

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÕES
E ATITUDES DOS TRABALHADORES NAS INSTITUIÇÕES
HOSPITALARES DE SANTA MARIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Mari Angela Meneghetti Baratto

Santa Maria, RS, Brasil

2015

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÕES
E ATITUDES DOS TRABALHADORES NAS INSTITUIÇÕES
HOSPITALARES DE SANTA MARIA**

Mari Angela Meneghetti Baratto

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tânia Solange Bosi de Souza Magnago
Coorientador: Prof. Dr. Enio Júnior Seidel

Santa Maria, RS, Brasil

2015

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Baratto, Mari Angela Meneghetti
Cultura de segurança do paciente: percepções e atitudes dos trabalhadores nas instituições hospitalares de Santa Maria. / Mari Angela Meneghetti Baratto.-2015.
186 p.; 30cm

Orientadora: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago
Coorientador: Enio Júnior Seidel
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2015

1. Segurança do paciente 2. Cultura organizacional 3. Enfermagem 4. Hospitais 5. Safety Attitudes Questionnaire I. Magnago, Tânia Solange Bosi de Souza II. Seidel, Enio Júnior III. Título.

© 2015

Todos os direitos autorais reservados a Mari Angela Meneghetti Baratto. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: mariangelabarro@yahoo.com.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÕES E
ATITUDES DOS TRABALHADORES NAS INSTITUIÇÕES
HOSPITALARES DE SANTA MARIA**

elaborada por
Mari Angela Meneghetti Baratto

como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Tânia Solange Bosi de Souza Magnago (UFSM)
(Coordenadora/Orientadora)

Prof. Dr. Enio Júnior Seidel (UFSM)
(Coorientador)

Prof.^a Dr.^a Rhanna Emanuela F. Lima de Carvalho (UECE)

Prof.^a Dr.^a Gaziele de Lima Dalmolin (UFSM)

Prof.^a Dr.^a Suzinara Beatriz Soares de Lima (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, 27 de fevereiro de 2015.

*Dedico este trabalho ao meu marido, Jonas, e
aos meus filhos, César e Cristian,
que souberam compreender a minha ausência nesse período difícil.*

Amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS

"Se vi ao longe é porque estava nos ombros dos gigantes"
Aristóteles

*À minha família,
pelo apoio e voto de confiança.*

*À minha orientadora, professora Tânia Solange Bosi de Souza Magnago,
pela compreensão, carinho e oportunidade de crescimento pessoal e profissional.
Agradeço pelo seu empenho, dedicação, confiança e esforço extremo
para que essa dissertação fosse concluída.*

*Ao meu coorientador, professor Ênio Seidel,
pela dedicação nas análises estatísticas e parceria para a finalização do projeto.*

*À Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e ao PPGEnf,
por proporcionarem a oportunidade de crescimento profissional e pessoal.*

*À Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa,
ao CNPq e ao Hospital Universitário de Santa Maria,
pelo incentivo disponibilizado para a realização desta pesquisa, por meio dos Programas
Institucionais de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/UFSM/CNPq e PROIC/HUSM).*

*Ao Hospital Universitário de Santa Maria,
pelo incentivo em qualificar os profissionais do quadro funcional.*

*Às minhas colegas Sabrina Torri e Luiza Pittan,
pela compreensão e esforço para equilibrar minha carga de trabalho
concomitante com minhas funções acadêmicas, nestes dois anos.*

*Aos meus colegas enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e secretários da unidade,
por me deram suporte e apoio nessa trajetória.*

*Às professoras Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho,
Suzinara Beatriz Soares de Lima e Grazielle Dalmolin,
por aceitarem fazer parte da construção, qualificação e aprimoramento deste trabalho.*

*Às bolsistas de iniciação científica da pesquisa:
Bruna Xavier Morais, Cecília Mariane Pinheiro Pedro, Taís Carpes Lanes, Julia Zancan
Bresolin, Juliana Dal Ongaro e Ana Carolina Magnago,
por toda dedicação e empenho para vencer cada etapa deste trabalho.
Vocês foram perseverantes durante toda a trajetória, e não foram poucas as nossas
dificuldades. Passamos calor, frio, fome, temor, cansaço, mas, também,
interagimos e construímos uma grande amizade.
Com certeza não teria conseguido sem o apoio de vocês!*

*Á minha colega do Curso de Mestrado, Emanuelli Mancio Ferreira da Luz,
pelo companheirismo e parceria na nossa jornada*

*Em especial
à Anamarta Sbogen Cervo,
por me incentivar, acreditar no meu potencial e
participar da construção da dissertação até o final.*

*À Thiana Sebben Pasa,
pela amizade, apoio incondicional e coaquismo.*

*Às minhas colaboradoras e amigas Leila Martinazzo e Nívea Maria de Oliveira, que
acompanharam toda minha jornada e por me darem suporte para conseguir finalizar essa
dissertação.*

*Ao Grupo de Pesquisa, em especial, aos mestrandos e demais coletores,
pelo apoio e empenho nas coletas. Nesses momentos podemos realmente definir a palavra
"grupo". Gostaria de agradecer pelo crescimento e também pelos momentos de descontração.*

*Aos colegas da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – Pólo Rio Grande
do Sul – Núcleo Santa Maria (REBRAENSP),
pela receptividade e colaboração nas instituições às quais estão vinculados. O apoio foi
muito importante e certamente o diferencial para a inserção da equipe de coletores.*

*Aos gestores das instituições de saúde convidadas,
pela disponibilidade e por viabilizar a inserção do grupo de pesquisa.
Em especial, às chefias diretas das unidades,
por se empenharam em agendar encontros nos horário de trabalho dos funcionários,
para colaborar com a coleta de dados.*

*Aos profissionais das instituições pesquisadas, em especial à equipe de enfermagem,
que não pouparam esforços para conseguir preencher o instrumento, mesmo sem
disponibilidade de tempo. Obrigada por auxiliarem no desenvolvimento deste estudo.*

*A todos que, direta ou indiretamente contribuíram, para a realização deste projeto,
embora não tenham sido citados. Obrigada!*

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÕES E ATITUDES DOS TRABALHADORES NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DE SANTA MARIA

AUTORA: MARI ANGELA MENEGHETