfação no trabalho e Clima de trabalho em equipe e os domínios com menores médias foram Percepção da gerência hospitalar e Condições de trabalho. O único domínio com avaliação positiva (escore superior a 75 pontos) foi Satisfação no trabalho. O item “eu gosto do meu trabalho” destacou-se com a maior proporção de concordância e o item “nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes” demonstrou maior quantidade de participantes discordantes. Foram identificadas diferenças significativas nas médias do clima de segurança entre as unidades. Os domínios foram percebidos de forma distinta entre as diferentes categorias profissionais da enfermagem e entre os sexos dos respondentes, em algumas unidades. Identificou-se também correlação entre os tempos de atuação na instituição e na profissão e as médias de alguns domínios do clima de segurança, em algumas unidades. Clima de trabalho em equipe, Clima de segurança, Satisfação no trabalho, Percepção da gerência hospitalar e Condições de trabalho obtiveram correlação verificada com algum dos resultados dos indicadores de qualidade assistencial e gerencial. Conclui-se que o exame dos domínios do clima de segurança fornece informações abrangentes sobre a cultura de segurança na instituição e que ações para melhorar a segurança do paciente devem ser direcionadas para a realidade de cada unidade.

**Descritores:** Qualidade da assistência à saúde; Gestão de Segurança; Segurança do Paciente; Enfermagem.

## ABSTRACT

NAUDERER, Taís Maria. **Safety climate among nursing staff in adult inpatient units.** 2015. 160f. Thesis (Ph.D. in Nursing). Nursing School. Nursing Graduate Program, Federal University of Rio Grande, Rio Grande..

Patient safety is, according to World Health Organization, equivalent to reducing the risk of unnecessary harm associated with health at a minimum acceptable level. Safety culture involves attitudes, values and norms related to patient safety, as open communication about errors and managers support. The implementation of a positive safety culture in health institutions marks the first step towards establishing a secure environment. This research deals with the Patient Safety, focusing on safety culture, and supports the thesis which the health institution safety culture is reflected in the areas of the present security environment between the nursing staff and in its relations with the quality of care provided what influencing patient safety. The aim of the research was to evaluate safety culture elements in a university hospital, through the examination of its aspects and its potential impact on the quality of care, as from the measurement of the present security environment between active nursing staff in adult inpatient units. It is a quantitative study which was developed in a university hospital located in the city of Porto Alegre, in 12 adult inpatient units. Participated 229 nursing staff who filled the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). The mean obtained scores have been associated with selected variables and results of 12 care and management quality indicators of the units where participants work. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics. The results show that the domains were better evaluated Work Satisfaction and working environment in teams and domains with lower averages were Perception of Hospital Management and Working Conditions. The only domains with positive rating (score above 75 points) was Work Satisfaction. The item "I like my work" stood out with the highest proportion of agreement and the item "in this area, the number and qualification of the professionals are sufficient to handle the number of patients" showed a higher amount of disagreement participants. Significant differences were identified in mean security environment between units. In the some units the domains were perceived differently among the different professional categories and gender of nursing respondents. It was also identified correlation between working time in the institution and in the profession and the means of some domains of the security environment in some units. Working Environment in Staff, Security Environment, Work satisfaction, Perception of Hospital Management and Working Conditions obtained a correlation in some of the results of caring and management quality indicators. It was concluded that the evaluation of the security environment domains provides comprehensive information on the safety culture in the institution and that actions to improve patient safety should be directed to the reality of each unit.

**Key words:** Quality of Health Care; Safety Management; Patient Safety; Nursing.

## RESUMEN

NAUDERER, Taís Maria. **Clima de seguridad entre trabajadores de enfermería en unidades de internación de adultos.** 2015. 160f. Tesis (Doctorado en Enfermería). Escuela de Enfermería. Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

La seguridad del paciente, segundo la Organización Mundial de la Salud corresponde a la reducción de riesgos y daños desnecesarios asociados a la salud en un nivel mínimo aceptable. La cultura de la seguridad envuelve actitudes, valores y normas relacionadas con la seguridad del paciente, como la comunicación abierta sobre errores y apoyo de gestores. La implementación de una cultura de seguridad positiva en las instituciones de salud, corresponden al primer paso para establecer un ambiente seguro. La presente investigación trata de la Seguridad del Paciente, con foco en la Cultura de la Seguridad y sustenta la tesis de la cultura de la seguridad de la institución de salud es repercutida en los dominios del clima de seguridad presentes entre los trabajadores de enfermería y en las relaciones de estos con la calidad del cuidado prestado, influenciando la seguridad de los pacientes. El objetivo general de este trabajo, fue evaluar elementos de la cultura de la seguridad en un hospital universitario, mediante el análisis de sus aspectos y su potencial repercusión en la calidad del cuidado, a partir de la mensuración del clima de seguridad presentes entre trabajadores de enfermería actuantes en unidades de internación de adultos. Tratase de un estudio cuantitativo, que fue desarrollado en un hospital universitario ubicado en el municipio de Porto Alegre, en 12 unidades de internación de adultos. Participaron 229 trabajadores de enfermería que rellenaron el Cuestionario de Actitudes de Seguridad (SAQ). Las medias de las puntuaciones obtenidas tuvieron asociaciones verificadas con variables seleccionadas y con resultados de 12 indicadores de cualidades asistenciales y gerenciales de las unidades donde los participantes actúan. El tratamiento de los datos fue realizado por medio de estadística descriptiva e inferencial. Los resultados revelan que los dominios mejor evaluados fueron Satisfacción en el trabajo y Clima de trabajo en equipo y los dominios con menores medias fueron Percepción de gerencia hospitalaria y Condiciones de trabajo. El único dominio con evaluación positiva (puntuación superior a 75 puntos) fue Satisfacción en el trabajo. El punto “me gusta mi trabajo” se destacó como la mayor proporción de concordancia y el punto “en esta área, el numero y calificación de lo profesionales son suficientes para lidiar con el número de pacientes” demostró mayor cantidad de participantes discordantes. Fueron identificadas diferencias significativas en las medidas del clima de seguridad entre las unidades. Los dominios fueron percibidos de formas distintas entre las diferentes categorías profesionales de enfermería y entre los sexos de los entrevistados, en algunas unidades. También se identificó correlación entre los tiempos de actuación en la institución y en la profesión y las medidas de algunos dominios del clima de seguridad. Clima de trabajo en equipo, Clima de seguridad, Satisfacción en el trabajo, Percepción de gerencia hospitalaria y Condiciones de trabajo obtuvieron correlación verificada con algunos de los resultados de los indicadores de calidad asistencial y gerencial. Se concluye que los exámenes de los dominios del clima de seguridad suministran vastas informaciones sobre la cultura de seguridad en las instituciones y que acciones para mejorar la seguridad del paciente deben ser direccionadas para la realidad de cada unidad.

**Descriptor:** Calidad de la Atención de Salud; Gestión de la Seguridad; Seguridad del Paciente; Enfermería.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: O modelo do queijo suíço .....	39
Figura 2: Fatores sistêmicos que resultam em dano ao paciente/doente .....	41
Figura 3: Modelo de causa de acidentes organizacionais de Reason .....	42
Quadro 1: Quantitativo de trabalhadores de enfermagem por unidade de internação e amostra proposta para o estudo .....	58
Quadro 2: Descrição dos indicadores de qualidade institucionais utilizados na pesquisa. ....	60
Quadro 3: Itens que compõem a versão adaptada para o Brasil do SAQ e domínios correspondentes. ....	62
Quadro 4: Resultados dos indicadores de qualidade assistenciais no período proposto, na instituição. ....	94
Quadro 5: Resultados dos indicadores de qualidade gerenciais no período proposto, na instituição. ....	95

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Total de questionários utilizados no estudo, conforme domínios e itens (n=229). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015. ....	70
Tabela 2: Total de trabalhadores que responderam “não se aplica”, conforme itens do SAQ (n=229). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015. ....	71
Tabela 3: Total de questionários considerados para análise, conforme unidade e categoria profissional (n=229). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015. ....	72
Tabela 4: Escores médios do SAQ geral, domínios e itens isolados, na instituição. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015. ....	74
Tabela 5: Total trabalhadores que registraram escores igual e acima de 75, conforme SAQ geral, domínios e itens isolados, na instituição. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015. ....	75
Tabela 6: Distribuição dos escores geral da instituição, domínios e itens isolados, por sexo e por categoria profissional. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015. ....	76
Tabela 7: Distribuição dos escores do SAQ, conforme unidades pesquisadas. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015. ....	78
Tabela 8: Distribuição de frequência absoluta e relativa dos escores do SAQ maiores ou iguais a 75 por unidades. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015. ....	79
Tabela 9: Média dos escores geral e dos domínios por sexo, conforme unidades. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015. ....	89
Tabela 10: Média dos escores geral e dos domínios por categorias profissionais, conforme unidades. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015. ....	90
Tabela 11: Correlações entre médias dos escores geral e dos domínios e tempo de atuação na instituição, conforme unidades. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015. ....	92
Tabela 12: Correlações entre médias dos escores geral e dos domínios e tempo de atuação na profissão, conforme unidades. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015. ....	93

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição das médias dos escores do domínio Clima de trabalho em equipe. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015. ....	80
Gráfico 2: Distribuição das médias dos escores do domínio Clima de segurança. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.....	81
Gráfico 3: Distribuição das médias dos escores do domínio Satisfação no trabalho. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.....	81
Gráfico 4: Distribuição das médias dos escores do domínio Percepção do estresse. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.....	82
Gráfico 5: Distribuição das médias dos escores do domínio Percepção da gerência da unidade. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015. ....	82
Gráfico 6: Distribuição das médias dos escores do domínio Percepção da gerência do hospital. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015. ....	83
Gráfico 7: Distribuição das médias dos escores do domínio Condições de trabalho. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.....	83
Gráfico 8: Coeficientes de determinação de unidades selecionadas para o domínio Clima de trabalho em equipe. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.....	84
Gráfico 9: Coeficientes de determinação de unidades selecionadas para o domínio Clima de segurança. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015. ....	85
Gráfico 10: Coeficientes de determinação de unidades selecionadas para o domínio Satisfação no trabalho. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015. ....	86
Gráfico 11: Coeficientes de determinação de unidades selecionadas para o domínio Percepção da gerência da unidade. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015. ....	86
Gráfico 12: Coeficientes de determinação de unidades selecionadas para o domínio Percepção da gerência hospitalar. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.....	87

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>19</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>20</b>
3.1	SEGURANÇA DO PACIENTE .....	20
3.2	CULTURA DE SEGURANÇA .....	26
3.2.1	<b>Cultura organizacional e cultura de segurança</b> .....	<b>27</b>
3.2.2	<b>Cultura informada</b> .....	<b>32</b>
3.2.3	<b>Mensuração de cultura de segurança</b> .....	<b>44</b>
3.3	INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE..	50
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>55</b>
4.1	LOCAL DO ESTUDO .....	55
4.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	57
4.3	COLETA DOS DADOS .....	61
4.4	ANÁLISE DOS DADOS .....	65
4.5	ASPECTOS ÉTICOS .....	66
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>69</b>
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	72
5.2	CLIMA DE SEGURANÇA A PARTIR DA ANÁLISE DO TOTAL DOS QUESTIONÁRIOS .....	73
5.3	CLIMA DE SEGURANÇA A PARTIR DA ANÁLISE POR UNIDADES .....	77
5.3.1	<b>Variância das médias dos domínios nas unidades</b> .....	<b>80</b>
5.3.2	<b>Análise dos domínios nas unidades com maiores e menores escores gerais</b> .....	<b>84</b>
5.3.3	<b>Correlações entre variáveis e médias de escores conforme unidades</b> .....	<b>88</b>
5.4	CLIMA DE SEGURANÇA E INDICADORES DE QUALIDADE .....	94
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>97</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>123</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>127</b>
	<b>APÊNDICE A: SAQ TRANSCRITO PARA USO NO ESTUDO</b> .....	<b>140</b>
	<b>APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>142</b>

<b>APÊNDICE C: TOTAL DE RESPOSTAS PARA CADA ITEM DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA, CONFORME CONCORDÂNCIA, NEUTRALIDADE OU DISCORDÂNCIA .....</b>	<b>144</b>
<b>APÊNDICE D: CORRELAÇÕES ENTRE MEDIANAS DOS DOMÍNIOS DO SAQ E RESULTADOS DOS INDICADORES DE QUALIDADE INSTITUCIONAIS SELECIONADOS.....</b>	<b>147</b>
<b>ANEXO A: TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS .....</b>	<b>149</b>
<b>ANEXO B: QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (CARVALHO, 2011)150</b>	
<b>ANEXO C: AUTORIZAÇÃO DE USO DO SAQ PELA UNIVERSITY OF TEXAS .....</b>	<b>151</b>
<b>ANEXO D: AUTORIZAÇÃO DO USO DA VERSÃO ADAPTADA DO SAQ PARA O BRASIL.....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO E: PARECER DO CEPAS/FURG.....</b>	<b>153</b>
<b>ANEXO F: PARECER DO CEP/HCPA .....</b>	<b>157</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Cuidado não seguro em saúde é uma fonte importante de morbidade e mortalidade de pacientes (BRASIL, 2014a). A segurança do paciente<sup>1</sup> é um tema estruturante da qualidade em saúde, ao qual tem sido atribuída crescente relevância, nas últimas décadas. Esta pesquisa tem como tema a Segurança do Paciente, com foco na cultura de segurança, mediante a análise de seus aspectos e sua potencial repercussão na qualidade do cuidado, a partir da avaliação do clima de segurança entre trabalhadores de enfermagem atuantes em unidades de internação adulto, em um hospital universitário. Este trabalho é apresentado como tese de doutorado, na linha de pesquisa ‘O Trabalho da Enfermagem/Saúde’, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.

A Organização Mundial de Saúde<sup>2</sup> (ou *World Health Organization* - WHO) define segurança do paciente como a redução do risco de danos evitáveis associados à saúde em um nível mínimo aceitável. Este mínimo aceitável refere-se ao nível de conhecimento atual, aos recursos disponíveis e ao contexto em que a assistência foi prestada, avaliado a partir do risco do não tratamento ou de outros tratamentos. Já a definição de danos desnecessários remete à noção de eventos adversos, incidente<sup>3</sup> que causou danos não intencionais, resultantes de um tratamento justificado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

O relatório “*To err is human: building a safer health system*” é considerado um dos marcos no estudo e um importante potencializador do debate acerca da segurança do paciente nos serviços de saúde, em nível mundial. As informações contidas nessa publicação alertaram sobre o fato que, a cada ano, de 44 mil a 98 mil pacientes tratados nos Estados Unidos são vítimas fatais de erro<sup>4</sup> e estimaram os custos dos eventos adversos evitáveis entre 17 e 29 bilhões de dólares por ano, no país. Diante da magnitude dos erros nos serviços de saúde americanos, o relatório concentrou suas recomendações na necessidade de mudança de cultura

---

<sup>1</sup>Paciente é quem recebe cuidado de saúde. A recomendação da *International Classification for Patient Safety*, é de que o termo “paciente” seja usado, no lugar de “consumidores” ou “clientes”, pois é considerado mais abrangente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

<sup>2</sup> Na área de segurança do paciente, atualmente, não há consenso sobre a utilização de conceitos e definições. Neste estudo, será adotado o quadro conceitual proposto pela Organização Mundial da Saúde no *International Classification for Patient Safety*, traduzido para o Brasil pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis) (BRASIL, 2013a).

<sup>3</sup> Incidente relacionado ao cuidado de saúde é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Classificam-se como: near miss (incidente que não atingiu o paciente); incidente sem dano (evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível); incidente com dano, o chamado evento adverso (incidente que resulta em dano ao paciente) (BRASIL, 2013a).

<sup>4</sup> Erro corresponde a uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto. Os erros podem ocorrer por se fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução (BRASIL, 2013a).

nos hospitais (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 1999). Estes dados foram decisivos para que o tema segurança do paciente fosse incluído na pauta de políticas públicas e na discussão da melhoria da qualidade do cuidado em saúde.

A Organização Mundial de Saúde considera a cultura de segurança como uma das prioridades para investigação em segurança do paciente, dentre os elementos de estrutura de uma organização de saúde. Para a OMS, a cultura de segurança é entendida como atitudes, valores e normas relacionadas com a segurança do paciente. Atributos como a comunicação aberta sobre erros, trabalho em equipe e apoio das chefias imediatas e organizacionais caracterizam uma cultura de segurança positiva (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Para o *National Patient Safety Agency* (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2013), órgão do sistema público de saúde inglês, que trata especificamente de segurança do paciente, a implementação da cultura de segurança nas instituições de saúde é o primeiro dos sete passos para estabelecer um ambiente seguro de cuidados à saúde<sup>5</sup>.

Intervenções na estrutura do cuidado, que visem ao aumento da segurança do paciente e que abordem, apenas, determinados aspectos, como erros de medicação, podem apresentar contribuições ao ambiente, porém, exercem impacto limitado, ao passo que a cultura de segurança possui natureza multidimensional. Assim, a OMS recomenda que a ampliação da compreensão dos fatores envolvidos na cultura da segurança do paciente e as intervenções para melhorá-los sejam temas para pesquisas na área, com especial atenção a investigações que revelem seus aspectos em instituições localizadas em países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Carvalho (2011) afirma que as pesquisas para a promoção de uma cultura de segurança, incluídas as relativas à sua avaliação, tornaram-se um dos pilares do movimento de segurança do paciente, em termos mundiais.

O modelo de cultura de segurança mais adaptado para o cenário da saúde, conforme afirmam Vincent, Taylor-Adams e Stanhope (1998), bem como usado como referencial do Programa Nacional de Segurança do Paciente brasileiro (BRASIL, 2014a), é o Modelo da Cultura Informada (*Informed Culture*), de autoria do psicólogo inglês James Reason. Com base em seus constructos, a cultura de segurança apresenta quatro características fundamentais: é uma cultura justa, na qual as pessoas percebem quais são as diferenças entre o comportamento aceitável e o não aceitável, preconizando que não haja punições à pessoa

---

<sup>5</sup> Os demais passos seriam: estabelecer a segurança do paciente como institucional, integrar as atividades de gestão de risco, promover a comunicação entre os membros da equipe, desenvolver maneiras de comunicação com os pacientes e ouvi-los, aprender e compartilhar lições de segurança e programar soluções para evitar danos ao paciente (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2013).

que cometer erros, mas não haja tolerância a violações<sup>6</sup>; é uma cultura de relato, que deve encorajar as pessoas a falarem sobre os erros e relatá-los, com um sistema de registro confidencial, para que se sintam seguras em fazê-lo; é uma cultura de aprendizagem, na qual todos estejam dispostos a aprender com os erros cometidos, conhecer as causas, investigar as falhas do sistema e implementar soluções; é uma cultura flexível, na qual as pessoas facilmente modificam suas práticas, quando ocorrem mudanças na organização (REASON, 1997).

A avaliação da cultura de segurança é um primeiro passo para seu desenvolvimento. Trata-se de um diagnóstico das deficiências encontradas na organização com a finalidade de planejar ações de melhoria (NASCIMENTO, 2011). Na opinião de Tomazoni, Rocha e Kusahara et al. (2015), para entender as causas dos erros em saúde, diminuir a ocorrência de eventos adversos e promover um cuidado de qualidade e seguro, é fundamental compreender as dimensões culturais sob a visão dos profissionais de saúde.

Para identificar áreas de cultura com necessidade de intervenção, aumentar a consciência dos conceitos de segurança do paciente entre os trabalhadores, avaliar resultados de intervenções de segurança do paciente, ao longo do tempo, é recomendado que as organizações avaliem a cultura de segurança, periodicamente (NIEVA; SORRA, 2003). Para isso, pesquisadores têm desenvolvido esforços na construção de instrumentos capazes de medir, objetivamente, o clima de segurança, constructo que corresponde às características da superfície de uma cultura de segurança subjacente e é considerado o seu componente mensurável, tendo condições de ser avaliado, com base nas percepções dos profissionais (FLIN, 2007; SEXTON, HELMEREICH, NEILANDS et al., 2006).

Grande parte dos instrumentos de avaliação da cultura de segurança na área da saúde propõe estabelecer relações entre comportamentos seguros de profissionais e a diminuição de eventos adversos. Estando dentre os instrumentos mais utilizados, o SAQ – *Safety Attitudes Questionnaire*– apresenta associação positiva de seus resultados e avaliação com a melhora nos resultados da assistência prestada aos pacientes, isto é, quanto maiores as médias dos escores obtidos na escala, menores tendem a ser os períodos de permanência do paciente na instituição e os índices de infecções hospitalares (COLLA, BRACKEN, KINNEY et al., 2005).

Adaptado para o Brasil por Carvalho e Cassiani (2012), o SAQ - *Short Form* foi traduzido e validado como “Questionário de Atitudes de Segurança”. Rigobello, Carvalho, Cassiani et al. (2012) conduziram uma investigação em um hospital brasileiro, utilizando este

---

<sup>6</sup>Erros são, por definição, não-intencionais. Violações são atos intencionais, embora raramente maliciosas, e que podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos. Um exemplo de violação é a não adesão à higiene das mãos por profissionais de saúde (BRASIL, 2013a).

instrumento. Seus resultados evidenciaram altos escores de satisfação com o trabalho, que está diretamente relacionada com a qualidade da assistência prestada, e resultados baixos em relação à percepção da gerência, que é considerada como importante para a garantia da segurança do paciente, uma vez que corresponde ao ideal de um diálogo aberto sobre erros e um ambiente não punitivo. Além desses itens, os autores destacaram o desconhecimento dos trabalhadores de enfermagem quanto aos meios adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente no seu cotidiano de trabalho. Marinho, Radünz e Barbosa (2014) realizaram estudo do clima de segurança no contexto brasileiro também utilizando o SAQ e os resultados de seu estudo demonstraram que a cultura de segurança apresentava fragilidade nas seis dimensões consideradas no contexto estudado, com menores escores nas dimensões percepções da gestão e condições de trabalho. Como recomendações, os autores de ambos estudos sugeriram o desenvolvimento de novas pesquisas, no contexto brasileiro, com destaque à proposição de novas ações para aprofundamento da temática.

Os argumentos e esclarecimentos apresentados e a escassez de estudos brasileiros no domínio da cultura de segurança suscitam diferentes questionamentos: Qual a percepção de clima de segurança dos profissionais de enfermagem atuantes em uma instituição hospitalar universitária? Existe relação entre clima de segurança e indicadores de qualidade institucionais em serviços de saúde no contexto brasileiro? Essas perguntas confluem para a seguinte questão de pesquisa: Pode-se avaliar a cultura de segurança de um hospital universitário, mediante a análise de seus aspectos e sua potencial repercussão na qualidade do cuidado, a partir da mensuração do clima de segurança presente entre trabalhadores de enfermagem atuantes em unidades de internação adulto?

É importante destacar que a realidade dos serviços de saúde, com demandas crescentes por incremento de tecnologias e atendimento ampliado a seus usuários, requer cada vez mais atenção à qualidade do cuidado oferecido. Para Gimenes (2011), um dos maiores desafios dos hospitais, na atualidade, é acompanhar a evolução de seus ambientes, resultado de influências externas como crises econômicas, falta de trabalhadores, restrições materiais e tecnológicas, e operar nesta conjuntura, produzindo um cuidado em saúde sempre em evolução e cada vez mais seguro.

Associado a isso, a mídia, em especial no âmbito nacional, costuma atribuir destaque a incidentes que envolvem situações de cuidado inseguro e a ocorrência de eventos adversos. De fato, o tema é tratado com sensacionalismo por alguns órgãos de comunicação, na sociedade, o que contribui para a perda de confiança dos pacientes nas organizações de saúde e em seus profissionais, bem como reforça a imagem de ineficiência do trabalho em saúde

junto à sociedade (SOUSA, MENDES, PAVÃO et al., 2012; MAGALHÃES, DALL'AGNOL, MARCK, 2013). A construção da cultura da segurança é um dos caminhos para problematizar a concepção midiática sobre os erros na saúde e interpretar os incidentes sob a ótica da segurança.

Assim, diante desses aspectos e considerando a produção científica relativamente recente da área, os serviços têm respondido, trabalhando a segurança do paciente em diferentes níveis e a partir de diversas iniciativas. Investigar como este conjunto de influências pode ser traduzido na produção de um ambiente de cuidado mais seguro é uma das formas de contribuir para a discussão e fundamenta a seguinte tese: a cultura de segurança da instituição de saúde é repercutida nos domínios do clima de segurança presente entre os trabalhadores de enfermagem e nas relações desses com a qualidade do cuidado prestado, influenciando a segurança dos pacientes.

Entende-se que os trabalhadores da equipe de enfermagem exercem influência determinante sobre a cultura de segurança nas instituições de saúde. Um dos relatórios relacionados ao tema em estudo, publicado pelo *Institute of Medicine*, em 2010, afirma que um campo promissor de evidências liga os cuidados de enfermagem à alta qualidade dos cuidados em saúde. O relatório aponta ainda que os enfermeiros são cruciais na prevenção de erros de medicação, reduzindo as taxas de infecção, e até mesmo facilitando o processo de alta dos pacientes (INSTITUTE OF MEDICINE, 2010). Além disso, por constituírem o grupo profissional mais numeroso na área e por força das características dos seus papéis, os membros da equipe de enfermagem encontram-se tanto nos espaços de tomadas de decisão quanto nos de execução dos cuidados diretos. Assim, mensurar aspectos da segurança do cuidado, a partir das percepções da equipe de enfermagem, mostra-se fundamental para identificação dos elementos críticos associados ao tema, ainda que tal mensuração esteja limitada a uma área profissional que é parte integrante da equipe de saúde, por natureza, multiprofissional.

Diante do exposto, propõe-se como contexto de pesquisa uma instituição hospitalar que, recentemente, recebeu certificação de acreditação internacional<sup>7</sup>, a qual vivencia a implementação de um sistema de notificação de eventos adversos e que, tradicionalmente, inclui, nas estratégias de educação dos trabalhadores, a segurança dos pacientes. Como contribuições para este espaço de pesquisa, destaca-se uma das recomendações resultantes de

---

<sup>7</sup>Em 2013, a instituição recebeu a certificação de acreditação hospitalar pela *JCAHO (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations)*. Este órgão recomenda, desde 2007, a avaliação anual da cultura de segurança dos cuidados nas instituições de saúde (NASCIMENTO, 2011).

estudo sobre segurança do cuidado à criança, desenvolvido na mesma instituição proposta para esta investigação, que indicou mudanças na cultura organizacional para uma cultura de segurança como necessárias no contexto estudado (WEGNER, 2011).

Assim, revela-se a relevância para estes espaços dos temas propostos para pesquisa, podendo seus resultados gerarem informações para avaliação da cultura de segurança vigente, mediante a mensuração do clima de segurança entre os trabalhadores de enfermagem em unidades de internação adulto desta instituição, que são as unidades que concentram a maior parte dos leitos do hospital. Estes resultados poderão subsidiar redesenho ou mesmo novas conformações de projetos de educação para a segurança, bem como evidenciar elementos da estrutura e de processos institucionais que requeiram avaliação e ajustes para proporcionar um cuidado seguro, efetivo, com objetivos centrados no paciente, oportuno, eficiente, equitativo, tal como preconizado para uma prática segura em saúde.

As motivações para a proposição de investigação do tema relacionam-se com as experiências profissionais da autora: como enfermeira assistencial, que vivenciou situações de eventos adversos e quase erros, no cotidiano do trabalho, e que percebeu, ao longo desta trajetória, que a implementação de uma diretriz institucional, incluindo modificação em procedimentos padrão e treinamentos nem sempre é suficiente para provocar mudanças reais no pensamento e nas práticas dos trabalhadores; e como docente, que percebe a necessidade de desenvolvimento do tema na formação dos estudantes de enfermagem, atendendo também à recomendação expressa pela OMS em desenvolver, de forma aprofundada, este tema na formação de profissionais de saúde, no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Além disso, como membro da comissão de gestão de riscos<sup>8</sup>, na instituição proposta como campo para investigação, a autora acompanhou o gerenciamento de eventos adversos relacionados à prática de enfermagem. O trabalho, neste grupo, consistia, entre outras atividades, da análise dos eventos adversos relacionados à enfermagem, com apoio do modelo de causa raiz, a partir de relato dos profissionais envolvidos, por meio de sistemas de notificação.

Considerando o exposto, foi desenvolvida pesquisa que procurou responder aos questionamentos suscitados e este relatório, organizado em seis capítulos, apresenta os fundamentos teóricos, as etapas seguidas e os resultados obtidos na investigação. Na sequência, são apresentados os objetivos que nortearam a construção deste estudo.

---

<sup>8</sup> GREDS – Grupo de riscos, erros, danos e segurança do paciente, vinculado à gerência de risco da instituição.

No Capítulo 3, são descritos os fundamentos teóricos que embasaram a pesquisa. No Capítulo 4, são relatados os procedimentos metodológicos seguidos na realização da investigação. No Capítulo 5, os resultados obtidos com a pesquisa são expostos. No Capítulo 6, discutem-se estes resultados à luz da literatura pertinente. No Capítulo 7, expõem-se as conclusões e limitações do estudo. Na sequência do trabalho, as referências citadas, os anexos e apêndices são apresentados.

## 2 OBJETIVOS

Para responder os questionamentos levantados, foram propostos os seguintes objetivos:

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar aspectos da cultura de segurança em um hospital universitário, a partir do clima de segurança presente entre trabalhadores de enfermagem atuantes em unidades de internação adulto, e sua potencial repercussão na qualidade do cuidado.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar os escores de clima de segurança relatado pelos trabalhadores de enfermagem;
- Verificar a associação entre médias dos escores de clima de segurança e sexo, cargo, tempo de profissão e tempo de atuação na instituição dos participantes do estudo;
- Verificar a associação entre médias de escores de clima de segurança e resultados de indicadores assistenciais e gerenciais de qualidade das unidades estudadas.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Para dar sustentação teórica à tese proposta, este capítulo traz elementos da literatura científica pertinentes sobre o tema. Inicialmente, revisam-se fatores gerais da segurança do cuidado em saúde, relatando iniciativas para discussão do assunto, no mundo e no Brasil. Com estas informações, pretende-se apresentar argumentos que demonstrem a relevância atual desta área. Na sequência, aspectos teóricos sobre cultura de segurança são aprofundados, bem como as estratégias para sua avaliação, além de elementos da qualidade em saúde e o emprego de indicadores de qualidade.

#### 3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

Eventos adversos como problemas no cuidado em saúde não são um tema novo. Desde os tempos de Hipócrates, com o princípio *primum non nocere* (primeiro não causar dano) há a consciência de que os atos em saúde são passíveis de equívoco. Florence Nightingale também tratou deste princípio em suas publicações, com uma reflexão datada de 1859, em que diz que o primeiro dever de um hospital é não causar mal ao paciente (PEDREIRA, 2009).

Os primeiros estudos na área de segurança do paciente foram publicados entre os anos 1950 e 1960, mas o assunto seguiu negligenciado por um tempo. Um novo corpo de evidências começou a surgir, no início dos anos 1990, com a publicação dos resultados do *Harvard Medical Practice Study*, que revisou 30.121 registros de cuidados ocorridos em hospitais, nos Estados Unidos. Os resultados revelaram eventos adversos em 3,7% das internações (27,6% destes, evitáveis), e 13,6% do total de eventos identificados provocaram os óbitos de pacientes (BRENNAN, LEAPE, LAIRD et al., 2004). Este estudo não foi o primeiro a examinar incidentes em saúde, mas foi pioneiro em estabelecer o padrão pelo qual os eventos adversos são medidos e lançou as bases para os debates na segurança do paciente, em vários países (BAKER, 2004).

Na sequência, em 1995, Leape e colaboradores publicaram uma investigação de coorte prospectiva que analisou todas as admissões de pacientes, em unidades clínicas e cirúrgicas, em dois hospitais americanos, ao longo de um período de seis meses. Os resultados indicaram que mais de 6% dos pacientes haviam sofrido evento adverso, durante a hospitalização, e, destes, 28% poderiam ter sido prevenidos (LEAPE, BATES, CULLEN et al., 1995).

A partir de então e com maior incremento nos últimos anos, muitos estudos foram desenvolvidos com foco na segurança do paciente, em especial, os relacionados à identificação de causas de eventos adversos, que seguem associados a consideráveis índices de morbidade e mortalidade, no mundo (JHA; PRASOPA-PLAIZIER; LARIZGOITIA et al., 2010). O de maior destaque, que provocou maior impacto e que até hoje é revisado nas pesquisas na área, é o relatório *“To err is human: building a safer health system”* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), do Institute of Medicine (IOM). As informações contidas nesta publicação colocaram a categoria de mortes por erros decorrentes da assistência em saúde como 8ª causa de mortalidade nos EUA e alertaram sobre o fato de que as vítimas fatais de erro, nos Estados Unidos, equivalem às mortes pela queda de um avião jumbo por dia (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 1999). Uma das inquietações que orientou o relatório foi a busca por respostas às razões pelas quais eram toleradas altas taxas de erros (com resultados indesejáveis como morte ou incapacidades) no cuidado em saúde, comparativamente a outras indústrias. As estimativas produzidas indicaram, entre outras, mortalidade associada a eventos adversos no cuidado em saúde, comparativamente maior que aquelas decorrentes de câncer de mama e Aids (SOUSA; MENDES, 2014). Outro elemento a ser destacado deste relatório é a centralidade que o relatório atribui à cultura de segurança, ao afirmar que mudar os níveis de cultura da segurança do paciente constitui o maior impedimento para melhorar os resultados em saúde.

Esse documento contribuiu, de forma decisiva, para o incremento da relevância do assunto, recebendo grande atenção dos profissionais de saúde, das organizações e da mídia, até os dias atuais. Stelfox, Palmisani, Scurlock et al. (2006) avaliaram os efeitos do relatório do IOM em publicações de segurança do paciente, num período de 10 anos. Observaram aumento significativo das taxas de publicação, a partir do ano seguinte à publicação do relatório. Antes de sua publicação, o tema mais frequente de publicações de segurança do paciente era imperícia e, após sua publicação, passou a ser cultura organizacional. Nos dias atuais, o relatório segue sendo citado, em grande parte dos estudos sobre o tema.

Zambon, Daud-Gallotti e Novaes (2010) relataram uma das consequências práticas dos resultados do relatório do IOM e dos debates que se sucederam e que influenciaram o sistema de saúde: o *“Medicare”*, o maior plano de saúde público dos EUA, desde 2008, passou a não cobrir mais despesas médicas de seus clientes em hospitais por procedimentos e tratamentos que fossem, comprovadamente, decorrentes de complicações que poderiam ter sido evitadas, tais como objetos deixados em paciente, durante a cirurgia, embolia gasosa, transfusão de sangue não compatível, infecção urinária associada a cateterismo vesical, úlcera

por pressão, infecção associada a cateter venoso, mediastinite pós-revascularização do miocárdio, queda do leito. Esta decisão foi um reflexo da mobilização em torno do tema e exigiu, de forma incisiva, a revisão dos procedimentos de segurança, por parte das instituições hospitalares americanas.

No Reino Unido, estima-se que os eventos adversos evitáveis custem ao *National Health Service (NHS)* (sistema de saúde inglês) aproximadamente 1 bilhão de euros, anualmente, somente pelos dias de internação a mais por eles provocados. No mesmo país, os custos associados a eventos adversos com medicamentos são estimados em cerca de 0,5 a 1,9 bilhão de euros a cada ano (VINCENT, NEALE, WOLOSHYNOWYCH, 2001; SUJAN, FURNISS, 2015). Interessante também destacar sobre o país é que seu sistema nacional de comunicação de incidentes, que visa a sistematicamente capturar dados sobre eventos com pacientes ocorridos em unidades do NHS, publicou recentes relatórios de análise de incidentes que apontaram a cultura de segurança deficiente como um fator causal dos danos causados a pacientes e como forte contribuinte para baixos padrões de cuidado naqueles contextos (SUJAN, FURNISS, 2015).

No Brasil, ainda poucas pesquisas conseguiram quantificar a dimensão do problema em questão. Um panorama da realidade nacional foi conhecido em um estudo pioneiro, realizado em três hospitais do Rio de Janeiro, o qual identificou que 7,6% dos pacientes sofreram eventos adversos e que, destes, quase 67% seriam evitáveis. Os autores concluíram que a incidência de pacientes com eventos adversos assemelha-se a estimativas publicadas em estudos internacionais atuais, porém, a proporção dos incidentes evitáveis foi considerada muito maior nos hospitais brasileiros (MENDES, MARTINS, ROZENFELD et al., 2009).

Porto, Martins e Mendes et al. (2010) realizaram estudo sobre a magnitude financeira associada à ocorrência de eventos adversos em dois hospitais públicos no Brasil. Entre os resultados, os autores destacaram que o valor médio pago pelo atendimento aos pacientes identificados como vítimas de eventos adversos durante a internação foi 200,5% superior ao valor pago aos pacientes sem evento adverso. Os pacientes que sofreram eventos adversos apresentaram tempo médio de permanência no hospital 28,3 dias superior ao observado nos outros pacientes. Os autores concluíram que os danos ao paciente decorrentes do cuidado à saúde têm expressivo impacto nos gastos hospitalares e ainda apontaram várias razões para supor que os resultados apresentados estejam subestimados.

Recentemente, a maioria das publicações sobre segurança do cuidado na área da enfermagem no Brasil concentrou foco em erros de medicação e seus efeitos (BOHOMOL; RAMOS, 2007; CASSIANI, 2005; GIMENES, 2011; GIMENES, MOTA, TEIXEIRA et al.,

2010; HOEFEL, LAUTERT, 2006; JORDÃO, SILVA, SANTOS et al., 2012; MELO, SILVA, 2008; MIASSO, SILVA, CASSIANI et al., 2006; PELLICIOTTI, KIMURA, 2010; RADUENZ, HOFFMANN, RADUNZ et al., 2010; SANTOS, SILVA, MUNARI et al., 2010; SILVA; CASSIANI, 2004; SILVA, REIS, MIASSO et al., 2011; SILVA, 2009; SILVA, B. K., SILVA, J. S., GOBBO et al., 2007; SILVA, GROU, MIASSO et al., 2007). Porém, o problema da segurança do paciente não se limita às produções científicas sobre a área, sendo objeto relevante de discussão, também, nos âmbitos político e social, no mundo. Naturalmente, ao longo dos argumentos apresentados nesta proposta de pesquisa, a ênfase será atribuída aos estudos científicos publicados na área. Contudo, para caracterização ampliada do objeto em estudo, outros elementos são agora revisados.

No ano de 2002, a 55ª Assembleia Mundial de Saúde atribuiu à OMS a liderança no estabelecimento de normas globais e padronizações para práticas seguras de cuidado em saúde, no mundo. Na sequência, deu-se início à Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com a missão de coordenar, disseminar e acelerar melhorias, na área, em termos mundiais. Com o intuito de incentivar e divulgar práticas que garantissem a prestação de um cuidado seguro, a OMS lançou uma série de diretrizes e estratégias em diversos países membros da aliança, dentre as quais se destaca a recomendada ênfase a pesquisas baseadas em evidência científica com impacto na segurança dos pacientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

O Brasil faz parte da Aliança Mundial para Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b). A partir do estabelecimento deste grupo, diversas iniciativas pelo mundo foram criadas, no mesmo sentido.

Outro órgão importante envolvido com a segurança do cuidado em saúde é o *Institute of Healthcare Improvement (IHI)* que, em 2006, lançou a “5 Million Lives Campaign”, com o objetivo de proteger pacientes de 5 milhões de eventos adversos em hospitais americanos, no período de dois anos (estimativa para mortes e incidentes com dano ocorridas no período inicial da campanha, nos EUA). Alguns dos principais objetivos da campanha, em termos de intervenções recomendadas para serviços de saúde americanos, são: implantar equipes de resposta rápida para pacientes em risco de parada cardíaca ou respiratória; prevenir eventos adversos de medicamentos, por meio da reconciliação farmacêutica; prevenir infecções de sítio cirúrgico; prevenir úlceras por pressão. Além desta campanha, o *IHI* mantém um portal atualizado que é referência para informações, publicações, cursos e instrumentos relacionados à segurança do paciente (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2012).

Agências ligadas aos governos dos países envolvidos nas questões de segurança do paciente também desenvolvem iniciativas na área. A *US Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* patrocina, inclusive, o desenvolvimento de ferramentas para avaliação de cultura de segurança do paciente para hospitais, instituições de longa permanência para idosos e atenção básica nos Estados Unidos (THE HEALTH FOUNDATION, 2011). Na Inglaterra, a *National Patient Safety Agency (NPSA)* lançou, em 2003, uma campanha que se baseava em “Sete passos para a segurança do paciente”, destinada a oferecer às organizações do *NHS* orientação prática e apoio na melhoria da segurança do paciente. No conteúdo de vários dos documentos produzidos com orientações para os serviços de saúde, em diferentes áreas, destaque especial é dado à construção de uma cultura de segurança. Este é o primeiro passo para a segurança do paciente em todos os guias desenvolvidos pela NPSA (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2013).

Uma das iniciativas mais importantes no contexto nacional foi a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituída por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. O programa, elaborado pelo Ministério da Saúde, tem por objetivo contribuir para a qualificação do cuidado, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, quer públicos, quer privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde (BRASIL, 2014a).

Segundo o documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, a cultura de segurança do paciente é elemento que perpassa todos os eixos e é caracterizada a partir de cinco qualidades: (1) uma cultura na qual todos os trabalhadores, na assistência, no apoio, na gestão, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; (2) uma cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; (3) uma cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; (4) uma cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e (5) uma cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2014a),

Ainda, no nível nacional, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com apoio do Ministério da Saúde, mantém o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis), cujas atividades estão pautadas na constatação de que um aspecto importante para a melhoria dos cuidados de saúde prestados aos pacientes e para a adoção de medidas que garantam a sua segurança consiste na disseminação ampla de

informação selecionada, atualizada e de qualidade, para todos os envolvidos na cadeia de prestação desses cuidados. Assim, as iniciativas estão organizadas em um portal disponível para acesso pela *Web* que veicula temas de relevância em magnitude, gravidade, importância epidemiológica e vulnerabilidade a intervenções técnico-científicas (BRASIL, 2014b).

A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) está vinculada à Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RienSp) como uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e é uma entidade de enfermeiros organizada para discutir e promover o tema. Criada em 2008, a rede tem por objetivos compartilhar informações e conhecimentos na área de enfermagem e segurança do paciente; identificar problemas, interesses e prioridades relacionados com a prática, pesquisa e educação da segurança dos pacientes; compartilhar metodologias e recursos tecnológicos; estimular a formação de grupos regionais e o compromisso em ampliar a rede, agregando novos profissionais e criando novos grupos de trabalho em suas regiões (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013).

O polo São Paulo da REBRAENSP, em parceria com o Conselho Regional de Enfermagem daquele estado, produziu, em 2010, uma cartilha contendo os 10 Passos para a Segurança do Paciente, no sentido de contemplar os principais pontos que teriam impacto direto na prática assistencial de enfermagem, capazes de ser implementados em diversos ambientes de cuidados. Os elencados são: (1) identificação do paciente; (2) Cuidado limpo e cuidado seguro – higienização das mãos; (3) Cateteres e sondas – conexões corretas; (4) Cirurgia segura; (5) Sangue e hemocomponentes – administração segura; (6) Paciente envolvido com sua própria segurança; (7) Comunicação efetiva; (8) Prevenção de queda; (9) Prevenção de úlcera por pressão e (10) Segurança na utilização de tecnologia (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM SÃO PAULO, 2010).

Em 2013, o polo Rio Grande do Sul (RS) da REBRAENSP publicou o livro “Estratégias para a Segurança do Paciente: Manual para Profissionais da Saúde” com o objetivo de oferecer aos profissionais e serviços de atenção à saúde informações úteis, baseadas em evidências e atualizadas, que subsidiem o cuidado seguro a todos os pacientes. O manual apresenta 12 estratégias que visam à prevenção de danos e promoção da segurança do paciente, que foram selecionadas a partir dos desafios globais formulados pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e do julgamento dos integrantes dos Núcleos da REBRAENSP – Polo RS, com base nas experiências profissionais em diversos tipos de serviços de atenção à saúde e na formação de profissionais. As estratégias que compõem o documento do polo RS são: (1) Higienização das Mãos; (2) Identificação do Paciente; (3)

Comunicação Efetiva; (4) Prevenção de Queda; (5) Prevenção de Úlcera por Pressão; (6) Administração Segura de Medicamentos; (7) Uso Seguro de Dispositivos Intravenosos; (8) Procedimentos Cirúrgicos Seguros; (9) Administração Segura de Sangue e Hemocomponentes; (10) Utilização Segura de Equipamentos; (11) Pacientes Parceiros na sua Segurança; e (12) Formação de Profissionais da Saúde para a Segurança do Paciente (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013).

Estas diversas iniciativas permitem caracterizar, ainda que superficialmente, a importância que a segurança do paciente tem adquirido no mundo e no Brasil e como os debates têm mobilizado os profissionais de saúde, agências e a sociedade em geral. Ao revisá-las, mesmo que brevemente, pode-se perceber que diferentes agências e órgãos recomendam práticas semelhantes para a qualificação do cuidado em saúde. Os itens acima descritos como recomendações, basicamente, representam o corpo de evidências científicas disponíveis, revisadas por autoridades da área, sobre práticas seguras em saúde, que estão ao alcance de diferentes realidades de estrutura e desenvolvimento de serviços de saúde.

A adoção destas iniciativas, mesmo se tomadas individual e isoladamente pela gestão das instituições, o que não é o usual, já pode contribuir para a construção de culturas de segurança nestes espaços, uma vez que a modificação de uma rotina ou procedimento costuma promover debate entre os envolvidos sobre as razões subjacentes, entre outros. O fato de que os trabalhadores discutam suas práticas, questionem a exequibilidade de procedimentos e a alteração de rotinas contribui para a percepção dos profissionais de que a segurança do paciente é uma preocupação naquele ambiente, fornecendo subsídios para o início de mudanças institucionais maiores. A partir da revisão de características da cultura de segurança e seus elementos relacionados, apresentamos mais argumentos para compreensão destas ideias.

### 3.2 CULTURA DE SEGURANÇA

O editorial do número especial da *Revista Portuguesa de Saúde Pública* sobre segurança do paciente, publicado em 2010, tratou de o erro na área da saúde ser tão valorizado e mediatizado em nossa cultura. Os autores deram destaque a uma possível “miopia” de enfoque do tema na sociedade, que se relaciona com a tradicional supervalorização (negativa) dos fatores humanos em qualquer organização, a consequente atribuição de culpa e a subestimação dos fatores organizacionais e sistêmicos, bem mais complexos que os primeiros. O texto alerta, ainda, que a abordagem mais frequente do tema

continua atrelada a uma perspectiva de acidente, em que, na essência, as variáveis individuais são interpretadas como decisivas para a sua ocorrência. Trata-se de um modelo mais explicativo das condições de ocorrência desses acontecimentos do que da sua prevenção, que deveria ser a prioridade para a gestão desses riscos (UVA, SOUSA, SERRANHEIRA, 2010).

A OMS contribui para esta discussão, quando relata algumas crenças que afetam a segurança em saúde: primeiro, os profissionais de saúde tendem a operar em situações de erro com a noção de culpa, atribuindo os erros às pessoas que trabalham na linha de frente de prestação de cuidados. A abordagem de sistemas para segurança do paciente que demonstra compreensão ampliada dos fatores que permitem que um erro ocorra (ou falham em evitá-lo) é a recomendação dos estudos da área; em segundo lugar, os médicos, com frequência, encontram erros durante a prática clínica, levando à impressão de que tais problemas são inevitáveis. Por exemplo, a maioria dos médicos aceita uma baixa taxa de infecções relacionadas a cateteres vasculares centrais, percepção que parece ser generalizada na área das organizações de saúde; terceiro, o cuidado médico é normalmente organizado hierarquicamente, o que, frequentemente, desencoraja a comunicação aberta sobre a segurança; quarto, historicamente, há pouca ênfase na aprendizagem organizacional na área da saúde. Novos produtos ou intervenções (tecnologias), normalmente, recebem maior atenção do que iniciativas que facilitem e demonstrem melhores resultados práticos para uma redução de erros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Para compreensão desse contexto, a cultura de segurança fornece consideráveis argumentos e sugere caminhos para o desenvolvimento de estratégias para mudança. Ao longo deste texto, conceitos, definições e constructos são exibidos, para fundamentação da proposta ora apresentada. Assim, inicia-se pela abordagem de conceitos básicos que fundamentam os temas relacionados para, após, aprofundar alguns elementos.

### **3.2.1 Cultura organizacional e cultura de segurança**

A primeira definição de Cultura de Segurança foi publicada em 1986, após catástrofe na área da energia nuclear (mais detalhes na sequência do texto). Em 29 anos de uso, o conceito de uma cultura de segurança relacionada a fatores humanos e organizacionais na gestão de riscos teve seu uso ampliado, discutido e praticado em indústrias de alto risco, incluindo a saúde. No entanto, a literatura da área não apresenta consenso sobre seu significado e suas dimensões (COOPER, 2000; FENG, BOBAY, WEISS, 2008; NASCIMENTO, 2011; WESTRUM, 2004).

Elementos da gênese do conceito que contribuem para a permanência dos múltiplos significados são revelados na revisão sobre cultura de segurança publicada por Nascimento (2011). Para essa autora, a cultura de segurança é uma dimensão de um conceito mais amplo, o conceito de cultura organizacional. Portanto, os entendimentos sobre cultura de segurança dependem e derivam de debates teóricos sobre cultura organizacional e suas definições.

Carvalho (2011) resgata a origem dos conceitos de cultura organizacional e revela que estes derivam de duas tradições diferentes de pesquisa: um grupo de autores inspirados por referenciais teóricos e metodológicos da antropologia; outro grupo que herdou trabalhos de teóricos sobre clima organizacional. Assim, é esta dupla origem que levanta, desde os anos 1980, controvérsias acerca da definição do conceito de cultura organizacional e, por extensão, a de cultura de segurança.

Diante do exposto, cabe a revisão de alguns elementos relacionados aos conceitos de cultura organizacional. Porém, como são diversas as ênfases atribuídas à sua definição, e por não se observar predomínio de abordagens, no que tange à cultura de segurança em saúde, optou-se por apresentar os conceitos básicos do tema, a partir de autores que foram utilizados em outros estudos sobre segurança do paciente.

Lima e Albano (2002) recomendam, antes de qualquer análise sobre os temas em questão, a conceituação de organização. Para eles, trata-se de um sistema de atividades conscientemente coordenadas de duas ou mais pessoas, no qual os indivíduos são levados a cooperar uns com os outros para alcançar determinados objetivos que uma ação individual não conseguiria. Sua complexidade e dinamismo derivam das interações coordenadas dos diversos atores que compõem a organização. Assim, a organização não é algo pronto ou acabado, mas é considerada um organismo vivo que está em constante movimento.

A associação do conjunto de subjetividades de cada um dos trabalhadores (motivações, interesses, valores, história de vida, modo de se relacionar) com as políticas administrativas, valores e crenças dão corpo ao modo singular de como as pessoas agem e interagem dentro de uma organização e, conseqüentemente, contribuem para o estabelecimento de uma cultura e clima organizacionais (LIMA; ALBANO, 2002). Assim, a cultura organizacional que é compartilhada pelos membros é o que distingue uma organização das demais.

A cultura nasce das ideologias propostas pelos fundadores de uma organização, que definiram a direção de sua missão e visão. Ao longo do tempo, como um resultado da interação da organização com o seu ambiente externo, determinados valores e práticas provam ser mais eficazes do que outros, consolidando-se. A cultura é também moldada pelas

interações entre os membros da organização e os significados que atribuem às muitas atividades e eventos que emergem em seu interior (GREENBERG; BARON, 1997).

Toda organização tem uma cultura única, mas podem existir várias subculturas dentro de uma organização. Cooper (2000), ao revisar modelos de cultura organizacional, afirma que crenças, atitudes e valores sobre a organização, além de sua finalidade, podem variar entre diferentes serviços, departamentos, grupos de trabalho e indivíduos. Assim, apesar de uma instituição poder possuir uma cultura dominante, é provável a existência de variações na forma em que esta é expressa. O autor ainda considera que nem todos os membros da organização respondem da mesma maneira às situações, embora possa haver uma tendência para que eles adotem estilos semelhantes de modos de conduta e percepções de como a organização funciona ou deveria funcionar.

Para que se possa compreender e intervir melhor em uma organização, se faz necessário investigar e estudar sua cultura e clima organizacionais, considerando o contexto histórico e cultural em que ela está inserida. Para Lima e Albano (2002), analisar e intervir em uma cultura de uma organização não constitui tarefa fácil: se faz necessário englobar diversos componentes organizacionais e dispensar atenção aos chamados “sintomas culturais”, tais como: o perfil dos líderes e clientes internos, os símbolos presentes nas relações, os tipos de comunicação adotados, a filosofia que guia a política de gestão, a coerência entre a missão da organização, os comportamentos de seus componentes e o próprio clima organizacional, todos fatores significativos para a visualização da cultura organizacional.

Para Taniguchi e Costa (2009), o clima organizacional influencia direta e indiretamente os comportamentos, a motivação, a produtividade do trabalho e também a satisfação das pessoas envolvidas com a organização e é o indicador mais propício à avaliação, pois pode ser analisado por meio da percepção dos profissionais quanto à atmosfera organizacional. O clima organizacional constitui, de certa forma, o reflexo dos efeitos dessa cultura na organização como um todo. Mudanças na cultura organizacional são profundas e requerem tempo para se efetivarem. Já o clima organizacional, por sua vez, é mais fácil de ser percebido e, por apresentar natureza transitória, pode ser administrado em prazos menores.

Por fim, Lima e Albano (2002) alertam que, ao realizar-se um diagnóstico do clima organizacional, podem surgir sugestões de medidas a serem implementadas na organização, que contribuam para a motivação e estado de espírito dos indivíduos que dela fazem parte. Diante disso, de nada adiantaria realizar uma pesquisa sem o compromisso de devolução para os envolvidos no processo de coleta de dados e sem a divulgação dos resultados, para que os

interessados possam operar as ações que julgarem necessárias, a partir de um maior conhecimento do grupo.

Assim, pela breve revisão desses aspectos de cultura e clima organizacionais, pode-se inferir que estes dão suporte aos conceitos e características de cultura e clima de segurança. A seguir, serão revisados aspectos amplos da cultura de segurança em saúde para, então, proceder-se ao exame de elementos da cultura informada e à apresentação de estratégias relacionadas à sua mensuração.

Um relatório da OMS, publicado em 2008, revisa as origens da cultura de segurança, a partir do acidente em Chernobyl, informando que, após análises, este foi atribuído a falhas humanas e não técnicas. Importante para compreensão do contexto é o fato de os investigadores do desastre identificarem estas falhas humanas não como deficiências dos indivíduos, mas sim como um fracasso da cultura de estimular uma abordagem para a segurança que reflita a compreensão da inevitabilidade do erro humano. Conclusões semelhantes foram alcançadas em análises realizadas sobre os acidentes com os ônibus espaciais Columbia e Challenger, nos Estados Unidos. Embora as causas principais dos desastres das aeronaves fossem falhas técnicas, as raízes de ambos os acidentes, acredita-se, estavam na cultura de segurança do *National Aeronautics and Space Administration (NASA)*, na época (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

De uma forma geral, a cultura de segurança se refere a uma cultura organizacional focada em objetivos de segurança. Conforme Nascimento (2011), cultura de segurança foi apresentada como um conceito específico da cultura organizacional, por ocasião do acidente do reator nuclear de Chernobyl (Ucrânia), em 1986. Contudo, a definição de cultura de segurança mais comumente utilizada na literatura da área foi apresentada no relatório da Agência Internacional de Energia Atômica, publicado em 1987: conjunto de características e atitudes das organizações e indivíduos que denotam que questões de segurança têm prioridade em seu cotidiano. Estas características permitem pressupor que todas as tarefas importantes para a segurança sejam devidamente executadas com diligência, pleno conhecimento, baseadas em bom senso e em responsabilidade, sendo um compromisso dos trabalhadores. Em um relatório posterior, esta mesma agência reiterou a cultura de segurança como um modelo de comportamento e uma meta a ser buscada por todas as organizações de alto risco.

Diversos são os conceitos de cultura de segurança encontrados na literatura recente, com uma multiplicidade de definições. Diante disto, Clarke (2006) classificou-as em três grupos: definições relacionadas às atitudes, valores, crenças e práticas relativas à segurança;

definições que abordam as percepções dos profissionais; combinação das definições que compreendem as atitudes e as percepções dos profissionais sobre questões de segurança.

Carvalho (2011) realizou análise desses três grupos de definições e agregou produções de alguns autores na classificação: para o primeiro grupo, a cultura de segurança é um conjunto de valores, atitudes e práticas individuais e grupais que guiam o comportamento dos membros de um grupo, conforme os trabalhos de Schein (2004) e Schneider, Goldstein e Smith (1995). No segundo grupo, encontra-se o trabalho de Hale (2000), que considera o conceito como as percepções partilhadas pelos profissionais sobre o ambiente de trabalho de uma instituição e que são definidoras das atitudes relacionadas ao controle de risco. O conceito mais completo está no terceiro grupo e é representado pelo trabalho de Zohar (2003): a cultura de segurança é o resultado da interação de atitudes, percepções individuais e grupais sobre as questões de segurança.

Ao analisar os elementos que compõem estas definições, Carvalho (2011) pondera que, mesmo que os conceitos sejam diferentes, identifica-se o uso comum dos verbos “cooperar”, “interagir” e “partilhar”, o que significa que todos entendem como parte estruturante da cultura de segurança a colaboração mútua dos membros de toda a organização. Uma controvérsia que circunda o estudo da cultura de segurança trata dos conceitos de cultura e clima de segurança. Flin, Burns, Mearns et al. (2006) revisaram as definições utilizadas em pesquisas sobre segurança realizadas em indústrias de alto risco e relataram, com base na *International Atomic Energy Agency*, que cultura de segurança corresponde ao produto de valores individuais e grupais, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o comprometimento para o estilo e proficiência da gestão de segurança de uma organização. Este atributo é geralmente medido na indústria por meio de questionários aplicados a trabalhadores, para avaliar o que é chamado de Clima de Segurança.

Clima de segurança pode, então, ser considerado como as características da superfície da cultura de segurança subjacente. Ele corresponde à percepção da força de trabalho frente a procedimentos e comportamentos em seu ambiente de trabalho que indicam a prioridade dada à segurança, em relação a outros objetivos organizacionais (FLIN, BURNS, MEARNNS et al. 2006). O conceito de clima de segurança é mais bem esclarecido por Sexton, Helmreich, Neilands et al. (2006), em seu estudo, no qual afirmam que o clima corresponde ao componente mensurável da cultura de segurança, tendo condições de ser avaliado, com base na percepção dos profissionais, uma vez que atitudes e valores próprios da cultura seriam elementos mais difíceis de serem avaliados. Estes são os conceitos de cultura e de clima de segurança que foram utilizados nesta tese.

Para melhorar a segurança do paciente, na prática, na linha de frente dos serviços de saúde, é imprescindível programar políticas institucionais que contribuam para a criação de fortalecimento dos elementos da cultura de segurança. Contudo, como já descrito sobre cultura organizacional como um todo, modificar a cultura de segurança de uma instituição é uma tarefa audaciosa. Uma das primeiras medidas para que mudanças ocorram trata-se da avaliação de fatores organizacionais que dificultam o estabelecimento de uma cultura de segurança.

Nesse sentido, o clima de segurança pode fornecer informações importantes sobre determinados grupos de trabalho ou sobre a organização com um todo. No entanto, antes da implementação de estratégias para criação e fortalecimento de uma cultura de segurança, é fundamental a seleção de um modelo teórico adequado para guiar todo o processo. Assim, será apresentada, na sequência, a opção teórica realizada para este estudo.

James Reason, psicólogo cognitivo e professor na Universidade de Manchester, Inglaterra, desenvolve pesquisas voltadas para a compreensão do comportamento humano na ocorrência do erro. Sua obra explica, em grande parte, como as organizações da área da saúde (e de outras indústrias de risco), em geral, lidam com o erro. Por ser o autor da teoria do erro humano e da cultura informada, elementos utilizados em grande parte dos estudos sobre segurança do paciente, algumas de suas obras são revisadas, no intuito de subsidiar a compreensão de outros aspectos da segurança do paciente discutidos neste trabalho.

### **3.2.2 Cultura informada**

A cultura de segurança, ou conforme a teoria de James Reason (1997), cultura informada, apresenta quatro características:

- é uma cultura justa, na qual as pessoas percebem quais são as diferenças entre o comportamento aceitável e o não aceitável;
- é uma cultura de relato, que deve encorajar as pessoas a falarem sobre os erros e relatá-los, em um sistema de registro confidencial, para que se sintam seguras em fazê-lo;
- é uma cultura de aprendizagem, na qual todos estejam dispostos a aprender com os erros cometidos, conhecer as causas, investigar as falhas do sistema e implementar soluções;
- é uma cultura flexível, na qual as pessoas na organização facilmente modificam suas práticas, quando ocorrem mudanças repentinas na organização (REASON, 1997).

Os elementos que dão suporte a características da cultura informada são descritos neste capítulo, a partir das produções do autor, contrapondo com alguns outros estudos com os quais têm estreita relação. Uma das consequências mais importantes da colaboração entre especialistas em medicina e em fatores humanos é a ampla aceitação de que os modelos de causalidade de acidentes desenvolvidos para domínios como aviação e geração de energia nuclear e de petróleo se aplicam igualmente para a maioria das situações de saúde. O mesmo também é verdade para muitos diagnósticos e medidas corretivas que foram propostas dentro destas áreas (REASON, 1995).

Nas últimas décadas, diversas propostas de desenvolvimento de um modelo teórico que fundamentasse a implementação da cultura de segurança nas organizações foram apresentadas: Guldenmund, com o modelo de camadas; Geller, com o Modelo de Segurança Total; Cooper (2000), com uso do Modelo do Determinismo Recíproco (CARVALHO, 2011). Estes modelos não são necessariamente contrários, dividem algumas características comuns para o fenômeno. Contudo, para fundamentar este estudo de cultura de segurança, optou-se pelo modelo teórico de Cultura Informada, de James Reason, cujos argumentos permitem compreender que este é o modelo mais adequado a esta proposta de estudo, os quais são apresentados ao longo do texto da presente tese.

A teoria de Reason partiu da análise de acidentes distintos de grandes proporções em indústrias de alto risco, nos quais o autor identificou elementos em comum: ocorreram em sistemas social e tecnicamente complexos; surgiram após diversas sequências de causas, contudo, nenhuma delas isoladamente poderia desencadeá-los; tanto falhas humanas quanto técnicas foram detectadas, porém, a ação humana teria tido condições de neutralizar os efeitos da falha técnica. A partir destas considerações, o autor estabeleceu duas formas distintas, nas quais o fator humano pode contribuir para falhas em sistemas complexos:

- falhas ativas, que correspondem a erros e violações, apresentam efeito adverso imediato, sendo comumente cometidas pelos trabalhadores da linha de frente de uma atividade;
- falhas latentes, por sua vez, são decisões ou ações cujo potencial de dano permanece latente por longos períodos e se torna evidente, quando combinado com fatores desencadeantes, como falhas ativas. A característica definidora destas últimas é que estes fatores estavam presentes, dentro do sistema, bem antes do início da sequência de um acidente reconhecível (REASON, 1990; 1995; 1998; 2000; 2002; 2004). Portanto, as falhas latentes, por estarem presentes muito antes de um acidente, são os principais princípios para gestão de risco (REASON, 1998).

Para caracterizar as condições latentes, que merecem destacada atenção na teoria de Reason, o autor propõe uma analogia com os sistemas e o desenvolvimento de doenças no corpo humano (lembrando que, inicialmente, seu estudo partiu da análise de catástrofes na indústria e que esta associação pode conter diversas inconsistências). Os fatores internos ou “patógenos residentes”, combinados com fatores externos como estresse e agentes tóxicos, provocariam doenças. Desse modo, um episódio de infarto do miocárdio ou de câncer não seria somente provocado por uma única causa, assim como ocorrem os acidentes em sistemas complexos (REASON, 1990).

Alguns pressupostos dessa analogia podem ser mais bem caracterizados para compreensão: a probabilidade de um acidente é uma função do número total de circunstâncias de risco residentes no sistema (ou falhas latentes); todos os sistemas os possuem, porém, quanto mais abundantes, maior a probabilidade de que um determinado conjunto destes riscos ou falhas latentes encontre o gatilho necessário para desencadear a sequência de um acidente; quanto mais complexo e interativo um sistema é, maior o número de “patógenos residentes”. No entanto, os sistemas mais simples terão poucos patógenos para causar acidentes, assim como poucas defesas; quanto mais alta a posição de um indivíduo em uma organização, maior a sua oportunidade de gerar patógenos; é virtualmente impossível prever todos os gatilhos. Porém, alguns podem e devem ser antecipados. Patógenos residentes, por sua vez, podem ser avaliados pelo conhecimento do sistema (REASON, 1990).

Após alguns anos, Reason aproximou o conceito de falhas latentes ao campo da saúde e afirmou que estas podem provocar dois tipos de efeitos adversos: podem traduzir-se em condições de erro no trabalho local (por exemplo, pressão por tempo, falta de pessoal, equipamentos inadequados, cansaço e inexperiência) e também podem criar fraquezas duradouras em sistemas de defesas (alarmes e indicadores não confiáveis, procedimentos impraticáveis, espaço físico deficiente, etc.) (REASON, 2000).

Vincent, Taylor-Adams e Stanhope (1998), ao aproximarem o modelo de Reason para o campo da saúde, relatam que falhas ativas e latentes corresponderiam, primariamente, à responsabilidade das gerências e dos supervisores, no momento em que estes estivessem tomando decisões sobre seus ambientes. Como estas falhas fornecem condições para a ocorrência de ações inseguras, incluiriam: carga de trabalho pesada; conhecimentos e/ou experiências insuficientes; supervisão inadequada; ambiente estressante; mudanças rápidas, dentro de uma organização; objetivos incompatíveis (ex.: conflitos entre demandas financeiras e clínicas); sistemas de comunicação inadequados; manutenção inadequada de equipamentos e/ou de construções.

Nesse trabalho, que propôs aproximação da teoria sobre os erros humanos e cultura informada para a área da saúde, publicado em 2000, Reason revisa duas formas de percepção do erro humano: a abordagem centrada na pessoa e a abordagem sistêmica. Cada uma tem o seu modelo de causalidade e cada modelo dá origem a filosofias diferentes para gerenciamento de erros.

A abordagem pessoal tem longa tradição na área da saúde, onde é ainda dominante, mesmo com suas graves deficiências. Centra-se em atos inseguros – erros e violações – cometidos por profissionais da linha de frente: enfermeiros, médicos, farmacêuticos, entre outros, vendo esses atos como decorrentes de processos mentais fora do padrão, como desatenção, baixa motivação, descuido, esquecimento e imprudência. As medidas defensivas associadas são, então, direcionadas à redução da variabilidade indesejada do comportamento humano e incluem métodos como disciplina, censuras e humilhações (REASON, 2000; 2005). Contudo, medidas que envolvem sanções e punições (isto é, medidas dirigidas aos profissionais da linha de frente) têm eficácia limitada, especialmente, nos casos de profissionais altamente treinados (REASON, 1995).

Como na abordagem centrada na pessoa, os trabalhadores são percebidos como agentes livres e capazes de escolher entre os modos seguros e inseguros de comportamento; se alguma coisa dá errado, é óbvio que um indivíduo (ou grupo de indivíduos) é responsável. O autor revela que desacoplar os atos inseguros de uma pessoa de qualquer responsabilidade institucional pode ser claramente identificado como um dos interesses dos gestores (REASON, 2000).

A abordagem centrada na pessoa não é apropriada para o campo da saúde. Na verdade, a contínua adesão a esta abordagem é capaz de impedir o desenvolvimento de instituições de saúde mais seguras. Na manutenção de aviões, uma atividade prática semelhante à atividade médica em muitos aspectos, cerca de 90% de lapsos de qualidade foram julgados como sem culpa. E, como uma gestão de risco eficaz depende essencialmente do estabelecimento de uma cultura de relatórios, sem uma análise detalhada de acidentes, incidentes, quase acidentes, não há maneira de descobrir armadilhas recorrentes. Assim, a prática das notificações é um elemento-chave de uma cultura de comunicação e esta, por sua vez, exige a existência de uma só cultura, um entendimento coletivo de onde está o limite entre ações inocentes e censuráveis (REASON, 2000).

Outra importante deficiência da abordagem centrada na pessoa é que, com o foco nas origens individuais de erro, esta perspectiva isola atos inseguros do seu contexto no sistema. Como resultado, acidentes tendem a cair em padrões recorrentes e não como ocorrências

aleatórias, além do que o mesmo conjunto de circunstâncias pode provocar erros semelhantes, independentemente das pessoas envolvidas. A busca por uma maior segurança é seriamente dificultada por uma abordagem que não procura e remove as propriedades precursoras do erro dentro de um sistema (REASON, 2000).

Já a abordagem sistêmica tem por premissa básica que os seres humanos são falíveis e os erros são esperados, mesmo nas melhores organizações (REASON, 2000). A gestão dos riscos humanos nunca será plenamente eficaz, pois a falibilidade humana pode ser moderada, mas não pode ser eliminada (REASON, 1995). Os problemas humanos são fatores de uma cadeia de causas em que os elementos psicológicos individuais (como falta de atenção momentânea, esquecimentos) são os últimos e menos controláveis laços. Estados de espírito que contribuem para erro são extremamente difíceis de gerir, pois eles podem acontecer com os melhores profissionais, a qualquer momento (REASON, 1998).

Nessa perspectiva, os erros são tidos como consequências e não causas, e suas medidas corretivas são baseadas no pressuposto de que, embora não se possa modificar a condição humana, é possível alterar as condições em que os seres humanos operam. As defesas do sistema estão no centro desta abordagem: todas as tecnologias potencialmente perigosas possuem barreiras e salvaguardas e, quando um incidente ocorre, a questão importante não é quem errou, mas como e por que as defesas falharam (REASON, 2000)?

Reason, em 1995, já havia alertado sobre o fato de que as pessoas não agem de forma isolada e seu comportamento é moldado pelas circunstâncias. Da mesma maneira, ocorrem os erros e violações. A probabilidade de um ato inseguro ser cometido é fortemente influenciada pela natureza da tarefa e pelas condições de trabalho locais. Estas, por sua vez, são produto de uma gama de fatores organizacionais. Grandes ganhos em segurança podem ser conseguidos, por meio de alterações relativamente pequenas de equipamentos e locais de trabalho.

Em reação às culturas mais punitivas de tempos anteriores, Reason (2000) relata que se tornou comum falar de uma cultura "nenhuma culpa", que implicaria uma anistia para todos os tipos de comportamento inseguro. Contudo, uma cultura na qual todos os atos são imunes à punição careceria de credibilidade aos olhos dos trabalhadores. Na maioria das organizações, as pessoas da linha de frente sabem quem são os trabalhadores que, habitualmente, violam as regras e são eles que têm mais probabilidade de serem ameaçados por seu comportamento imprudente. Vê-los escapar de ações corretivas, frequentemente, prejudica a credibilidade da gestão. Assim, uma cultura justa ocorre quando todos os membros de uma organização entendem as diferenças entre comportamentos inaceitáveis,

merecedores de ação disciplinar e os restantes, em que a punição não é adequada nem útil para promover a causa da segurança.

Para detalhar melhor situações relacionadas a violações e comportamentos inseguros, Reason (1998) trata de duas possibilidades: violações de rotina e violações necessárias. Ambas têm origens motivacionais e situacionais e entender o equilíbrio entre elas é essencial para estabelecer a culpabilidade de uma forma justa. Rotinas, normalmente, envolvem algumas violações caracterizadas por caminhos de menor esforço para execução de tarefas. Estas situações parecem ocorrer por conta de características como preguiça e sono, portanto, censuráveis. Mas o autor relata que, mesmo nestas situações, as questões envolvidas não são claras. Os procedimentos operacionais nem sempre descrevem a forma mais eficiente de fazer um trabalho e, para que eles possam ser reescritos por trabalhadores qualificados que descubrem uma forma segura e menos trabalhosa de se realizar uma tarefa, a instituição precisa estar aberta a aprender.

Violações necessárias surgem, em grande parte, a partir de certas deficiências de equipamento ou de local de trabalho, que fazem com que seja impossível realizar a tarefa, em conformidade com os procedimentos institucionais. No entanto, por mais imprudentes que as ações possam vir a ser, o objetivo dos envolvidos pode ser simplesmente fazer o trabalho, apesar das dificuldades locais. Como tal, a responsabilidade pela sua ocorrência está mais com a organização, em geral, do que com as pessoas envolvidas (REASON, 1998).

Distinções postas, pelo menos dois resultados benéficos para a adoção dos princípios descritos podem ser identificados: primeiro, uma cultura em que é claro para cada indivíduo o que determina a diferença entre as ações aceitáveis e inaceitáveis; segundo, uma cultura em que a grande maioria das situações de erro pode ser relatada sem medo de punição. Com estas noções ter-se-ia alcançado o pré-requisito para uma cultura de relato que, por sua vez, iria formar a base de uma cultura informada (REASON, 1998).

Uma gestão de risco eficaz depende, criticamente, de um sistema confidencial, preferencialmente, anônimo de monitoramento de incidentes, que registre o indivíduo, a tarefa, a situação e os fatores organizacionais associados a incidentes e quase acidentes (REASON, 1995). Assim, entende-se que um sistema de comunicação eficaz depende, fundamentalmente, de como uma organização lida com culpa e punição. Conforme Reason (1995; 1998), este é o coração de qualquer cultura de segurança.

Seguindo o desenvolvimento de sua teoria, Reason alega que uma cultura de segurança é aquela em que os membros da organização compreendem e respeitam os perigos<sup>9</sup> que enfrentam suas operações e estão alertas para as muitas maneiras em que as barreiras podem ser violadas ou ignoradas. Na ausência de incidentes suficientes para provocar este alerta, a única maneira de manter um estado de desconfiança inteligente e respeitoso é por meio da criação de um sistema de informações de segurança, que colete, analise e difunda o conhecimento adquirido, a partir de incidentes, quase acidentes e outras situações. Para tanto, é necessário, primeiramente, projetar uma cultura de informação, que não se trata de uma tarefa fácil, especialmente, quando requer que as pessoas confessem seus próprios deslizes, lapsos e erros (REASON, 1998).

Diante dessas características da cultura informada, possibilidades de operacionalização prática imediatamente merecem exame. A educação dos trabalhadores parece ser a mais óbvia entre as primeiras medidas a serem tomadas para o desenvolvimento de uma organização segura. Reason (1995) relatou que o incremento tecnológico, como o uso de equipamentos cada vez mais avançados, não neutraliza problemas causados por fatores humanos, mas os realoca. Em contraste, o treinamento de pessoas para trabalhar em equipe, de forma eficaz, custa pouco e tem conseguido melhorias significativas de desempenho humano, no setor da aviação.

Coimbra (2006) afirma que medidas de prevenção a erros, nesta perspectiva sistêmica, incluem as que produzam condições para os trabalhadores interpretarem as situações em dubiedade, identificar o evento percebido, analisar as condições expostas, incrementar posturas frente aos mesmos, enfim, dar condições de esclarecimentos e de conhecimentos. Uma das estratégias consideradas pelo autor para alcance desta situação é construção e disponibilidade dos conteúdos científicos sobre o tema, por meio de programas amplos e direcionados a toda a equipe multiprofissional (incluindo chefias e trabalhadores da linha de frente), com discussão de aspectos relacionados às tarefas, ao local de trabalho e à instituição.

Considerando a necessidade da construção de uma cultura justa, no contexto do ambiente proposto para o estudo, constitui uma estratégia para construção de uma cultura de segurança uma efetiva gestão de desempenho. Por meio desta ferramenta gerencial, os profissionais podem obter avaliação discutida e contemporizada de seu trabalho, além de planejar estratégias para aprimoramento e esclarecer situações e dúvidas relativas aos acontecimentos cotidianos de seu trabalho. É por meio do uso desta estratégia que se

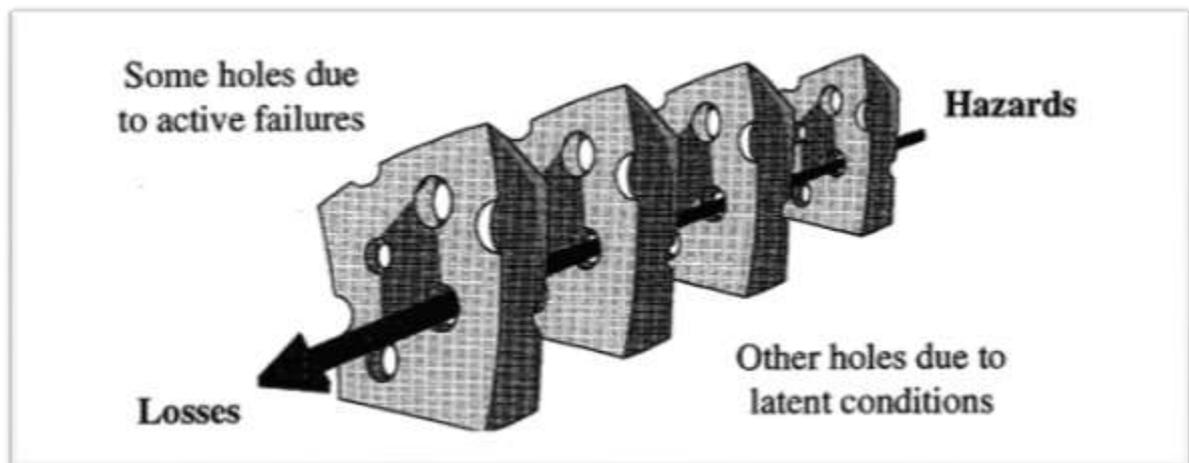
---

<sup>9</sup>Perigo corresponde à circunstância, agente ou ação que pode causar dano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

recomenda que as violações sejam avaliadas e, caso necessário, medidas disciplinares sejam instituídas.

Mesmo que as características da cultura informada tenham sido reveladas e possíveis estratégias de alcance mereçam discreta abordagem, é fundamental, para complementar a fundamentação da cultura informada, uma revisão do modelo de influência dos fatores sistêmicos para a ocorrência de um erro. Em 1998, Reason revisou o modelo do queijo suíço (Figura 1), apresentado em outra obra sua.

Figura 1 – O modelo do queijo suíço



Fonte: Reason (1998).

Trata-se de um modelo no qual o autor pretende representar a etiologia de um acidente organizacional. Nele, as barreiras da organização para os erros (físicas, de estrutura, de processo de trabalho, entre outras), retratadas como fatias de queijo suíço, são mostradas como intermediárias entre os perigos e as perdas. Cada fatia de queijo representa uma camada de defesa. Numa realidade ideal, todas essas camadas estariam intactas e seriam intransponíveis. Contudo, no mundo real, as camadas possuem buracos ou lacunas, que são criados por falhas ativas, erros e violações pelos que operam o sistema e por condições latentes decorrentes da falta de planejamento e de gestão em antecipar as situações possíveis (REASON, 1998).

Os buracos correspondentes a falhas ativas tendem a ser de curta duração, enquanto que os decorrentes de condições latentes podem estar ocultos por muitos anos até que sejam revelados por auditorias internas ou por incidentes. Além disso, ao contrário dos furos em fatias de queijo suíço, estas lacunas defensivas não são estáticas, especialmente aquelas devido a falhas ativas. Elas estão em fluxo contínuo, abrindo e fechando, de acordo com as circunstâncias locais (REASON, 1998).

Conforme a Figura 1 representa, a trajetória de um incidente só pode penetrar os vários buracos e lacunas, quando estes estão alinhados para criar um caminho de oportunidades. Tais colinearidades são raras, porque há muitas camadas de defesa em um sistema complexo bem estruturado e os buracos estão em movimento contínuo. Mas a cultura organizacional tem efeitos marcantes que podem não só abrir as lacunas como também, e mais importante, podem lhes permitir permanecer sem correção. Em um sistema bem defendido, apenas influências culturais seriam suficientemente amplas e capazes de aumentar substancialmente a probabilidade de alinhar uma série de fragilidades defensivas penetráveis e permitir a ocorrência de um incidente (REASON, 1998).

Em 2000, em outro trabalho, Reason aproxima o mesmo modelo à área da saúde e associa as fatias do queijo suíço a defesas e barreiras que podem ser tecnológicas (como alarmes, barreiras físicas, formatos de conexões) e humanas, como na relação entre anestesista e cirurgião. A Figura 2 foi apresentada pela OMS, em 2012, em um curso de introdução sobre segurança do paciente para a língua portuguesa, e apresenta uma adaptação atual deste modelo para a área da saúde.

Observam-se, nesta segunda figura, as barreiras do sistema, nas formas de fatias de queijo, que são representações das defesas que uma instituição de saúde propõe para evitar o erro. A existência de protocolos e diretrizes clínicas claras e praticadas por todos constituiriam forma de prevenir erros no planejamento do cuidado, pois são definidos a partir de evidências científicas estabelecidas e costumam ter seus recursos associados garantidos na organização que os implementa. A educação de forma continuada aos trabalhadores sobre aspectos de segurança em seu processo de trabalho é representada por outra fatia de queijo, e sua conformação como método para qualificação e discussão de processo de trabalho contribui para o alcance das metas para segurança.

A cultura organizacional é representada como barreira ao erro, então, se entende que seja uma cultura positiva para a segurança, reforçada pelas outras barreiras. A cultura organizacional poderia, em outra situação, operar o modelo do queijo suíço como um buraco do queijo, uma falha latente, se fosse negativa para elementos da segurança do paciente, característica também possível. As falhas ou os buracos no queijo, representados na figura, correspondem a antíteses das barreiras e operam nesta representação exemplos de falhas latentes que, alinhadas, poderiam permitir que um perigo se transformasse em dano.

Figura 2 – Fatores sistêmicos que resultam em dano ao paciente/doente



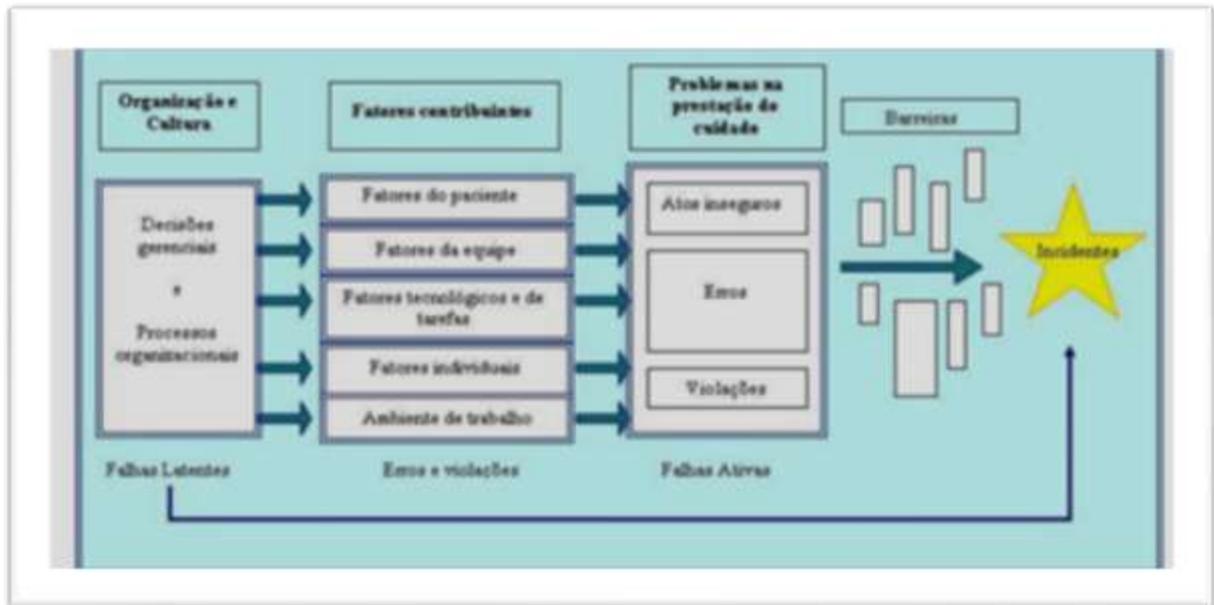
Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION (2012), adaptado de Reason (2000).

Carvalho (2011), ao revisar o estudo de Vincent, Taylor-Adams e Stanhope (1998), que por sua vez deriva de uma interpretação do modelo de Reason para o cenário da saúde, incorporou os acréscimos dos autores à Figura 3, que representa o modelo proposto.

O modelo original proposto por Vincent, Taylor-Adams e Stanhope (1998)<sup>10</sup> está organizado em um formato claro de processo que se inicia por consequências negativas de decisões da gerência e processos da própria organização. Estas falhas latentes criadas são transmitidas ao longo dos setores da organização até chegarem aos espaços onde o cuidado ocorre, em que estes criam as condições locais que precipitam erros e violações.

<sup>10</sup> O modelo de Vincent, Adams, Stanhope (1998) que, por sua vez, deriva do modelo de Reason, em associação com princípios de qualidade em saúde, foi a base para o desenvolvimento do *Safety Attitudes Questionnaire*, instrumento utilizado neste estudo (SEXTON; HELMREICH; NEILANDS et al., 2006).

Figura 3 - Modelo de Causa de Acidentes Organizacionais de Reason



Fonte: Carvalho (2011), adaptado de Vincent, Taylor-Adams e Stanhope (1998).

Comparando os dois modelos apresentados, Carvalho (2011) observa que Vincent, Taylor-Adams e Stanhope (1998) incorporam outros fatores, os quais nomeiam como fatores contribuintes<sup>11</sup> e que correspondem a componentes importantes, no cenário da saúde, que influenciam a prática clínica, tais como: características dos pacientes, trabalho em equipe, fatores organizacionais, ambiente de trabalho e fatores individuais dos profissionais da equipe. Na representação da Figura 3, os fatores contribuintes estão organizados por importância decrescente.

Os fatores relacionados ao paciente correspondem às condições de saúde, personalidade e fatores sociais do paciente, assim como à qualidade da comunicação da equipe com ele. Os fatores relacionados à equipe são a comunicação verbal e escrita, a supervisão e treinamento de novos membros e a estrutura da equipe, que deve ser multiprofissional. Os fatores tecnológicos e de tarefas estão relacionados com a capacidade dos profissionais em usar protocolos, bem como testar e validar resultados na prática clínica (VINCENT, TAYLOR-ADAMS, STANHOPE, 1998).

Os fatores individuais dos profissionais, tais como motivação, conhecimentos, habilidades e saúde física e mental, também assumem papel importante na hierarquia dos

<sup>11</sup>Fatores contribuintes de um incidente são as circunstâncias, as ações ou as influências associadas à origem, ao desenvolvimento ou ao aumento do risco de sua ocorrência. Podem ser: externos ao serviço; organizacionais; estar relacionados ao staff ou a algum fator do paciente. Já fatores de mitigação correspondem a ações que são adotadas com o objetivo de prevenir ou moderar a progressão de um incidente de causar dano a um paciente. Podem estar voltados para o paciente (tratamento, pedido de desculpas), o staff (reunião com o staff e trabalho em equipe), a organização (disponibilidade de protocolos) ou a um agente (correção do erro de um agente terapêutico) (BRASIL, 2013a).

fatores contribuintes para os eventos adversos. Por último, os fatores relacionados ao ambiente de trabalho relacionam-se com a carga de trabalho, quantitativo de pessoal e combinação de competências, disponibilidade e manutenção de equipamentos e apoio administrativo e de gestão (VINCENT, TAYLOR-ADAMS, STANHOPE, 1998).

Cooper (2000) analisou a teoria de Reason, a partir das definições que compõem a cultura informada (justa, de relato, de aprendizagem e flexível) e traça algumas análises interessantes sobre seus componentes e sua operacionalização. Para ele, a teoria de Reason faz uso da noção de que uma cultura de segurança é composta de várias outras subculturas. “Subcultura” é um termo que pode ser usado indistintamente para se referir a um grupo de pessoas (ex.: um setor) e um aspecto de cultura em si (ex.: cultura de segurança é uma subcultura da cultura organizacional). Este último significado equipara a cultura de segurança com uma cultura informada, que é dependente, por sua vez, de uma cultura de relato, que é sustentada por uma cultura justa. Simultaneamente, uma cultura flexível é necessária, se a organização desejar reconfigurar-se, em função dos riscos de suas atividades, os quais podem, por sua vez, exigir uma cultura de aprendizagem.

Além disso, Cooper aproximou os elementos da abordagem de Reason aos de sua teoria sobre os componentes da cultura de segurança (psicológicos, comportamentais e situacionais). A cultura informada pode ser desmembrada didaticamente na classificação dos elementos da cultura de segurança: psicológicos (por exemplo, cultura justa), comportamentais (culturas de relato) e situacionais (cultura flexível e de aprendizagem). O autor alega que esta análise pode lançar luz sobre como cada uma dessas culturas interage com as outras para criar a cultura informada (ou de segurança) e sua operacionalização prática (COOPER, 2000).

Por fim, após apresentação das principais características da cultura informada, uma revisão de definições pertinentes à teoria pode ser proposta: todas as pessoas são passíveis de erros. Os erros podem ser entendidos como **deslizes** (ex.: utilizar a seringa errada), **falhas cognitivas** (ex.: má interpretação de uma situação) e **violações** (ex.: desvio na execução de um procedimento seguro).

O coração de uma cultura de segurança é como esta lida com a culpa. O erro pode ser percebido por duas abordagens: a **abordagem centrada na pessoa** é dominante na área da saúde e dá ênfase às origens individuais de erro, isolando atos inseguros do seu contexto. Já a **abordagem sistêmica** entende os erros como consequências, não causas, e procura propriedades precursoras do erro, dentro do sistema em que está inserido.

Essa última abordagem concorda com a noção de que existem **falhas ativas e falhas latentes** em todas as organizações. As falhas latentes podem provocar erro no trabalho local (ex.: falta de pessoal) e fraquezas duradouras em barreiras estabelecidas (como procedimentos impraticáveis). Elas estão presentes muito antes de um incidente e, portanto, são os principais princípios para gestão de risco.

Cada indivíduo em uma organização precisa ter claro quais as **diferenças entre as ações aceitáveis e inaceitáveis**, fundamento para a criação de um **sistema de informações** relacionadas à segurança, que colete, analise e difunda o conhecimento adquirido a partir de incidentes, quase acidentes e outras situações. Esta seria a base para a aprendizagem organizacional.

### 3.2.3 Mensuração de cultura de segurança

A multiplicidade de concepções de cultura organizacional – e, por extensão, de cultura de segurança – se reflete também em uma diversidade de abordagens metodológicas utilizadas para avaliá-las. Cooper (2000) afirma que, atualmente, há uma variedade de ferramentas disponíveis para coleta de dados quantitativos e qualitativos que podem ser usadas para medir aspectos psicológicos, comportamentais e situacionais de cultura de segurança.

Para avaliação de fatores psicológicos relacionados à cultura de segurança, podem-se usar entrevistas de grupo, grupos focais, análise de documentos e questionários sobre crenças das pessoas, valores, atitudes e percepções, em várias dimensões do tema. Apesar de esses instrumentos medirem o clima psicológico de um indivíduo, em um determinado momento no tempo, os resultados costumam ser agregados em grupo ou nível em uma organização, para fornecer índices de clima de segurança. Do ponto de vista organizacional, os resultados são usados para revelar pontos fortes e fracos nas práticas de gestão de segurança e dirigir as ações corretivas apropriadas. Do ponto de vista acadêmico, são indicados para fornecer *insights* sobre as relações entre as diferentes dimensões e como cada uma delas interage com medidas de resultado (COOPER, 2000).

Os aspectos comportamentais da cultura de segurança podem ser examinados por meio de autoavaliação, avaliação de procedimentos operacionais padrão, discussões em grupos, entre outros. Outra forma de mensurar este tipo de aspecto é a realização de observações diretas, nas quais comportamentos seguros identificados, advindos de análises prévias, são listados para guiar a observação das práticas dos trabalhadores. Os resultados são, após análise, traduzidos em percentuais de comportamentos seguros, para fornecer subsídios para

discussão com os interessados. Outras formas de avaliação de medidas comportamentais são análises do número de ações corretivas implementadas (em saúde, um exemplo seria o uso de antagonistas de medicamentos opioides), quantitativos de relatos de quase acidentes, quantitativos de pessoas que recebem treinamento de segurança do paciente (COOPER, 2000).

Já fatores situacionais de cultura de segurança tendem a se refletir em políticas da organização, protocolos e diretrizes de atendimento, sistemas de gestão, sistemas de controle, fluxos de comunicação e sistemas de fluxo de trabalho. Elementos como ruído, calor, luz e ambiência também dizem respeito a este tipo de fator e podem ser avaliados por meio de pesquisas no ambiente (COOPER, 2000).

Embora as medidas de clima de segurança se concentrem exclusivamente nos valores, crenças, atitudes e aspectos perceptivos desta construção, Cooper (2000) afirma que este tipo de pesquisa tem sido amplamente utilizado como medida absoluta da cultura de segurança, ignorando sua natureza complexa e multifacetada. Medidas de clima de segurança fornecem avaliações subjetivas de várias características do tema, enquanto que as avaliações dos resultados de sistemas de gestão tendem a fornecer dados com caráter mais objetivo sobre a presença e a qualidade das características específicas de segurança. Diante disso, o autor defende associações de abordagens para ampliar as possibilidades de investigação do tema.

Concordando com o autor entende-se, nesta pesquisa, que mensurar clima de segurança não representa medir cultura de segurança, de forma abrangente, mas somente sua porção tangível, a partir dos participantes da pesquisa, conforme o conceito já apresentado de Flin, Burns, Mearns et al. (2006) e Sexton, Helmreich, Neilands et al. (2006). Os fatores psicológicos e comportamentais relacionados à cultura de segurança operam como determinantes recíprocos. Esta reciprocidade é recomendada por Cooper (2000) como objeto de investigação, uma vez que poucas pesquisas validaram os resultados do clima de segurança de uma organização, a partir dos reais comportamentos de seus membros. Ainda, o autor afirma que investigações sobre as relações entre o clima e os sistemas de gestão de segurança podem fornecer informações valiosas sobre a cultura subjacente. Além das dimensões psicológicas, comportamentais e situacionais relacionadas à mensuração de cultura de segurança, classificam-se as estratégias de avaliação entre qualitativas, quantitativas, e a associação destas, como mistas.

A avaliação qualitativa da cultura de segurança é geralmente baseada na realização de entrevistas, observações e análise de documentos, como prontuários ou relatórios de incidentes, mas ainda é um método pouco utilizado, em função do tempo e recursos

envolvidos em sua realização (NASCIMENTO, 2011). Os métodos qualitativos para avaliação da cultura de segurança são úteis na área da saúde para obter informações para construir ferramentas quantitativas e para complementar resultados de estudos quantitativos (CHOUDHRY, FANG, MOHAMED, 2007).

Por sua vez, o uso de métodos mistos para avaliação de cultura de segurança também encontra possibilidades na literatura científica e nas práticas de gestão. No Reino Unido, a Agência Nacional de Segurança do Paciente tem aperfeiçoado uma ferramenta que visa avaliar o progresso das unidades de saúde em diferentes contextos, em termos de cultura de segurança (a partir de equipes ou em nível organizacional): o *Manchester Patient Safety Framework*. Nove dimensões da cultura de segurança foram pré-determinadas e a avaliação ocorre a partir da discussão de grupos de participantes. Cada membro, após os momentos de debate, indica seu posicionamento, individualmente, para cada uma destas nove dimensões, de acordo com um dos cinco níveis de cultura de segurança propostos por Westrum (2004) (inicialmente, este autor caracterizou três níveis, porém Reason propôs complementar a avaliação com mais dois). Em conclusão, os responsáveis pelo estudo indicam que a triangulação dos resultados de várias técnicas de coleta de dados é uma maneira poderosa para aumentar a validade da análise da cultura de segurança (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2013).

Uma das formas mais utilizadas de mensuração e relato da cultura de segurança em uma instituição, equipe ou grupo de pessoas é o uso de instrumentos padronizados e validados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). A avaliação quantitativa da cultura de segurança dos cuidados, por meio de questionários autoadministrados, atualmente, é a estratégia mais difundida. Eles têm a sua origem nos métodos desenvolvidos para indústrias de alto risco e costumam usar escala Likert para resposta. O processamento de tipo de dado baseia-se na construção de indicadores, a partir da agregação e da estratificação das respostas, em função das características do grupo em estudo (NASCIMENTO, 2011).

A primeira mensuração quantitativa da cultura de segurança por meio da avaliação do clima de segurança foi realizada na década de 80. A construção do instrumento pioneiro foi fundamentada em uma profunda revisão da literatura que identificou diferentes características entre instituições que apresentavam altos e baixos índices de acidentes de trabalho. A cultura de segurança foi avaliada por uma série de perguntas sobre crenças, valores, atitudes e percepções, ao longo de várias dimensões consideradas importantes para o desenvolvimento da cultura de segurança. A partir de então, inúmeras pesquisas de avaliação de cultura de segurança foram desenvolvidas (CARVALHO, 2011).

O *Safety Attitudes Questionnaire* foi, originalmente, desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas (EUA), Eric Thomas, John Sexton e Robert Helmreich, a partir de outras duas escalas: *Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaires* e o *Flight Management Attitudes Questionnaire*. Esta última é utilizada, há mais de 20 anos, pelas empresas de aviação para mensurar a percepção de segurança das tripulações de voos comerciais (CARVALHO, 2011; SEXTON, HELMREICH, NEILANDS et al., 2006).

Diversos estudos publicados têm citado o uso do SAQ para desenvolver pesquisas sobre cultura de segurança (GUPTA, SEXTON, MILNE et al., 2015; WEAVER, CALLAGHANN, COOPER et al., 2014, BONDEVIK, HOFLOSS, HANSEN et al., 2014 ab; LAMBROU, PAPA STRAVOU, MERKOURIS et al., 2015; PATEL, WU, 2014; KAWANO, TANIWAKI, OGATA et al., 2014; ZULLO, McCARROL, MENDISE et al., 2014, MARINHO, RADÜNZ, BARBOSA, 2014; JE, KIM, YOU et al., 2014; ZIMMERMANN, KUNG, SEREIKKA et al. 2013; HAMDAN, 2013; GÖRAS, WALLENTIN, NILSSON et al., 2013; RIGOBELLO, CARVALHO, CASSIANI, et al., 2012; GALLEGO, WESTBROOK, DUNN et al., 2012; DAUGHERTY, PAINE, KENT et al., 2012 ab; ETCHEGARAY, THOMAS, 2012; DEVRIENDT, HEEDE, COUSSEMENT et al., 2012; HAYNES, WEISER, BERRY et al., 2011; POLEY, STARRE, BOS et al., 2011; KAYA, BARSBAY, KARABULUT, 2010; LEE, WUNG, LIAO et al., 2010; PATTERSON, HUANG, FAIRBANKS, 2010; PETTKER, THUNG, NORWITZ et al., 2009; RELIHAN, GLYNN, DALY et al., 2009; DEILKÅS, HOFLOSS, 2008; BOGNÁR, BARACH, JOHNSON et al., 2008; PRONOVOST, BERENHOLTZ, GOESCHEL et al., 2008; FRANKEL, GRILLO, PITTMAN et al., 2008). O questionário foi utilizado em estudos que o validaram para diversos idiomas, em trabalhos que avaliaram a eficácia de intervenções para segurança dos pacientes, como instrumento de pré e pós-testes, além de adaptação de suas versões para os diversos contextos do campo da saúde.

Carvalho (2011) publicou os resultados da adaptação transcultural para a língua portuguesa, avaliação da confiabilidade e de validade do *Safety Attitudes Questionnaire*, com o título de Questionário de Atitudes de Segurança. A autora afirma que o instrumento adaptado serve às instituições de saúde e aos órgãos de acreditação do país como mais uma ferramenta capaz de diagnosticar os domínios que precisam ser aprimorados, dentro da instituição de saúde e entre os profissionais.

O SAQ é uma das três ferramentas de segurança da cultura de avaliação recomendadas pela Rede Europeia para a Segurança do Paciente (EUROPEAN SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTHCARE, 2010). Na avaliação realizada por Singla, Kitch, Weissman et al. (2006),

o SAQ abrange mais aspectos de segurança do paciente, na comparação com outros 12 instrumentos, e foi considerado um dos dois únicos que fornecem dados de benchmarking<sup>12</sup>.

O SAQ permite produzir uma foto da cultura de segurança, por meio de pesquisas de percepções dos trabalhadores da linha de frente. Ao usar questionários para estudar percepções, no âmbito de grupo, o termo mais apropriado para usar é “clima”, conforme já discutido neste texto. Climas são aspectos mais facilmente mensuráveis de cultura de segurança, pois pesquisas, geralmente, não são capazes de medir todos os outros aspectos da cultura, como comportamento, valores e competências (SEXTON; HELMREICH; NEILANDS et al., 2006).

Segundo Provonost e Sexton (2005), os resultados do SAQ podem ser comparados com indicadores de segurança do paciente, tais como taxas de infecção hospitalar, taxas de úlcera de pressão e tempo de permanência hospitalar. Na verdade, esta é considerada uma característica distintiva do SAQ em relação a outros instrumentos de mensuração de clima de segurança: escores mais altos têm sido associados com os resultados positivos para pacientes e para equipes. Esta característica contrasta com outras ferramentas que são menos propensas a revelar relações diretas com os resultados dos pacientes.

Pronovost, Berenholtz e Goeschel et al. (2004) revelam que os seis domínios do instrumento SAQ podem ser utilizados na comparação entre instituições; na proposta de intervenções para incremento das atitudes dos trabalhadores, no que tange à segurança do paciente; bem como na avaliação da efetividade destas intervenções. Sacks, Shannon, Dawes et al. (2015) realizaram revisão sistemática em busca de intervenções que melhoraram a segurança do paciente em ambiente cirúrgico e identificaram o SAQ como a ferramenta mais usada no diagnóstico do clima de segurança dos estudos de melhor qualidade analisados.

Alguns estudos na área de cultura de segurança procuram estabelecer relações entre seus níveis e resultados clínicos. Daugherty, Paine, Kent et al. (2012a) investigaram relações entre níveis de clima de segurança (utilizando o SAQ) e a incidência de infecções por germes resistentes. A análise revelou associações limitadas entre os itens avaliados. Ainda assim, os autores descobriram uma associação entre os escores mais elevados de cultura e menores taxas de transmissão de germes, em apenas um domínio (Percepção de estresse) na amostra, fato que pode sugerir que certos domínios da cultura de segurança podem ser mais influentes do que outros para prever resultados clínicos.

---

<sup>12</sup>*Benchmarking* corresponde a uma abordagem racional e disciplinada com foco na melhoria contínua, que ajuda a identificar, comparar e reproduzir a melhor prática, onde quer que ela ocorra (HADDAD; ROSSANEIS, 2011). Neste contexto, o *benchmarking* corresponde à comparação dos resultados do clima de segurança aos obtidos em outras instituições.

Kudo, Satoh, Kido et al. (2008) analisaram o clima de segurança em instituições de saúde japonesas e concluíram que são quatro os fatores diretamente associados ao seu caráter negativo entre profissionais de enfermagem japoneses: fadiga, condições ruins de trabalho para os enfermeiros, ausência de supervisão de enfermagem e comunicação deficiente entre enfermeiros e médicos. Esses elementos afetam a motivação dos profissionais, fator importante para a garantia de uma assistência segura. Utilizando o *SAQ*, o estudo de Bognár, Barach, Johnson et al. (2008) revelou que as atitudes de segurança são influenciadas pelo ambiente de trabalho e que, dentre estes fatores, os que requerem maior atenção, por parte das instituições de saúde, são as falhas na estrutura organizacional em si, sobretudo, as falhas de comunicação entre os membros da equipe, a insatisfação profissional e a falta de treinamento dos trabalhadores.

Gallego, Westbrook, Dunn et al. (2012) desenvolveram um estudo em 46 serviços públicos de saúde, com 14.051 profissionais de saúde atuantes em serviços na Austrália. O objetivo da pesquisa foi comparar os climas de segurança do paciente (medidos por meio do *SAQ*) para determinar se as diferenças encontradas podem ser explicadas pela profissão, papéis na organização, idade e tipo de cuidado oferecido aos pacientes. Os resultados indicaram que todos os domínios mensurados no *SAQ* são estatisticamente significativos para o contexto da pesquisa. Atitudes de segurança mais favoráveis foram encontradas em serviços de atendimento ao câncer de mama, serviços de atenção primária, enfermagem comunitária e hospitais não universitários em regiões metropolitanas. Culturas mais pobres foram identificadas nos serviços de saúde mental, serviços de atendimento pré-hospitalar e hospitais de ensino considerados de alto nível. Os autores concluem que diferenças nas atitudes da equipe foram demonstradas em um nível ampliado em todo o tipo de serviços de saúde, mas estas não podem ser explicadas pela composição de pessoal.

O estabelecimento de uma cultura que não opere com culpa e que facilite a comunicação e a aprendizagem de incidentes tornou-se um dos pilares da melhoria da segurança do paciente. Há, agora, uma consciência de que as grandes transformações culturais devem acompanhar as mudanças estruturais e processuais, a fim de alcançar e sustentar melhorias desejadas na qualidade e segurança dos cuidados (MANNION, KONTEH, DAVIES, 2009).

A caracterização de diversos elementos relacionados à cultura de segurança permite entendê-la como um conceito atraente, pois se compromete a melhorar a segurança do paciente a partir de seus atributos e potencial influência na forma como os trabalhadores relaizam suas ações. No entanto, se a cultura de segurança pode influenciar o comportamento

das pessoas, seu conceito deve ser cuidadosamente usado para descrever um conjunto de fenômenos organizacionais que estão relacionados ao tema, e não, apenas, o comportamento das pessoas frente à segurança. Conforme Behal (2013), a cultura impulsiona o comportamento individual e coletivo, e comportamento coletivo impulsiona o desempenho organizacional. Contudo, a cultura é uma condição necessária, mas não suficiente, para alavancar para mudanças sustentáveis ao longo do tempo, pois uma forte cultura de segurança pode eventualmente falhar na ausência de sistemas que a suportem.

Considerar a cultura de segurança como um objeto de estudo correspondeu a um desafio que, sem os devidos cuidados, poderia resultar em uma redução da complexidade do tema. Assim, este estudo tomou o clima de segurança e seus domínios como elementos passíveis de revelar importantes informações sobre a cultura de segurança entre os trabalhadores em uma instituição hospitalar de grande porte e referência no cuidado à saúde de uma determinada região. A associação destes domínios com resultados institucionais pôde revelar com maior detalhamento aspectos das relações entre a segurança do paciente e a qualidade em saúde.

### 3.3 INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Entende-se que a segurança do paciente é uma dimensão da qualidade em saúde. Vicent (2010) a classifica como a dimensão mais crítica e decisiva para os pacientes do campo qualidade em saúde. Ao considerar a inclusão de resultados do cuidado, na forma de indicadores de qualidade, entre os objetos em estudo nesta pesquisa, justifica-se tecer algumas considerações teóricas sobre indicadores de qualidade em saúde neste capítulo.

A ideia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação em saúde. Sua característica fundamental é produzir um juízo de valor, que, quando positivo, significa ter qualidade. O conceito de qualidade do cuidado vem se modificando com o passar do tempo e considerando aspectos que retratam, ainda, a relevância dos problemas em um determinado contexto. Por exemplo, a dimensão acessibilidade recebe destaque, quando há barreiras ao uso de serviços de saúde; já a segurança do paciente passa a ser mais relevante, quando a magnitude de erros e riscos evitáveis é reconhecida (SOUZA; MENDES, 2014).

Cuidado inseguro em saúde aumenta a distância entre os resultados possíveis e os alcançados e se expressa pelo aumento do risco de danos desnecessários ao paciente, que podem ter impacto negativo nos resultados do cuidado de saúde. Como já visto, a segurança constitui uma dimensão da qualidade, sendo que qualidade e segurança são considerados

atributos indissociáveis. Porém algumas vezes a segurança do paciente é apresentada descolada deste contexto, tendência que tem perdido força mais recentemente para abordagens que a interpretam como parte integrante do conceito de qualidade (BRASIL, 2013b).

Segundo relatam Souza e Mendes (2014), o IOM, mesmo instituto responsável pela publicação, em 1999, do relatório que atribui importância e visibilidade à questão da segurança do paciente, em termos mundiais, publicou, em 2001, um texto que ganhou ampla adesão internacional em que destaca as seguintes dimensões da qualidade: **segurança** (evitar lesões e danos a pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los), **efetividade** (cuidado baseado em conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão), **centralidade no paciente** (cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, assegurando que os valores do paciente orientem as decisões clínicas), **oportunidade** (redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado), **eficiência** (cuidado sem desperdício, incluindo o desperdício associado ao uso de equipamentos, suprimentos e ideias) e **equidade** (qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como sexo, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica).

Ao considerar as dimensões de qualidade, é necessário também revisar a abordagem do conceito no contexto em saúde, oriunda de diversas obras de Avendis Donabedian, que descreveu a clássica classificação em termos de estrutura, processo e resultado.

Estrutura compreende fatores referentes às condições sob as quais o cuidado é prestado e engloba a estrutura física e os recursos materiais; os recursos humanos e os elementos envolvidos em seu gerenciamento; e até os recursos financeiros, incluindo as formas de pagamento do cuidado e dos profissionais.

Processo, por sua vez, compreende as etapas que constituem o cuidado de saúde em si, incluindo diagnóstico, tratamento, reabilitação e educação do paciente. Em geral, o conceito se refere ao conjunto de atividades desenvolvidas pelos profissionais que participam diretamente do cuidado prestado ao paciente.

Já o conceito de resultado refere-se às mudanças (desejáveis ou não) no nível de saúde das pessoas, incluindo: mudanças no estado de saúde; no nível de conhecimento ou comportamento adquirido pelos pacientes ou sua família, que podem influenciar a saúde futura; na satisfação dos pacientes e familiares com o cuidado e seus resultados.

Souza e Mendes (2014) revisam em seu texto a existência de uma relação de causalidade entre estrutura, processo e resultado e julgam importante a consideração dos conceitos de validade causal e validade atribuível, quando se trata de segurança do paciente, conceitos publicados originalmente nos trabalhos de Donabedian. Para os autores, a validade causal diz respeito à intensidade, baseada na evidência científica, da associação entre processo e resultado. Ou seja, a validade causal se refere à capacidade de alguns processos de cuidados específicos produzirem resultados específicos em condições específicas.

Já a validade atribuível seria a inferência de que determinada medida de processo ou resultado contém as mesmas características que definem a existência de validade causal. Especificamente com relação à abordagem de resultados em saúde, os autores afirmam que estes, em qualquer situação, podem ou não ser fruto do processo de cuidado prestado e, quando se emprega uma abordagem de resultado para avaliar a qualidade do cuidado, é imprescindível saber se os resultados são realmente decorrentes do cuidado recebido, aspecto que diz respeito à validade atribuível. Os autores destacam ainda que a avaliação de resultados é mais suscetível a problemas com a validade atribuível, porque sofrem influência de fatores intervenientes, como a gravidade do paciente e da patologia, que modificam as condições específicas sob as quais a relação entre processo e resultado foi determinada (SOUZA; MENDES, 2014).

Diante dos conceitos básicos de qualidade em saúde, procede-se às considerações acerca da mensuração desta qualidade, em forma de indicadores, considerando o que relatam Silva e Nora (2008), que afirmam que as informações nos processos de saúde só agregam valores, na medida em que se transformam em forças capazes de provocar análises e suportar tomadas de decisões. Diante disso, indicadores auxiliam na mensuração de mudanças e, em geral, são utilizados quando as mudanças não podem ser medidas diretamente, servindo para demonstrar uma realidade a quem não está diretamente inserido nela. Nem sempre é possível apreender um cenário por meio de um único indicador, sendo necessário um conjunto de indicadores para análise de uma situação.

Os indicadores correspondem a itens explicitamente definidos e mensuráveis que se referem a estruturas, processos ou resultados de cuidado. Indicadores em saúde são operacionalizados a partir da avaliação de critérios e padrões, mas eles não representam a mesma coisa, pois o cuidado em saúde raramente atende aos padrões absolutos, e normas carecem de definições que considerem o contexto local e as circunstâncias dos pacientes. (CAMPBELL, BRASSPENING, HUTCHINSON et al., 2002).

O indicador é geralmente representado como uma variável numérica, podendo ser um número absoluto ou uma relação entre dois eventos, estabelecidos por meio de numerador e denominador. O numerador é o evento que está sendo medido ou reconhecido, e precisa apresentar definição objetiva e clara, ser fundamentado por meio de estudos prévios, clinicamente importantes em uma dada população. O indicador corresponde à população de risco ou interesse para um dado evento definido no denominador. O indicador ainda deve definir um período, permitir o desenvolvimento de índices e ser o mais específico possível (CAMPBELL, BRASSPENING, HUTCHINSON et al., 2002).

Sob a ótica da melhoria contínua da qualidade assistencial, exige-se um processo dinâmico e exaustivo de identificação constante de fatores intervenientes no processo de trabalho da equipe de saúde e, especificamente, de enfermagem. Diante disso, os indicadores de qualidade do cuidado em saúde são utilizados como ferramenta que auxilia na vigilância da qualidade e na identificação de oportunidades de melhoria. (SILVA; NORA, 2008).

O uso de indicadores de qualidade permite o monitoramento do desempenho dos serviços de saúde, a programação de ações de melhoria de qualidade e orienta os pacientes para que realizem escolhas mais bem informadas, porém, a utilidade dos indicadores depende de sua validade, confiabilidade e viabilidade. Uma revisão sistemática para identificar as estratégias utilizadas no desenvolvimento de indicadores de segurança do paciente para hospitais foi desenvolvido por Gouvêa e Travassos (2010). Os resultados do estudo revelaram que, dos 285 indicadores identificados pelas autoras, 125 foram classificados em mais de uma dimensão da qualidade e que a combinação mais frequente de dimensões foi segurança e efetividade. Identificou-se um número maior de indicadores sobre medicamentos, e a maioria representa informações de resultado. As autoras consideram que, no Brasil, ainda não existe um conjunto de indicadores definidos com a finalidade de orientar medidas que promovam a segurança do paciente hospitalizado, além de serem escassas as pesquisas sobre o tema.

Para consideração neste estudo, foram selecionados 12 indicadores de qualidade, potencialmente relacionados a dimensões de cultura de segurança do paciente, que são monitorados na instituição que serviu de espaço para a pesquisa. Destes indicadores selecionados, todos os indicadores que se referem à qualidade assistencial encontraram correspondência com os indicadores de segurança do paciente levantados, no estudo de Gouvêa e Travassos (2010), como indicadores desenvolvidos e validados por organizações internacionais (como a AHRQ, *Agency for Healthcare Research and Quality*) voltadas à qualidade e segurança em saúde. Alguns dos indicadores de qualidade gerenciais previstos para a presente pesquisa foram também discutidos no trabalho de Gouvêa (2011), porém a

validação de seu uso para representar resultados de segurança do paciente ainda carece de desenvolvimento. Além do exposto, um dos indicadores validados identificados no artigo das autoras foi a própria “Avaliação da cultura de segurança do paciente no hospital” (GOUVÊA; TRAVASSOS, 2010). Ou seja, o fato de uma instituição hospitalar realizar mensurações do clima de segurança já indica positivamente que a qualidade do cuidado prestado naquele contexto está voltada para o atributo segurança do paciente.

## 4 MÉTODO

O presente relatório trata de apresentar um estudo desenvolvido a partir de uma perspectiva quantitativa e transversal. Nos estudos transversais, todas as medições são realizadas em um único momento ou durante um curto período de tempo, sem seguimento. Os delineamentos transversais são úteis, quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição (HULLEY; CUMMINGS; BROWNER, 2008).

O estudo foi conduzido como uma pesquisa de levantamento (*survey*) que, segundo Creswell (2007), oferece uma descrição quantitativa de tendências e atitudes de uma população ao estudar uma amostra dela, costumeiramente realizada a partir de um questionário autoadministrado.

As características científicas da pesquisa *survey* são destacadas por Babbie (1999): lógica (pelos dados facilitarem a aplicação cuidadosa do pensamento lógico); determinística (por procurar explicar as razões para as fontes de eventos, características e correlações observadas); geral (facilita réplicas posteriores por outros pesquisadores e/ou outras amostras, em função do relato cuidadoso da metodologia); parcimoniosa (permite a obtenção de um grande número de variáveis, para que o pesquisador obtenha o máximo de compreensão); e específica (em função da descrição precisa das medidas).

O método *survey* foi empregado neste estudo por ter sido considerado adequado para atender os objetivos propostos e porque sua operacionalização otimiza o tempo, minimiza custos, atinge maior número de participantes e proporciona uma quantidade maior de dados.

Pela proposta de descrever as relações entre os domínios do clima de segurança e os resultados dos indicadores institucionais das unidades, o estudo se caracteriza também como descritivo correlacional, no qual a descrição do relacionamento entre variáveis, embora não permita estabelecer relação causal, documenta diferentes aspectos da situação (POLIT, BECK, HUNGLER, 2011).

### 4.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em um hospital universitário, geral, público e de nível quaternário, situado em Porto Alegre/RS. A escolha deste local se justifica pela experiência profissional da autora na instituição, com atuação na assistência direta a pacientes em unidades de internação e em comissão institucional relacionada à segurança do paciente. Além disso, a instituição tem demonstrado interesse em apoiar pesquisas relacionadas à

segurança do paciente, em seu contexto, tendo sido já campo para trabalhos relacionados ao tema (WEGNER, PEDRO, 2012; MAGALHÃES, 2012).

A instituição contava, à época da coleta de dados, no ano de 2015, com 6100 trabalhadores e 402 docentes. Os trabalhadores são contratados por regime de consolidação das leis trabalhistas e os docentes atuantes na instituição advêm de unidades da universidade à qual o hospital está academicamente vinculado (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2015).

A instituição tem uma capacidade instalada de 843 leitos, sendo 653 em unidades de internação. No ano de 2014, o hospital foi responsável por 32.056 internações e 40.934 procedimentos cirúrgicos. A média geral de permanência dos pacientes internados, no ano, foi de 8,84 dias, com uma taxa de ocupação de 88,25% (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2015).

A pesquisa foi realizada nas unidades de internação de pacientes adultos nas áreas clínicas e cirúrgicas, que correspondem a unidades vinculadas aos Serviços de Enfermagem Clínica, Serviço de Enfermagem Cirúrgica e Serviço de Enfermagem em Internação Clínica. Ao todo, os três serviços perfazem a coordenação de 13 unidades de internação, com 415 leitos, o que representa cerca de 52% do total de leitos disponíveis no hospital. Pela representatividade quantitativa e a complexidade do cuidado prestado nas unidades de internação, estes foram os espaços selecionados para o estudo.

No ano de 2013, o hospital obteve certificação de acreditação internacional, processo que havia iniciado em 2009, com o contrato voluntário da instituição com a agência *Joint Commission International*. Desde o início do movimento para acreditação, diversos processos e práticas na instituição foram modificados, a partir dos planos de ação elaborados para as áreas, com o intuito de atender às demandas de qualificação propostas pela agência, e processos de educação dos trabalhadores para aspectos de segurança do paciente são continuamente apoiados e promovidos.

Diante do exposto, e considerando os resultados obtidos com a realização deste estudo, entende-se que a instituição selecionada configurou-se um campo adequado para a execução da pesquisa e que os instrumentos e práticas de segurança nela implementados puderam revelar informações sobre a segurança do paciente no contexto estudado, contribuindo para a necessária caracterização de instituições, em âmbito nacional, da segurança dos pacientes em instituições nacionais.

## 4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Esta pesquisa investigou elementos da cultura de segurança a partir da mensuração do clima de segurança entre trabalhadores de enfermagem atuantes na instituição selecionada, a coleta de resultados de indicadores institucionais e a análise das relações entre grupos de informações. Para participação no estudo, foram consideradas 12 unidades de internação adulto da instituição. Esta instituição hospitalar possui 13 unidades de internação adulto, 12 em sua sede principal e uma em outra sede. Dentre das 12 unidades da sede principal, consideraram-se apenas 11 no estudo, excetuando-se uma unidade, por receber exclusivamente pacientes em cuidados mínimos pós-operatórios, perfil de pacientes que provoca diferença significativa no processo de trabalho da unidade e em seus resultados de indicadores de qualidade. Assim, o tempo de permanência na unidade menor do que 24 horas foi adotado como critério de exclusão para a unidade. Quando houver referência, neste estudo, ao total de unidades de internação adulto, refere-se somente às 12 unidades pesquisadas.

Para composição da amostra dos participantes para o estudo, foram realizados cálculos estatísticos com auxílio de uma profissional da área, para estimar o número de participantes necessários para alcance dos objetivos da pesquisa. Os cálculos foram realizados levando em consideração a impossibilidade de incluir todos os trabalhadores de enfermagem dos três serviços na pesquisa, que perfaziam um total de 539 funcionários. No Quadro 1, são apresentados os quantitativos de trabalhadores de enfermagem por unidade, e o número de participantes que foram previstos para estudo em cada uma das unidades, conforme suas categorias profissionais.

Quadro 1 – Quantitativo de trabalhadores de enfermagem por unidade de internação e amostra proposta para o estudo.

Unidades <sup>13</sup>	Total de trabalhadores de enfermagem na unidade	Número de profissionais de enfermagem requeridos	Número de auxiliares e técnicos previstos	Número de enfermeiros previstos	Total de participantes, por unidade
A	25	9,3	7	3	10*
B	29	10,8	8	3	11*
C	31	11,5	9	3	12*
D	59	21,9	17	6	23
E	62	23,0	18	6	24
F	46	17,1	14	4	18
G	59	21,9	17	6	23
H	37	13,7	11	4	15*
I	58	21,5	17	6	23
J	40	14,8	12	4	16
K	57	21,1	16	6	22
L	36	13,3	11	4	15*
<b>Total</b>	<b>539</b>	<b>200</b>	<b>157</b>	<b>55</b>	<b>212</b>

\*A estas unidades foram acrescentados mais participantes, a fim de alcançar um quantitativo mínimo de 16 profissionais participantes em cada setor. Isto significou crescer um total de 17 profissionais aos 212 previstos, perfazendo 229 trabalhadores de enfermagem das unidades.

Fonte: dados fornecidos pela coordenação de enfermagem da instituição, adaptados pela autora (2015).

Como as unidades apresentam diferenças no número absoluto de trabalhadores, bem como diferenças entre o quantitativo das diferentes categorias profissionais de enfermagem, foi calculada a proporção que cada unidade representava do total de trabalhadores dos três serviços, excluída a unidade que não será utilizada como espaço de pesquisa neste estudo. Assim, fixou-se o tamanho de amostra necessário em cada unidade, mantendo esta proporcionalidade e considerando que a logística de realização da pesquisa permitiria incluir cerca de 200 profissionais. Posteriormente, realizou-se cálculo para determinar uma amostragem dos trabalhadores de enfermagem, dentro de cada uma das 12 unidades, que estimasse a proporção por categoria profissional (auxiliares+técnicos<sup>14</sup> e enfermeiros).

Considerando os objetivos do estudo, para estimar as médias dos escores das seis dimensões que compõem o clima de segurança nas 12 unidades incluídas, com uma margem de erro de 50% do desvio padrão, seria necessário um mínimo de 16 profissionais em cada unidade. Como as unidades A, B, C, H e L (conforme o Quadro1), de acordo com os cálculos

<sup>13</sup> Às unidades foram atribuídos códigos, omitindo sua identificação original, a fim de preservar as equipes dos locais.

<sup>14</sup> Auxiliares e técnicos de enfermagem foram incluídos no mesmo grupo por atuarem sem distinção de tarefas nos espaços selecionados para pesquisa.

realizados, indicaram a necessidade de uma amostra de participantes inferior a 16, a estas unidades foram acrescentados tantos trabalhadores a mais quantos foram necessários para alcance deste número.

Para participação no estudo, foram incluídos todos os enfermeiros (incluindo os que ocupavam cargos de chefia), técnicos e auxiliares de enfermagem que tinham tempo mínimo de um ano de atuação na instituição e estavam ativos no período da coleta dos dados, que concordaram em responder aos questionamentos propostos pela pesquisa e que devolveram o questionário com um mínimo de 65% de preenchimento válido. Os critérios de exclusão do estudo foram: estar atuando na instituição há menos de um ano ou em contrato temporário, não estar desempenhando suas funções, no período da coleta, devido a férias, afastamentos ou licenças e não atuar no cuidado direto a pacientes nas unidades onde estão alocados.

Para o processo de seleção dos participantes, inicialmente, se realizou contato com as chefias das 12 unidades de internação, para obtenção da listagem atualizada e completa dos trabalhadores de enfermagem de cada área. Em algumas unidades, foi realizada cópia da escala e, em outras, foi feita uma fotografia digital da escala, que permitiu identificar o nome completo e o cargo dos trabalhadores da unidade. A partir das listagens, fez-se sorteio dos 229 participantes previstos, de acordo com o quantitativo estipulado para cada categoria profissional e unidade, a partir da amostra definida para o estudo, utilizando o processo de amostragem aleatória estratificada. Cada trabalhador de enfermagem, separado por categoria profissional, recebeu um número e, com base nestes números, procedeu-se ao sorteio dos participantes a serem convidados, aleatoriamente distribuídos entre os turnos de trabalho.

Os trabalhadores sorteados que recusaram participar da pesquisa, os que estavam em férias ou diferentes licenças, bem como os trabalhadores que se desligaram da instituição durante o período da coleta contabilizaram um total de 48 e foram sendo repostos, à medida que a impossibilidade de participação foi sendo identificada, diariamente, a partir de novo sorteio simples. Estas 48 substituições de participantes representam 20,9% dos trabalhadores sorteados para compor a amostra e estão distribuídas nos seguintes eventos: 15 participantes em férias no momento da coleta, 14 recusas, 13 trabalhadores em licença de saúde, duas profissionais em licença-maternidade, dois trabalhadores em licença-prêmio, um trabalhador desligado da instituição e um trabalhador que trocou de unidade durante o período da coleta dos dados.

As variáveis utilizadas para caracterizar os resultados assistenciais de segurança dos pacientes internados nas unidades estudadas, bem como a descrição e a caracterização da fórmula de cálculo do indicador estão descritas no Quadro 2. A organização e uso destes

dados adaptou a proposta de Magalhães (2012), que operou a variável carga de trabalho e alguns indicadores institucionais, no mesmo contexto desta pesquisa.

Quadro 2: Descrição dos indicadores de qualidade institucionais utilizados na pesquisa.

	<b>Indicador</b>	<b>Descrição</b>	<b>Fórmula do indicador</b>
<b>Indicadores assistenciais</b>	Infecção Primária da Corrente Sanguínea Associada a Cateter Vascular Central	Infecções hospitalares associadas ao uso de cateteres vascular central em relação ao número de dias de uso	n. de infecções IPCS-CVC /Procedimentos Dia Cateter Vascular x 1000
	Infecção urinária relacionada a procedimentos invasivos urinários	Infecções associadas a procedimentos invasivos urinários em relação ao número de dias de uso	n. de infecções associadas ao procedimento invasivo urinário / n. de dias de uso do procedimento x 1000
	Incidência de úlcera por pressão	Índice de pacientes que apresentam UP hospitalar a partir do grau II <sup>15</sup> no período em relação ao número de pacientes/dia no período	n. de casos novos de pacientes com UP no mês / n. pacientes-dia no mês x 1000
	Taxa de incidência de queda de pacientes internados	Relação entre o número de quedas sofridas por pacientes internados no hospital e o número de pacientes/dia	n. de quedas de pacientes internados ocorridas no período / n. pacientes-dia no mês x 1000
	Taxa de adesão à higienização de mãos	Mede a adesão à higienização entre os profissionais de saúde nas unidades de internação, nos momentos recomendados pela OMS/ANVISA <sup>16</sup>	n. total de higienizações no mês / número de oportunidades para higienização de mãos x 100
<b>Indicadores gerenciais</b>	Média de permanência dos pacientes	Razão entre o somatório de pacientes/dia e o número de saídas de pacientes da instituição	n. de pacientes-dia / quantidade de saídas do hospital x 1000
	Taxa de satisfação de pacientes internados com o cuidado de enfermagem	Proporção do conceito ótimo, no item cuidado da equipe de enfermagem, na pesquisa de satisfação dos pacientes internados	n. de graus ótimo dos pacientes internados no item atendimento da equipe de enfermagem/ total de respostas ao item x 100
	Carga de trabalho de enfermagem <sup>17</sup>	Razão entre o número médio de pacientes internados por dia na unidade e o número médio de profissionais de enfermagem em 12h na unidade.	n. médio de pacientes internados por dia na unidade/n. médio de profissionais de enfermagem em 12h na unidade
	Horas de treinamento da equipe de enfermagem	Identifica a média de horas de treinamento dos membros da equipe de enfermagem	somatório do total de horas de treinamento de cada membro da equipe de enfermagem no último ano / número de membros da equipe de enfermagem no período
	Absenteísmo	Razão entre o número de horas de ausências não previstas e o número de horas normais dos	n. de horas de ausência no período/n. de horas normais no período x 100

<sup>15</sup>Define-se úlcera por pressão grau dois como perda de fina camada de pele, envolvendo a epiderme e/ou derme.

<sup>16</sup>Os cinco momentos preconizados para higienização das mãos são: antes do contato com o paciente; antes de procedimentos invasivos; após contato com matéria orgânica; após contato com o paciente; após contato com as superfícies ao redor do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a).

<sup>17</sup> A carga de trabalho em enfermagem considera apenas o quantitativo de profissionais disponíveis para a assistência nas 12h do dia. O indicador foi desmembrado em dois: um dedicado ao número de enfermeiros e outro correspondente ao número de auxiliares e técnicos de enfermagem.

	<b>Indicador</b>	<b>Descrição</b>	<b>Fórmula do indicador</b>
		funcionários	
	<i>Turnover</i>	Rotatividade de pessoal na unidade no período	$(\text{quantidade de admitidos} + \text{quantidade de desligados}/2) / (\text{quantidade de efetivos inicial} + \text{quantidade de efetivos final}/2) \times 100$

Fonte: adaptado de Magalhães (2012).

Para utilização dos indicadores institucionais que foram relacionados com os escores de clima de segurança, foi inicialmente previsto o uso das informações correspondentes a pacientes que internaram no mês de maio de 2015, período de 30 dias imediatamente anteriores ao início da coleta dos dados, e aos profissionais em atividade, no mesmo período. A partir desses parâmetros, foram gerados os relatórios dos resultados dos indicadores propostos para análise, nesta pesquisa. Contudo, três dos 12 indicadores propostos, em função da natureza dos objetos mensurados, precisaram ser considerados a partir de suas médias, nos cinco meses anteriores à coleta dos dados: horas de treinamento da equipe de enfermagem, infecções urinárias relacionadas a procedimento invasivo urinário e infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter vascular central. Justifica-se o uso da média calculada a partir de escores obtidos em cinco meses, pois estes indicadores, especificamente, variam muito conforme o mês, e os resultados obtidos para maio de 2015 não representavam a realidade do comportamento dos indicadores, em muitas unidades.

As informações institucionais presentes nos relatórios pesquisados foram utilizadas única e exclusivamente para execução da presente pesquisa e só serão divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto da pesquisa, conforme o Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais (ANEXO A).

#### 4.3 COLETA DOS DADOS

Para levantamento de parte dos dados relacionados ao clima de segurança, utilizou-se o “Questionário de Atitudes de Segurança”, adaptado para o Brasil por Carvalho (2011). A versão brasileira corresponde ao primeiro instrumento válido e confiável na língua portuguesa (CARVALHO; CASSIANI, 2012). A versão original do questionário adaptado para o Brasil está disponível no Anexo B, e a versão utilizada na pesquisa pode ser consultada no Apêndice A deste relatório. Foi necessária a transcrição do questionário para um documento com formatação diferente, em função de a versão original ser considerada com fonte pequena e de difícil leitura pelos participantes.

Para a realização deste estudo, tanto o uso do SAQ, versão original, quanto o uso da versão adaptada para o Brasil foram autorizados, respectivamente, pela *University of Texas* (ANEXO C) e pela autora da adaptação, Dra. Rhanna de Carvalho (ANEXO D).

O SAQ é dividido em duas partes. A primeira parte é composta por 41 itens que contemplam questões relacionadas a seis domínios, descritas no Quadro 3. A segunda parte do questionário visa coletar dados do profissional (sexo, categoria profissional, tempo de atuação na especialidade).

Quadro 3: Itens que compõem a versão adaptada para o Brasil do SAQ e domínios correspondentes

Domínio	Item
Clima de trabalho em equipe	As sugestões do(a) enfermeiro(a) são bem recebidas nesta área.
	Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente. <sup>+</sup>
	Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex.: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).
	Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.
	É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.
	Os(as) médico (as) e enfermeiros(as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.
Clima de Segurança	Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado(a) aqui como paciente.
	Erros são tratados de maneira apropriada nesta área.
	Eu conheço meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.
	Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.
	Nesta área, é difícil discutir sobre erros. <sup>+</sup>
	Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do paciente.
	A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.
#	Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração.
Satisfação com o trabalho	Eu gosto do meu trabalho.
	Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.
	Este é um bom lugar para trabalhar.
	Eu me orgulho de trabalhar nesta área.
	O moral nesta área é alto.

<b>Domínio</b>	<b>Item</b>
Percepção de estresse	Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.
	Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado(a).
	Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.
	O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex.: reanimação cardiopulmonar, convulsões).
Percepção da gerência*	A administração apoia meus esforços diários.
	A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente.
	A administração está fazendo um bom trabalho.
	Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa:
	Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do(a):
	Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.
Condições de trabalho	Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.
	Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim.
	Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.
#	Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros(as) nesta área.
#	Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área.
#	Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área.
#	Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns. <sup>+</sup>

\*O domínio a Percepção da Gerência compreende a avaliação de aprovação de ação gerencial em dois níveis de gerência (gerência da unidade e gerência hospitalar) e por esta razão duplica seu quantitativo de itens.

<sup>+</sup> Itens reversos.

Fonte: adaptado de Carvalho (2011)

Conforme os autores do estudo original (SEXTON, HELMREICH, NEILANDS et al., 2006), que validaram a escala na língua inglesa, os cinco itens identificados, no Quadro 3, com o símbolo # não correspondem a domínios inicialmente estabelecidos. Suas informações são utilizadas para discussão dos dados neste trabalho, porém, não compõem os escores dos domínios, especificamente.

A resposta de cada item dos domínios do SAQ segue a escala de pontos de Likert: discorda totalmente, discorda parcialmente, neutro, concorda parcialmente, concorda totalmente e não se aplica.

A aplicação dos questionários correspondentes à avaliação do clima de segurança foi realizada em um período de 40 dias corridos entre os meses de junho e julho de 2015, pela própria autora e por três estudantes de enfermagem capacitadas para a tarefa. As ajudantes de pesquisa foram selecionadas em função de sua experiência com pesquisas relacionadas ao trabalho em enfermagem, no HCPA, e por terem conhecimento das rotinas da instituição. O treinamento das ajudantes foi realizado pela autora, em um turno, e objetivou familiarizá-las com o instrumento e esclarecer dúvidas que poderiam surgir durante o preenchimento da escala, além de treiná-las para abordar os profissionais.

Para preenchimento do SAQ, os trabalhadores selecionados foram abordados em seu ambiente de trabalho, durante a jornada, que foi identificada a partir das escalas de trabalho das unidades. Diante do aceite do profissional em participar da pesquisa, leitura e assinatura e recolhimento das vias de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível no Apêndice B deste relatório, foi fornecida uma versão impressa do instrumento para preenchimento. O instrumento foi preenchido pelos próprios participantes, no domicílio ou outro espaço que julgaram pertinente, excetuando-se o período do turno de trabalho. Recomendou-se aos trabalhadores que realizassem o preenchimento do instrumento fora do ambiente de trabalho, em local privado, para evitar constrangimentos. A pesquisadora e as auxiliares de pesquisa acordaram com os trabalhadores data e local para recolhimento do instrumento impresso.

Os autores do estudo sugerem que se considere o mínimo de 65% de respostas completas no SAQ para que o instrumento preenchido seja considerado na análise do clima de segurança (SEXTON; HELMREICH; NEILANDS, 2006). No presente estudo, foi obtido em apenas um dos questionários preenchimento abaixo de 65% dos itens. Assim, um questionário foi excluído completamente da análise dos dados, restando ainda 229 questionários válidos, uma vez que já havia sido coletado um questionário a mais do que o previsto, na mesma categoria profissional e unidade.

Como 36 das 41 questões relativas ao clima de segurança propostas no SAQ estão vinculadas aos seis domínios propostos para o tema no instrumento, estipulou-se que somente os questionários com mais que 65% de preenchimento das respostas relativas a cada domínio seriam considerados na análise dos dados relativos ao domínio. Assim, quando o quantitativo de questões sem resposta e de questões em que o participante assinalou a opção “não se aplica” foram superiores a 65% ao total de questões em cada um dos domínios, procedeu-se à exclusão de todas as questões relacionadas ao domínio, naquele questionário específico, mantendo as questões relacionadas aos demais domínios aptas para análise.

No capítulo de resultados deste relatório, são apresentados os quantitativos de questionários considerados para avaliação de cada domínio e item isolado do questionário. Outra parte dos dados quantitativos, que corresponde aos resultados de 12 dos indicadores institucionais de qualidade, teve a coleta dos dados realizada no ambiente de informações gerenciais da instituição, caracterizando-se por informações secundárias.

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram digitados e tabulados pela própria pesquisadora, com auxílio do *software* Microsoft Windows Excel. A análise empregou técnicas estatísticas assessoradas por profissional com expertise e utilizou o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 18.0, acessado no escritório de assessoria estatística que apoiou a análise dos dados.

A análise dos dados coletados por meio do SAQ obedeceu às orientações de Sexton, Helmreich, Neilands et al. (2006). Para transformar os dados coletados nos questionários em uma escala de 100 pontos, a fim de estabelecer médias, cada item do instrumento foi pontuado, convertendo os pontos da escala de Likert como se segue: 1 – discorda totalmente valeu 0; 2 – discorda parcialmente valeu 25; 3 – neutro valeu 50; 4 – concorda parcialmente valeu 75; e 5 – concorda totalmente valeu 100.

Para cálculo dos escores, inicialmente, os itens reversos foram recodificados. Após, os itens foram agrupados por domínios e, então, calculou-se a média das respostas dos itens que compõem cada domínio. Dessas médias, foi subtraído 1 e o resultado foi multiplicado por 25, correspondendo à seguinte equação:  $((Média\ dos\ escores\ do\ domínio) - 1) * 25$ . A interpretação do escore segue a orientação dos autores do instrumento: zero corresponde à pior percepção do clima de segurança e 100 à melhor percepção, para cada domínio do instrumento, sendo consideradas avaliações positivas, quando o total do escore correspondeu a valores maiores ou iguais a 75.

Com as médias dos escores foi possível descrever características gerais do clima de segurança presente entre os trabalhadores de enfermagem de unidades de internação e características específicas das unidades pesquisadas, que diferiram umas das outras na avaliação de alguns domínios e itens, melhor descritos no capítulo de resultados. Para tanto, recursos da estatística descritiva foram empregados. Na apresentação dos resultados, as variáveis categóricas foram descritas por frequências e percentuais. As variáveis quantitativas com distribuição simétrica foram descritas pela média e o desvio padrão; e as com distribuição assimétrica, pela mediana e o intervalo interquartil.

Para análises das associações entre sexo, profissão e os escores obtidos com o preenchimento do SAQ, utilizou-se teste t de Student para comparação de amostras independentes. As variáveis quantitativas (tempo de atuação na instituição e tempo de profissão, bem como os resultados dos indicadores assistenciais e gerenciais) foram correlacionadas com as médias ou medianas dos escores dos domínios pelo coeficiente de correlação de Pearson. Para correlações, estimaram-se como estatisticamente significativos os coeficientes de correlação fortes (0,80) com um alfa de 0,05 e um poder de 90 % (HULLEY; CUMMINGS; BROWNER, 2008).

Para comparar as medias dos domínios entre as unidades, foi empregado o teste ANOVA seguido do teste post hoc de Tukey, que estabeleceu comparações múltiplas, das unidades entre si. Para ajudar a expressar a variação na avaliação dos domínios entre as unidades, foram empregados gráficos de média e barra de erro que descreveram as médias e seus intervalos de confiança (estimados em 95%).

Empregou-se, ainda, o coeficiente de determinação, que corresponde ao quadrado do coeficiente de correlação e expressa, em porcentagem, quanto cada domínio analisado consegue explicar os valores observados no SAQ total das unidades em estudo. Para representação do comportamento destas correlações, empregou gráficos de dispersão.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo respeitou e atendeu às prerrogativas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, de modo a assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, comunidade científica e do Estado, e incorporar, na ótica dos indivíduos e das coletividades, os referenciais da bioética, entre outros, da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Os objetivos e a proposta metodológica foram apresentados, juntamente com cópia do projeto de pesquisa, ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, conforme preveem as determinações da instituição, sendo solicitada autorização institucional escrita para desenvolvimento da pesquisa.

O projeto foi apreciado eticamente, via Plataforma Brasil, pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande, sob o CAAE n. 42543115.1.0000.5324 (ANEXO E) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob o CAAE n. 45032015.2.0000.5327 (ANEXO F). A coleta de

dados desta pesquisa teve início somente após a aprovação do seu projeto em todas as instâncias pertinentes.

Todas as informações que resguardam os direitos dos participantes da pesquisa foram explicadas verbalmente aos participantes do estudo, assim como os dados de identificação do projeto e dos pesquisadores, objetivos da pesquisa, os meios de contato com os pesquisadores, as informações acerca da justificativa do estudo, métodos da pesquisa, benefícios previstos, potenciais riscos e incômodos que pudessem ser gerados e sobre o compromisso assumido pela pesquisadora de contribuir com a construção do conhecimento no campo de estudos em segurança do paciente. Essas informações também constam no TCLE, que foi assinado, em duas vias, pelo participante e pelo pesquisador, ficando uma das vias de posse do trabalhador e a outra, do pesquisador.

Aos participantes foi também esclarecido que a pesquisa era isenta de influências em seu vínculo empregatício e que não envolveria custos ou quaisquer compensações financeiras. Ainda, no TCLE, se assumiu o compromisso em preservar a identidade do participante, a privacidade individual, o direito à participação voluntária, com liberdade para desistir da participação no estudo, ou recusar-se a responder qualquer pergunta do questionário, a qualquer momento, sem que lhe fossem causados prejuízos de qualquer natureza, e a garantia de acesso aos responsáveis pela pesquisa em qualquer circunstância.

Abordar sobre a segurança do paciente poderia implicar a reflexão acerca de comportamentos não seguros, lembranças de erros e violações, bem como discordâncias em relação a posturas adotadas pela chefia ou pela instituição e que isso poderia gerar nos participantes o medo de exposição. Diante disso, considerou-se importante que os participantes fossem conscientizados de que o anonimato será e continuará sendo mantido frente às informações colhidas na coleta de dados.

Além da garantia do anonimato, assegurou-se aos participantes que sua colaboração era voluntária e passível de desistência. Além disso, foi esclarecido ao participante que a sua contribuição no estudo envolveria riscos mínimos, relacionados a possíveis desconfortos gerados no preenchimento do questionário, contudo não houve relato de desconforto pelos trabalhadores participantes.

Para o monitoramento da segurança dos dados, os formulários preenchidos do SAQ e os TCLEs serão preservados por cinco anos, de modo que se assegure a validade do estudo. Durante a coleta e análise dos dados, permaneceram sob a confiança da autora e, após, serão mantidos arquivados, em caixa lacrada, e guardados na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, na sede do Grupo de Estudos e Pesquisas em

Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde (GEPOTES), sob responsabilidade do coordenador do grupo.

Pressupõe-se que a produção científica resultante deste estudo represente uma contribuição para a área da saúde e da enfermagem, mais especificamente, para o campo da segurança do paciente e, em especial, para as práticas estabelecidas na instituição espaço do estudo. Após sua defesa pública, os resultados da presente tese de doutorado serão divulgados e disponibilizados ao público nas bases de consulta bibliográfica *on-line* da CAPES, bem como em cópia física, na Biblioteca da Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande. O relatório final da pesquisa, após a sessão pública de sustentação, será encaminhado à coordenação de enfermagem da instituição, para divulgação interna. Além dessas medidas, outras podem ser sugeridas ou solicitadas pela instituição participante do estudo, que serão avaliadas e atendidas da melhor forma possível.

## 5 RESULTADOS

A proposta do capítulo de resultados da pesquisa é organizar e atribuir significado às avaliações realizadas pelos participantes do estudo, considerando um dos principais pressupostos dos autores do instrumento de coleta de dados utilizado: uma avaliação de atitude é uma opinião, mas a agregação de atitudes dos membros de uma unidade é o clima (SEXTON; HELMREICH; NEILANDS et al., 2006).

O capítulo de resultados está organizado de forma a apresentar as análises realizadas a partir dos dados coletados, considerando os objetivos do estudo. Inicialmente, apresentam-se esclarecimentos acerca dos quantitativos de participantes considerados nas diferentes análises propostas. Na sequência, os trabalhadores que preencheram o SAQ são caracterizados para conhecimento dos detalhes relativos à amostra do estudo. A seguir, os dados apresentados respondem ao objetivo de analisar o clima de segurança relatado pelos trabalhadores de enfermagem e verificar associações entre as médias obtidas e diferentes variáveis da amostra. Para tanto, inicialmente, considera-se o conjunto total de questionários preenchidos, demonstrando características relacionadas às unidades de internação adulto da instituição como um todo e, após, são descritos os dados relacionados às unidades de internação, individualmente. Por fim, os resultados das correlações entre médias do SAQ e indicadores de qualidade institucionais são relatados.

Para complementar a interpretação dos dados levantados, além das análises sobre escores médios, também considerou-se a proporção de participantes que relatam "concordar em parte" ou "concordam totalmente" com cada um dos itens, mapeados como as respostas positivas, além dos participantes que se declararam neutros ou discordaram das assertivas, em acordo com a descrição dos dados sugerida por Sexton, Helmreich e Neilands et al. (2006). O resultado desta avaliação está descrito no apêndice C deste trabalho.

A tabela 1 apresenta o quantitativo de questionários considerados para análise em cada domínio e questões isoladas, bem como o número de questionários excluídos da análise. Os dados expressos, na tabela 1, podem ser usados para interpretação de outras tabelas apresentadas a seguir.

**Tabela 1: Total de questionários utilizados no estudo, conforme domínios e itens (n=229). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**

Questionários	D1	D2	D3	D4	D5a	D5b	D6	Item a	Item b	Item c	Item d	Item e
<b>Válidos</b>	229	229	229	225	207	207	225	212	228	227	225	224
<b>Excluídos</b>	0	0	0	4	22	22	4	17	1	2	4	5

Fonte: dados da pesquisa.

D1: clima de trabalho em equipe

D2: clima de segurança

D3: satisfação no trabalho

D4: percepção do estresse

D5a: percepção da gerência da unidade

D5b: percepção da gerência hospitalar

D6: condições de trabalho

Item a: questão “minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse para a administração”

Item b: questão “eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros(as) nesta área”

Item c: questão “eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área”

Item d: questão “eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área”

Item e: questão “falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns”

Destaca-se o elevado quantitativo de questionários que foram excluídos da análise dos domínios Percepção da gerência da unidade (na tabela 1, a coluna correspondente ao código D5a), Percepção da gerência hospitalar (na tabela 1, a coluna correspondente ao código D5b), com 9% do total de questionários desconsiderados. Ainda, propõe-se destaque à questão isolada “minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação, se eu as expressasse para a administração”, que corresponde ao item a, na tabela 1, com 7,4% de perda para o item.

Nos três domínios/item que tiveram um quantitativo importante de questionários excluídos, as duas possibilidades previstas para perda foram assim distribuídas: no domínio Percepção da gerência da unidade, 89,9% das respostas não consideradas foram de questionários em cujas questões não havia marcação de respostas; no domínio Percepção da gerência hospitalar, 84,6% das respostas não consideradas correspondeu a questões não preenchidas; e, em relação ao item a, que corresponde à questão “minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação, se eu as expressasse para a administração”, em 70,6% das respostas não consideradas, o participante selecionou a opção “não se aplica” como resposta.

A tabela 2 retoma todos os itens que compõem o SAQ e revela o quantitativo de opções assinaladas como não se aplica, nos 229 questionários respondidos.

**Tabela 2: Total de trabalhadores que responderam “não se aplica”, conforme itens do SAQ (n=229). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**

Item	Respostas “não se aplica” n(%)	
As sugestões do(a) enfermeiro(a) são bem recebidas nesta área	4(1,7)	
Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.	4(1,7)	
Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex.: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	4(1,7)	
Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	1(0,4)	
É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.	1(0,4)	
Os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	3(1,3)	
Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado(a) aqui como paciente.	1(0,4)	
Erros são tratados de maneira apropriada nesta área.	1(0,4)	
Eu conheço meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	1(0,4)	
Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.	2(0,9)	
Nesta área, é difícil discutir sobre erros.	1(0,4)	
Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do paciente.	2(0,9)	
A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	5(2,2)	
Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração.	5(2,2)	
Eu gosto do meu trabalho.	0(-)	
Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	3(1,3)	
Este é um bom lugar para trabalhar	2(0,9)	
Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	2(0,9)	
O moral nesta área é alto.	2(0,9)	
Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	2(0,9)	
Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado(a).	2(0,9)	
Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	4(1,7)	
O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex.: reanimação cardiorrespiratória, convulsões).	8(3,5)	
A administração apóia meus esforços diários	21(9,2)*	14(6,1) <sup>#</sup>
A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente.	29(12,7)*	19(8,3) <sup>#</sup>
A administração está fazendo um bom trabalho.	24(10,5)*	14(6,1) <sup>#</sup>
Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa:	21(9,2)*	16(7) <sup>#</sup>
Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da:	21(9,2)*	14(6,1) <sup>#</sup>
Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.	5(2,2)	
Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.	2(0,9)	
Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim.	2(0,9)	
Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.	5(2,2)	
Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros(as) nesta área.	1(0,4)	
Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área.	2(0,9)	
Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área.	1(0,4)	
Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.	1(0,4)	

Fonte: dados da pesquisa.

\*Quantitativo de itens que se referem à gerência da unidade

<sup>#</sup>Quantitativo de itens que se referem à gerência hospitalar

Além dos domínios/item destacados anteriormente pelo relevante número de questionários não incluídos na análise, ao observar os dados da tabela 2, atribui-se destaque ao fato que somente em um item não foi assinalada a respostas “não se aplica”, mesmo considerando que todos os participantes da pesquisa são membros da equipe de enfermagem, prestadores de cuidado direto aos pacientes nas unidades incluídas no estudo.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo, preenchendo o SAQ, um total de 230 trabalhadores de enfermagem, divididos em 172 auxiliares ou técnicos de enfermagem e 58 enfermeiros. Todos trabalhadores atuavam, no momento da coleta, há um ano ou mais na instituição. Os 230 trabalhadores participantes do estudo representam, aproximadamente, 42,5% do total de profissionais de enfermagem que trabalham nas unidades de internação adulto da instituição.

Os 172 auxiliares e técnicos pesquisados representam 42,3% do total de trabalhadores de nível médio da enfermagem, atuantes nas unidades de internação adulto selecionadas. Os 58 enfermeiros representam 42,9% dos profissionais trabalhadores nos espaços de estudo.

A tabela 3 expõe as proporções de trabalhadores de enfermagem pesquisados por unidade de internação incluída no estudo, já se excetuando o questionário não considerado na análise, citado anteriormente.

**Tabela 3: Total de questionários considerados para análise, conforme unidade e categoria profissional (n=229). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**

Unidade	Técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes na unidade n	Questionários considerados de técnicos e auxiliares de enfermagem n(%)	Enfermeiros atuantes na unidade N	Questionários considerados de enfermeiros n(%)
A	17	12(70,5%)	8	4(50%)
B	21	11(52,3%)	8	4(50%)
C	23	12(52,1%)	8	4(50%)
D	44	17(38,6%)	15	6(40%)
E	47	18(38,2%)	15	6(40%)
F	36	14(38,8%)	10	4(40%)
G	44	17(38,6%)	15	6(40%)
H	28	12(42,8%)	9	4(44,4%)
I	44	17(38,6%)	14	6(42,8%)
J	30	12(40%)	10	4(40%)
K	43	16(37,2%)	14	6(42,8%)
L	27	13(48,14%)	9	4(44,4%)
<b>Total</b>	<b>404</b>	<b>171(42,3%)</b>	<b>135</b>	<b>58(42,9%)</b>

Fonte: dados da pesquisa.

Informações relativas ao sexo dos profissionais incluídos indicam que os participantes do estudo constituíram maioria feminina, com 187 indivíduos (83,1%). Ao analisar a proporção entre categorias profissionais, identifica-se que 74,7% da amostra foi composta por auxiliares e técnicos de enfermagem.

Os participantes do estudo podem ser caracterizados, ainda, a partir das experiências prévias de preenchimento do SAQ. Esta é uma das questões propostas no instrumento e prevê respostas positivas, negativas e dúvidas sobre o contato prévio com o instrumento. Dos participantes incluídos no estudo, 220 responderam a esta questão, sendo verificado que 187 (85%) não haviam preenchido o instrumento, previamente, e 11 (5%) não souberam relatar.

Os tempos de atuação na instituição e na profissão foram, também, informados pelos participantes, no instrumento proposto. O instrumento original questiona acerca do tempo de atuação na especialidade, porém, entendeu-se que, por características da amostra, esta informação poderia ser pouco significativa, uma vez que o trabalho nas unidades de internação adulto da instituição não requer definição de especialidade formal para os profissionais de enfermagem. Assim, optou-se por caracterizar os participantes a partir do tempo de atuação na instituição e do tempo de profissão.

Em relação ao questionamento sobre o tempo de atuação na instituição, 207 participantes responderam a pergunta, resultando em uma mediana de 9 anos e um tempo máximo de 36 anos. Em relação aos intervalos interquartis, 25% dos participantes têm até 3 anos de trabalho no hospital e 75% destes têm até 15 anos completos.

Acerca do tempo na profissão, 205 trabalhadores responderam a questão sobre o tema e a média apurada foi de 16,85 anos, com desvio padrão de 7,6. O tempo mínimo verificado foi três anos e o máximo, 40 anos.

## 5.2 CLIMA DE SEGURANÇA A PARTIR DA ANÁLISE DO TOTAL DOS QUESTIONÁRIOS

Os dados a seguir apresentados foram organizados, considerando as 12 unidades, conjuntamente, com o objetivo de demonstrar resultados descritivos da avaliação do clima de segurança nas unidades de internação adulto da instituição, de uma forma geral.

A tabela 3 apresenta os escores médios obtidos na avaliação dos questionários preenchidos, considerando todos os participantes incluídos. O SAQ total indica, nesta tabela e nas seguintes que o apresentam, o escore de clima de segurança total e seu cálculo inclui as médias de todos os domínios e itens isolados do instrumento. Para avaliação deste escore

geral, foram considerados todos os trabalhadores, cujas respostas foram incluídas na análise dos domínios e itens isolados. Para leitura deste escore, bem como dos demais escores apresentados, nas tabelas 4, 5 e 6, é necessário também considerar os quantitativos de participantes descritos na tabela 1.

**Tabela 4: Escores médios do SAQ geral, domínios e itens isolados, na instituição. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**

<b>Domínio</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
SAQ total	67,4	13,4
Clima de trabalho em equipe	74,4	18,3
Clima de Segurança	73,3	17,5
Satisfação no trabalho	82,9	18,9
Percepção de estresse	69,5	26,1
Percepção da gerência da unidade	65,1	24,4
Percepção da gerência hospitalar	55,6	21,9
Condições de trabalho	63,3	21,7
Item a: questão “minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse para a administração”	56,8	29,3
Item b: questão “eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área”	77,9	26,1
Item c: questão “eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área”	66,2	29,2
Item d: questão “eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área”	77,5	26,2
Item e: questão “falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns”	44,3	33,3

Fonte: dados da pesquisa.

Conforme os dados da tabela 4, a média da avaliação geral do clima de segurança das unidades estudadas, conjuntamente, corresponde a 67,4. Os escores com melhor avaliação indicada pelos participantes do estudo foram Satisfação no trabalho e Clima de trabalho em equipe. Já os escores com pior avaliação foram Percepção da gerência hospitalar e Condições de trabalho. Destaca-se, ainda, que os valores de desvio padrão foram mais altos entre os domínios com as piores avaliações. Dentre os itens isolados, o item melhor avaliado trata da relação dos participantes com os enfermeiros da área e o item com pior avaliação representa o efeito de falhas de comunicação em atrasos no atendimento aos pacientes.

O referencial que fundamenta a aplicação do SAQ (SEXTON, HELMREICH, NEILANDS et al., 2006; CARVALHO, 2011) indica que avaliações do clima de segurança e seus domínios são consideradas positivas, quando alcançam ou ultrapassam a média 75.

Assim, a tabela 5 apresenta o quantitativo de questionários que registraram média de escores igual ou superior a 75, para os domínios e itens isolados.

**Tabela 5: Total trabalhadores que registraram média de escores igual ou acima de 75, conforme SAQ geral, domínios e itens isolados, na instituição. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**

Domínio	≥75	
	n	%
SAQ total	71	31,0
Clima de trabalho em equipe	138	60,3
Clima de Segurança	125	54,6
Satisfação no trabalho	178	77,7
Percepção de estresse	123	54,7
Percepção da gerência da unidade	93	44,9
Percepção da gerência hospitalar	76,8	23,2
Condições de trabalho	87	38,7
Item a: questão “minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse para a administração”	88	41,5
Item b: questão “eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área”	189	82,9
Item c: questão “eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área”	143	63,0
Item d: questão “eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área”	180	80,0
Item e: questão “falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns”	83	37,1

Fonte: dados da pesquisa.

Os dados da tabela 5 revelam que mais de 70% dos participantes considera aspectos relativos ao domínio Satisfação no trabalho como positivos, com escores acima de 75. Estes quantitativos são, consideravelmente, diferentes do quantitativo de profissionais que avaliou como positivos os domínios Percepção da gerência hospitalar e Condições de trabalho. O item que avaliou a relação entre comunicação e atrasos no atendimento foi indicado como positivo por pouco mais de um terço dos participantes, diferentemente, da avaliação dos profissionais para os outros itens isolados.

Na tabela 6, são relatadas as informações de média e desvio padrão dos domínios e itens isolados do SAQ, a partir dos diferentes sexos e categorias profissionais dos participantes.

**Tabela 6: Distribuição dos escores geral da instituição, domínios e itens isolados, por sexo e por categoria profissional. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**

Domínio/Item	Sexo				Categoria Profissional			
	Feminino		Masculino		Enfermeiro		Técnico/auxiliar de enfermagem	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
SAQ total	68,3	12,6	65,6	15,1	68,9	14,4	66,9	13,1
Clima de trabalho em equipe	75,1	17,6	74,7	16,7	74,5	17,5	74,4	18,7
Clima de Segurança	73,8	17,4	72,8	17,8	74,6	19,7	72,9	16,8
Satisfação no trabalho	84,9	17,3	76,0	22,7	80,9	22,2	83,6	17,7
Percepção de estresse	70,0	26,2	65,2	25,8	71,6	26,3	68,5	26,0
Percepção da gerência da unidade	65,3	24,0	68,5	23,6	69,0	24,5	63,6	24,2
Percepção da gerência hospitalar	56,7	21,2	53,9	22,9	61,5	21,0	53,3	21,9
Condições de trabalho	64,2	21,3	61,7	22,4	65,3	22,3	62,5	21,6
Item a	57,0	28,6	58,5	30,9	56,9	23,8	56,6	31,2
Item b	78,6	24,4	79,6	29,0	80,0	25,7	77,2	26,3
Item c	67,9	27,9	60,8	32,0	72,1	25,7	64,1	30,1
Item d	79,8	24,2	68,4	33,7	77,9	28,0	77,4	25,6
Item e	43,3	33,0	49,3	33,0	42,5	32,6	45,0	33,6

Fonte: dados da pesquisa.

Item a: questão “minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse para a administração”

Item b: questão “eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área”

Item c: questão “eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área”

Item d: questão “eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área”

Item e: questão “falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns”

A partir dos dados gerados pelo preenchimento do SAQ, procurou-se estabelecer correlações entre os escores do SAQ total e dos domínios, considerando o total de unidades, conjuntamente, com as variáveis de caracterização dos participantes: sexo, cargo (cujos dados descritivos estão na tabela 5), tempo de atuação na instituição e tempo na profissão.

Quanto ao sexo, não se identificou diferenças de médias de escores estatisticamente significativas, considerando os 229 trabalhadores, conjuntamente ( $p=0,462$ ). Quanto às diferenças entre os cargos (enfermeiros x técnicos e auxiliares de enfermagem), o valor de  $p$  se aproximou de 0,06 e não foi considerado relevante.

Para o tempo de atuação na instituição, a análise de variância dos dados, com o teste de comparações múltiplas, identificou que as médias dos escores gerados nas unidades apresentam diferenças estatisticamente significativas entre si, e, por isso, não foi possível testar as correlações entre as variáveis citadas considerando todos os participantes do estudo

juntos. Para correlação entre os domínios e tempo de atuação na profissão, o valor do p encontrado correspondeu a 0,95 e não foi considerado significativo.

### 5.3 CLIMA DE SEGURANÇA A PARTIR DA ANÁLISE POR UNIDADES

A seguir são apresentados os dados derivados da avaliação dos escores do SAQ, por unidades. Além da descrição das informações correspondentes a cada uma das 12 unidades de internação pesquisadas, são descritas, também, as correlações entre escores e características selecionadas dos participantes.

Sexton, Helmreich e Neilands et al. (2006) afirmam que, quando as atitudes individuais são agregadas por unidade, o SAQ fornece uma fotografia do clima em uma determinada área. Não que os questionários de atitude não sejam úteis nas avaliações do clima de toda uma organização, mas os autores consideram importante interpretar os resultados de toda a organização os resultados no nível em cada da área de trabalho, devido ao alto grau de variabilidade já identificado entre as unidades dentro da mesma organização. Os autores revelam ainda que a variabilidade dentro de uma organização não é exclusiva de serviços de saúde, pois há ainda maior variabilidade, dentro de uma companhia aérea, entre as frotas (tipos de aeronaves) e departamentos do que há entre organizações.

A opção por descrever e analisar dados, por unidades, corresponde à proposta de avaliação das semelhanças e diferenças entre as unidades selecionadas para o estudo, em relação ao SAQ e seus escores. Como todas as unidades fazem parte de uma única instituição, com características de estrutura e processos semelhantes, a revelação de diferenças significativas entre elas permite inferir que existem diferentes influências na cultura de segurança de uma equipe, para além de fatores institucionais.

A tabela 7 apresenta as médias e desvio padrão dos escores obtidos, por unidade, para os domínios e itens isolados do SAQ.

**Tabela 7: Distribuição dos escores do SAQ, conforme unidades pesquisadas. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**

	Unidades	SAQ total	Domínios						
			D1	D2	D3	D4	D5a	D5b	D6
A	Média (n)	71,5	80,5 (16)	77,5 (16)	91,6 (16)	63,7 (16)	78,0 (15)	63,2 (15)	75,0 (16)
	<i>Desvio padrão</i>	13,8	14,2	16,7	9,1	28,2	19,2	15,9	24,9
B	Média (n)	69,4	80,8 (15)	83,7 (15)	89,0 (15)	67,5 (15)	70,1 (12)	60 (14)	60,9 (15)
	<i>Desvio padrão</i>	12,4	15,9	11,0	12,8	30,2	23,0	24,5	19,8
C	Média (n)	69,9	71,4 (16)	70,3 (16)	88,7 (16)	62,9 (16)	73,4 (15)	59,4 (12)	67,6 (16)
	<i>Desvio padrão</i>	14,8	19,2	21,0	12,9	31,9	18,6	30,9	18,7
D	Média (n)	59,9	62,0 (23)	66,4 (23)	70,9 (23)	79,5 (23)	46,4 (21)	45,1 (21)	54,8 (23)
	<i>Desvio padrão</i>	9,2	19,7	14,6	19,9	15,6	20,1	20,3	23,3
E	Média (n)	66,7	71,0 (24)	74,9 (24)	85,6 (24)	71,7 (22)	69,5 (20)	57,7 (21)	58,9 (23)
	<i>Desvio padrão</i>	14,7	18,7	16,1	14,5	27,9	25,2	21,7	22,4
F	Média (n)	70,3	76,1 (18)	76,3 (18)	79,7 (18)	71,3 (18)	68,4 (17)	54,5 (17)	58,0 (18)
	<i>Desvio padrão</i>	14,8	20,5	17,9	21,4	25,6	27,0	23,7	18,2
G	Média (n)	70,7	81,4 (23)	78,1 (23)	84,5 (23)	65,6 (23)	71,0 (23)	55,0 (22)	68,9 (23)
	<i>Desvio padrão</i>	14,1	14,6	18,2	25,2	31,3	20,4	19,6	23,1
H	Média (n)	70,9	77,1 (16)	73,0 (16)	86,2 (16)	72,6 (16)	74,2 (12)	60,4 (12)	66,9 (15)
	<i>Desvio padrão</i>	11,6	15,1	14,1	14,3	22,6	24,7	24,1	16,1
I	Média (n)	65,6	69,5 (23)	72,3 (23)	77,8 (23)	61,7 (21)	63,0 (19)	60,3 (20)	61,9 (23)
	<i>Desvio padrão</i>	15,2	16,9	17,2	23,0	30,3	21,8	21,9	22,2
J	Média (n)	70,2	85,9 (16)	77,7 (16)	90,2 (16)	64,2 (16)	74,1 (16)	59,5 (16)	64,0 (14)
	<i>Desvio padrão</i>	8,4	10,7	16,5	11,9	22,6	20,4	17,8	19,3
K	Média (n)	58,6	62,4 (22)	59,0 (22)	69,3 (22)	79,0 (22)	45,5 (21)	45,5 (20)	63,2 (22)
	<i>Desvio padrão</i>	12,4	20,6	18,7	20,7	19,6	27,4	22,9	21,3
L	Média (n)	71,6	84,9 (17)	77,1 (17)	92,0 (17)	67,6 (17)	61,2 (16)	54,0 (17)	63,7 (17)
	<i>Desvio padrão</i>	11,1	10,2	16,5	9,8	22,2	19,6	18,8	28,7

Fonte: dados da pesquisa.

D1: clima de trabalho em equipe

D2: clima de Segurança

D3: satisfação no trabalho

D4: percepção de estresse

D5a: percepção da gerência da unidade

D5b: percepção da gerência do hospital

D6: condições de trabalho

As unidades com médias de escores gerais mais elevadas são as unidades A e L. As menores médias gerais foram encontradas nas unidades K e E. Os domínios que receberam as

piores avaliações, pontualmente, foram Percepção da gerência hospitalar (45,1) e Percepção da gerência da unidade (45,5) e os melhores foram Satisfação no trabalho (92,0) e Clima de trabalho em equipe (85,9).

Além de médias e desvios padrão relacionados aos escores do SAQ, cabe conhecer os dados, a partir do quantitativo de respostas consideradas positivas atribuídas a cada domínio. A tabela 14 apresenta estes dados para a média geral e para a média de cada um dos domínios, conforme as unidades de internação pesquisadas.

**Tabela 8: Distribuição de frequência absoluta e relativa dos escores do SAQ maiores ou iguais a 75 por unidades. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**

Domínios		Unidades											
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
SAQ total	≥75	9	5	5	2	8	6	9	7	6	5	1	8
	n (%)	(56,3)	(33,3)	(31,3)	(8,7)	(33,3)	(33,3)	(39,1)	(43,8)	(26,1)	(31,4)	(4,5)	(47,1)
D1	≥75	12	11	9	7	11	11	18	12	11	15	7	14
	n (%)	(75)	(73,3)	(56,3)	(30,4)	(45,8)	(61,1)	(78,3)	(75,0)	(47,8)	(93,8)	(31,8)	(82,4)
D2	≥75	10	12	7	8	15	12	13	7	11	12	6	12
	n (%)	(62,5)	(80)	(43,8)	(34,8)	(62,5)	(66,7)	(56,5)	(43,8)	(47,8)	(75)	(27,3)	(70,6)
D3	≥75	15	13	14	10	19	12	21	15	15	14	14	16
	n (%)	(93,8)	(86,7)	(87,5)	(43,5)	(79,2)	(66,7)	(91,3)	(93,8)	(65,2)	(87,5)	(63,6)	(94,1)
D4	≥75	9	8	7	15	12	11	13	8	11	7	15	7
	n (%)	(56,3)	(53,3)	(43,8)	(65,2)	(54,5)	(61,1)	(56,5)	(50,0)	(52,4)	(43,8)	(68,2)	(41,2)
D5a	≥75	10	6	8	2	12	9	9	9	8	10	4	6
	n (%)	(66,7)	(50,0)	(53,3)	(9,5)	(60,0)	(52,9)	(39,1)	(75,0)	(42,1)	(62,5)	(19,0)	(37,5)
D5b	≥75	5	5	5	2	4	4	3	5	6	4	3	2
	n (%)	(33,3)	(35,7)	(41,7)	(9,5)	(19,0)	(23,5)	(13,6)	(41,7)	(30,0)	(25,0)	(15,0)	(11,8)
D6	≥75	11	7	6	5	5	6	14	6	7	5	7	8
	n (%)	(68,8)	(46,7)	(37,5)	(21,7)	(21,7)	(33,3)	(60,9)	(40,0)	(30,4)	(35,7)	(31,8)	(47,1)

Fonte: dados da pesquisa.

D1: clima de trabalho em equipe

D2: clima de Segurança

D3: satisfação no trabalho

D4: percepção de estresse

D5a: percepção da gerência da unidade

D5b: percepção da gerência do hospital

D6: condições de trabalho

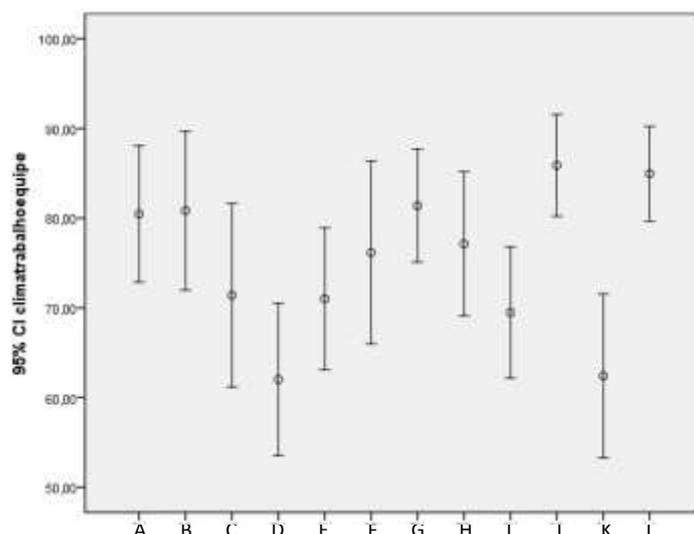
A tabela 8 demonstra diferenças entre o número e proporção de trabalhadores que avaliaram positivamente os domínios, conforme as unidades. Exemplos que merecem destaque são os domínios Clima de trabalho em equipe, cujas proporções de avaliações positivas dos trabalhadores variaram entre 31,8% e 93,8%; Clima de segurança, que variaram de 27,3% a 80%; Percepção da gerência da unidade, que variaram de 9,5% a 75%. Estas diferenças contribuem para a construção da ideia de que o clima de segurança do paciente é

diferente entre as unidades de internação da instituição espaço desta pesquisa e que estas diferenças precisam ser detalhadas.

### 5.3.1 Variância das médias dos domínios nas unidades

Algumas informações são consideradas relevantes para compreensão da proposta e estrutura deste estudo. Considera-se, concordando com Schwendimann, Milne e Frush et al. (2013), que os escores dos itens do SAQ refletem o nível de concordância do entrevistado diante de declarações individuais, os itens do questionário. Unidades com maiores proporções de concordância demonstram maior capacidade de adaptação a normas e comportamentos seguros. Contudo, uma única pontuação composta pela avaliação de seis dimensões de clima de segurança não reflete a natureza multidimensional da cultura de segurança em uma unidade, pois uma unidade que foi medíocre em todas as seis dimensões avaliadas pode ser clínica e funcionalmente distinta de uma unidade na qual três dimensões são extremamente positivas e outras três são extremamente negativas, mesmo estatisticamente equivalentes. Assim, as diferenças identificadas entre as unidades recebem uma análise mais aprofundada, descrita na sequência, considerando de cada domínio em separado. Os gráficos de média e barra de erro, a seguir numerados de 1 a 7, descrevem os comparativos de escores entre as unidades, conforme os domínios do SAQ. As barras de erro apresentadas, nos gráficos, foram calculadas a partir do intervalo de confiança de 95%. O Gráfico 1 revela, a seguir, como se comportam as médias do domínio **Clima de trabalho em equipe** entre as unidades.

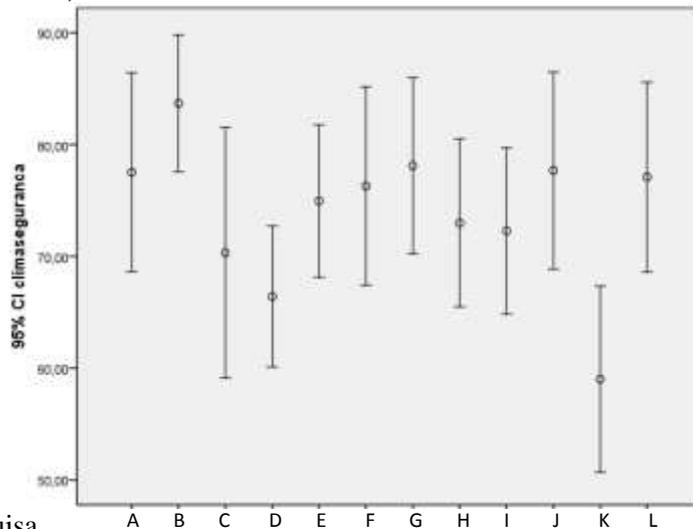
**Gráfico 1: Distribuição das médias dos escores do domínio Clima de trabalho em equipe. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**



Fonte: dados da pesquisa.

A análise de variância das médias dos escores do domínio **Clima de Trabalho em equipe**, a partir do teste de comparação múltipla, define que existem diferenças estatisticamente significativas entre, pelo menos, dois grupos de unidades, sendo que o teste post hoc de Tukey indica somente a unidade D como o destaque da média inferior do domínio e as unidades G, J e L como os destaques das médias superiores. O gráfico 2, a seguir, trata do domínio **Clima de segurança**.

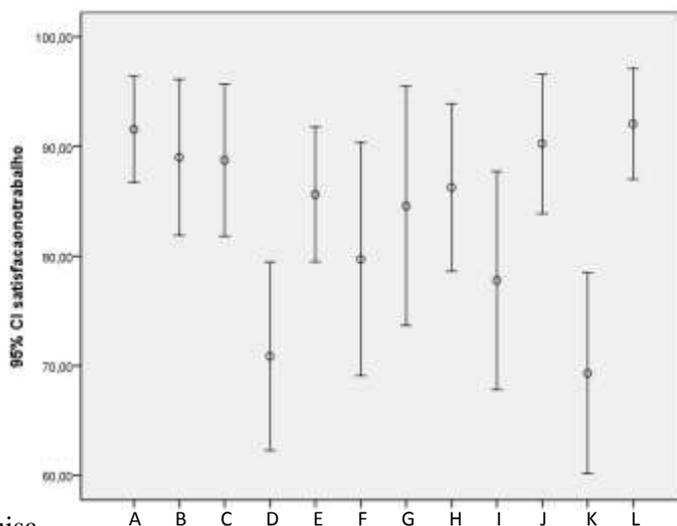
**Gráfico 2: Distribuição das médias dos escores do domínio Clima de segurança. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**



Fonte: dados da pesquisa.

O domínio **Clima de Segurança** apresenta diferenças significativas de avaliação, conforme unidades. O teste post hoc de Tukey indicou que as médias obtidas na unidade K (inferior) se diferem das médias das unidades A, B, G e J (superiores). O gráfico 3 revela o comportamento das médias do domínio **Satisfação no trabalho**.

**Gráfico 3: Distribuição das médias dos escores do domínio Satisfação no trabalho. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**

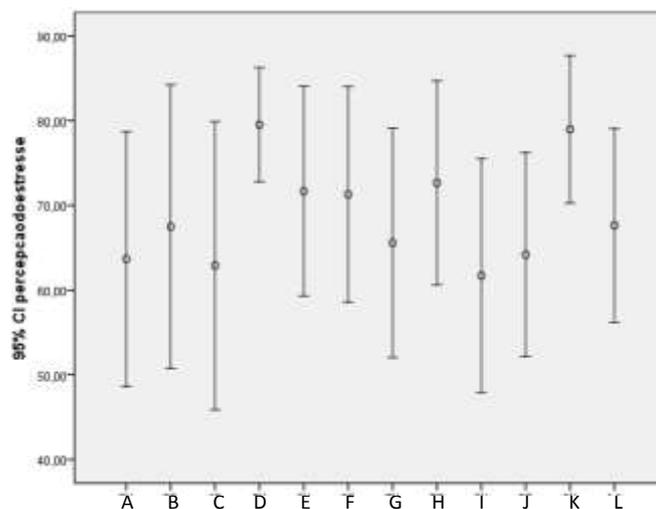


Fonte: dados da pesquisa.

Já o domínio **Satisfação no trabalho**, também, teve a variação de suas médias, entre as unidades, considerada estatisticamente relevante. A partir do teste post hoc de Tukey, foram identificadas diferenças entre os escores do K, inferior, e os escores das unidades A, J e L, superiores.

A **Percepção do estresse**, como domínio do SAQ, está descrita no gráfico 4. O teste de comparação múltipla não identificou variância estatisticamente significativa entre as unidades, em relação a este domínio.

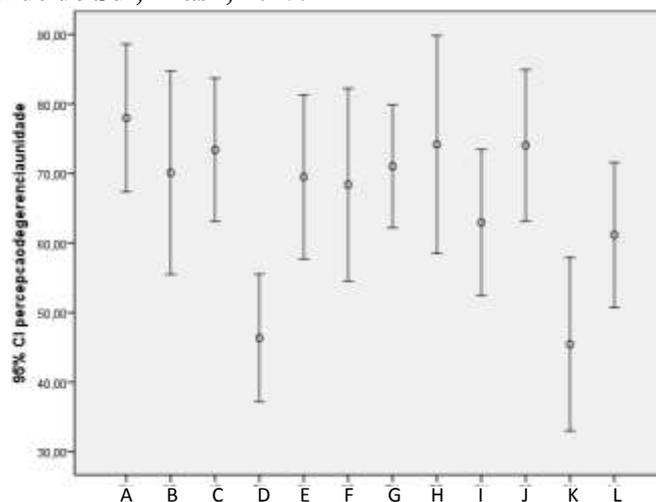
**Gráfico 4: Distribuição das médias dos escores do domínio Percepção do estresse. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**



Fonte: dados da pesquisa.

O gráfico 5 relata as comparações entre as médias dos escores das unidades no domínio **Percepção da gerência da unidade**.

**Gráfico 5: Distribuição das médias dos escores do domínio Percepção da gerência da unidade. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**

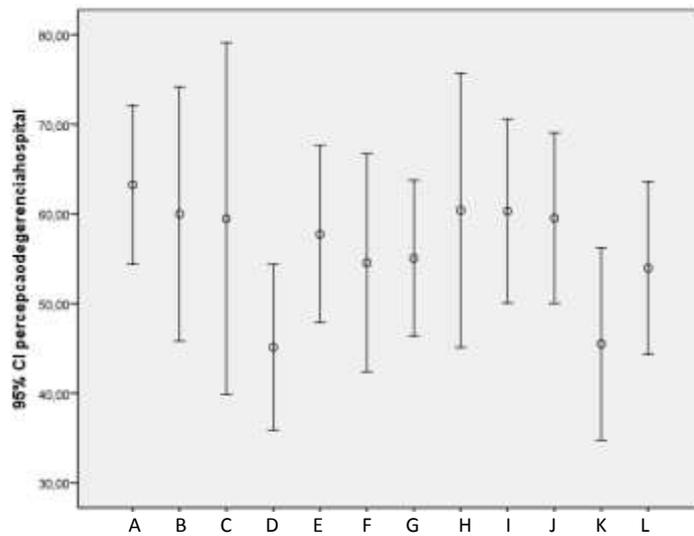


Fonte: dados da pesquisa.

A **Percepção da gerência da unidade** apresentou diferenças relevantes na análise de suas variâncias, sendo que as unidades D e K destacaram-se nos escores negativos e as unidades A, C, H e J destacaram-se nos escores positivos.

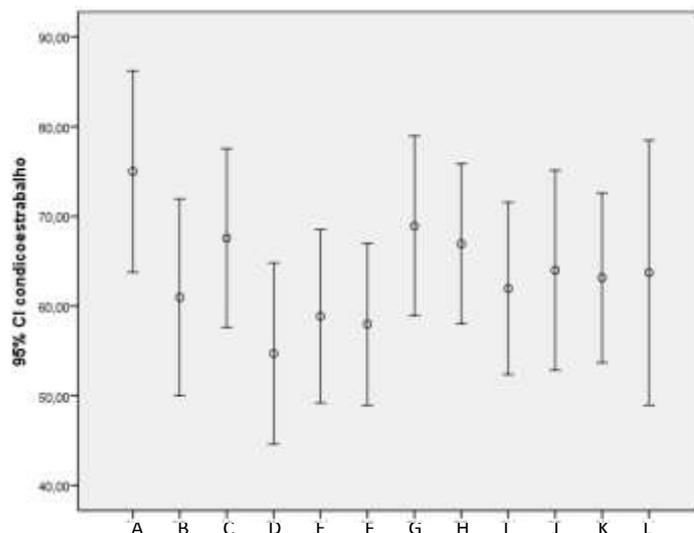
Nos gráficos 6 e 7, estão descritas as médias dos escores dos domínios **Percepção da gerência do hospital** e **Condições de trabalho**, respectivamente. Não foram verificadas variâncias estatisticamente relevantes entre as unidades, no contexto destes dois domínios.

**Gráfico 6: Distribuição das médias dos escores do domínio Percepção da gerência do hospital. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**



Fonte: dados da pesquisa.

**Gráfico 7: Distribuição das médias dos escores do domínio Condições de trabalho. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**



Fonte: dados da pesquisa.

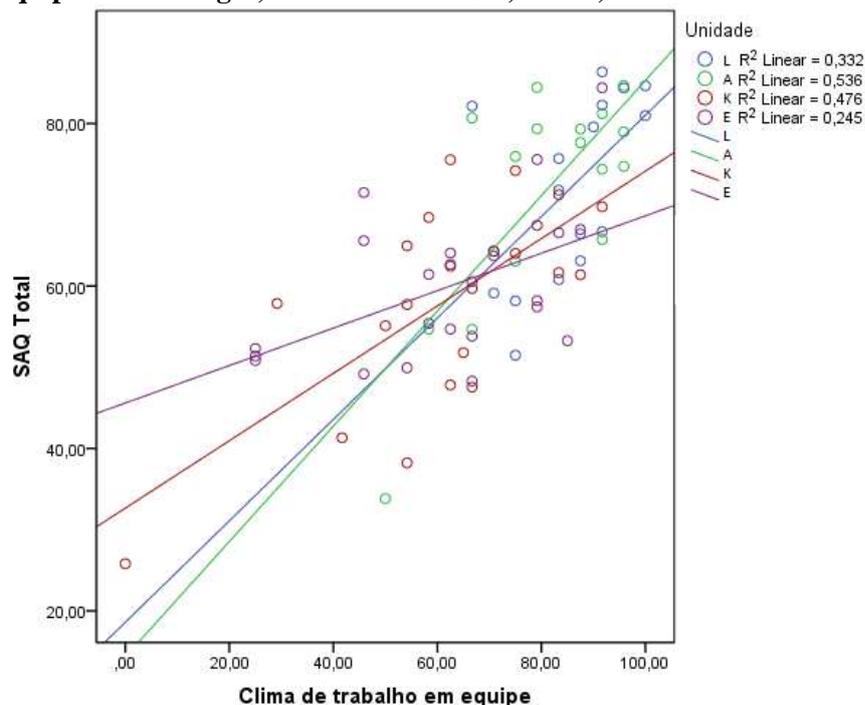
### 5.3.2 Análise dos domínios nas unidades com maiores e menores escores gerais

Ao considerar a variação entre os escores dos domínios, conforme unidades que se inserem na mesma estrutura organizacional, pode-se questionar quais domínios determinaram influência significativa no escore geral das unidades. Assim, selecionaram-se as duas unidades com melhores médias de escores gerais do SAQ e as duas unidades com as médias mais baixas para avaliação pormenorizada da influência dos escores de seus domínios.

As unidades A e L foram consideradas, separadamente, por apresentarem as maiores médias no SAQ, respectivamente, 71,5 e 71,6. As unidades E e K foram as que apresentaram menores médias, com 59,9 e 56,6. Inicialmente, comparou-se as médias dos escores dos domínios entre as unidades e identificou-se que Percepção de estresse, Condições de trabalho e o próprio SAQ total não diferiram estatisticamente entre as unidades selecionadas, a partir dos resultados da análise de variância ANOVA, seguido do teste post hoc de Tukey.

Assim, considerou-se os domínios com diferenças estatisticamente significativas entre as unidades para analisar como estes itens correlacionam-se com o SAQ total da sua respectiva unidade, empregando para tal tarefa o coeficiente de determinação, que corresponde ao quadrado do coeficiente de correlação. O gráfico 8 apresenta os coeficientes de determinação das quatro unidades selecionadas para o domínio Clima de trabalho em equipe.

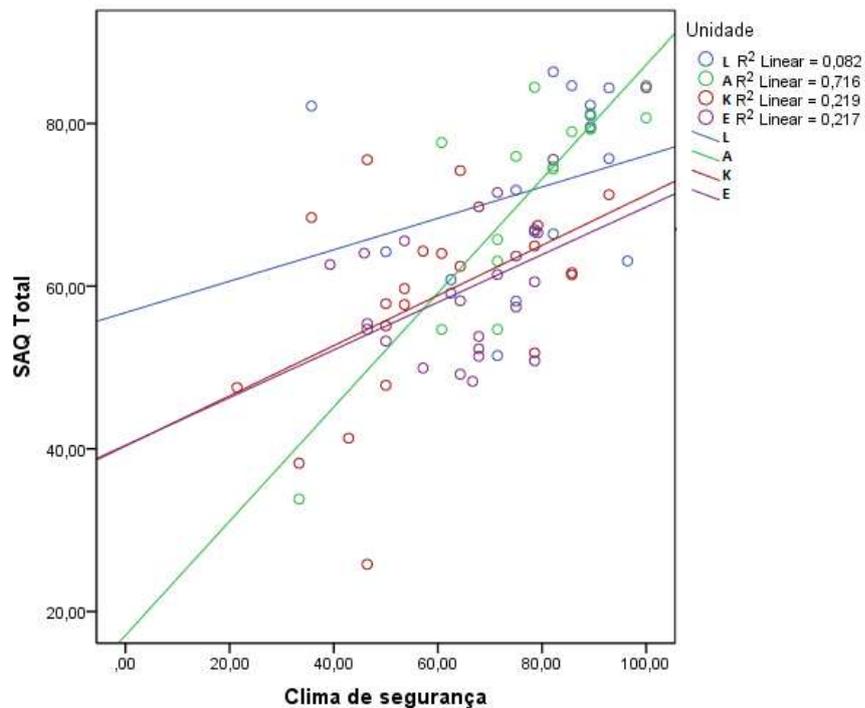
**Gráfico 8: Coeficientes de determinação de unidades selecionadas para o domínio Clima de trabalho em equipe. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**



Fonte: dados da pesquisa.

A interpretação do valor do coeficiente de determinação permite inferir que, aproximadamente, 54% da variabilidade da pontuação do SAQ total obtida, na unidade A, é explicada pela pontuação obtida no escore **Clima de trabalho em equipe** da unidade, assim como quase 48% da variabilidade do SAQ total, na unidade K. O gráfico 9 demonstra os coeficientes de determinação das unidades, em análise, para o domínio Clima de segurança.

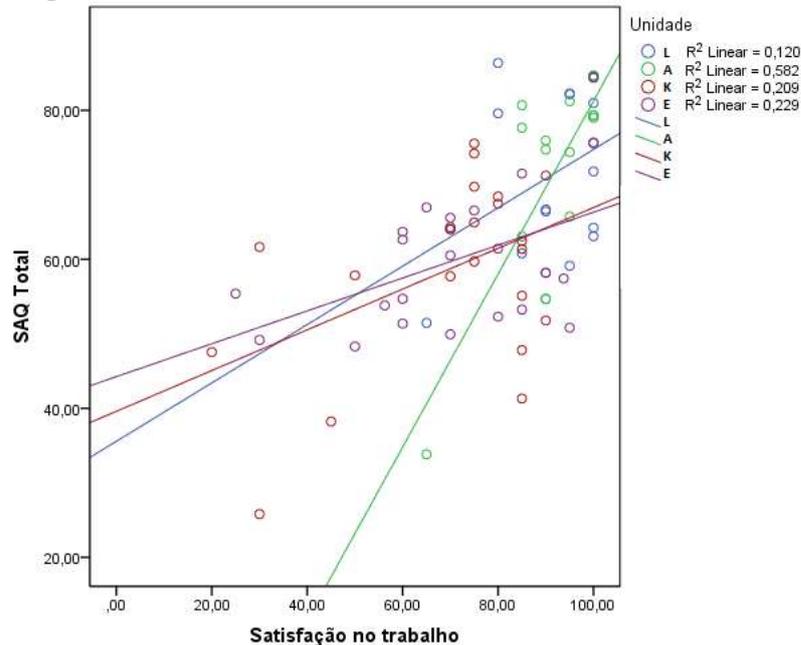
**Gráfico 9: Coeficientes de determinação de unidades selecionadas para o domínio Clima de segurança. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**



Fonte: dados da pesquisa.

O valor do coeficiente de determinação justifica para a unidade A, aproximadamente, 72% da variabilidade da pontuação do SAQ total, em função da pontuação do domínio **Clima de segurança** obtido na unidade. O gráfico 10 demonstra os coeficientes de determinação das unidades, em análise, para o domínio Satisfação no trabalho.

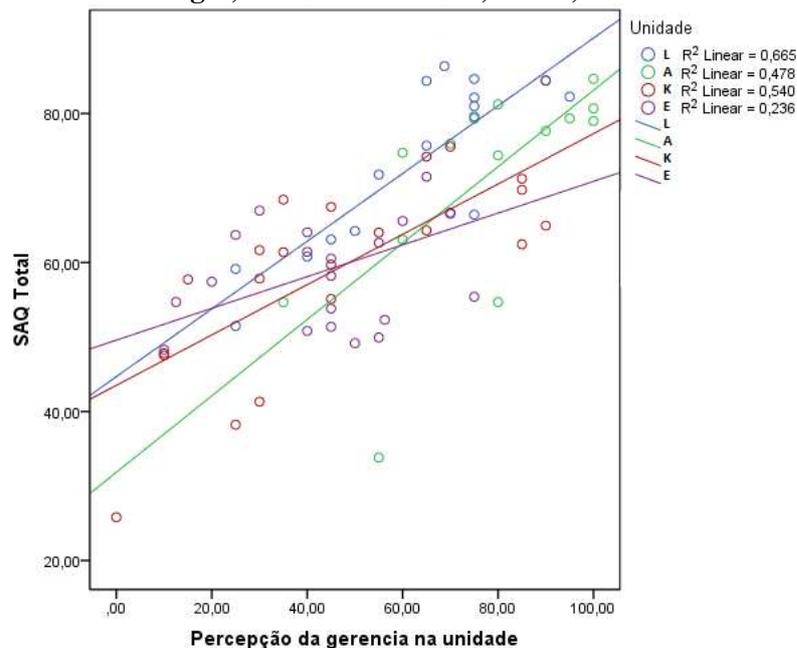
**Gráfico 10: Coeficientes de determinação de unidades selecionadas para o domínio Satisfação no trabalho. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**



Fonte: dados da pesquisa.

O valor do coeficiente de determinação justifica, para a unidade A, aproximadamente 58% da variabilidade da pontuação do SAQ total, em função da média do domínio **Satisfação no trabalho** obtido na unidade. O gráfico 11 apresenta os coeficientes de determinação das unidades, em análise, para o domínio Percepção da gerência da unidade.

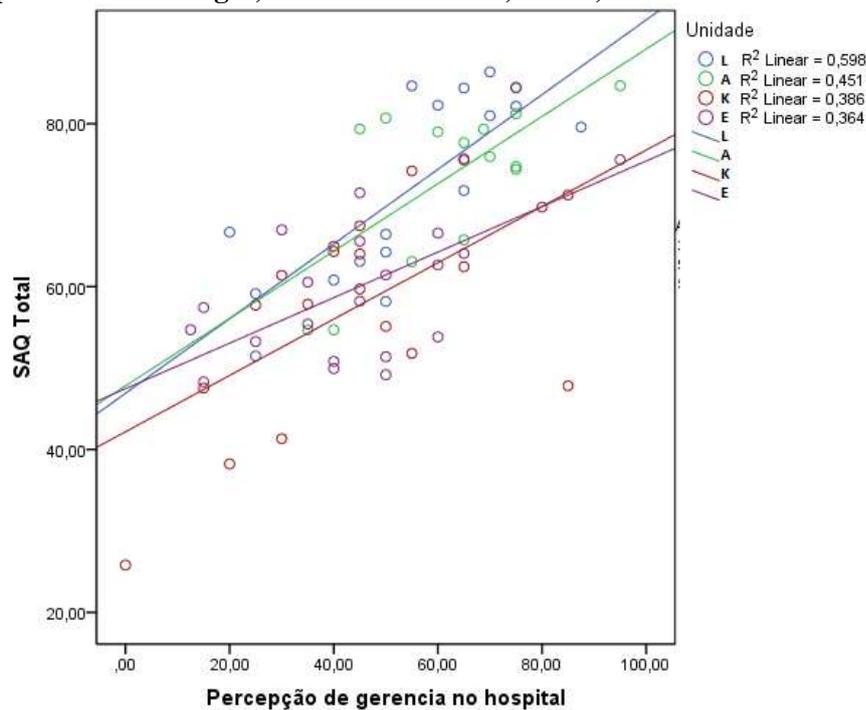
**Gráfico 11: Coeficientes de determinação de unidades selecionadas para o domínio Percepção da gerência da unidade. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**



Fonte: dados da pesquisa.

Nas unidades A, K e L, respectivamente, 66%, 54% e 48% das variabilidades dos SAQ total, obtidos a partir da avaliação realizada pela amostras de trabalhadores destas unidades, são explicadas pelos escores do domínio **Percepção da gerência da unidade**. O gráfico 12 revela como se comportam os coeficientes de determinação para o domínio Percepção da gerência hospitalar.

**Gráfico 12: Coeficientes de determinação de unidades selecionadas para o domínio Percepção da gerência hospitalar. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**



Fonte: dados da pesquisa.

A interpretação do valor do coeficiente de determinação permite inferir que, aproximadamente, 60% da variabilidade da pontuação do SAQ total da unidade L é explicada pelo escore do domínio **Percepção da gerência no hospital**. Da mesma forma, para as unidades A, K e E, a avaliação do domínio em questão explica, respectivamente, 45%, 39% e 36% da variabilidade do SAQ total.

Considerando os dados dos gráficos 8 a 12, é possível afirmar que os cinco domínios analisados explicam a pontuação do SAQ total das unidades, de forma distinta. A unidade A, que obteve a segunda melhor avaliação de SAQ total, dentre as 12 unidades analisadas, teve sua pontuação geral fortemente influenciada por todos os domínios analisados, em especial, o Clima de segurança e a Satisfação no trabalho. Já a unidade L, que obteve a melhor pontuação

de SAQ total, demonstrou ter sido influenciada significativamente pelo domínio percepção da gerência da unidade.

Considerando a unidade K, que obteve o menor escore geral, dentre todas as unidades, pode-se afirmar que os domínios que explicam, de forma significativa, o valor do SAQ total da unidade são Percepção da gerência da unidade, Clima de trabalho em equipe e Percepção da gerência hospitalar. Em relação à unidade E, a segunda menor média de escores, o domínio Percepção da gerência hospitalar explica, de forma mais significativa, o valor obtido na pontuação do SAQ total. De uma forma geral, os domínios que se mostraram mais influentes sobre a variabilidade dos escores das unidades que estão nos extremos de avaliação do SAQ total são Percepção da gerência da unidade e Percepção da gerência hospitalar.

### **5.3.3 Correlações entre variáveis e médias de escores conforme unidades**

Anteriormente, no início do capítulo de resultados, foi relatada a inexistência de correlações estatisticamente significativas entre escores do SAQ e as variáveis sexo, cargo e tempos de atuação na instituição e na profissão, considerando todos os 229 participantes, conjuntamente. Contudo, observou-se correlações estatisticamente significativas entre alguns domínios e características dos participantes, nos contextos das unidades, que podem fornecer informações sobre as possibilidades de comportamento das variáveis. Assim, a seguir, são descritas as análises destas correlações, no contexto das unidades, individualmente.

A tabela 9 apresenta a média dos escores geral e por domínios, conforme o sexo do participante. Nela, foram omitidas as informações das unidades C e H, por contarem com um ou nenhum participante do sexo masculino, na amostra incluída no estudo. Nos dados desta tabela, observa-se correlação estatisticamente significativa da diferença entre sexos, na avaliação do SAQ geral (unidade J) e dos domínios Clima de trabalho em equipe (unidade B), Clima de Segurança (unidade B), Satisfação no trabalho (unidade J), Percepção de estresse (unidade K), Percepção da gerência da unidade (unidades D e K), Condições de trabalho (unidade J).

**Tabela 9: Média dos escores geral e dos domínios por sexo, conforme unidades. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**

Domínio	Sexo	Unidades									
		A	B	D	E	F	G	I	J	K	L
SAQ Total	Masculino	66,6	57,4	52,3	68,8	74,4	72,0	59,2	<b>58,4</b>	68,7	70,6
	Media (DP)	(22,0)	(8,0)	(3,5)	(9,5)	(12,4)	(17,2)	(27,3)	<b>(1,4)</b>	(4,8)	(12,7)
	Feminino	73,1	71,3	61,5	66,2	70,5	70,2	67,2	<b>71,9</b>	59,3	72,0
	Media (DP)	(10,8)	(12,1)	(9,2)	(16,0)	(15,6)	(13,9)	(10,5)	<b>(7,6)</b>	(9,0)	(11,0)
	<i>p valor</i>	0,439	0,147	0,109	0,729	0,694	0,835	0,587	<b>0,029</b>	0,66	0,821
D1	Masculino	73,9	<b>52,1</b>	65,3	73,3	81,9	87,5	71,7	84,6	70,8	82,2
	Media (DP)	(19,5)	<b>(20,6)</b>	(2,4)	(17,1)	(14,6)	(14,0)	(26,6)	(7,7)	(12,2)	(9,1)
	Feminino	82,6	<b>85,2</b>	63,5	70,4	75,3	80,1	68,9	86,1	64,7	86,1
	Media (DP)	(12,4)	<b>(10,2)</b>	(19,8)	(19,5)	(22,5)	(14,8)	(14,2)	(11,2)	(16,5)	(10,9)
	<i>p valor</i>	0,307	<b>0,02</b>	0,707	0,763	0,635	0,370	0,832	0,861	0,501	0,488
D2	Masculino	69,0	<b>68,7</b>	60,3	79,0	78,6	86,7	65,7	62,5	73,2	78,6
	Media (DP)	(28,7)	<b>(2,9)</b>	(12,0)	(8,4)	(6,2)	(13,8)	(28,6)	(12,6)	(15,8)	(18,0)
	Feminino	80,3	<b>86,0</b>	67,2	73,9	75,6	76,3	74,1	79,8	57,8	76,5
	Media (DP)	(10,9)	<b>(9,9)</b>	(15,3)	(17,7)	(20,2)	(18,8)	(13,1)	(16,1)	(18,2)	(16,6)
	<i>p valor</i>	0,493	<b>0,034</b>	0,465	0,536	0,811	0,315	0,555	0,173	0,141	0,821
D3	Masculino	82,5	70,0	55,4	89,0	80,0	71,2	67,2	<b>75,0</b>	77,5	88,0
	Media (DP)	(12,6)	(14,1)	(5,0)	(13,9)	(17,3)	(41,1)	(38,9)	<b>(14,1)</b>	(8,7)	(15,2)
	Feminino	94,6	91,9	72,9	84,8	80,0	87,4	80,7	<b>92,4</b>	71,2	93,7
	Media (DP)	(5,4)	(10,3)	(20,8)	(15,0)	(23,5)	(21,1)	(16,9)	<b>(10,3)</b>	(20,4)	(6,8)
	<i>p valor</i>	0,15	0,1018	0,172	0,571	1,0	0,255	0,490	<b>0,049</b>	0,564	0,427
D4	Masculino	48,4	76,0	83,3	63,7	66,7	46,9	66,2	71,9	<b>60,9</b>	76,2
	Media (DP)	(26,2)	(25,4)	(23,7)	(25,9)	(20,1)	(41,0)	(31,1)	(22,1)	<b>(25,1)</b>	(19,0)
	Feminino	68,7	66,2	79,2	74,0	70,7	69,5	60,3	63,1	<b>84,0</b>	64,1
	Media (DP)	(28,1)	(31,6)	(15,2)	(28,8)	(27,4)	(28,7)	(31,0)	(23,2)	<b>(14,6)</b>	(23,2)
	<i>p valor</i>	0,225	0,684	0,684	0,483	0,815	0,195	0,720	0,624	<b>0,025</b>	0,318
D5a	Masculino	81,2	60	<b>22,5</b>	68,3	85,0	78,7	66,7	75,0	<b>76,2</b>	62,0
	Media (DP)	(19,3)	(-)	<b>(19,5)</b>	(16,0)	(21,8)	(19,3)	(14,4)	(14,1)	<b>(13,1)</b>	(26,3)
	Feminino	76,8	71,0	<b>50,0</b>	69,7	67,1	69,4	62,3	73,9	<b>41,7</b>	60,8
	Media (DP)	(19,9)	(23,9)	<b>(18,2)</b>	(26,9)	(27,0)	(20,8)	(23,2)	(21,6)	<b>(23,9)</b>	(17,2)
	<i>p valor</i>	0,707	-	<b>0,028</b>	0,934	0,307	0,419	0,686	0,948	<b>0,014</b>	0,914
D5b	Masculino	63,3	47,5	29,2	51,7	55,0	61,2	57,2	57,5	55,0	57,5
	Media (DP)	(12,6)	(24,7)	(26,7)	(7,6)	(22,9)	(30,9)	(34,2)	(24,7)	(21,2)	(22,8)
	Feminino	63,2	62,1	47,8	58,7	56,7	53,7	61,3	59,8	47,8	52,5
	Media (DP)	(17,2)	(25,0)	(18,7)	(23,2)	(24,1)	(17,1)	(17,7)	(17,9)	(20,5)	(17,8)
	<i>p valor</i>	0,992	0,459	0,147	0,613	0,912	0,497	0,809	0,870	0,551	0,632
D6	Masculino	69,8	56,2	53,5	66,2	54,2	82,3	60,0	<b>37,5</b>	66,7	53,3
	Media (DP)	(29,4)	(26,5)	(14,8)	(18,0)	(15,7)	(27,2)	(26,0)	<b>(0)</b>	(7,8)	(29,1)
	Feminino	76,7	61,7	54,3	56,8	60,3	66,1	62,5	<b>68,4</b>	67,7	68,0
	Media (DP)	(18,9)	(19,8)	(25,1)	(23,5)	(18,8)	(22,0)	(21,9)	<b>(17,0)</b>	(18,2)	(28,6)
	<i>p valor</i>	0,586	0,731	0,958	0,418	0,610	0,211	0,830	<b>0,029</b>	0,914	0,351

Fonte: dados da pesquisa.

D1: clima de trabalho em equipe

D2: clima de Segurança

D3: satisfação no trabalho

D4: percepção de estresse

D5a: percepção da gerência da unidade

D5b: percepção da gerência do hospital

D6: condições de trabalho

A tabela 10 apresenta a média dos escores geral e por domínios, conforme as categorias profissionais. Pode-se observar algumas correlações entre o cargo (enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem) e as médias dos escores do SAQ. Foram consideradas estatisticamente significativas as relações entre as profissões, no SAQ total (unidades C e G) e nos domínios Clima de trabalho em equipe (unidade L), Clima de Segurança (unidades C, I e K), Percepção da gerência da unidade (unidades C e L), Percepção da gerência hospitalar (unidade C), Condições de trabalho (unidades A e G).

**Tabela 10: Média dos escores geral e dos domínios por categorias profissionais, conforme unidades. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**

Domínio	Cargo	Unidades											
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
SAQ total	Enfermeiro Média (DP)	60,3 (19,2)	75,1 (10,5)	<b>83,6</b> <b>(15,0)</b>	64,1 (8,6)	71,0 (14,2)	76,6 (11,1)	<b>60,2</b> <b>(20,0)</b>	71,1 (9,8)	73,4 (13,7)	65,2 (9,1)	57,0 (8,1)	79,4 (8,7)
	Téc e aux Média (DP)	76,5 (7,0)	67,3 (12,8)	<b>65,2</b> <b>(12,1)</b>	58,4 (9,1)	65,2 (15,0)	67,9 (15,7)	<b>74,3</b> <b>(9,7)</b>	70,8 (12,6)	62,9 (15,1)	71,9 (7,9)	59,1 (13,8)	69,2 (10,9)
	<i>p valor</i>	0,132	0,304	<b>0,027</b>	0,198	0,428	0,279	<b>0,032</b>	0,973	0,144	0,184	0,721	0,111
D1	Enfermeiro Média (DP)	71,7 (19,4)	83,3 (13,1)	80,2 (23,7)	71,5 (15,5)	70,1 (19,6)	86,0 (11,9)	72,9 (17,6)	75,0 (12,2)	69,6 (21,4)	79,2 (5,9)	55,6 (13,6)	<b>93,8</b> <b>(5,3)</b>
	Téc e aux Média (DP)	84,5 (9,9)	79,9 (17,3)	68,4 (17,7)	58,7 (20,3)	71,2 (19,0)	72,3 (22,1)	84,3 (12,6)	77,8 (16,3)	69,5 (15,8)	88,1 (11,1)	65,0 (22,4)	<b>82,2</b> <b>(10,0)</b>
	<i>p valor</i>	0,222	0,729	0,306	0,175	0,899	0,215	0,099	0,756	0,988	0,151	0,350	<b>0,046</b>
D2	Enfermeiro Média (DP)	68,0 (22,5)	84,8 (7,9)	<b>88,4</b> <b>(20,9)</b>	69,7 (16,1)	77,3 (20,4)	85,1 (9,8)	69,8 (23,6)	73,2 (17,9)	<b>85,7</b> <b>(9,6)</b>	70,5 (21,7)	<b>45,8</b> <b>(15,1)</b>	87,5 (4,6)
	Téc e aux Média (DP)	81,8 (12,2)	83,2 (12,3)	<b>64,2</b> <b>(18,1)</b>	65,2 (14,3)	74,1 (15,1)	72,9 (19,3)	81,0 (15,7)	72,9 (13,6)	<b>67,5</b> <b>(16,9)</b>	80,0 (14,8)	<b>64,0</b> <b>(17,9)</b>	73,9 (17,6)
	<i>p valor</i>	0,131	0,821	<b>0,043</b>	0,527	0,680	0,202	0,203	0,972	<b>0,022</b>	0,335	<b>0,040</b>	0,155
D3	Enfermeiro Média (DP)	89,0 (14,3)	96,2 (4,8)	92,5 (11,9)	65,0 (22,8)	89,1 (12,0)	89,0 (14,7)	60,0 (41,4)	85,0 (9,1)	78,3 (16,9)	84,7 (15,1)	65,0 (25,7)	96,2 (4,8)
	Téc e aux Média (DP)	92,7 (6,1)	86,3 (14,0)	87,5 (13,6)	72,9 (19,0)	84,4 (15,4)	76,1 (22,9)	93,2 (5,5)	86,7 (16,0)	77,6 (25,2)	92,0 (10,8)	70,9 (19,2)	90,8 (10,8)
	<i>p valor</i>	0,466	0,198	0,523	0,413	0,503	0,266	0,107	0,848	0,946	0,297	0,561	0,347
D4	Enfermeiro Média (DP)	60,0 (32,1)	55,7 (22,4)	68,8 (47,3)	80,2 (13,9)	83,3 (25,5)	82,5 (14,2)	80,2 (22,9)	79,7 (17,2)	57,2 (32,4)	54,7 (20,7)	83,3 (19,2)	60,9 (34,8)
	Téc e aux Média (DP)	65,3 (27,9)	71,7 (32,4)	60,9 (27,6)	79,2 (16,5)	67,3 (28,2)	67,0 (28,0)	60,4 (32,8)	70,3 (24,3)	63,5 (30,4)	67,3 (23,2)	77,3 (20,1)	69,7 (18,4)
	<i>p valor</i>	0,739	0,383	0,687	0,905	0,240	0,262	0,189	0,491	0,684	0,349	0,537	0,656
D5a	Enfermeiro Média (DP)	69,0 (24,8)	78,8 (12,7)	<b>90,9</b> <b>(7,3)</b>	46,0 (18,5)	75,8 (15,3)	81,2 (12,9)	69,6 (31,9)	80,0 (10,8)	72,5 (21,1)	75,0 (10,8)	30,8 (28,5)	<b>77,5</b> <b>(12,6)</b>
	Téc e aux Média (DP)	82,5 (15,1)	67,2 (25,5)	<b>67,0</b> <b>(17,4)</b>	46,4 (21,1)	66,8 (28,5)	63,0 (29,9)	71,5 (16,0)	71,2 (29,6)	58,5 (21,4)	73,8 (23,1)	51,3 (25,5)	<b>55,7</b> <b>(18,7)</b>
	<i>p valor</i>	0,210	0,479	<b>0,021</b>	0,964	0,477	0,215	0,845	0,587	0,203	0,920	0,124	<b>0,050</b>

Domínio	Cargo	Unidades											
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
D5b	Enfermeiro Media (DP)	50,9 (16,1)	78,8 (18,0)	<b>87,5</b> <b>(11,9)</b>	59,0 (23,5)	71,2 (12,8)	68,0 (20,8)	50,0 (23,7)	60,0 (23,8)	60,0 (19,0)	55,6 (12,3)	45,0 (29,1)	57,5 (6,4)
	Téc e aux Media (DP)	67,7 (14,0)	52,5 (23,3)	<b>45,5</b> <b>(27,6)</b>	40,8 (17,9)	52,3 (22,4)	49,0 (23,2)	57,0 (18,3)	60,6 (25,8)	60,4 (23,7)	60,8 (19,6)	45,6 (21,7)	52,9 (21,3)
	<i>p valor</i>	<i>0,069</i>	<i>0,068</i>	<b><i>0,017</i></b>	<i>0,080</i>	<i>0,069</i>	<i>0,135</i>	<i>0,471</i>	<i>0,969</i>	<i>0,968</i>	<i>0,630</i>	<i>0,957</i>	<i>0,504</i>
D6	Enfermeiro Media (DP)	<b>58,3</b> <b>(28,7)</b>	67,2 (17,2)	73,4 (19,3)	53,1 (27,0)	59,3 (17,1)	67,5 (16,8)	<b>45,5</b> <b>(27,9)</b>	68,8 (11,4)	75,0 (24,4)	81,2 (10,8)	66,7 (20,8)	85,9 (12,9)
	Téc e aux Media (DP)	<b>82,6</b> <b>(11,6)</b>	58,7 (20,9)	65,6 (18,9)	55,2 (22,8)	58,7 (24,4)	54,3 (17,9)	<b>77,2</b> <b>(14,6)</b>	66,2 (17,9)	57,3 (20,1)	59,2 (18,6)	61,8 (22,0)	56,8 (29,0)
	<i>p valor</i>	<b><i>0,027</i></b>	<i>0,484</i>	<i>0,488</i>	<i>0,852</i>	<i>0,951</i>	<i>0,175</i>	<b><i>0,02</i></b>	<i>0,804</i>	<i>0,095</i>	<i>0,079</i>	<i>0,649</i>	<i>0,075</i>

Fonte: dados da pesquisa.

D1: clima de trabalho em equipe

D2: clima de Segurança

D3: satisfação no trabalho

D4: percepção de estresse

D5a: percepção da gerência da unidade

D5b: percepção da gerência do hospital

D6: condições de trabalho

A tabela 11 apresenta as correlações entre médias de escores e experiência profissional na instituição. Os dados demonstram que foi possível verificar correlação inversa, entre o tempo de atuação na instituição e o Clima de trabalho em equipe, em duas unidades (I e J). Para as mesmas unidades, foi possível, também, verificar correlações inversas, entre Clima de segurança e tempo de atuação na instituição. O domínio percepção do estresse obteve correlação inversa com o tempo de atuação na instituição na unidade L. Para o domínio percepção da gerência da unidade, a unidade K obteve correlação confirmada, inversa. Por fim, o escore SAQ total demonstrou correlação inversa para as unidades I e K. A tabela 12 apresenta as correlações entre médias de escores e tempo de atuação na profissão.

**Tabela 11: Correlações entre médias dos escores geral e dos domínios e tempo de atuação na instituição, conforme unidades. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**

Domínios		Unidades											
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
SAQ total	p valor	0,164	0,787	0,112	0,511	0,567	0,227	0,493	0,633	<b>0,004</b>	0,060	<b>0,019</b>	0,353
	Coefficiente de Pearson	-0,378	0,076	0,462	-0,161	0,129	0,320	0,151	-0,129	<b>-0,588</b>	<b>-0,535</b>	<b>-0,576</b>	-0,240
Clima de trabalho em equipe	p valor	0,116	0,917	0,100	0,933	0,761	0,283	0,650	0,941	<b>0,042</b>	<b>0,002</b>	0,057	0,948
	Coefficiente de Pearson	-0,423	-0,030	0,476	-0,021	-0,069	0,286	0,100	-0,020	<b>-0,437</b>	<b>-0,764</b>	-0,486	0,017
Clima de Segurança	p valor	0,283	0,461	0,108	0,663	0,373	0,355	0,770	0,714	<b>0,03</b>	<b>0,013</b>	0,351	0,683
	Coefficiente de Pearson	-0,296	0,206	0,467	0,107	0,200	0,248	0,064	-0,100	<b>-0,611</b>	<b>-0,667</b>	-0,249	0,107
Satisfação no trabalho	p valor	0,114	0,451	0,620	0,177	0,218	0,260	0,722	0,635	0,179	0,334	0,413	0,923
	Coefficiente de Pearson	-0,425	-0,211	0,152	0,324	0,273	0,300	0,078	-0,129	-0,297	-0,292	-0,220	0,025
Percepção de estresse	p valor	0,415	0,412	0,952	0,254	0,807	0,095	0,692	0,897	0,186	0,924	0,615	<b>0,036</b>
	Coefficiente de Pearson	-0,228	0,229	-0,018	-0,275	0,058	-0,431	0,087	-0,035	-0,300	-0,029	-0,136	<b>-0,510</b>
Percepção da gerência da unidade	p valor	0,855	0,931	0,403	0,813	0,765	0,331	0,845	0,924	0,052	0,414	<b>0,033</b>	0,734
	Coefficiente de Pearson	-0,054	0,028	0,254	-0,062	-0,076	0,270	-0,043	-0,031	-0,451	-0,248	<b>-0,551</b>	-0,092
Percepção da gerência hospitalar	p valor	0,492	0,553	0,231	0,773	0,564	0,796	0,195	0,071	0,061	0,493	0,104	0,655
	Coefficiente de Pearson	-0,200	-0,174	0,374	0,076	0,141	0,073	0,287	-0,538	-0,426	-0,209	-0,436	-0,117
Condições de trabalho	p valor	0,378	0,949	0,105	0,210	0,834	,0732	0,167	0,070	0,055	0,967	0,503	0,754
	Coefficiente de Pearson	-0,245	0,018	0,470	-0,301	0,049	0,093	0,298	-0,481	-0,414	-0,014	-0,181	0,082

Fonte: dados da pesquisa.

**Tabela 12: Correlações entre médias dos escores geral e dos domínios e tempo de atuação na profissão, conforme unidades. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.**

Domínios		Unidades											
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
SAQ total	p valor	0,199	0,838	0,112	0,649	0,848	0,485	0,632	0,766	<b>0,010</b>	<b>0,037</b>	0,163	0,107
	Coefficiente de Pearson	-0,351	0,058	0,462	-0,112	0,044	0,188	-0,106	-0,081	<b>-0,538</b>	<b>-0,581</b>	-0,366	-0,418
Clima de trabalho em equipe	p valor	0,416	0,783	0,083	0,894	0,774	0,792	0,949	0,962	0,145	<b>0,020</b>	0,903	0,695
	Coefficiente de Pearson	-0,227	-0,078	0,499	0,033	-0,067	0,071	-0,014	0,013	-0,321	<b>-0,632</b>	0,033	0,106
Clima de Segurança	p valor	0,210	0,432	0,130	0,781	0,313	0,720	0,592	0,982	<b>0,002</b>	0,113	0,376	0,419
	Coefficiente de Pearson	-0,344	0,220	0,443	-0,068	0,231	0,097	-0,118	0,006	<b>-0,624</b>	-0,461	0,237	0,217
Satisfação no trabalho	p valor	0,198	0,613	0,773	0,094	0,313	0,939	0,764	0,737	0,60	0,622	0,713	0,932
	Coefficiente de Pearson	-0,352	-0,142	0,089	0,395	0,231	0,021	-0,066	-0,091	-0,408	-0,151	0,100	0,023
Percepção de estresse	p valor	0,421	0,380	0,947	0,456	0,946	0,620	0,683	0,710	0,846	0,851	0,807	0,149
	Coefficiente de Pearson	-0,225	0,244	0,021	-0,182	0,017	-0,134	-0,090	-0,101	0,045	-0,058	-0,066	-0,378
Percepção da gerência da unidade	p valor	0,474	0,696	0,296	0,125	0,772	0,873	0,109	0,589	<b>0,056</b>	0,505	0,147	0,572
	Coefficiente de Pearson	-0,209	0,126	0,314	-0,387	-0,076	0,045	-0,343	-0,174	<b>-0,446</b>	-0,203	-0,394	-0,159
Percepção da gerência hospitalar	p valor	0,539	0,553	0,238	0,584	0,777	0,738	0,656	0,577	<b>0,036</b>	0,327	0,557	<b>0,024</b>
	Coefficiente de Pearson	0,180	-0,174	0,369	0,143	0,072	0,095	0,101	-0,179	<b>-0,471</b>	-0,295	-0,165	<b>-0,560</b>
Condições de trabalho	p valor	0,355	0,705	0,245	<b>0,037</b>	0,972	0,751	0,611	0,381	0,285	0,707	0,318	<b>0,013</b>
	Coefficiente de Pearson	-0,257	0,107	0,347	<b>0,480</b>	-0,008	-0,086	0,112	-0,244	-0,238	-0,128	0,266	<b>-0,605</b>

Fonte: dados da pesquisa.

A tabela 12 demonstra correlação estatisticamente relevante, entre o tempo de profissão e alguns domínios avaliados, em algumas unidades pesquisadas. Para o SAQ total (nas unidades J e I), Clima de trabalho em equipe (unidade J), Clima de segurança (unidade I), Percepção da gerência da unidade (unidade I), Percepção da gerência hospitalar (unidades I e L) e Condições de trabalho (unidade L), o coeficiente de Pearson foi negativo, demonstrando uma correlação inversa. Já, para o domínio Condições de trabalho, na unidade D, a correlação foi direta.

#### 5.4 CLIMA DE SEGURANÇA E INDICADORES DE QUALIDADE

Os resultados dos indicadores de qualidade considerados, nesta pesquisa, foram fornecidos pela Coordenação do Grupo de Enfermagem, com base na consulta ao ambiente de informações gerenciais da instituição. O quadro 4 apresenta os resultados dos indicadores de qualidade assistenciais e o quadro 5 apresenta os resultados dos indicadores de qualidade gerenciais selecionados para o período proposto.

**Quadro 4: Resultados dos indicadores de qualidade assistenciais nos períodos propostos, na instituição.**

Unidade	IQP	IUP	IUI jan-mai15	IVC jan-mai15	THM
<b>A</b>	2,59	2,59	6,02	3,04	80,3
<b>B</b>	0	0	4,47	0	90,9
<b>C</b>	5,47	0	4,05	3,51	46,5
<b>D</b>	4,64	0	5,38	4,01	77,8
<b>E</b>	0,73	0	9,99	3,13	73,9
<b>F</b>	7,83	0	2,97	2,62	63,9
<b>G</b>	2,21	1,44	2,96	1,44	78,9
<b>H</b>	1,46	1,46	3,54	1,72	56,5
<b>I</b>	0,77	1,54	0,7	2,82	64,8
<b>J</b>	4,02	0	2,36	2	76,2
<b>K</b>	0,75	2,99	2,34	5,67	61,2
<b>L</b>	2,21	3,31	3,54	0	71,3

Fonte: dados fornecidos pela Coordenação de Enfermagem da instituição.

IQP: taxa de incidência de queda de pacientes internados

IUP: incidência de úlcera de pressão

IUI: infecção urinária relacionada a procedimentos invasivos urinários

IVC: infecção Primária da Corrente Sanguínea Associada a Cateter Vascular Central

THM: taxa de adesão à higienização de mãos

**Quadro 5: Resultados dos indicadores de qualidade gerenciais nos períodos propostos, na instituição.**

Unidade	MPP	TSP	HTE jan-mai15	CTE enf	CTE tec	ABS	TUR
A	6,54	91,26	0	4,56	1,97	6,23	0
B	7,83	86,21	0	4,82	1,88	3,06	1,64
C	6,94	79,44	0	5,08	1,93	5,59	0
D	9,65	64,96	546,5	6,92	2,45	3,22	0
E	8,51	67,04	9	8,15	2,33	8,47	1,59
F	12,77	59,65	321,75	7,54	2,19	8,38	2,15
G	10,74	68,89	309,5	7,24	2,43	3,54	0
H	5,28	81,12	0	5,31	1,88	1,96	0
I	6,41	71,85	11	8,44	2,41	5,53	0,85
J	9,05	76,85	0	7,74	2,70	2,48	0
K	7,32	75,9	0	7,65	2,57	1,81	0
L	9,45	78,32	0	7,01	2,59	0,44	0

Fonte: dados fornecidos pela coordenação de enfermagem da instituição.

MPP: média de permanência dos pacientes

TSP: taxa de satisfação de pacientes internados com o cuidado de enfermagem

HTE: horas de treinamento da equipe de enfermagem

CTE enf: carga de trabalho de enfermagem Enfermeiro

CTE tec: carga de trabalho de enfermagem Técnico de enfermagem

ABS: absenteísmo

TUR: *turnover*

Observa-se que o indicador de qualidade gerencial Carga de Trabalho em Enfermagem, descrito no quadro 5, foi desmembrado em dois resultados distintos: carga de trabalho do enfermeiro e carga de trabalho do técnico de enfermagem. Para atender aos objetivos propostos, nesta pesquisa, relacionados à verificação da correlação entre escores obtidos no SAQ e resultados de indicadores de qualidade selecionados, considerou-se como unidade de observação as unidades de internação, e, como variáveis dependentes, nesta análise, os resultados dos 12 indicadores de qualidade assistenciais e gerenciais selecionados.

Para avaliar a correlação entre os valores de SAQ (total e domínios) obtidos nas unidades e os indicadores, foi necessário resumir os valores do SAQ nas unidades e optou-se pela mediana como medida de resumo. Considerou-se esta opção, pois a mediana corresponde a uma medida mais estável que a média, e, assim o sendo, se consegue garantir que não haverá grandes variações.

Ao cruzar as variáveis envolvidas, obtiveram-se 144 possibilidades de associação, resultando em seis correlações verificadas. Para fins de apresentação destes resultados, optou-se por descrever apenas as correlações estatisticamente significativas neste texto. Um quadro com o resultado de todas as correlações propostas é apresentado no apêndice D deste estudo.

A correlação entre domínio **Condições de trabalho** e o indicador **Incidência de úlcera de pressão** foi verificada com um p valor de 0,026 e um coeficiente de Pearson de 0,635.

O domínio **Clima de trabalho em equipe** obteve correlação estatisticamente significativa com o indicador **Infecção Primária da Corrente Sanguínea Associada a Cateter Vascular Central**, com um p valor de 0,002 e um coeficiente de Pearson de -0,788.

Este mesmo indicador ainda obteve correlação significativa com dois outros domínios: **Clima de segurança** (p=0,001 Pearson=-0,817) e **Satisfação no trabalho** (p=0,013 Pearson=-0,692).

O domínio **Satisfação no trabalho** está estatisticamente relacionado com o indicador **Horas de treinamento da equipe de enfermagem** com um p valor de 0,034 e um coeficiente de Pearson de -0,613. Este mesmo indicador também correlaciona-se com o domínio **Percepção da gerência do hospital** com um p valor de 0,023 e um coeficiente de Pearson de -0,648.

## 6 DISCUSSÃO

O capítulo de discussão deste estudo retoma os principais resultados descritos no capítulo anterior e procura estabelecer relações com o contexto da pesquisa e com alguns estudos publicados na área, numa proposta de aproximação dos dados empíricos com o referencial teórico. A sequência de apresentação das discussões não segue exatamente a disposição de apresentação dos resultados, mas os agrupa em temas que se aproximam, explicitando relações entre os dados obtidos na pesquisa.

Os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes em uma instituição de saúde, por configurarem comumente mais da metade da força de trabalho, exercem influência determinante sobre a cultura de segurança nestas organizações. Assim, mensurar aspectos da segurança do cuidado, a partir das percepções da equipe de enfermagem, mostra-se fundamental para identificação dos elementos críticos associados ao tema, ainda que tal mensuração esteja limitada a uma área profissional que é parte integrante da equipe de saúde, por natureza, multiprofissional.

Para início do exame dos resultados, aspectos de preenchimento do questionário são trazidos para esta discussão. A taxa de resposta deste estudo, pesando apenas as recusas dos participantes sorteados, foi de 93,8%, de acordo com os dados descritos no capítulo de metodologia. Toma-se esta como a proporção de retorno de questionários mesmo que o estudo tenha alcançado o total da amostra proposta, uma vez que todas as recusas foram substituídas, pois representa o quantitativo de profissionais de enfermagem inicialmente sorteados que decidiram não participar do estudo.

Entre os estudos brasileiros que avaliaram clima de segurança, Marinho, Radünz e Barbosa (2014) aplicaram o SAQ a uma amostra de 53 profissionais de duas unidades de internação cirúrgica de um hospital, em Florianópolis, e obtiveram uma taxa de resposta de 83,7% dos questionários. Correggio, Amante e Barbosa (2014) convidaram 148 trabalhadores de um centro cirúrgico, em um hospital no sul do Brasil, para responderem ao SAQ e obtiveram retorno dos questionários de somente 64,76% dos participantes convidados.

Em relação aos estudos de validação do SAQ, o trabalho de Carvalho e Cassiani (2012), que adaptou o questionário para a realidade brasileira, obteve retorno total de 86% dos 1.506 questionários distribuídos, em seis hospitais no país. Já o estudo de Kristensen, Sabroe e Bartels et al. (2015) validou o SAQ para a Dinamarca e incluiu 1.263 participantes, em seis hospitais dinamarqueses, obtendo uma taxa de retorno de 73,2% dos questionários. Outros estudos de validação do SAQ, realizados na Noruega (DEILKÅS, HOFLOSS, 2008),

Alemanha (DEVRIENDT; HEEDE; COUSSEMENT et al., 2012), Suíça (ZIMMERMANN; KÜNG; SEREIKKA et al., 2013) e Suécia (NORDÉN-HÄGG et al., 2010) encontraram taxas de retorno de questionários, entre 53% e 80%.

A proporção de retornos obtidos em estudos que avaliam clima de segurança varia, de acordo com as informações relatadas em diferentes estudos, porém se pode afirmar que a elevada taxa de resposta do presente estudo demonstra a aceitabilidade de medir clima de segurança, por meio do SAQ, no contexto estudado.

Em relação às experiências prévias com o SAQ, um quantitativo importante de participantes respondeu à questão, afirmando não ser a primeira vez que respondiam a este instrumento. Como não foram publicadas pesquisas que mensuraram clima de segurança, com o SAQ ou com outro instrumento, no contexto estudado, relaciona-se a experiência destes participantes com as pesquisas bianuais, promovidas na instituição, para estudar o clima organizacional, cujas questões podem demonstrar alguma aproximação semântica com os itens do questionário de atitudes de segurança.

Tradicionalmente, na área da enfermagem, há uma predominância de profissionais do sexo feminino, por fatores históricos e culturais, ainda considerados presentes na sociedade (LOPES; LEAL, 2005). Os resultados do presente estudo corroboram esta assertiva, havendo um considerável predomínio de profissionais do sexo feminino entre os participantes. Interessante, contudo, ao considerar este contexto, foram as diferenças na percepção do clima de segurança encontradas entre os sexos, em algumas unidades pesquisadas.

Conforme os resultados descreveram, obtiveram-se diferenças estatisticamente relevantes entre as médias do clima de segurança e o sexo do participante para o SAQ total para os domínios Clima de trabalho em equipe, Clima de Segurança, Satisfação no trabalho, Percepção de estresse, Percepção da gerência da unidade e Condições de trabalho (para apenas uma unidade em cada domínio citado). Para somente o domínio Percepção da gerência da unidade (e em somente uma unidade das duas consideradas relevantes), as diferenças entre os sexos indicaram uma avaliação mais positiva por homens que por mulheres. Para todos os outros domínios citados, nas unidades com relevância estatística, as mulheres realizaram avaliações mais positivas que os homens. Estas informações, no entanto, devem ser tomadas com cautela, uma vez que a amostra deste estudo não foi estratificada para representar sexos, mas, primeiramente, categorias profissionais.

Tanto a versão original do SAQ – *short form* – como a versão adaptada para o Brasil, questiona os participantes sobre o tempo na especialidade. Por entender que o termo “especialidade” poderia carecer de sentido, em alguns casos, nesta pesquisa, optou-se por

dividir a questão entre tempo na instituição e na profissão, para melhor compreensão dos participantes.

Estudos publicados (RIGOBELLO, CARVALHO, CASSIANI et al., 2012; COREGGIO, AMANTE, BARBOSA, 2014; MARINHO, RADÜNZ, BARBOSA, 2014 ) incluem trabalhadores a partir de um mês de experiência na instituição, de acordo com o mínimo de experiência no contexto recomendado por Sexton, Helmreich e Neilands et al. (2006). Nesta pesquisa, empregou-se como critério de inclusão um ano de atuação na instituição, para garantir que o trabalhador, além de estar familiarizado com as rotinas e com o processo de trabalho, pudesse ter participado de momentos de educação em serviço ofertados na instituição, bem como ter participado de avaliação de desempenho (que nessa instituição é, no mínimo, anual). Assim, procurou-se garantir que os trabalhadores participantes tivessem experiência suficiente para responder o SAQ, a partir de suas vivências dos processos institucionais, o que pode ser considerado como um qualificador da avaliação realizada.

O tempo de atuação na instituição teve grande variabilidade entre os respondentes: os dados geraram uma mediana de nove anos e um tempo máximo de 36 anos completos, características esperadas em uma instituição de grande porte, como o hospital que foi espaço da pesquisa.

Os resultados dessa pesquisa demonstraram correlação inversa entre o tempo de atuação na instituição e as médias de escores do clima de segurança para os domínios Clima de trabalho em equipe, Clima de segurança, Percepção do estresse, Percepção da gerência da unidade e também para o SAQ total, em algumas das unidades pesquisadas. Ou seja, considerando estes resultados, à medida que os profissionais de enfermagem das unidades em discussão foram adquirindo mais tempo de trabalho na instituição, passaram a perceber mais negativamente os domínios de clima de segurança citados.

Esses resultados encontram correspondência com o estudo de Tomazoni, Rocha e Souza et al (2014), que apurou que, quando os participantes tinham menos de um ano de trabalho, no hospital pesquisado, o percentual de avaliações positivas do clima de segurança tendia a ser maior, em relação aos que tinham mais de um ano de trabalho. Já o estudo de Fernandes e Queirós (2011), realizado no contexto de um hospital português, investigou a relação das respostas obtidas nos escores de clima de segurança com a idade dos profissionais. As autoras identificaram, inversamente aos achados dos estudos brasileiros, que os profissionais mais jovens avaliaram mais negativamente os aspectos de clima de segurança identificados, ao passo que os profissionais com mais idade tenderam a avaliar de forma mais positiva o clima de segurança naquele espaço.

O tempo de atuação na profissão obteve como média 16,85 anos, caracterizando uma amostra de trabalhadores com considerável experiência profissional. Assim, como em relação ao tempo de atuação na instituição, observou-se correlação estatisticamente relevante entre o tempo de profissão e alguns domínios avaliados, em algumas unidades pesquisadas, para o SAQ total e para os domínios Clima de trabalho em equipe, Clima de segurança, Percepção da gerência da unidade e Percepção da gerência hospitalar. Para estes domínios, as correlações verificadas foram inversas. Ou seja, quanto mais tempo de profissão os participantes têm, menores foram as médias atribuídas aos domínios do clima de segurança, no instrumento pesquisado.

Contudo, em relação ao domínio Condições de trabalho, houve correlação para duas unidades, uma foi inversa, a exemplo das anteriormente citadas, e outra foi direta. Para esta última unidade, as médias de escores mais altos foram encontradas nos trabalhadores que estão há mais tempo na profissão. Em relação a este domínio específico, a pior avaliação de condições de trabalho na instituição foi realizada pelos trabalhadores da unidade D, espaço no qual a correlação foi direta. Nesta unidade, especificamente, pode-se entender que, mesmo sendo consideradas de forma mais negativa, em relação às condições de trabalho nas outras unidades da instituição, estas condições melhoraram ao longo do tempo, mudança que pode ser percebida, apenas, pelos profissionais há mais tempo na profissão. Essa afirmativa deve ser observada com precaução, uma vez que não houve correlação estatisticamente significativa para os domínios do SAQ e tempo de atuação na instituição, na unidade D. De toda forma, considera-se que o comportamento do fator tempo na profissão no clima de segurança do contexto estudado requer maior investigação, para compreensão dos fatores que podem interferir nessa realidade.

Para Tomazoni, Rocha e Souza et al. (2014), a condição tempo de trabalho na profissão não demonstrou diferença significativa com o número de respostas positivas, em relação ao clima de segurança. Contudo, o estudo identificou que os participantes que responderam não terem notificado eventos adversos recentemente, com mais frequência, foram aqueles com mais de 21 anos de profissão.

A relação entre notificação de eventos adversos e tempo na profissão foi diferente, no estudo de El-Jardali, Dimassi e Jamal et al. (2011), que analisou elementos do clima de segurança e a notificação de incidentes em saúde, no Líbano. A pesquisa revelou que a frequência de incidentes relatados aumenta com o aumento de anos de experiência. Já a pontuação para a percepção da segurança do paciente diminuiu, conforme a experiência no hospital aumentou, nesse estudo, cujos participantes constituíram-se de 6.807 profissionais de

saúde. Estudo publicado por Bodur e Filiz (2009) também demonstrou que os escores de cultura de segurança do paciente diminuem à medida que aumenta a experiência profissional.

Entende-se, dessa forma, que, à medida que as pessoas tornam-se mais experientes, tornam-se também mais conscientes das práticas de segurança empreendidas nas instituições em que trabalham. Quando a percepção do clima de segurança e seus domínios diminuem com o aumento dos anos de experiência, isso pode significar que os membros da equipe não concordam que as práticas, sistemas e procedimentos nos hospitais agem como barreiras para erros e problemas de segurança do paciente. Considerando os resultados desta pesquisa e os achados da literatura, entende-se que o tempo de trabalho na instituição e o tempo de experiência profissional podem influenciar, de formas distintas, a cultura de segurança nas instituições de saúde, achado também corroborado por Tomazoni, Rocha e Souza et al. (2014).

As diferenças entre categorias profissionais da equipe de enfermagem, em termos de atitudes percebidas de segurança do paciente, só foram relevantes em ambientes selecionados e não podem ser afirmadas para toda amostra. O clima de segurança, bem como seus domínios, não é percebido de forma distinta entre as diferentes categorias profissionais da enfermagem, na instituição pesquisada, de uma forma geral.

Ao observar o Clima de trabalho em equipe, as duas unidades que obtiveram relevância estatística na associação em análise, avaliam o domínio de forma diferente. Na unidade G, os técnicos e auxiliares de enfermagem relataram média superior à média dos enfermeiros. Ou seja, para esta unidade existem diferenças entre a avaliação de auxiliares e técnicos em relação à avaliação de enfermeiros para o Clima de trabalho em equipe, enquanto domínio do clima de segurança, sendo mais positivo para os profissionais de nível médio. Já na unidade L, esta relação é inversa: os enfermeiros percebem o Clima de trabalho em equipe de forma mais positiva que os técnicos e auxiliares da unidade.

Em relação ao domínio Clima de Segurança, três unidades revelaram relevância estatística. Para as unidades C e I, o Clima de segurança é mais positivo para os enfermeiros, ao passo que na unidade K, são os técnicos e auxiliares de enfermagem que o consideram mais positivo.

Para o domínio Percepção da gerência da unidade, o comportamento da associação entre categorias profissionais foi único nas unidades que houve significância estatística: os enfermeiros das unidades C e L percebem a atuação da gerência da unidade para a segurança do paciente mais positivamente que os técnicos e auxiliares de enfermagem de suas respectivas unidades.

As diferenças entre enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, na Percepção da gerência hospitalar, em relação à segurança do paciente, foram relevantes apenas na unidade C, sendo que os enfermeiros consideram o domínio mais positivamente que os técnicos e auxiliares de enfermagem. Já nas unidades A e G, a percepção das Condições de trabalho em relação à segurança do paciente é melhor para os técnicos e auxiliares de enfermagem, em relação aos enfermeiros.

Para a média da avaliação geral do clima de segurança, o SAQ total, houve significância estatística para as unidades C e G, sendo que, na primeira unidade, a avaliação mais positiva foi realizada pelos enfermeiros e, na segunda unidade, pelos técnicos e auxiliares de enfermagem.

O trabalho de Tomazoni, Rocha e Souza et al. (2014), ao analisar os escores dos diferentes cargos em relação ao clima de segurança, identificou que os médicos constituíram a categoria profissional que apresentou maior percentual de respostas positivas, diferindo das respostas obtidas pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Já Rigobello, Carvalho e Cassiani et al. (2012) estudaram o clima de segurança entre os membros da equipe de enfermagem, exclusivamente de forma descritiva, e identificaram que os enfermeiros gerentes apresentaram, em média, escores mais positivos, enquanto os auxiliares e técnicos da amostra apresentaram escores mais negativos.

O trabalho de Gabrani, Hoxha e Simaku et al. (2015) analisou correlações das médias do SAQ entre enfermeiros e médicos em quatro instituições hospitalares na República da Albânia e identificou que os enfermeiros perceberam menor Satisfação no trabalho, piores Condições de trabalho, um nível mais baixo de trabalho em equipe e mais pobres percepções de gestão em comparação aos médicos. Por diferenças entre a composição dos níveis de formação e tarefas típicas dos membros da equipe de enfermagem, entre os diversos países, as diferentes percepções de clima de segurança entre profissionais de diferentes níveis de enfermagem não costumam ser objeto de pesquisa internacional.

Houve resultados mistos em relação à diferença entre os médicos e os enfermeiros no estudo de Poley, Bos e Starre et al. (2011) em três domínios (Clima de trabalho em equipe, Clima de segurança e Percepção do stress), nos quais os médicos demonstraram melhores resultados do que os enfermeiros. Já nos domínios Percepção da gerência e Condições de trabalho, os enfermeiros apresentaram escores consistentemente mais elevados.

O estudo de Gama, Oliveira e Hernández (2013) avaliou a cultura de segurança do paciente junto a 1.113 profissionais em oito hospitais públicos espanhóis e identificou

correlações positivas entre cargo e clima de segurança, sendo que o profissional enfermeiro foi o que avaliou mais positivamente a segurança do paciente.

Resultados distintos foram encontrados no trabalho de Huang, Clermont e Sexton et al. (2007), realizado em diferentes unidades de terapia intensiva de um hospital terciário, a partir do SAQ. O estudo identificou que, em comparação aos médicos, enfermeiras tinham médias significativamente menores para os domínios Condições de trabalho e Percepção da gerência.

O estudo de Wagner, Capezuti e Rice (2009) investigou 550 enfermeiros atuantes em instituições de longa permanência dos Estados Unidos e Canadá e mostrou que, embora pertencendo à mesma profissão, o cargo ocupado dentro da organização influenciou a avaliação da segurança do paciente. As enfermeiras com cargos de gerência apresentaram tendência em avaliar a cultura de segurança mais positivamente do que as enfermeiras assistenciais naqueles contextos.

A pesquisa de Chaboyer, Chamberlain e Hewson-Conroy et al. (2013) revela que quatro domínios são melhor avaliados por médicos, em comparação com enfermeiras: Satisfação no trabalho, Clima de trabalho em equipe, Clima de segurança e Condições de trabalho. Além disto, o estudo identificou que os domínios Percepções de gestão hospitalar e Condições de trabalho foram considerados inferiores por gerentes de enfermagem do que por enfermeiras assistenciais.

De uma forma geral, tomando a avaliação de todos os participantes, os domínios melhor avaliados pelos participantes deste estudo foram Satisfação no trabalho e Clima de trabalho em equipe. Já os domínios com menores médias atribuídas foram Percepção da gerência hospitalar e Condições de trabalho. Apenas o domínio Satisfação no trabalho obteve média superior a 75 pontos, considerada como avaliação positiva pelos autores do instrumento.

Estes resultados são semelhantes aos do estudo de France, Greevy e Liu et al. (2010) que, com auxílio do SAQ, avaliaram o clima de segurança junto a 1502 médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, gerentes e outros profissionais de saúde em 110 unidades de terapia intensiva de 61 hospitais americanos. Os resultados indicam que as médias dos domínios Percepção da gerência e Condições de trabalho são significativamente menores que as outras médias de domínios do clima de segurança.

Da mesma forma, o estudo de Chaboyer, Chamberlain e Hewson-Conroy et al. (2013), que analisou o clima de segurança por meio do SAQ aplicado a 672 médicos e enfermeiros atuantes em 10 unidades de terapia intensiva australianas, encontrou entre a maior média no

domínio Clima de trabalho em equipe e as menores médias nos domínios Percepção da gerência hospitalar e Condições de trabalho.

A avaliação negativa do domínio Percepção da gerência da unidade também foi encontrada no estudo de Profit, Etchegaray e Petersen et al.,(2012), realizado por meio do SAQ com 547 enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, secretários de unidade e médicos de 12 unidades de terapia intensiva neonatal de um único sistema de saúde. Este domínio foi o que recebeu a pior avaliação na pesquisa, seguido do domínio Percepção de estresse. Resultados semelhantes para as médias menores de domínios foram ainda encontrados no estudo de Schwendimann, Milne e Frush et al. (2013), que, em concordância com este estudo, encontrou as médias mais elevadas no domínio Satisfação no trabalho.

Em relação a estudos realizados no Brasil com o SAQ, Rigobello, Carvalho e Cassiani et al. (2012) avaliaram o clima de segurança presente em um hospital localizado na cidade de Ribeirão Preto (SP), junto a 203 profissionais de enfermagem. Os resultados da avaliação confirmam os encontrados na presente pesquisa: o domínio Satisfação no trabalho foi o melhor avaliado, enquanto o domínio Percepção da Gerência apresentou valores mais baixos.

O estudo de Coreggio, Amante e Barbosa (2014), realizado com 68 profissionais médicos e da equipe de enfermagem atuantes em um centro cirúrgico de um hospital localizado no sul do Brasil, encontrou resultados diversos dos revelados pela presente pesquisa, utilizando versão não validada do SAQ. Entre as seis dimensões de segurança avaliadas no trabalho, a média mais elevada foi atribuída à dimensão Clima de Trabalho em Equipe (segunda melhor avaliada no presente estudo), enquanto a menor média foi encontrada no domínio Clima de segurança. Além disto, todos os domínios obtiveram médias abaixo de 75 pontos, revelando que os trabalhadores não percebem um clima de segurança para executar o seu trabalho.

Marinho, Radünz e Barbosa (2014) avaliaram o clima de segurança junto a 46 profissionais de enfermagem de duas unidades de internação cirúrgica, de um hospital universitário catarinense. Todas as dimensões avaliadas obtiveram valores inferiores ao mínimo positivo para a cultura de segurança, sendo que os menores escores foram encontrados para Percepções da gerência e Condições de trabalho, ao passo que o maior escore foi identificado no domínio Satisfação no trabalho, em acordo com os achados desta pesquisa.

Cauduro, Sarquis e Sarquis et al. (2015) pesquisaram clima de segurança junto a 132 trabalhadores (médicos e enfermeiros) de dois centros cirúrgicos de hospital de ensino do sul

do Brasil, e também identificaram as maiores médias para o domínio Satisfação no Trabalho e as menores para Percepção da Gerência, porém, especificamente a gerência da unidade.

A avaliação do clima de segurança das unidades estudadas, tomando-as individualmente e procurando correlações, apresenta diversas limitações, descritas na sequência da tese, porém encontra fundamento em estudos internacionais. Schwendimann, Milne e Frush et al. (2013) exploraram a variabilidade das dimensões do clima de segurança dentro e entre dois hospitais suíços e 10 hospitais norte americanos, com 1370 profissionais, em 54 unidades, utilizando o SAQ. Os autores afirmam que, de uma forma geral, seus resultados revelaram variabilidade de cultura de segurança mais significativa dentro do que entre os países, fato também encontrado nos estudos de Deilkas e Hofoss (2008), Lee, Wung e Liao et al. (2010), Sexton, Helmreich e Neilands et al. (2006), estudos que destacam as unidades como fonte primordial da variabilidade e não as instituições ou mesmo os países. Na avaliação geral do estudo dos autores, quatro das seis dimensões de cultura de segurança variaram significativamente ao nível da unidade para toda a amostra e no interior de cada um dos países avaliados, mas os autores afirmam que um dos resultados mais robustos do estudo é que o Clima de trabalho em equipe e o Clima de segurança variam mais em nível de unidade do que entre hospitais. Apesar de algumas diferenças significativas entre os países, foi o nível das unidades que consistentemente ganhou a significância estatística (SCHWENDIMANN; MILNE; FRUSH et al., 2013).

Os resultados da presente pesquisa confirmaram variância entre unidades para os domínios Clima de Trabalho em equipe, Clima de Segurança, Satisfação no trabalho e Percepção da gerência da unidade, quando realizada a comparação entre as 12 unidades envolvidas. A maioria das unidades não demonstrou diferenças entre si em grande parte dos domínios, porém, para os anteriormente citados, houve a confirmação de diferenças significativas envolvendo, no mínimo, três unidades em cada um. Ao se analisar apenas as duas unidades com melhor avaliação geral do SAQ e as duas unidades com as menores médias, observa-se variância para os quatro domínios já citados e acresce-se o domínio Percepção da gerência no hospital.

Como todas as unidades fazem parte de uma única instituição, com características de estrutura e processos semelhantes, identificar diferenças significativas entre elas permite inferir que existem diferentes influências na cultura de segurança de uma equipe, para além de fatores institucionais. A variedade de avaliação entre unidades para os domínios Clima de trabalho em equipe e Percepção da gerência da unidade pode ser entendida a partir do significado de seus elementos, uma vez que tratam de temas particulares do funcionamento

dos grupos e lideranças locais. Já o Clima de segurança reflete aspectos que são institucionalmente definidos, então, pode-se inferir que a operacionalização destes nos diversos contextos pode revelar a fonte da variância. Já os domínios Satisfação no trabalho e Percepção da gerência hospitalar, pondera-se que tratam de itens que poderiam ser mais uniformes entre os trabalhadores das unidades. Assim, se faz necessária maior investigação das razões das variâncias entre as unidades, o que permitirá, além de ampliar a compreensão da cultura de segurança na instituição, definir intervenções adaptadas às demandas de cada unidade, com fins a melhorar aspectos da segurança do paciente na instituição.

Na sequência deste texto, os domínios do SAQ serão analisados individualmente.

O Clima de trabalho de equipe, segundo domínio melhor avaliado nesta pesquisa, reflete a percepção de qualidade de trabalho em equipe e colaboração dentro de uma determinada unidade ou da instituição. Mais de 60% dos trabalhadores pesquisados o consideram positivo nas suas unidades, atribuindo escores individuais iguais ou acima de 75 pontos nos itens correspondentes do SAQ. Contudo, uma unidade, a com a pior avaliação do domínio, diferiu estatisticamente de outras três na avaliação, o que indica que existem também problemas em relação aos elementos relacionados ao item na realidade institucional.

O item do domínio que foi melhor avaliado, dentre todos os participantes, foi o que trata da comunicação aberta e acolhida de sugestões: “as sugestões do(a) enfermeiro(a) são bem recebidas nesta área”, considerado positivo para 88% dos respondentes, o que indica que o profissional é respeitado como um indivíduo com potencial para contribuir com os processos locais. Contudo, o fato de o questionário ter sido preenchido apenas por profissionais de enfermagem neste estudo é um limitador desta avaliação, uma vez que o enfermeiro tem papel central na equipe de enfermagem e suas considerações sobre o trabalho serem respeitadas são o esperado para o contexto.

Cerca de 33% dos participantes concordam que, na unidade, é difícil falar abertamente quando se percebe um problema com o cuidado ao paciente. Este é o primeiro item reverso do questionário e foi o que demonstrou, dentro do domínio Clima de trabalho em equipe, a pior avaliação para a segurança do paciente. Não se pode concluir se esta é uma avaliação real do item, que diferiu bastante da maioria das outras avaliações dentro do domínio, ou se é uma má interpretação da questão, em função de uma leitura não suficientemente atenta da assertiva. De toda forma, outro item que também trata de comunicação (que pertence a outro domínio, o Clima de segurança), mas, em um sentido um pouco diverso do item em análise, obteve apenas 8% de discordância (sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do paciente).

Outro item do domínio que merece comentários obteve 27% de discordância entre os participantes: os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada. Novamente, por se tratar de uma avaliação de profissionais de enfermagem, a percepção da relação entre médicos e enfermeiras não pode ser conclusiva, mas fornece indícios de que o trabalho entre as duas áreas carece de maior integração.

Médias baixas de trabalho em equipe podem ser reflexos de problemas interpessoais persistentes entre os trabalhadores dessas unidades. Quando o Clima de trabalho em equipe é percebido negativamente, os trabalhadores da saúde sentem que os seus colegas de trabalho não são cooperativos, que suas vozes não são ouvidas (SCHWENDIMANN, MILNE, FRUSH et al., 2013). Já os resultados do estudo de El-Jardali, Jamal, Abdallah (2007) revelaram que escores mais altos de trabalho em equipe em unidades hospitalares aumentam a frequência de incidentes relacionados à segurança do paciente notificado.

A colaboração na área da saúde é definida como profissionais de saúde assumindo papéis complementares e trabalhando cooperativamente, compartilhando as responsabilidades para resolução de problemas e tomada de decisões no planejamento e execução dos planos de cuidado ao paciente. Atitudes cooperativas entre médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde aumentam a conscientização de que os diferentes tipos de conhecimentos e habilidades dos membros da equipe podem levar à melhoria contínua no processo de trabalho e no cuidado ao paciente (O'DANIEL; ROSENSTEIN, 2008).

Equipes eficazes são caracterizadas por confiança, respeito e colaboração. Segundo O'Daniel e Rosenstein (2008), ao considerar um modelo de trabalho em equipe nos cuidados de saúde, é imperativo o emprego de um modelo interdisciplinar de atenção, contrário ao modelo multidisciplinar, na qual cada membro da equipe é responsável apenas pelas atividades relacionadas à sua própria disciplina e formula objetivos distintos para o paciente. Para os autores, uma abordagem interdisciplinar aglutina esforços com um objetivo comum de todas as disciplinas envolvidas no plano de cuidados. Desta forma, o paciente encontra um processo de comunicação facilitado com a equipe coesa, ao invés de inúmeros profissionais que não sabem o que os outros estão fazendo para gerenciar o cuidado do paciente.

Conforme os resultados do presente estudo, existe correlação estatisticamente relevante e inversa entre o domínio Clima de trabalho em equipe e o indicador de qualidade assistencial Infecção primária da corrente sanguínea associada a cateter vascular central. Ou seja, as unidades que apresentaram as melhores médias na avaliação do Clima de trabalho em equipe, voltado para a segurança do paciente, apresentam também os menores índices de Infecção primária da corrente sanguínea associada a cateter vascular central. Este é um

achado interessante, uma vez que o indicador de qualidade representa as infecções associadas ao uso de cateteres vasculares centrais em relação ao número de dias de uso do dispositivo, cujo manejo diário é responsabilidade da equipe de enfermagem.

As infecções relacionadas à assistência à saúde são reconhecidas pela OMS como um problema de saúde pública. Entre as infecções desta natureza mais frequentes, estão as infecções primárias de corrente sanguínea, que têm consequências sistêmicas consideradas graves, como bacteremia ou sepse, sem foco primário identificável (BRASIL, 2014c). Fatores de risco para infecção de cateter central, além de aspectos do próprio paciente como doenças pré-existentes e outras infecções concomitantes, estão relacionados ao tipo e o material do cateter, o local de escolha para inserção e o não seguimento da técnica preconizada na inserção e na manutenção do cateter (DUARTE, PIMENTA, SILVA et al., 2013). Dentre estes itens, somente a manutenção do cateter é de maior responsabilidade da equipe de enfermagem das unidades de internação, uma vez que, na rotina da instituição onde o estudo foi realizado, os cateteres centrais são instalados pelas equipes médicas, em ambientes cirúrgicos.

Uma vez que a natureza do trabalho da enfermagem em unidades de internação é essencialmente coletiva, a qualidade de trabalho em equipe permite inferir que, quando os trabalhadores de enfermagem cooperam e ajudam uns aos outros no cuidado aos pacientes, resultados clínicos, como infecções de cateter central, tendem a melhorar. Colaboração no atendimento das necessidades expressas por pacientes e familiares, apoio na organização de materiais e equipamentos, bem como ajuda nas diferentes demandas que a rotina de cuidado em saúde apresenta diariamente, constituem fatores que podem impactar nos resultados da assistência.

O domínio Clima de segurança foi o que obteve a terceira melhor avaliação dos participantes da pesquisa, sendo considerado positivo por mais de 54% dos trabalhadores. A unidade que obteve a menor média do domínio diferiu estatisticamente das quatro unidades com melhor avaliação, indicado, a exemplo do domínio anteriormente citado, que existem problemas, mesmo que pontuais, no contexto estudado.

O efeito do escore do domínio Clima de segurança explica, ainda, cerca de 72% da variabilidade da pontuação do SAQ total da segunda unidade com melhor avaliação geral da instituição, nesta pesquisa. Isto significa afirmar que é um domínio com grande significado na avaliação da segurança do paciente, além de íntima relação com o referencial teórico que embasa as discussões acerca do tema.

Ao avaliar que os profissionais de saúde relatam não perceber um bom clima de segurança em seus cotidianos de trabalho, eles essencialmente indicam que não veem uma verdadeira dedicação à segurança, nas suas unidades (SCHWENDIMANN, MILNE, FRUSH et al., 2013).

Acerca dos itens que compõem a avaliação do domínio, a assertiva “eu conheço meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área” foi a que obteve maior percentual de concordância no domínio, com 94,8% dos respondentes atribuindo valores que correspondem a escores positivos, sendo também o segundo item com maior concordância entre todos avaliados. Considera-se ideal que os trabalhadores conheçam as estratégias institucionais estabelecidas para encaminhamentos dos aspectos relacionados à segurança do paciente. Pondera-se que o alto índice de concordância esteja relacionado aos recentes esforços institucionais para implantar um sistema de notificação de eventos, bem como a grande discussão e revisão de rotinas relacionadas à segurança do paciente, por ocasião do processo de acreditação internacional.

Outro item reverso presente na avaliação deste domínio merece atenção. A assertiva “nesta área, é difícil discutir sobre erros” obteve proporções muito próximas de concordância (46,7%) e discordância (43,1%), não sendo possível a interpretação de uma tendência na amostra do estudo. A exemplo do item reverso anterior, existe a possibilidade de se tratar de uma má interpretação da questão.

O item “a cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros” obteve a maior proporção de discordância dentre os itens que compõem o domínio, com 25,2% e um destacado quantitativo de avaliações como não aplicável ao contexto de trabalho dos participantes. A avaliação deste item revela características da cultura de segurança ainda vigente nas equipes, pois se pode denotar que os trabalhadores não entendem a análise dos erros como uma estratégia de aprendizagem, levando a uma possível desconsideração da importância da notificação de eventos para melhoria da segurança dos pacientes.

Uma abordagem centrada na pessoa, que foca nas origens individuais do erro, pode ser percebida, uma vez que a capacidade para a aprendizagem organizacional se fortalece a partir da abordagem sistêmica dos erros, e como o item em análise afirma, a percepção vigente é a de que os erros que ocorrem no processo de trabalho das unidades não são entendidos como fonte de análise e potencial para melhorias de segurança.

Muitos incidentes no cuidado em saúde não são reportados através dos sistemas de notificação institucionais por razões complexas, tais como medo, humilhação, presença de uma resposta punitiva ao erro e a percepção de que o relato de erro não costuma resultar em

mudança real (VANGEEEST; CUMMINS, 2003). A avaliação do clima de segurança em instituição hospitalar no contexto brasileiro, realizada por Tomazoni, Rocha e Kusahara et al. (2015), utilizou instrumento diferente do SAQ, empregado no presente estudo, porém considera-se que os resultados obtidos podem fornecer informações relevantes para esta discussão, pois as dimensões consideradas no clima de segurança se aproximam nos dois instrumentos, afinal partem de um referencial teórico comum sobre o tema. O estudo citado, que mensurou o clima de segurança em unidades de terapia intensiva neonatal, atribuiu grande destaque à dimensão com maior fragilidade à “resposta não punitiva ao erro”, tema tratado no SAQ na dimensão Clima de segurança.

Paiva, Popim e Melleiro et al. (2014) caracterizaram as motivações da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos em um hospital de ensino localizado no interior do estado de São Paulo. As autoras concluíram que, mesmo compreendendo o sistema de notificação como um instrumento de auxílio à gestão da assistência ao paciente, com vistas à não repetição dos erros e prevenção de eventos futuros, a estratégia revelou-se útil também para denunciar inadequação de recursos humanos e outras fragilidades institucionais, ocorrências distintas dos eventos adversos. O estudo revelou ainda que a maioria dos profissionais pesquisados crê na finalidade não punitiva da notificação de eventos, mas relatam medo diante do processo investigativo e analítico, pois a responsabilização pode ser seguida de advertência.

O trabalho publicado por Claro, Krocokz, Toffolletto et al. (2011), realizado com 70 enfermeiros que atuavam em unidades de terapia intensiva no Brasil, investigou a ocorrência de punição relacionada à notificação de eventos adversos e identificou que 74,3% dos participantes informaram que esta ocorreu “às vezes” e “sempre”. Entre os tipos de potenciais punições citadas, quase metade ocorre por meio da advertência verbal. Mesmo diante dos resultados, a maioria dos enfermeiros referiu se sentir seguro para notificar um incidente. As autoras concluíram, ao final, haver a persistência de uma cultura punitiva nas unidades de terapia intensiva estudadas.

Trabalhadores que não atuam no cuidado direto ao paciente relatam erros mais facilmente, conforme afirmam Jones, Skinner e Xu et al. (2008). O trabalho em unidades meio, como em laboratórios e farmácias, é considerado como mais organizado e menos suscetível às influências de pessoas que não conhecem aquele ambiente, uma vez que é controlado por padrões mais profissionais. Além disso, eventuais erros, nestes contextos, costumam ser investigados conjuntamente, em grupo. Este fato contrasta, segundo os autores, com situações de erros cometidas por trabalhadores da equipe de enfermagem, pois este

profissional tende a ser investigado como um indivíduo isolado, em vez de um membro de uma equipe de saúde.

El-Jardali, Dimassi e Jamal et al. (2011) afirmam que encorajar os profissionais de saúde, especialmente as enfermeiras, a notificar incidentes em um ambiente de trabalho não punitivo é crucial para melhora da segurança do paciente. Destacam a importância da enfermagem, neste contexto, ao citar um estudo de Leape (1995), que estimou que as enfermeiras evitam cerca de 86% dos possíveis erros relacionados ao cuidado em saúde, interrompendo o evento, antes que ele atinja o paciente. Diante da magnitude da importância dos profissionais de enfermagem e considerando a relevância atribuída à prática do relato para a efetiva instauração de uma cultura de segurança positiva, o domínio Clima de segurança deve ser considerado como um dos domínios fundamentais na análise e discussão do clima de segurança em uma instituição de saúde, especialmente quando se trata de profissionais de enfermagem, como é o caso da presente pesquisa.

O domínio Clima de segurança teve correlação comprovada com um dos indicadores de qualidade assistencial selecionados neste estudo: infecção primária da corrente sanguínea associada a cateter vascular central. A correlação verificada foi inversa, o que significa afirmar que, nas unidades que expressaram melhores médias para avaliação do domínio Clima de segurança, foram encontradas menores taxas de infecção de cateteres centrais.

É de se esperar que este domínio, compreendido como o mais representativo dentre os domínios que compõem o clima de segurança do paciente, repercuta nos indicadores de qualidade assistenciais. Uma instituição de saúde comprometida de forma forte e pró-ativa para a segurança do paciente corresponde a profissionais que percebem a importância das ações de segurança em seu processo de trabalho, tais como a higienização das mãos, exemplo de procedimento diretamente relacionado ao indicador citado.

Acerca do processo de higienização de mãos, uma das principais formas de prevenção de contaminação de cateter praticada pela enfermagem, os resultados do estudo de Daugherty, Paine e Kent et al. (2012b) são relevantes. Os autores verificaram associações entre os escores do SAQ e a adesão de profissionais de saúde ao processo de higienização das mãos em todas as unidades de internação no hospital americano Johns Hopkins, incluindo 2125 trabalhadores no estudo. Os autores encontraram associações significativas com o domínio Clima de segurança e ainda quatro outros domínios do SAQ: Clima trabalho em equipe, Satisfação no trabalho, Condições de trabalho e Percepção de gestão hospitalar. Como conclusões, os autores afirmam que a higiene das mãos é uma intervenção complexa e está entre as mais comuns ações para a segurança do paciente.

Os domínios Clima de trabalho em equipe e Clima de segurança são os mais profundamente pesquisados, utilizados e direcionadores de esforços específicos para melhoria da segurança em instituições de saúde. As outras quatro dimensões do SAQ são geralmente utilizadas para dar suporte à interpretação e planejamento de ações em torno de trabalho em equipe e do clima de segurança (SCHWENDIMANN, MILNE E FRUSH et al., 2013).

A Satisfação no trabalho foi o único domínio avaliado positivamente nesta pesquisa (média de 82,9), o que indica alta moral dos funcionários e, geralmente, reações emocionais positivas para experiências de trabalho dos profissionais, incluindo o alto engajamento individual e alto desempenho. Este resultado também pode revelar o potencial de uma força de trabalho para promover ambientes positivos para a segurança do paciente nas unidades.

O item “eu gosto do meu trabalho” foi o item melhor avaliado entre todos os que compõem o SAQ e obteve 96,5% de concordância dos participantes do estudo. Altos escores para este item específico já foram descritos em outros estudos, como o de Gutiérrez-Cía, Cos, Juan (2010), que avaliou o clima de segurança em 22 UTIs de hospitais espanhóis e encontrou 95,1% de concordância com o item entre os respondentes. O estudo de Cauduro, Sarquis e Sarquis et al. (2015) identificou 93,7% de concordância no item e o de Rigobello, Carvalho e Cassiani et al. (2012), 94%. Este é um item que a literatura revela como positivo em diversos contextos, e pode indicar uma característica da própria profissão e atuação na área, que costuma ser compartilhado pelos profissionais que escolhem trabalhar com saúde humana e cuja motivação extrapola os aspectos institucionais.

O indicador Infecção primária da corrente sanguínea associada a cateter vascular central, mesmo indicador de qualidade assistencial que demonstrou correlação inversa verificada para o domínio Clima de segurança, anteriormente citado, também demonstrou correlação com o domínio Satisfação no trabalho, no mesmo sentido.

No que tange discussão desta correlação, considera-se alguns aspectos das relações entre cultura organizacional e satisfação no trabalho. Uma organização com uma forte cultura demonstra valores e códigos de conduta para os seus funcionários, que os ajudam a cumprir a missão e os objetivos institucionais. Tsai (2011) afirma que satisfação no trabalho pode ser alcançada quando os funcionários podem completar as tarefas que lhes são atribuídas pela organização, com apoio e em coerência com a cultura. Seu estudo relacionou a cultura de organizações de saúde com satisfação no trabalho e revelou que os fatores para atingir essa satisfação não se limitam ao ambiente de trabalho do funcionário, mas também incluem interações entre parceiros. Bons profissionais de saúde requerem bom trabalho em equipe, por isso também é recomendado que os administradores do hospital não só estabeleçam relações

com as equipes de saúde, mas também trabalhem para melhorar essas relações, a fim de aumentar a satisfação do trabalho do empregado.

De acordo com as características da satisfação no trabalho apresentadas, pode-se tecer algumas considerações acerca das relações entre infecções de cateteres centrais e a avaliação do domínio. Se o trabalho em equipe é um dos aspectos fundamentais da cultura organizacional e contribui de forma decisiva para a satisfação no trabalho, sua relação com o indicador que trata de infecção de cateteres centrais também pode ser considerada, ao interpretar a correlação identificada. Para além da óbvia relação de que trabalhadores satisfeitos trabalham melhor, com mais disposição e atenção, pois valorizam os espaços que ocupam profissionalmente, pode-se também entender que, da correlação entre o indicador em questão e o domínio Clima de trabalho em equipe (explorado anteriormente neste texto), há a possibilidade de haver influência no domínio Satisfação no trabalho, uma vez que ambas correlações foram inversas, além das indicações da literatura para esta relação.

Além disto, mesmo não sendo objetivo deste estudo verificar as correlações entre os domínios do SAQ avaliados, os dados da pesquisa revelam que a mediana dos escores dos domínios Satisfação no trabalho e Clima de Trabalho em equipe se correlacionam de forma direta (valor de  $p$  equivalente a 0,004 e coeficiente de Pearson correspondente a 0,756), ou seja, há relevância estatística na correlação entre estes dois domínios.

Outro indicador de qualidade que demonstrou correlação com o domínio Satisfação no trabalho foi o indicador gerencial Horas de treinamento da equipe de enfermagem, numa relação inversa. Isto é, nas unidades em que se avaliaram os maiores escores para Satisfação no trabalho, encontrou-se menor quantidade de horas de treinamento registradas para a equipe de enfermagem.

Acerca da relação destas duas variáveis, poder-se-ia entender uma contradição, indicando que as horas de treinamento diminuem a Satisfação no trabalho. Diversos são os fatores que podem estar associados a este resultado, desde a política de educação da instituição até o estilo de liderança da área. Aspectos como a necessidade de horas complementares para realizar os treinamentos ou as oportunidades para realizá-los dentro da jornada de trabalho podem ser positivos ou negativos para os resultados de aprendizagem e para a satisfação no trabalho da equipe de enfermagem. Isto denota a necessidade de reflexão sobre as estratégias de educação continuada da equipe.

Os profissionais de enfermagem pesquisados, de uma forma geral, relataram baixos escores para o domínio Percepção do estresse. Somente 54,7% dos respondentes atribuíram

escores acima de 75 ao domínio e não houve diferença significativa das avaliações deste domínio entre as unidades.

Um item do domínio que obteve expressivo quantitativo de opções “não se aplica” foi “o cansaço prejudica meu desempenho, durante situações de emergência (ex.: reanimação cardiorrespiratória, convulsões)”. Todos os participantes da pesquisa atuam, diretamente, na assistência, e situações de urgência são consideradas parte do processo de cuidado na unidade. O fato de alguns participantes entenderem que cansaço e intercorrências clínicas não se aplicam ao seu contexto de trabalho não é compreensível. Se considerarmos que os participantes quiseram discordar dessa assertiva, inferindo que o cansaço não atrapalha o atendimento de situações de urgência, e decidiram por assinalar a opção inadequada como que afirmando que tal fato não ocorre no seu trabalho, passa a haver uma possibilidade de inadequada interpretação do fato.

Considera-se interessante também analisar os itens com maiores proporções de concordância e discordância, respectivamente: “quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado” (85%) e “o cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex.: reanimação cardiorrespiratória, convulsões)” (46,5%).

Grandes cargas de trabalho foram indicadas, por muitos dos respondentes, como um fator de prejuízo ao desempenho individual. De fato, o são, de acordo com estudo de Magalhães, Dall’Agnol e Marck (2013), que investigaram relações entre a carga de trabalho da equipe de enfermagem e a segurança do paciente, no mesmo contexto da presente pesquisa. Os resultados do estudo sugeriram que o aumento do número de pacientes designados para a equipe de enfermagem repercute como incremento das taxas de queda do leito, infecções relacionadas ao cateter vascular central, rotatividade de profissionais e absenteísmo. As autoras concluíram que os quadros de funcionários com menos pacientes apresentaram os melhores indicadores de qualidade assistencial e gerencial de segurança do paciente.

Aspectos relacionados à equipe de saúde, considerada pela literatura um importante preditor de segurança do paciente, constituíram um dos domínios que receberam menor pontuação, na avaliação de clima de segurança feita por El-Jardali, Dimassi e Jamal et al. (2011). Evidências demonstram que existe um vínculo forte entre a disponibilidade de trabalhadores em saúde e resultados de saúde da população (EL-JARDALI, JAMAL, ABDALLAH, 2007).

Os resultados do trabalho de El-Jardali, Jamal, Abdallah (2007) demonstraram que instituições que atribuíram escores mais positivos sobre a carga de trabalho da equipe

aumentaram a probabilidade de os entrevistados relatarem percepções mais positivas da segurança em seus contextos. Na pesquisa de Tomazoni, Rocha e Kusahara et al. (2015), destacou-se o julgamento dos participantes referente à alta carga de trabalho devido ao quadro de funcionários insuficiente, indicando riscos à segurança do paciente.

De acordo com Sanders e Cook (2007), verdadeiras catástrofes podem ocorrer em serviços de saúde com insuficiência de pessoal, uma vez que a falta de dimensionamento adequado de trabalhadores em saúde provoca sobrecarga de trabalho. Trabalhadores sobrecarregados, também, sofrem com estresse e insônia que podem levar a lapsos de desempenho, gerando erros que afetam a qualidade do trabalho realizado.

Contudo, dos sete domínios avaliados nesta pesquisa, a Percepção do estresse é o quarto domínio melhor avaliado, tomando todas as unidades em conjunto. Em relação a isto, alerta-se a possibilidade de os trabalhadores estarem se tornando um tanto insensíveis a níveis mais elevados de volume e a presença cada vez mais comum de dificuldades e riscos no seu cotidiano de trabalho, em que ameaças à segurança do paciente, tais como fadiga, pressões de produção e atendimento de metas, inclusão constante de novas tecnologias, trabalho com colegas inexperientes e em ambientes hostis estão potencialmente presentes.

Schwendimann, Milne e Frush et al. (2013) corroboram com essas ideias e alertam também que estão cada vez mais tênues as linhas que separaram as percepções dos aspectos citados como inconvenientes e das que os tomam como de alto risco potencial para a assistência em saúde, pois muitas vezes os profissionais de saúde não reconhecem a ligação entre os seus níveis de estresse e seu desempenho no trabalho, efeitos já atestados em pesquisas sobre o tema (PAINE, 2010; SEXTON, THOMAS, HELMREICH, 2000), e tendem a atribuir erros à incompetência pessoal e sistemas de gestão inadequados (KIM; KIM; LEE et al., 2015).

O reconhecimento dessa relação é essencial para o emprego de práticas e políticas que reduzam estresse e sobrecarga dos profissionais de saúde. Para aumentar a conscientização dos funcionários da relação estresse no desempenho, considera-se importante enfatizar as muitas maneiras em que o estresse pode ser problemático como, por exemplo, destacar o fato de que os trabalhadores estressados e cansados muitas vezes cometem erros básicos que pode comprometer a segurança, mesmo em procedimentos de rotina.

Chama atenção o claro reconhecimento dos participantes da relação entre carga de trabalho e segurança e a baixa percepção da relação entre fadiga e desempenho no atendimento de intercorrências com os pacientes, caracterizada pelo item com maior discordância no domínio. Acresce-se a esta ideia, a avaliação realizada para o item “nesta

área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes”, que pertence ao domínio da percepção da gerência e que representa a maior proporção de discordância entre todos os itens do SAQ, com 55,9%. Se grande parte dos trabalhadores entende sua carga de trabalho como excessiva e, se isto representa prejuízo ao seu desempenho, poder-se-ia dizer que o trabalho nas unidades pesquisadas está prejudicado pelo insuficiente número de profissionais para atendimento das demandas, na percepção dos participantes do estudo.

Os domínios relacionados à Percepção das gerências da unidade e hospitalar destacam-se por suas médias baixas na percepção de grande parte dos trabalhadores nesta pesquisa, especialmente, a avaliação realizada em relação à gestão institucional, cujos escores tidos como positivos (acima de 75) foram atribuídos por somente 23,2% dos participantes.

A Percepção da gerência da unidade foi considerada como um dos domínios que influenciou de forma importante os escores gerais de clima de segurança das unidades com melhores e piores médias. Este domínio também apresentou diferenças relevantes na análise de suas variâncias, sendo que duas unidades se destacaram nos escores negativos e quatro unidades se destacaram nos escores positivos. Considerando que as lideranças locais e sua postura diante da segurança do paciente compõem uma das dimensões do clima de segurança, a atuação destes profissionais diante da segurança do paciente certamente influencia significativamente a cultura de segurança do local.

Percepções de gerência da unidade refletem as crenças dos trabalhadores de saúde sobre a dedicação da liderança local para a segurança do paciente, o apoio ao pessoal que atua na assistência direta e a comunicação de informações sobre políticas que afetam seu trabalho. As percepções negativas podem afetar o moral dos funcionários, e podem ser indicativos de problemas gerenciais reais. O item com maior proporção de participantes discordantes (quase 40%), relacionado a este domínio, foi “a administração não compromete conscientemente a segurança do paciente”. Isto significa afirmar que, na percepção de boa parte dos participantes da pesquisa, não há um comprometimento integral das gerências locais com o tema e que é possível que as ações das chefias não considerem a segurança do paciente como a principal prioridade.

As médias do domínio Percepção da gerência hospitalar não apresentaram variância entre as unidades pesquisadas, ao se analisar as 12 unidades, mas foi identificada diferença significativa entre as unidades com as maiores e menores médias do SAQ total.

O item com maior proporção de discordância no domínio foi o que trata do apoio da gerência hospitalar aos esforços diários dos trabalhadores. Trata-se de um resultado esperado,

ao se analisar o sentido da assertiva, pois a gerência hospitalar não tem condições de assumir as responsabilidades pelo reconhecimento aos esforços individuais dos trabalhadores sob sua coordenação, tarefa mais propícia à gerência local, que tem maior contato com os trabalhadores na linha de frente da assistência.

No estudo de Tomazoni, Rocha e Kusahara et al. (2015), na realidade brasileira, um dos domínios criticamente destacados foi o que trata do apoio da gestão hospitalar para aspectos de segurança, pois, na opinião dos participantes do estudo, há pouco comprometimento e apoio dos gestores da instituição com relação à segurança do paciente.

Os resultados do estudo de El-Jardali, Dimassi e Jamal et al. (2011) demonstraram que um maior apoio da administração do hospital para a segurança do paciente provocou um aumento da frequência de eventos notificados e aumentou a probabilidade de uma melhor percepção geral de segurança entre os participantes de sua pesquisa.

Considera-se que, para que uma instituição de saúde preste um cuidado seguro aos seus pacientes, é necessária uma liderança forte. Quando as lideranças estão comprometidas com a melhora da cultura de segurança, toda a organização tende a compartilhar suas percepções sobre o erro humano e comprometer-se com a notificação de eventos adversos e, assim, identificar aspectos envolvidos torna-se um processo organizacional instituído. El-Jardali, Dimassi e Jamal et al. (2011) afirmam que os líderes são os únicos capazes de criar a cultura e o compromisso necessários para resolver as causas subjacentes e condições latentes, que permitem a ocorrência de erros no cuidado e de danos aos pacientes. Além disso, conforme Brasil (2013), é responsabilidade da gestão das instituições de saúde criar condições para que o erro do profissional não atinja o paciente, por exemplo, implantar a prescrição eletrônica, protocolo de passagem de plantão e de transferência de paciente, dispensação de medicamentos por dose unitária, evitar que o profissional trabalhe fatigado ou sob intenso stress e outros.

As práticas recomendadas pelo *The National Quality Forum* (2010), para criar e manter uma cultura de segurança em saúde, centram-se, inicialmente, no papel dos líderes para este objetivo. Os autores consideram que os líderes dirigem valores, os valores dirigem os comportamentos, e os comportamentos coletivos dos indivíduos de uma organização definem a sua cultura. Assim, os líderes precisam, necessariamente, estar envolvidos no processo de criar e transformar a cultura de segurança do paciente em seu contexto de trabalho, e as estruturas de liderança devem ser estabelecidas com a intenção explícita de sensibilizar, responsabilizar, habilitar e agir em favor da segurança de cada um dos pacientes atendidos.

A liderança é tida como fundamental para a criação e promoção do aprendizado organizacional, que só será efetivo se os líderes demonstrarem interesse para aprender e melhorar os processos de cuidado, a partir das experiências do cotidiano do trabalho local. Ao promover a cultura de aprendizagem, um líder cria a consciência de segurança entre os funcionários e apoia um ambiente de aprendizagem, incrementando a percepção do clima de segurança dos trabalhadores e estimulando práticas seguras no cuidado (SAMMER, LYKENS, SINGH et al., 2010).

Acerca do destacado quantitativo de alguns itens do questionário que não foram considerados na análise, entende-se importante tecer alguns comentários. No domínio Percepção de gerência, incluindo os itens relativos à gerência local e à gerência do hospital, observou-se uma considerável quantidade de participantes que deixaram a totalidade ou a maioria dos itens em branco. Este fato pode ser atribuído à percepção destes participantes de que suas chefias teriam conhecimento das avaliações individuais realizadas por eles, no instrumento, mesmo este sendo anônimo e havendo a explícita garantia (e reforçada, no momento da abordagem dos profissionais sorteados) de que suas identidades seriam preservadas, em todas as etapas da pesquisa. Esse comportamento pode ser entendido como uma característica da cultura presente entre os membros das equipes estudadas e denota uma fragilidade do método de coleta de dados para este contexto.

Além disto, o item específico “nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes” obteve destacado quantitativo de respostas “não se aplica” e está, diretamente, associado à carga de trabalho nas unidades, que têm sido objeto de estudo na instituição, inclusive com intervenções para melhora da razão entre pacientes e profissionais de enfermagem. O fato de alguns dos participantes entenderem que a carga de trabalho não se aplica ao contexto de seu cotidiano nas unidades, também, faz pensar que eles podem não ter compreendido o sentido da afirmativa, pois todos atendem escalas de pacientes, cuja quantidade e complexidade assistencial variam, ao longo dos turnos de trabalho.

A correlação encontrada entre o domínio Percepção da gerência do hospital e o indicador de qualidade gerencial Horas de treinamento da equipe de enfermagem, de sentido inverso, revela que as unidades que avaliaram de forma mais negativa o domínio, registram maior quantidade de horas de treinamento da equipe de enfermagem. A exemplo do outro domínio (Satisfação no trabalho), que obteve correlação com os resultados do indicador, a percepção da gerência hospitalar pode ser influenciada pelo desempenho da própria equipe no alcance dos objetivos institucionais. Ou seja, o não alcance das metas da instituição, fato que

também pode ocorrer em função de uma série de fatores, e que neste hospital repercutem no plano de cargos e remuneração salarial pode gerar uma percepção negativa da gestão institucional, e encontrar como um dos resultados a necessidade de uma quantidade maior de horas de treinamento.

Estes resultados corroboram os achados de outros estudos nos cenários brasileiro e internacional (FRANCE, GREEVY, LIU et al., 2010; CHABOYER, CHAMBERLAIN, HEWSON-CONROY et al., 2013; PROFIT, ETCHEGARAY, PETERSEN et al., 2012; RIGOBELLO, CARVALHO, CASSIANI et al., 2012; MARINHO, RADÜNZ, BARBOSA, 2014; CAUDURO, SARQUIS, SARQUIS et al., 2015) os quais apontam o domínio Percepção da gerência do hospital como um dos itens com avaliação mais negativa entre os profissionais de saúde. Destaca-se a necessidade de avaliar este dado, no sentido de fortalecer estratégias de planejamento e aproximação das lideranças organizacionais dos trabalhadores, para fomentar a cultura de segurança na instituição.

O domínio Condições de trabalho foi classificado, a partir da avaliação realizada pelos respondentes desta pesquisa, como a segunda menor média geral dentre os domínios, sendo que somente 38,7% dos participantes o considerou como positivo (escores acima de 75). Não foram verificadas diferenças estatisticamente significantes entre as unidades, em relação à avaliação deste domínio.

A dimensão Condições de trabalho avalia a percepção dos trabalhadores sobre o adequado treinamento de novos funcionários, divulgação de informações importantes para o atendimento ao paciente e também trata da supervisão de estudantes nas unidades.

Um dos itens do domínio obteve destacado quantitativo de opções “não se aplica”: “estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados”, fato considerado coerente com o contexto, pois, mesmo sendo um hospital-escola, não há estudantes de curso técnico de enfermagem realizando estágios em suas dependências, o que fez com que os técnicos e auxiliares respondentes do questionário não identificassem estudantes de nível médio de enfermagem, em seu cotidiano de trabalho.

A correlação entre o domínio Condições de trabalho e o indicador Incidência de úlcera de pressão foi verificada na análise dos dados, com sentido direto. Isto significa afirmar que as unidades com melhor avaliação das condições de trabalho relataram maiores índices de pacientes que apresentam úlcera de pressão hospitalar a partir do grau II no mês de maio de 2015.

Esta relação aparenta uma contradição, uma vez que, a priori, boas condições de trabalho suportam de forma positiva a avaliação e a implementação de protocolos

relacionados à prevenção e tratamento de úlceras por pressão. No entanto, uma possível explicação para o sentido desta relação reside no processo de notificação dessas úlceras, que pode estar fortalecido nas unidades e incorporado à prática dos profissionais de enfermagem das equipes, o que se reflete em maiores escores no indicador de úlcera por pressão não significando, necessariamente, piores resultados de qualidade assistencial, mas sim maior comprometimento com a identificação e a prática baseada em evidência. No domínio Condições de trabalho, o item melhor avaliado pelos participantes da pesquisa é o que trata da oferta de informação necessária para decisões relacionadas ao cuidado, o que pode indicar uma boa relação com os sistemas de informação do local.

As úlceras por pressão tipicamente resultam de períodos prolongados de pressão ininterrupta na pele, tecidos moles, músculos e ossos. Estas lesões podem causar extremo desconforto ao paciente e muitas vezes levam a infecções graves e potencialmente fatais, que aumentam substancialmente o custo total do atendimento (RUSSO, STEINER, SPECTOR, 2008). O relatório dos autores afirma que as úlceras de pressão são um dos oito eventos mais comuns de segurança, experienciados por pacientes hospitalizados, que são potencialmente passíveis de prevenção, que sua presença pode ser um indicativo da qualidade do atendimento recebido pelos pacientes nas instituições de saúde.

As úlceras por pressão estão mais tipicamente associadas ao cuidado em enfermagem. Lyder e Ayello (2008) revelam que, desde Florence Nightingale (que, em 1859, escreveu que se um paciente tem uma úlcera de pressão, geralmente, não é culpa da doença, mas da enfermagem) esta condição têm sido uma preocupação importante para a área. As autoras ainda afirmam que muitos profissionais de saúde acreditam que o desenvolvimento de úlceras de pressão não representa simplesmente uma falha do cuidado de enfermagem, mas sim uma falha de todo o sistema de saúde, em função de um colapso na cooperação e habilidades de toda a equipe multiprofissional (LYDER; AYELLO, 2008).

Para investigar as possíveis associações entre aspectos da cultura organizacional e a prevenção de úlceras por pressão, Bosch, Halfens e Weijden et al. (2011) analisaram dados de 1.274 pacientes e de 460 profissionais de saúde em 37 unidades de internação de hospitais gerais e em 67 instituições de longa permanência de idosos na Holanda. Os autores não encontraram associações entre aspectos da cultura organizacional e a prevalência de úlceras de pressão nosocomiais. Como conclusões, os autores afirmam que os resultados não confirmam a importância amplamente sugerida dos aspectos da cultura na melhoria dos cuidados de saúde, mas atribuem parcialmente ao método transversal estes resultados, característica em comum com o presente estudo.

Melhorias na cultura de segurança em instituições hospitalares têm sido associadas com reduções em problemas específicos de segurança do paciente, como a pneumonia associada à ventilação mecânica, infecções da corrente sanguínea, quedas de pacientes, erros de medicação, e aumento da mortalidade (MORELLO, LOWTHIAN, BARKER et al. 2013; PRONOVOST, 2008; WEAVER, LUBOMKSI, WILSON et al, 2013). De fato, a relação entre clima de segurança e resultados da assistência em saúde têm sido discutida e comprovada em diversos contextos, porém os estudos que revelam estas relações costumam contar com mais de uma avaliação de clima na mesma população, ou com uso de grupos controle, o que permite a comparação de escores de clima antes e depois de intervenções, correlacionando com resultados de indicadores com outros aspectos da assistência e da própria segurança do paciente.

Ao final da discussão dos dados, não se pode deixar de comentar a inclusão de membros da equipe de enfermagem na pesquisa, exclusivamente, preenchendo o SAQ. Considera-se, como já comentado na introdução deste estudo, que os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes em uma instituição de saúde, por configurarem comumente mais de metade da força de trabalho, exercem influência determinante sobre a cultura de segurança nestas organizações. Além disto, características do processo de trabalho das equipes assistenciais do hospital em estudo, configuram grande parte dos médicos, nutricionistas, fisioterapeutas e outros profissionais em equipes que atendem pacientes internados em diversas unidades, não permitindo a caracterização restrita da atuação destas equipes a uma unidade, para fins das análises aqui propostas. Ainda neste sentido, esclarece-se que a operacionalização deste estudo foi possível para as equipes de enfermagem, que estão organizadas em um serviço que demonstra interesse na avaliação da segurança do paciente, aspecto facilitador na concretização da pesquisa.

Certamente muitos dos resultados encontrados e das discussões propostas carregam a limitação de considerar somente a avaliação realizada por parte dos membros da equipe multiprofissional, além do fato de alguns indicadores de qualidade selecionados representarem resultados assistenciais do cuidado prestado por vários profissionais de saúde, além da assistência da equipe de enfermagem. Contudo, os estudos de Marinho, Radünz e Barbosa (2014) e Rigobello, Carvalho e Cassiani et al. (2012) também incluíram somente profissionais de enfermagem na avaliação do clima de segurança, obtendo resultados satisfatórios em suas propostas. Ainda neste sentido, resgata-se a “regra de ouro” proposta por Sexton, Helmreich e Neilands (2006) que, ao considerarem quais profissionais devem ser incluídos na análise do clima de segurança em instituições de saúde, propõem que o SAQ seja

aplicado a todos os trabalhadores de uma unidade, que tanto influenciam ou são influenciados pelo ambiente de trabalho do contexto analisado. Assim, entendeu-se que os profissionais de enfermagem, que permanecem 24h nas unidades, gerenciam e operacionalizam seu funcionamento, poderiam ser os participantes para alcance dos objetivos da pesquisa e, considerou-se ainda, que alguns domínios, como a Percepção da gerência da unidade, a Satisfação no trabalho e a Percepção de estresse são particulares às profissões e merecem análise em separado.

Por fim, considera-se que o presente estudo foi desenvolvido em uma instituição de saúde que é referência em qualidade de assistência, tem sua qualidade acreditada por uma organização internacional, demonstra preocupação com a segurança de seus pacientes e está aberta a avaliações, como a que foi realizada, e ainda assim demonstra algumas fragilidades na cultura de segurança percebida por seus trabalhadores de enfermagem. Diante disto, retoma-se a ideia de que é preciso promover uma cultura de segurança positiva como um componente estrutural básico das instituições em saúde, a fim de que a prática dos trabalhadores reflita uma consciência coletiva relacionada a valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a segurança do paciente. As equipes precisam perceber incidentes relacionados à segurança do paciente não simplesmente como problemas, evitando culpabilizar os profissionais que cometem erros não intencionais, mas entender o assunto como uma oportunidade de melhorar a assistência à saúde desde a linha de frente da assistência até os níveis de planejamento e gestão.

A avaliação do clima de segurança é um dos primeiros passos para estas mudanças e se recomenda que seja realizada em todos os contextos de saúde preocupados com a qualidade dos cuidados prestados e a segurança de seus pacientes, pois se considera que somente se pode avaliar concretamente melhorias do que, inicialmente, se pode medir. Além de avaliar, informar os resultados aos profissionais e gestores, e tomar as medidas de melhoria necessárias localmente são etapas subsequentes para fortalecimento da cultura de segurança em instituições de saúde.

## 7 CONCLUSÕES

A presente tese de doutorado buscou avaliar elementos da cultura de segurança, a partir de aspectos do clima, e a potencial repercussão na qualidade do cuidado, no contexto das equipes de enfermagem. O clima de segurança presente entre os trabalhadores atuantes em unidades de internação adulto da instituição foi avaliado, com base no Questionário de Atitudes de Segurança, por 229 profissionais de enfermagem. Relações entre os resultados da obtidos na mensuração do clima e variáveis relativas aos participantes foram verificadas, no contexto de algumas unidades. Os resultados de alguns indicadores de qualidade da instituição, em relação aos domínios do clima, foram analisados. O referencial da área de segurança do paciente foi empregado para discutir os dados produzidos.

Ao final do estudo, considera-se que foi possível sustentar a tese de que a cultura de segurança da instituição de saúde é repercutida nos domínios do clima de segurança presente entre os trabalhadores de enfermagem e nas relações desses com a qualidade do cuidado prestado, influenciando a segurança dos pacientes.

Este estudo forneceu uma visão detalhada sobre a percepção de trabalhadores de enfermagem em relação a elementos da segurança do paciente, na configuração do que é proposto no referencial escolhido como clima de segurança e seus domínios, considerando-se as limitações de definição dos componentes mensuráveis da cultura de segurança do paciente.

A avaliação do clima de segurança do paciente, a partir do instrumento proposto, se mostrou possível, sensível a características das unidades e capaz de caracterizar elementos da cultura de segurança da instituição pesquisada.

Dentre os resultados obtidos com o estudo, alguns relativos às características dos participantes merecem destaque: em sua maioria, os profissionais eram mulheres, técnicos e auxiliares de enfermagem, grande parte atuava na instituição há até 15 anos e com média de 17 anos de experiência profissional. Para alguns domínios, em algumas unidades, houve correlação entre o tempo de atuação na instituição e as médias atribuídas ao clima de segurança, indicando que, para alguns contextos, a avaliação dos domínios piora à medida que aumenta a experiência na instituição. Para o tempo de atuação na profissão, houve correlação confirmada para algumas unidades e domínios, porém, o sentido destas correlações variou. Alguns domínios do clima de segurança foram percebidos de forma distinta entre as diferentes categorias profissionais da enfermagem e entre os sexos dos respondentes em algumas unidades.

Os domínios melhor avaliados pelos participantes da pesquisa foram Satisfação no trabalho e Clima de trabalho em equipe e os domínios com menores médias atribuídas foram Percepção da gerência hospitalar e Condições de trabalho, sendo que apenas o domínio Satisfação no trabalho obteve avaliação positiva, no conjunto total dos profissionais. Estes resultados foram coerentes com os achados da literatura. Os itens do questionário com os quais os participantes mais concordaram foram “eu gosto do meu trabalho” e “eu conheço meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área”. Os itens com maior quantidade de participantes discordantes foram “nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes” e “o cansaço prejudica meu desempenho, durante situações de emergência”.

Ao considerar os resultados da análise dos domínios, conforme as unidades, pode-se afirmar que a influência de aspectos institucionais não é determinante na avaliação do clima de segurança das unidades, uma vez que foram identificadas diferenças significativas entre elas, no que tange os domínios Clima de Trabalho em equipe, Clima de Segurança, Satisfação no trabalho e Percepção da gerência da unidade.

Os dados do estudo indicam que certos domínios da cultura de segurança podem ser mais influentes do que outros para predizer resultados clínicos e gerenciais. Os domínios que foram associados a resultados assistenciais foram Clima de trabalho em equipe, Clima de segurança, Satisfação no trabalho, Percepção da gerência hospitalar e Condições de trabalho. Os resultados clínicos que, na amostra do estudo, tiveram correlação aos domínios do clima de segurança foram infecção de cateter central e úlcera de pressão. O resultado gerencial correlacionado a domínios do clima de segurança foi Horas de treinamento da equipe de enfermagem. Os resultados não confirmam a importância amplamente sugerida dos aspectos da cultura na melhoria dos cuidados de saúde, mas sugerem que diferentes modelos e métodos de pesquisa podem ser mais informativos em estudar as relações entre esses fatores complexos e os resultados da assistência de uma forma mais significativa.

A cultura de segurança, na saúde, compõe um campo de estudo complexo. O clima de segurança é um conceito mais facilmente pesquisado e potencialmente gerenciável. Resultados de avaliações como as apresentadas, neste relatório de pesquisa, podem servir para proposta de intervenções que busquem fortalecer a segurança do paciente no espaço estudado, além de servir como parâmetro de análise para outros contextos, tomada especialmente a necessidade de desenvolvimento do campo no Brasil. Considerando a variação das médias entre as unidades e as diferenças de avaliação de cada domínio, conforme os contextos locais,

é ressaltada a necessidade de ações, com vistas a melhorar a qualidade, que proponham intervenções ao nível da unidade.

Diversas são as limitações a serem consideradas ao final deste estudo. Uma delas refere-se ao fato de que a ferramenta escolhida para coleta dos dados dos indivíduos, o SAQ, depende de percepções autorrelatadas, o que faz com que informações resultantes possam ser tendenciosas e não refletir a realidade. Ademais, estas percepções pessoais podem variar ao longo do tempo e podem ser influenciadas por eventos cotidianos dentro do ambiente hospitalar. Acrescido a isto, foi possível discutir aspectos da cultura de segurança a partir dos domínios e itens propostos no instrumento, porém aspectos fundamentais da cultura de segurança, como comunicação entre profissionais de saúde e engajamento de pacientes e familiares para promoção de um cuidado seguro não foram avaliados e carecem de atenção para que uma avaliação do clima seja considerada abrangente.

Outro fator relevante trata do elevado quantitativo de itens do questionário que permaneceram sem resposta válida. Embora a garantia do anonimato possa ter permitido aos participantes se sentirem mais à vontade sobre o preenchimento do questionário, não se pode descartar a possibilidade de que alguns trabalhadores hesitaram em participar ou em preencher todos os itens, por medo de consequências relacionadas com seu ambiente de trabalho.

A inclusão de somente trabalhadores de enfermagem na amostra do estudo é um ponto fraco para a consideração dos resultados, pois não houve permeabilidade às percepções dos outros profissionais acerca do clima de segurança. Assim, o estudo das correlações entre domínios e resultados dos indicadores de qualidade também deve ser parcimoniosa, uma vez que grande parte destes indicadores são produtos de ações de cuidado prestados por diversos membros da equipe de saúde.

Em relação às correlações entre indicadores de qualidade e domínios do clima de segurança, outra limitação a ser percebida foi o desenho do estudo. Uma medida única do clima não pode ser considerada válida para avaliação da correlação com indicadores, sendo necessário, para uma força maior de análise, diversas medidas ao longo do tempo, uma vez que aspectos diversos podem influenciar as variáveis em momentos diferentes.

Como os resultados do estudo revelaram elementos do clima de segurança da instituição que demonstram considerável complexidade, somente uma abordagem quantitativa pode não os analisar a ponto de subsidiar intervenções para sua melhoria. Um exame mais acurado da cultura de segurança poderia ser feito a partir de abordagens mistas, incluindo

desenhos de pesquisa qualitativa na investigação junto aos trabalhadores da segurança do paciente.

## REFERÊNCIAS

- BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de Survey**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.
- BAHR, G. **Accreditation**: impacting the organizational culture of a public hospital in Brazil. 2010. Thesis (MBA) - École de Management, Audencia Nantes, Nantes, France, 2010.
- BAKER, G. R. Harvard Medical Practice Study. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 13, n. 2, p. 151-152, Apr. 2004.
- BEHAL, R. An organization development framework for transformational change in patient safety: a guide for hospital senior leaders. In: YOUNGBERG, B. **Patient safety handbook**. 2. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2013.
- BODUR, S.; FILIZ, E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. **International Journal for Quality in Health Care**, [S.l.], v. 21, n. 5, p. 348-355, 2009.
- BOGNÁR, A.; BARACH, P.; JOHNSON, J. K. et al. Errors and the burden of errors: attitudes, perceptions, and the culture of safety in pediatric cardiac surgical teams. **The Annals of Thoracic Surgery**, Chicago, v. 85, n. 4, p. 1374-1381, Apr. 2008.
- BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 16, p. 32-36, jan./fev. 2007.
- BONDEVIK, G. T.; HOFLOSS, D.; HANSEN, E. H. et al. Patient safety culture in Norwegian primary care: a study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, [S.l.], v. 32, n. 3, p. 132-138, Sept. 2014a.
- \_\_\_\_\_. The safety attitudes questionnaire - ambulatory version: psychometric properties of the Norwegian translated version for the primary care setting. **BMC Health Services Research**, London, v. 14, p. 139-148, 2014b.
- BOSCH, M.; HALFENS, R. J.; WEIJDEN T. V. D. et al. Organizational culture, team climate, and quality management in an important patient safety issue: nosocomial pressure ulcers. **Worldviews Evidence Based Nursing**, v. 8, n. 1, p.4-14, Mar. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Taxonomia**: Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS), 2013a. Disponível em <http://proqualis.net/aula/taxonomia-classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-icps>. Acesso em 08 de janeiro de 2015.
- \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**, 2013b. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html> Acesso em 08 de 2015.
- \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: ANVISA, 2013c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 40 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Sobre o Proqualis**. 2014b. Disponível em: <http://proqualis.net/sobre-o-proqualis>. Acesso em: 08 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim informativo: segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde - Infecção primária da corrente sanguínea: análise do indicador nacional das unidades de terapia intensiva brasileiras no ano de 2013. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, Brasília, n. 8, p. 1-23, dez. 2014c.

BRENNAN, T. A.; LEAPE, L. L.; LAIRD, N. M. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 13, n. 2, p. 145-152, Apr. 2004.

CAMPBELL, S. M.; BRASPENNING, J.; HUTCHINSON, A. et al. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 11, n. 4 p. 358-364, Dec. 2002.

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

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

CASSIANI, S. H. B. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 1, p. 95-99, jan./fev. 2005.

CAUDURO, F. L. F.; SARQUIS, L. M.; SARQUIS, L. M. M. et al. Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 128-138, jan/mai. 2015.

CHABOYER, W.; CHAMBERLAIN, D.; HEWSON-CONROY, K. et al. CNE article: safety culture in Australian intensive care units: establishing a baseline for quality improvement. **American Journal of Critical Care**, Aliso Viejo, v. 22, n. 2, p. 93-102, Mar. 2013.

CHOUDHRY, R. M.; FANG, D.; MOHAMED, S. The nature of safety culture: a survey of the state-of-the-art. **Safety Science**, [S.l.], v. 45, n. 10, p. 993-1012, Dec. 2007.

CLARKE, S. The relationship between safety climate and safety performance: a meta-analytic review. **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington, v. 11, n. 4, p. 315-327, Oct. 2006.

CLARO, C. M.; KROCKOZ, D. V. C.; TOFFOLLETO, M. C. et al. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 167-172, mar. 2011.

COIMBRA, J. A. H. Prevenção e detecção de erros de medicação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, supl., p. 142-148, 2006.

COLLA, J. B.; BRACKEN, A.C.; KINNEY, L.M. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 14, n. 5, p. 364-366, Oct. 2005.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente. **10 passos para a segurança do paciente**. São Paulo, 2010. Disponível em: [http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10\\_passos\\_seguranca\\_paciente.pdf](http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente.pdf). Acesso em: 20 jan. 2015.

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

CORREGGIO, T. C.; AMANTE, L. N.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. **Revista da SOBECC**, São Paulo. v. 19, n. 2, p. 67-73, abr./jun. 2014.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DAUGHERTY, E. L.; PAINE, L. A.; KENT, P. et al. Is safety culture associated with MDRO transmission? **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, New York, v. 185, p. A6571, 2012a.

\_\_\_\_\_. Safety Culture Is Associated With Hospital Staff Hand Hygiene. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, New York, v. 185, p. A6570, 2012b.

DEILKÅS, E. T.; HOFLOSS, D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). **BMC Health Services Research**, London, v. 8, p. 191-200, 2008.

DEVRIENDT, E.; HEEDE, K. V. D.; COUSSEMENT, J. et al. Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the Safety Attitudes Questionnaire: an observational study. **International Journal of Nursing Studies**, [S.l.], v. 49, n. 3, p. 327-337, Mar. 2012.

DUARTE, E. D.; PIMENTA, A. M.; SILVA, B. C. N. et al. Fatores associados à infecção pelo uso do cateter central de inserção periférica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 547-554, jun. 2013.

EL-JARDALI, F.; DIMASSI, H.; JAMAL, D. et al. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. **BMC Health Services Research**, v. 11, p.1-12, 2011.

EL-JARDALI, F.; JAMAL, D.; ABDALLAH, A. et al. Human resources for health planning and management in the Eastern Mediterranean Region: facts, gaps and forward thinking for research and policy. **Human Resources for Health**, London, v. 5, p. 9-20, 2007.

ETCHEGARAY, J. M.; THOMAS, E. J. Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 21, n. 6, p. 490-498, Jun. 2012.

EUROPEAN SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTHCARE. **Patient Safety Culture Instruments Used in Member States**. Denmark: EUNetPas, 2010. Disponível em:

<http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/file/PATH/CATALOGUE%20Use%20of%20%20PSCI%20in%20MS%20-%20March%202010.pdf>. Acesso em: 20 de jan. 2015.

FENG, X.; BOBAY, K.; WEISS, M. Patient safety culture in nursing : a dimensional concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, [S.l.], v. 63, n. 3, p. 310-319, 2008.

FERNANDES, A. M. M. L.; QUEIRÓS, P. J. P. Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 3, n. 4, p. 37-48, jul. 2011.

FLIN, R. Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis. **Safety Science**, [S.l.], v. 45, n. 6, p. 653-667, July 2007.

FLIN, R.; BURNS, C.; MEARNS, K. et al. Measuring safety climate in health care. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 15, n. 2, p. 109-115, Apr. 2006.

FRANCE, D. J.; GREEVY, R. A.; LIU, X. et al. Measuring and comparing safety climate in intensive care units. **Medical Care**, [S.l.], v. 48, n. 3, p. 279-284, Mar. 2010.

FRANKEL, A.; GRILLO, S. P.; PITTMAN, M. et al. Revealing and resolving patient safety defects: the impact of leadership WalkRounds on frontline caregiver assessments of patient safety. **Health Services Research**, Chicago, v. 43, n. 6, p. 2050-2066, Dec. 2008.

GABRANI, A.; HOXHA, A.; SIMAKU, A. et al. Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: a cross-sectional study. **BMJ Open**, London, v. 5, n. 4, 2015.

GALLEGO, B.; WESTBROOK, M. T.; DUNN, A. G. et al. Investigating patient safety culture across a health system: multilevel modelling of differences associated with service types and staff demographics. **International Journal for Quality in Health Care**, [S.l.], v. 24, n. 4, p. 311-320, Aug. 2012.

GAMA, Z. A. S.; OLIVEIRA, A. C. S.; HERNÁNDEZ, P. J. S. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n. 2, fev. 2013.

GIMENES, F. R. E. **A segurança de pacientes na administração de medicamentos em uma unidade de terapia intensiva de um hospital geral do interior paulista: a abordagem restaurativa em saúde**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

GIMENES, F. R. E.; MOTA, M. L. S.; TEIXEIRA, T. C. A. et al. Segurança do paciente na terapêutica medicamentosa e a influência da prescrição médica nos erros de dose. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1055-1061, nov./dez. 2010.

GÖRAS, C.; WALLETIN, F. Y.; NILSSON, U. et al. Swedish translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operating room version). **BMC Health Services Research**, London, v. 13, p. 104-110, 2013.

GOUVÊA, C. S. D. **Desenvolvimento de indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudo**. 2011. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

GOUVÊA, C. S. D.; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p.1061-1078, jun. 2010.

GREENBERG, J., BARON, R. **Behavior in Organizations**. Upper Saddle River: Prentice Hall, 1997.

GUPTA, R. T.; SEXTON, J. B.; MILNE, J. et al. Practice and quality improvement: successful implementation of TeamSTEPPS Tools into an academic interventional ultrasound practice. **American Journal of Roentgenology**, Leesburg, v. 204, n. 1, p. 105-110, Jan. 2015.

GUTIÉRREZ-CÍA, I.; COS, P. M.; JUAN, A. Y. et al. Perception of safety culture in Spanish intensive care units. **Medicina Clínica**, Barcelona, v. 135, supl. 1, p. 37-44, Jul. 2010.

HADDAD, M. C. L.; ROSSANEIS, M. A. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem. In: VALE, E. G.; LIMA, J. R.; FELLI, V. E. A. **Programa de atualização em enfermagem**. Brasília: Artmed, 2011.

HALE, A. R. Culture's confusions. **Safety Science**, [S.l.], v. 34, n. 1, p. 1-14, Feb. 2000.

HAMDAN, M. Measuring safety culture in Palestinian neonatal intensive care units using the Safety Attitudes Questionnaire. **Journal of Critical Care**, [S.l.], v. 28, n. 5, p. 886.e7-886.e14, Oct. 2013.

HAYNES, A. B.; WEISER, T. G.; BERRY, W. R. et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 20, n. 1, p. 102-107, 2011.

HOEFEL, H. H. K.; LAUTERT, L. Administração endovenosa de antibióticos e resistência bacteriana: responsabilidade da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 3, p. 441-449, 2006.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Institucional, **Estrutura**. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/136/196/>. Acesso em: 15 jul. 2015.

HUANG, D. T.; CLERMONT, G.; SEXTON, J. B. et al. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. **Critical Care Medicine**, [S.l.], v. 35, n. 1, p. 165-176, Jan. 2007.

HULLEY, S. B.; CUMMING, S. R.; BROWNER, W. S. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **5 Million Lives Campaign**. 2012. Disponível em:

<http://www.ihl.org/offerings/Initiatives/PastStrategicInitiatives/5MillionLivesCampaign/Page/default.aspx>. Acesso em: 20 jan. 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE. **The future of nursing: leading change, advancing health.** Washington DC: National Academies Press, 2010.

JE, S. M.; KIM, H. J.; YOU, J. S. et al. Assessing safety attitudes among healthcare providers after a hospital wide high-risk patient care program. **Yonsei Medical Journal**, Seoul, v. 55, n. 2, p. 523-529, Mar. 2014.

JHA, A. K.; PRASOPA-PLAIZIER, N.; LARIZGOITIA, I. et al. Patient safety research: an overview of the global evidence. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 19, n. 1, p. 42-47, Feb. 2010.

JONES, K. J.; SKINNER, A.; XU, L. et al. **The AHRQ hospital survey on patient safety culture: a tool to plan and evaluate patient safety programs.** Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.

JORDÃO, M. M.; SILVA, M. F.; SANTOS, S. V. et al. Tecnologias utilizadas pela enfermagem na prevenção de erros de medicação em pediatria. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 3, n. 3, p. 147-150, 2012.

KAWANO, T.; TANIWAKI, M.; OGATA, K. et al. Improvement of teamwork and safety climate following implementation of the WHO surgical safety checklist at a university hospital in Japan. **Journal of Anesthesia**, [S.l.], v. 28, n. 3, p. 467-470, June 2014.

KAYA, S.; BARSBAY, S.; KARABULUT, E. The Turkish version of the safety attitudes questionnaire: psychometric properties and baseline data. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 19, n. 6, p. 572-577, Dec. 2010.

KIM, S. E.; KIM, C. W.; LEE, S. J. et al. A questionnaire survey exploring healthcare professionals' attitudes towards teamwork and safety in acute care areas in South Korea. **BMJ Open**, London, v. 5, n. 7, 2015.

KOHN L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health system.** Washington, DC: National Academy Press, Institute of Medicine, 1999.

KRISTENSEN, S.; SABROE, S.; BARTELS, P. et al. Adaption and validation of the Safety Attitudes Questionnaire for the Danish hospital setting. **Clinical Epidemiology**, v.7, p.149–160, 2015.

KUDO, Y.; SATOH, T.; KIDO, S. et al. A pilot study testing the dimensions of safety climate among Japanese nurses. **Industrial Health**, [S.l.], v. 46, n. 2, p. 158-165, Apr. 2008.

LAMBROU, P.; PAPASTAVROU, E.; MERKOURIS, A. et al. Professional environment and patient safety in emergency departments. **International Emergency Nursing**, [S.l.], v. 23, n. 2, p. 150-15, Apr. 2015.

LEAPE, L. L.; BATES, D. W.; CULLEN, D. J. et al. Systems analysis of adverse drug events: ADE prevention study group. **The Journal of the American Medical Association**, [S.l.], v. 274, n. 1, p. 35-43, July 1995.

LEE, W. C.; WUNG, H. Y.; LIAO, H. H. et al. Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version Safety Attitude Questionnaire. **BMC Health Services Research**, London, v. 10, p. 234-241, 2010.

LIMA, S. M. B.; ALBANO, A. G. B. Um estudo sobre clima e cultura organizacional na concepção de diferentes autores. **Revista do CCEI**, [S.l.], v. 6, n. 10, p. 33-40, ago. 2002.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 24, p. 105-125, jan./jun. 2005.

LYDER, C. H.; AYELLO, E. A. Pressure ulcers: a patient safety issue. In: HUGHES, R. G. **Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.

MAGALHÃES, A. M. M. **Carga de trabalho de enfermagem e segurança de pacientes internados em um hospital universitário**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

MAGALHÃES, A. M. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. esp., p. 146-154, jan./fev. 2013.

MANNION, R.; KONTEH, F. H.; DAVIES, H. T. Assessing organisational culture for quality and safety improvement: a national survey of tools and tool use. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 18, n. 2, p. 153-156, Apr. 2009.

MARINHO, M. M.; RADÜNZ, V.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 581-590, jul./set. 2014.

MELO, A. B. R.; SILVA, L. D. Segurança na terapia medicamentosa: uma revisão bibliográfica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 166-172, mar. 2008.

MENDES, W.; MARTINS, M.; ROZENFELD, S. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, [S.l.], v. 21, n. 4, p. 279-84, Aug. 2009.

MIASSO, A. I.; SILVA, A. E. B. C.; CASSIANI, S. H. B. et al. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 354-363, maio/jun. 2006.

MORELLO, R. T.; LOWTHIAN, J. A.; BARKER, A. L. et al. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 22, n. 1, p. 11-18, Jan. 2013.

NASCIMENTO, A. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3591-3602, 2011.

NATIONAL HEALTH SERVICE. **Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)**. 2013. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59796>. Acesso em: 20 jan. 2015.

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

NOORD, I. V.; BRUIJNE, M. C.; TWISK, J. W. The relationship between patient safety culture and the implementation of organizational patient safety defences at emergency departments. **International Journal for Quality in Health Care**, [S.l.], v. 22, n. 3, p. 162-169, 2010.

NORDÉN-HÄGG, A.; SEXTON, J. B.; KÄLVEMARK-SPORRONG, S. et al. Assessing safety culture in pharmacies: the psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. **BMC Clinical Pharmacology**, London, v. 10, p. 8-19, 2010.

O'DANIEL, M.; ROSENSTEIN, A. H. Professional communication and team collaboration. In: HUGHES, R. G. **Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.

PAINE, L. A.; ROSENSTEIN, B. J.; SEXTON, J. B. et al. Assessing and improving safety culture throughout an academic medical centre: a prospective cohort study. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 19, n. 6, p. 547-554, Dec. 2010.

PAIVA, M. C. M. S.; POPIM, R. C.; MELLEIRO, M. M. et al. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 747-754, set./out. 2014.

PATEL, S.; WU, A. W. Safety culture in Indian Hospitals: a cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire. **Journal of Patient Safety**, [S.l.], Mar. 2014.

PATTERSON, P. D.; HUANG, D. T.; FAIRBANKS, R. J. et al. The emergency medical services safety attitudes questionnaire. **American Journal of Medical Quality**, [S.l.], v. 25, n. 2, p. 109-115, Mar./Apr. 2010.

PEDREIRA, M. L. G. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. v-vi, 2009.

PELLICIOTTI, J. S. S.; KIMURA, M. Erros de medicação e qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1062-1069, nov./dez. 2010.

PETTKER, C. M.; THUNG, S. F.; NORWITZ, E. R. et al. Impact of a comprehensive patient safety strategy on obstetric adverse events. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, [S.l.], v. 200, n. 5, 492e1-492e8, May 2009.

POLEY, M. J.; STARRE, C. V. D.; BOS, A. V. D. et al. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. **Pediatric Critical Care Medicine**, [S.l.], v. 12, n. 6, p. e310-e316, Nov. 2011.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTO, S.; MARTINS, M.; MENDES W. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, [S.l.], v. temático, n. 10, p. 74-80, 2010.

PROFIT, J.; ETCHEGARAY, J.; PETERSEN, L. A. et al. Neonatal intensive care unit safety culture varies widely. **Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition**, [S.l.], v. 97, n. 2, p. f120-f126, Mar. 2012.

PRONOVOST, P. Interventions to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU: the Keystone Intensive Care Unit Project. **American Journal of Infection Control**, [S.l.], v. 36, n. 10, p. s171.e1-s171.e5, Dec. 2008.

PRONOVOST, P. J.; BERENHOLTZ, S. N.; GOESCHEL, C. et al. Improving patient safety in intensive care units in Michigan. **Journal of Critical Care**, [S.l.], v. 23, n. 2, p. 207-221, Jun. 2008.

\_\_\_\_\_. How can clinicians measure safety and quality in acute care? **The Lancet**, London, v. 363, n. 9414, p. 1061-1067, Mar. 2004.

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

RADUENZ, A. C.; HOFFMANN, P.; RADUNZ, V. et al. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1045-1054, nov./dez. 2010.

REASON, J. Achieving a safe culture: theory and practice. **Work & Stress**, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 293-306, 1998.

\_\_\_\_\_. Beyond the organisational accident: the need for “error wisdom” on the frontline. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 13, supl. 2, p. ii28-ii33, 2004.

\_\_\_\_\_. Combating omission errors through task analysis and good reminders. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 11, n. 1, p. 40-44, Mar. 2002.

\_\_\_\_\_. Human error: models and management. **British Medical Journal**, London, v. 320, p. 768-770, 2000.

\_\_\_\_\_. The contribution of latent human failures to the breakdown of complex systems. **Philosophical Transactions of the Royal Society of London - Series B**, London, v. 327, n. 1241, p. 475-484, Apr. 1990.

\_\_\_\_\_. **Managing the Risks of Organizational Accidents**. Hampshire: Ashgate, 1997. 252 p.

\_\_\_\_\_. Safety in the operating theatre - Part 2: human error and organisational failure. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 14, n. 1, p. 56-60, Feb. 2005.

\_\_\_\_\_. Understanding adverse events: human factors. **Quality in Health Care**, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 80-89, Jun. 1995.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.

RELIHAN, E.; GLYNN, S.; DALY, D. et al. Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit. **Irish Journal of Medical Science**, London, v. 178, n. 4, p. 433-439, Dec. 2009.

RIGOBELLO, M. C. G.; CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. B. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012.

RUSSO, C. A.; STEINER, C.; SPECTOR, W. Statiscal Brief #64 - Hospitalizations related to pressure ulcers among adults 18 years and older, 2006. **Agency for Healthcare Research and Quality**, RockVile, p. 1-9, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb64.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2015.

SACKS, G. D.; SHANNON, E. M.; DAWES, A. J. et al. Teamwork, communication and safety climate: a systematic review of interventions to improve surgical culture. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 24, n. 7, p. 458-467, 2015.

SAMMER, C. E.; LYKENS, K.; SINGH, K. P. et al. What is patient safety culture? A review of the literature. **Journal of Nursing Scholarship**, [S.l.], v. 42, n. 2, p. 156-165, June 2010.

SANDERS, J.; COOK, G. **ABC of Patient Safety**. Oxford: Blackwell, 2007.

SANTOS, J. O.; SILVA, A. E. B. C.; MUNARI, D. B. et al. Conduas adotadas por técnicos de enfermagem após ocorrência de erros de medicação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 328-333, maio/jun. 2010.

SCHEIN, E. **Organizational culture and leadership**. San Francisco: Jossey-Bass, 2004.

SCHWENDIMANN, R.; MILNE, J.; FRUSH, K. et al. A closer look at associations between hospital leadership walkrounds and patient safety climate and risk reduction: a cross-sectional study. **American Journal of Medical Quality**, v. 28, n. 5, p. 414-421, 2013.

SCHNEIDER, B.; GOLDSTIEIN, H. W.; SMITH, D. B. The ASA framework: an update. **Personnel Psychology**, [S.l.], v. 48, n. 4, p. 747-773, Dec. 1995.

SEXTON, J. B.; HELMREICH, R. L.; NEILANDS, T. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, London, v. 6, p. 44-53, 2006.

SEXTON, J. B.; THOMAS, E. J.; HELMREICH, R. L. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. **British Medical Journal**, London, v. 320, n. 7237, p. 745-749, Mar. 2000.

SILVA, A. E. B. C.; CASSIANI, S. H. B. Administração de medicamentos: uma visão sistêmica para o desenvolvimento de medidas preventivas dos erros na medicação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 279-285, 2004.

SILVA, A. E. B. C.; REIS, A. M. M.; MIASSO, A. I. et al. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 378-386, mar./abr. 2011.

SILVA, A. M. S. Erros de prescrição médica de pacientes hospitalizados. **Einstein**, São Paulo, v. 7, n. 3 pt 1, p. 290-294, 2009.

SILVA, C. P. R.; NORA, A. M. Indicadores de qualidade. In: LEÃO, E. R. et al. **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2008.

SILVA, B. K.; SILVA, J. S.; GOBBO, A. F. F. et al. Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 712-723, 2007.

SILVA, D. O.; GROU, C. R.; MIASSO, A. I. et al. Preparo e administração de medicamentos: análise de questionamentos e informações da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 1010-1017, set./out. 2007.

SINGLA A. K.; KITCH, B. T.; WEISSMAN, J. S. et al. Assessing patient safety culture: a review and synthesis of the measurement tools. **Journal of Patient Safety**, [S.l.], v. 2, n. 3, p. 105-115, Sept. 2006.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

SOUSA, P.; MENDES, W.; PAVÃO, A. L. et al. **Eventos adversos: aspectos introdutórios**. 2012. Disponível em: <http://proqualis.net/aula/eventos-adversos-aspectos-introduct%C3%B3rios#.VMZN6UfFKc>. Acesso em: 20 jan. 2015.

STELFOX, H. T.; PALMISANI, S.; SCURLOCK, C. et al. The “To Err is Human” report and the patient safety literature. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 15, n. 3, p. 174-178, June 2006.

SUJAN, M.; FURNISS, D. Organisational reporting and learning systems: innovating inside and outside of the box. **Clinical Risk**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 7-12, 2015.

TANIGUCHI, K.; COSTA, A. L. A. Clima organizacional: uma ferramenta estratégica para o diagnóstico em recursos humanos. **Revista de Ciências Gerenciais**, Valinhos, v. XII, n. 18, 2009.

THE HEALTH FOUNDATION. **Measuring safety culture**. London: The Health Foundation, 2011. Disponível em: <http://www.health.org.uk/publications/measuring-safety-culture/>. Acesso em: 08 jan. 2015.

THE NATIONAL QUALITY FORUM. **Safe Practices for Better Healthcare: 2010 update**. Washington: The National Quality Forum, 2010.

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

TOMAZONI, A.; ROCHA, P. K.; KUSAHARA, D. M. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 161-169, jan./mar. 2015.

TOMAZONI, A.; ROCHA, P. K.; SOUZA, S. et al. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p.755-763, set./out. 2014.

TSAI, Y. Relationship between Organizational Culture, Leadership Behavior and Job Satisfaction. **BMC Health Services Research**, v.11, p.1-9, 2011

UVA, A. S.; SOUSA, P.; SERRANHEIRA, F. A segurança do doente para além do erro médico ou do erro clínico. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, [S.l.], v. temático, n. 10, p. 1-2, 2010.

VANGEEST, J. B.; CUMMINS, D. S. An educational needs assessment for improving patient safety: results of a national study of physicians and nurses. **National Patient Safety Foundation**, Boston, 2003.

VINCENT, C. **Patient Safety**. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010.

VINCENT, C.; NEALE, G.; WOLOSZYNOWYCH, M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. **British Medical Journal**, London, v. 322, p. 517–519, Mar. 2001.

VINCENT, C.; TAYLOR-ADAMS, S.; STANHOPE, N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. **British Medical Journal**, London, v. 316, n. 7138, p. 1154-1157, Apr. 1998.

WAGNER, L. M.; CAPEZUTI, E.; RICE, J. C. Nurses' perceptions of safety culture in long-term care settings. **Journal of Nursing Scholarship**, [S.l.], v. 41, n. 2, p. 184-192, 2009.

WEAVER, A. C.; CALLAGHAN, M.; COOPER, A. L. et al. Assessing interprofessional teamwork in inpatient medical oncology units. **Journal of Oncology Practice**, [S.l.], 2014.

WEAVER, S. J.; LUBOMKSI, L. H.; WILSON, R. F. et al. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. **Annals of Internal Medicine**, [S.l.], v. 158, n. 5 pt 2, p. 369-374, Mar. 2013.

WEGNER, W. **A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 427-434, maio/jun. 2012.

WESTRUM, R. A typology of organizational cultures. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 13, supl. 2, p. ii22-ii27, Dec. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Campaigns**. 2015. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/campaigns/en/>. Acesso em: 20 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety - Final Technical Report.** Geneva: World Health Organization, 2009.

\_\_\_\_\_. **Human Factors in Patient Safety - Review of Topics and Tools.** [S.l.: s.n.], 2009a.

\_\_\_\_\_. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research.** Geneva: World Health Organization, 2008.

\_\_\_\_\_. **WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition.** Geneva: World Health Organization, 2011.

\_\_\_\_\_. **World Alliance for Patient Safety - Forward Programme.** Geneva: World Health Organization, 2004.

ZAMBON, L. S.; DAUD-GALLOTTI, R.; NOVAES, H. M. D. **Introdução à Segurança do Paciente.** 2010. Disponível em: <http://homologacao-proqualis.icict.fiocruz.br/aula/introdu%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-seguran%C3%A7a-do-paciente>. Acesso em: 08 jul. 2015.

ZIMMERMANN, N.; KÜNG, K.; SEREIKA, S. M. et al. Assessing the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals - a validation study. **BMC Health Services Research**, London, v. 13, p. 347-357, 2013.

ZOHAR, D. Safety climate: conceptual and measurement issues. In: QUICK, J.; TETRICK, L. **Handbook of Occupational Health Psychology.** Washington: American Psychological Association, 2003.

ZULLO, M. D.; MCCARROLL, M. L.; MENDISE, T. M. et al. Safety culture in the gynecology robotics operating room. **Journal of Minimally Invasive Gynecology**, [S.l.], v. 21, n. 5, p. 893-900, Sept./Oct. 2014.

## APÊNDICE A:SAQ TRANSCRITO PARA USO NO ESTUDO

Página | 1

Projeto de Pesquisa: Clima de segurança entre trabalhadores de enfermagem em unidades de internação adulto

### QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA – Safety Attitudes Questionnaire

Por favor, responda os itens seguintes baseando-se nas suas experiências na unidade de internação onde você trabalha.

Selecione as suas respostas usando a escala abaixo:

<b>A</b>	<b>Discordo totalmente</b>
<b>B</b>	<b>Discordo em parte</b>
<b>C</b>	<b>Neutro</b>
<b>D</b>	<b>Concordo em parte</b>
<b>E</b>	<b>Concordo totalmente</b>
<b>X</b>	<b>Não se aplica</b>

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Neutro	Concordo em parte	Concordo totalmente	Não se aplica
1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área	A	B	C	D	E	X
2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.	A	B	C	D	E	X
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex.: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	A	B	C	D	E	X
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	A	B	C	D	E	X
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.	A	B	C	D	E	X
6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	A	B	C	D	E	X
7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.	A	B	C	D	E	X
8. Erros são tratados de maneira apropriada nesta área.	A	B	C	D	E	X
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	A	B	C	D	E	X
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.	A	B	C	D	E	X
11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros.	A	B	C	D	E	X
12. Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do paciente.	A	B	C	D	E	X
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	A	B	C	D	E	X
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração.	A	B	C	D	E	X
15. Eu gosto do meu trabalho.	A	B	C	D	E	X
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	A	B	C	D	E	X
17. Este é um bom lugar para trabalhar	A	B	C	D	E	X
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	A	B	C	D	E	X
19. O moral nesta área é alto.	A	B	C	D	E	X
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	A	B	C	D	E	X
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a).	A	B	C	D	E	X

Projeto de Pesquisa: Clima de segurança entre trabalhadores de enfermagem em unidades de internação adulto

							Discordo totalmente	Discordo em parte	Neutro	Concordo em parte	Concordo totalmente	Não se aplica		
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.							A	B	C	D	E	X		
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex.: reanimação cardiopulmonar, convulsões).							A	B	C	D	E	X		
A administração apoia meus esforços diários	24. Administração da unidade	A	B	C	D	E	X	29. Administração hospitalar	A	B	C	D	E	X
A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente:	25. Administração da unidade	A	B	C	D	E	X	30. Administração hospitalar	A	B	C	D	E	X
A administração está fazendo um bom trabalho.	26. Administração da unidade	A	B	C	D	E	X	31. Administração hospitalar	A	B	C	D	E	X
Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa:	27. Administração da unidade	A	B	C	D	E	X	32. Administração hospitalar	A	B	C	D	E	X
Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a):	28. Administração da unidade	A	B	C	D	E	X	33. Administração hospitalar	A	B	C	D	E	X
34. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.							A	B	C	D	E	X		
35. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.							A	B	C	D	E	X		
36. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim.							A	B	C	D	E	X		
37. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.							A	B	C	D	E	X		
38. Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área.							A	B	C	D	E	X		
39. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área.							A	B	C	D	E	X		
40. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área.							A	B	C	D	E	X		
41. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.							A	B	C	D	E	X		

42. Você já havia preenchido este instrumento anteriormente? Sim ( ) Não ( ) Não sei ( )

43. Cargo: Enfermeiro ( ) Técnico de Enfermagem ( ) Auxiliar de Enfermagem ( )

44. Sexo: Homem ( ) Mulher ( )

45. Tempo na instituição: \_\_\_\_\_ (em anos)

46. Tempo na profissão: \_\_\_\_\_ (em anos)

Para uso interno:

Unidade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015

Código: \_\_\_\_\_

Coletador: Amanda ( ) Angélica ( ) Bruna ( ) Tais ( ) Outro ( )



## APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado “Clima de segurança entre trabalhadores de enfermagem em unidades de internação adulto”. O projeto tem o objetivo de avaliar a cultura de segurança do hospital e as suas relações com a qualidade do cuidado prestado, com base no clima de segurança entre alguns trabalhadores de enfermagem que atuam em unidades de internação adulto. A cultura de segurança corresponde a atitudes, valores e normas relacionadas com a segurança do paciente. Trata-se do Projeto Doutorado da enfermeira Taís Maria Nauderer, pelo programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Você foi selecionado, por meio de sorteio, para compor uma amostra de 229 trabalhadores de enfermagem do HCPA que serão convidados a participar desta pesquisa. A sua participação consta em responder um questionário com perguntas sobre o seu trabalho e a segurança do paciente no seu local de trabalho – o *Questionário de Atitudes de Segurança*, versão adaptada para o Brasil. O questionário será entregue para você mesmo preencher, na sua casa ou em outro espaço e momento que você escolher, fora do seu turno e ambiente de trabalho. O tempo para responder ao questionário é, em média, 10 minutos. A devolução do questionário preenchido ocorrerá em data e local que será acertado com você. Os dados obtidos neste questionário serão relacionados a indicadores de qualidade de sua unidade de trabalho.

Comprometemo-nos a preservar todos os preceitos éticos e legais durante e após o término desta pesquisa. Comprometemo-nos em manter a confidencialidade dos dados de identificação dos participantes e a privacidade individual. As informações coletadas serão utilizadas unicamente para fins dessa pesquisa, tendo caráter anônimo. Os formulários preenchidos ficarão sob responsabilidade dos pesquisadores, resguardados na área acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, por cinco anos, e destruídos após esse período.

A pesquisa não tem relação com sua vinculação empregatícia, não estando associada a nenhum tipo de avaliação profissional ou de desempenho. Em nenhum momento irá exercer influência em sua vida profissional, uma vez que os dados serão de uso exclusivo da pesquisa. A sua participação no estudo não acarreta custos e não está previsto nenhum tipo de pagamento.

Os riscos previstos em razão da sua participação no estudo são relacionados a possíveis desconfortos no preenchimento do questionário. Espera-se que a realização deste estudo traga potenciais melhorias no processo de trabalho e no cuidado direto aos pacientes, porém o estudo não lhe trará benefícios diretos.

Sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. A opção por não participar, recusar-se a responder qualquer pergunta ou retirar-se em qualquer momento não terá nenhuma implicação para você e seu trabalho. Caso você tenha alguma dúvida em relação à pesquisa, poderá comunicar-se pelos seguintes contatos:

Pesquisadora responsável Ana Maria Muller de Magalhães: telefone (51) 3359-8202, das 08h às 17h.

Pesquisadora Taís Maria Nauderer: telefone (51) 33038858, das 12h às 17h, ou pelo e-mail tnauderer@hotmail.com.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. Você também poderá contatar este Comitê de Ética para esclarecimento de dúvidas, no 2º andar do HCPA, sala 2227, ou através do telefone 33597640, das 8h às 17h, de segunda à sexta.

De acordo com o presente consentimento livre e esclarecido concordo em participar da pesquisa intitulada Clima de segurança entre trabalhadores de enfermagem em unidades de internação adulto. Eu fui devidamente informado, esclarecido e compreendi os procedimentos envolvidos na pesquisa, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o anonimato, a confidencialidade, a possibilidade de esclarecimentos e que minha participação é isenta de despesas. Ficou igualmente claro que, posso retirar meu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem penalidades ou prejuízo de qualquer natureza.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma delas está sendo entregue ao participante e outra será mantida pelos pesquisadores.

---

Nome do participante

---

Assinatura do participante

---

Nome do pesquisador

---

Assinatura do pesquisador

Local e data: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C: TOTAL DE RESPOSTAS PARA CADA ITEM DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA, CONFORME CONCORDÂNCIA, NEUTRALIDADE OU DISCORDÂNCIA.**

	<b>Item</b>	<b>Discordo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Concordo</b>
1	As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área	20(8,9%)	7(3,1%)	198(88%)
2	Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.*	140(63,6%)	7(3,2%)	73(33,2%)
3	Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex.: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	40(17,7%)	10(4,4%)	175(77,8%)
4	Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	24(10,6%)	10(4,4%)	193(77,8%)
5	É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.	19(4,4%)	9(4%)	199(87,7%)
6	Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	61(27%)	19(8,4%)	146(64,6%)
7	Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.	25(11%)	23(10,1%)	179(78,9%)
8	Erros são tratados de maneira apropriada nesta área.	30(13,2%)	18(7,9%)	180(79%)
9	Eu conheço meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	8(3,5%)	4(1,8%)	216(94,8%)
10	Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.	47(20,8%)	15(6,6%)	165(72,6%)
11	Nesta área, é difícil discutir sobre erros.*	105(46,7%)	23(10,2%)	97(43,1%)
12	Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter com a segurança do paciente.	20(8,8%)	20(8,8%)	187(60,3%)
13	A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	54(25,2%)	31(14,5%)	129(60,3%)
14	Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração.	46(21,7%)	78(36,8%)	88(41,5%)
15	Eu gosto do meu trabalho.	6(2,6%)	2(0,9%)	221(96,5%)

16	Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	28(12,5%)	18(8%)	179(79,6%)
17	Este é um bom lugar para trabalhar	16(7%)	5(2,2%)	206(93,8%)
18	Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	11(4,9%)	3(1,3%)	213(93,8%)
19	O moral nesta área é alto.	45(20,1%)	25(11,2%)	154(68,8%)
20	Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	25(11,1%)	9(4%)	192(85%)
21	Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a).	39(17,4%)	10(4,4%)	176(78,2%)
22	Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	44(19,9%)	10(4,5%)	167(75,6%)
23	O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex.: reanimação cardiorrespiratória, convulsões).	100(46,5%)	11(5,1%)	104(48,4%)
24	A administração apóia meus esforços diários	48(23,3%)	24(11,7%)	134(65%)
25	A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente.	59(39,1%)	40(20,4%)	97(49,5%)
26	A administração está fazendo um bom trabalho.	39(19,1%)	18(8,8%)	147(72,1%)
27	Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa:	64(31,4%)	37(18,1%)	103(50,5%)
28	Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a):	37(17,8%)	20(9,7%)	150(72,4%)
29	A administração apóia meus esforços diários	75(36,3%)	44(21,3%)	88(42,5%)
30	A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente.	69(34%)	50(24,6%)	84(41,4%)
31	A administração está fazendo um bom trabalho.	65(30,8%)	28(13,3%)	118(55,9%)
32	Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa:	48(33,1%)	55(26,8%)	82(40%)
33	Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a):	40(19,3%)	40(19,3%)	127(61,4%)
34	Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.	125(55,9%)	14(6,3%)	85(37,9%)

35	Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.	50(22%)	15(6,6%)	162(71,4%)
36	Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim.	35(15,7%)	19(8,5%)	169(75,8%)
37	Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.	36(18,1%)	29(14,6%)	134(67,3%)
38	Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área.	29(12,7%)	10(4,4%)	189(82,9%)
39	Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área.	47(20,7%)	37(16,3%)	143(63%)
40	Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área.	25(11,1%)	20(8,9%)	180(80%)
41	Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.*	83(37,10%)	18(8%)	123(54,9%)

Fonte: dados da pesquisa.

\*Os itens inversos apresentam as respostas originais fornecidas pelos participantes.

**APÊNDICE D: CORRELAÇÕES ENTRE MEDIANAS DOS DOMÍNIOS DO SAQ E RESULTADOS DOS INDICADORES DE QUALIDADE INSTITUCIONAIS SELECIONADOS. PORTO ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL, 2015.**

Indicadores de qualidade		Domínios						
		D1	D2	D3	D4	D5a	D5b	D6
Infecção Primária da Corrente Sanguínea Associada a Cateter Vascular Central (jan-mai 2015)	p valor	<b>0,002</b>	<b>0,001</b>	<b>0,013</b>	0,122	0,071	0,127	0,793
	Coefficiente de Pearson	<b>-0,788</b>	<b>-0,817</b>	<b>-0,692</b>	0,471	-0,538	-0,465	-0,085
Infecção urinária relacionada a procedimentos invasivos urinários (jan-mai 2015)	p valor	0,552	0,757	0,505	0,414	0,495	0,766	0,929
	Coefficiente de Pearson	-0,191	0,100	0,214	0,260	0,219	0,096	0,029
Incidência de úlcera por pressão	p valor	0,782	0,603	0,931	0,540	0,452	0,693	<b>0,026</b>
	Coefficiente de Pearson	0,089	-0,167	-0,028	0,197	-0,240	-0,127	<b>0,635</b>
Taxa de incidência de queda de pacientes internados	p valor	0,601	0,693	0,585	0,251	0,873	0,383	0,477
	Coefficiente de Pearson	0,168	0,127	-0,175	-0,360	0,052	-0,277	-0,228
Taxa de adesão à higienização de mãos	p valor	0,371	0,053	0,597	0,728	0,995	0,617	0,734
	Coefficiente de Pearson	0,284	0,570	0,170	0,113	0,002	0,161	0,110
Média de permanência dos pacientes	p valor	0,401	0,180	0,664	0,955	0,661	0,128	0,439
	Coefficiente de Pearson	0,267	0,414	-0,140	-0,018	-0,141	-0,465	-0,247
Taxa de satisfação de pacientes internados com o cuidado de enfermagem	p valor	0,276	0,753	0,076	0,481	0,266	0,440	0,109
	Coefficiente de Pearson	0,342	0,102	0,530	-0,226	0,349	0,588	0,486
Carga de trabalho do enfermeiro	p valor	0,339	0,688	0,225	0,626	0,218	0,293	0,461
	Coefficiente de Pearson	-0,303	-0,130	-0,379	0,157	-0,384	-0,331	-0,235
Carga de trabalho do auxiliar e técnico enfermagem	p valor	0,664	0,820	0,354	0,776	0,073	0,250	0,952
	Coefficiente de Pearson	-0,140	-0,074	-0,294	-0,092	-0,535	-0,361	0,020
Horas de treinamento da equipe de enfermagem (jan-mai)	p valor	0,473	0,966	<b>0,034</b>	0,559	0,133	<b>0,023</b>	0,373

2015)	Coefficiente de Pearson	-0,229	0,014	<b>-0,613</b>	0,188	-0,459	<b>-0,648</b>	-0,283
Absenteeísmo	p valor	0,742	0,700	0,993	0,340	0,270	0,607	0,699
	Coefficiente de Pearson	-0,107	0,124	-0,003	0,302	0,347	0,166	-0,125
Turnover	p valor	0,827	0,367	0,885	0,285	0,399	0,889	0,056
	Coefficiente de Pearson	0,071	0,286	0,047	0,336	0,268	0,045	-0,564

Fonte: dados da pesquisa.

D1: clima de trabalho em equipe

D2: clima de Segurança

D3: satisfação no trabalho

D4: percepção de estresse

D5a: percepção da gerência da unidade

D5b: percepção da gerência do hospital

D6: condições de trabalho

## ANEXO A: TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS



### Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

**Título do Projeto**

Clima de Segurança entre trabalhadores de enfermagem em unidades de internação adulto	Cadastro no GPPG
---	------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 26 de fevereiro de 2015.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Tais Maria Nauderer	
Wilson Danilo Lunardi Filho	
Ana Maria Müller de Magalhães	



**ANEXO C: AUTORIZAÇÃO DE USO DO SAQ PELA UNIVERSITY OF TEXAS**

**Medical School**  
University of Texas at Houston-Memorial Hermann  
Center for Healthcare Quality and Safety

July 6, 2015

Dear Tais Nauderer,

You have our permission to use any of the following Safety Attitudes Questionnaires and the corresponding scoring keys:

- Safety Attitudes Questionnaire – Short Form
- Safety Attitudes Questionnaire – Teamwork and Safety Climate
- Safety Attitudes Questionnaire – Ambulatory Version
- Safety Attitudes Questionnaire – ICU Version
- Safety Attitudes Questionnaire – Labor and Delivery Version
- Safety Attitudes Questionnaire – Operating Room Version
- Safety Attitudes Questionnaire – Pharmacy Version
- Safety Climate Survey

Please note, we do not have editable versions for any of the SAQ surveys but feel free to modify the surveys to meet your research endeavors.

Respectfully,

University of Texas at Houston-Memorial Hermann  
Center for Healthcare Quality and Safety Team

6410 Fannin Street  
UTPB Suite 1100  
Houston, TX 77030  
<https://med.uth.edu/chqs/>

## ANEXO D: AUTORIZAÇÃO DO USO DA VERSÃO ADAPTADA DO SAQ PARA O BRASIL

7/22/2015

Mensagem de Impressão do Outlook.com

[Imprimir](#)[Fechar](#)

### Re: Questionário Atitudes de Segurança

De: **Rhanna Emanuela** (rhannalima@gmail.com)

Enviada: terça-feira, 28 de fevereiro de 2012 19:34:35

Para: tnauderer@hotmail.com

Olá Taís,

você pode usar a escala, no entanto não esqueça de citar a tese, pois o artigo ainda vai demorar um pouco para ser publicado.

Estou disponível para qualquer dúvida que tenha.

abraço e boa sorte!

Rhanna Carvalho

Em 28 de fevereiro de 2012 16:24, <tnauderer@hotmail.com> escreveu:

Olá Rhanna, estou tentando contato com você, mas não encontro seu mail na web. Sou doutoranda em enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande (FURG), mas moro em Porto Alegre (RS). Gostaria de utilizar sua escala adaptada para uma pesquisa no HCPA, parte da minha tese. Gostaria de seu aval para isso e de manter contato com você, já que temos interesse pela mesma área. Agradeço a atenção, Taís Maria Nauderer, [tnauderer@hotmail.com](mailto:tnauderer@hotmail.com)

-----  
-----  
O conteúdo desta mensagem é de responsabilidade do seu remetente e a solicitação de envio foi realizada através de opção disponível no Currículo Lattes.

Informações de envio:

Remetente: Taís Nauderer

E-mail: [tnauderer@hotmail.com](mailto:tnauderer@hotmail.com)

Data/Hora: 28/02/2012 16:20:51

Endereço IP de Origem: 201.21.37.104  
-----

--  
Rhanna Emanuela F. Lima de Carvalho

## ANEXO E: PARECER DO CEPAS/FURG

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE - FURG



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Clima de segurança entre trabalhadores de enfermagem em unidades de internação adulto

**Pesquisador:** Taís Maria Nauderer

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 42543115.1.0000.5324

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Rio Grande - FURG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.039.732

**Data da Relatoria:** 29/04/2015

#### **Apresentação do Projeto:**

Segurança do paciente corresponde à redução do risco de danos desnecessários associados à saúde em um nível mínimo aceitável. Cultura de segurança envolve atitudes, valores e normas relacionadas com a segurança do paciente, como comunicação aberta sobre erros e apoio de gestores. A implementação de uma cultura de segurança positiva nas instituições de saúde corresponde ao primeiro passo para estabelecer um ambiente seguro. O presente projeto trata da Segurança do Paciente, com foco na Cultura de Segurança, e defende a tese que a cultura de segurança da instituição de saúde repercute em indicadores de qualidade institucionais e em sua relação com a instauração de um clima de segurança entre os trabalhadores, em especial os trabalhadores de enfermagem, influenciando a segurança dos pacientes. O objetivo geral da pesquisa é avaliar elementos da cultura de segurança em um hospital universitário, mediante a análise de seus aspectos e sua potencial repercussão na qualidade do cuidado, a partir da mensuração do clima de segurança presente entre trabalhadores de enfermagem atuantes em

<b>Endereço:</b> Rua Visconde Paranaguá, 112/Hospital Universitário			
<b>Bairro:</b> Campus Saúde		<b>CEP:</b> 96.201-900	
<b>UF:</b> RS	<b>Município:</b> RIO GRANDE		
<b>Telefone:</b> (53)3237-4652	<b>Fax:</b> (53)3233-6822	<b>E-mail:</b> cepas@furg.br	

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE - FURG



Continuação do Parecer: 1.039.732

unidades de internação adulto. Trata-se de um estudo quantitativo que será desenvolvido em um hospital universitário situado no município de Porto Alegre, em unidades de internação adulto. Os sujeitos serão 229 trabalhadores de enfermagem das unidades de internação adulto, cuja participação dar-se-á, por meio do preenchimento do Questionário de Atitudes de Segurança, para mensuração do clima de segurança. Os escores obtidos terão associação verificada com resultados de onze indicadores de qualidade assistenciais e gerenciais das unidades onde os sujeitos atuam. O tratamento destes dados será realizado por meio de estatística descritiva e as associações serão testadas com o coeficiente de correlação de Pearson. As diretrizes da resolução 466/2012 do CNS/MS sobre pesquisas com seres humanos serão respeitadas e o projeto será submetido à apreciação ética pelo comitê de ética pertinente. Espera-se poder analisar aspectos da cultura de segurança e revelar potencialidades e desafios relacionados ao tema no contexto pesquisado.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar elementos da cultura de segurança em um hospital universitário, mediante a análise de seus aspectos e sua potencial repercussão na qualidade do cuidado, a partir da mensuração do clima de segurança presente entre trabalhadores de enfermagem atuantes em unidades de internação adulto.

Objetivo Secundário:

- Mensurar o clima de segurança entre trabalhadores de enfermagem, por meio do Questionário de Atitudes de Segurança- Verificar a associação entre escores de clima de segurança e resultados de indicadores assistenciais de qualidade das unidades estudadas- Verificar a associação entre escores de clima de segurança e resultados de indicadores gerenciais de qualidade das unidades estudadas

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

O tempo dispensado para preenchimento do questionário, cerca de 10 minutos, poderá ser um inconveniente participação na pesquisa. A

**Endereço:** Rua Visconde Paranaguá,112/Hospital Universitári  
**Bairro:** Campus Saúde **CEP:** 96.201-900  
**UF:** RS **Município:** RIO GRANDE  
**Telefone:** (53)3237-4652 **Fax:** (53)3233-6822 **E-mail:** cepas@furg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE - FURG



Continuação do Parecer: 1.039.732

integridade tanto física como psicológica dos sujeitos será mantida. Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos, se se relacionam a possíveis desconfortos no preenchimento do questionário. Se forem identificados, a situação será encaminhada dentro da estrutura institucional, junto ao serviço responsável pela saúde do trabalhador.

**Benefícios:**

Os benefícios relacionam-se à possibilidade de construção e uso do conhecimento relacionado à cultura de segurança na instituição, podendo subsidiar potenciais melhorias no processo de trabalho e no cuidado direto aos pacientes na instituição pesquisada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Presentes e adequados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PARECER N° 39/2015

CEPAS 15/2015

23116.001820/2015-10

CAAE: 42543115.1.0000.5324

Título da Pesquisa: Clima de segurança entre trabalhadores de enfermagem em unidades de internação adulto

Pesquisador: Tais Maria Nauderer

**PARECER DO CEPAS:**

**Endereço:** Rua Visconde Paranaguá,112/Hospital Universitári

**Bairro:** Campus Saúde **CEP:** 96.201-900

**UF:** RS **Município:** RIO GRANDE

**Telefone:** (53)3237-4652 **Fax:** (53)3233-6822 **E-mail:** cepas@furg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE - FURG



Continuação do Parecer: 1.039.732

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 32/2015, emitiu o parecer de APROVADO para o projeto “Clima de segurança entre trabalhadores de enfermagem em unidades de internação adulto”.

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório semestral de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 01/09/2015.

Rio Grande, RS, 15 de abril de 2015.

Profª. Eli Sinnott Silva  
Coordenadora do CEPAS/FURG

RIO GRANDE, 28 de Abril de 2015

---

**Assinado por:**  
**Eli Sinnott Silva**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Visconde Paranaguá, 112/Hospital Universitário  
**Bairro:** Campus Saúde **CEP:** 96.201-900  
**UF:** RS **Município:** RIO GRANDE  
**Telefone:** (53)3237-4652 **Fax:** (53)3233-6822 **E-mail:** [cepas@furg.br](mailto:cepas@furg.br)

## ANEXO F: PARECER DO CEP/HCPA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CLIMA DE SEGURANÇA ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO ADULTO

**Pesquisador:** Ana Maria Müller de Magalhães

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 45032015.2.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.094.490

**Data da Relatoria:** 03/06/2015

#### Apresentação do Projeto:

Segurança do paciente corresponde à redução do risco de danos desnecessários associados à saúde em um nível mínimo aceitável. Cultura de segurança envolve atitudes, valores e normas relacionadas com a segurança do paciente, como comunicação aberta sobre erros e apoio de gestores. A implementação de uma cultura de segurança positiva nas instituições de saúde corresponde ao primeiro passo para estabelecer um ambiente seguro. O presente projeto trata da Segurança do Paciente, com foco na Cultura de Segurança e defende a tese que a cultura de segurança da instituição de saúde repercute em indicadores de qualidade institucional e em sua relação com a instauração de um clima de segurança entre os trabalhadores, em especial os trabalhadores de enfermagem, o que influenciaria a segurança dos pacientes. Trata-se de um estudo quantitativo que será desenvolvido com trabalhadores de enfermagem que atuam em unidades de internação adulto do HCPA. Os autores esperam analisar aspectos da cultura de segurança e revelar potencialidades e desafios relacionados ao tema.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar elementos da cultura de segurança em um hospital universitário, mediante a análise de seus aspectos e sua potencial repercussão na qualidade do cuidado, a partir

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (513)359--7640 **Fax:** (513)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.094.490

da mensuração do clima de segurança presente entre trabalhadores de enfermagem atuantes em unidades de internação adulto.

**Objetivo Secundário:**

- Verificar a associação entre escores de clima de segurança e resultados de indicadores assistenciais de qualidade das unidades estudadas.
- Verificar a associação entre escores de clima de segurança e resultados de indicadores gerenciais de qualidade das unidades estudadas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com os autores:

**Riscos:**

O tempo dispensado para preenchimento do questionário, cerca de 10 minutos, poderá ser um inconveniente relacionado à participação na pesquisa. Os riscos envolvidos na pesquisa se relacionam a possíveis desconfortos no preenchimento do questionário. Se forem identificados, a situação será encaminhada na estrutura institucional, junto ao serviço responsável pela saúde do trabalhador.

**Benefícios:** Os benefícios relacionam-se à possibilidade de construção e uso do conhecimento relacionado à cultura de segurança na instituição, podendo subsidiar potenciais melhorias no processo de trabalho e no cuidado direto aos pacientes na instituição pesquisada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de estudo qualitativo que propõe avaliar a cultura de segurança e sua repercussão na qualidade do cuidado. Os participantes serão 229 trabalhadores de enfermagem das unidades de internação adulto do HCPA, cuja participação dar-se-á, por meio do preenchimento do Questionário de Atitudes de Segurança adaptado para o Brasil por Carvalho (2011), para mensuração do clima de segurança. Os escores obtidos terão associação verificada com resultados de onze indicadores de qualidade assistenciais e gerenciais das unidades onde os participantes atuam. Os dados serão tratados por meio de estatística descritiva e as associações serão testadas com o coeficiente de correlação de Pearson.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Apresenta TCLE contendo todos os itens recomendados pelo CEP e diretrizes vigentes.

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (513)359-7640 **Fax:** (513)359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.094.490

- Apresenta TCUD de acordo com padrões institucionais.

**Recomendações:**

Reavaliar cronograma especialmente em relação a possibilidade de aplicação de 229 questionários em apenas um mês.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto não apresenta pendências e está em condições de aprovação.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos que a presente aprovação (versão do projeto de 12/05/2015, TCLE de 12/05/2015 e demais documentos submetidos até a presente data, que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deverá estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada. A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (513)359--7640 **Fax:** (513)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.094.490

PORTO ALEGRE, 05 de Junho de 2015

---

**Assinado por:**  
**José Roberto Goldim**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (513)359--7640 **Fax:** (513)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br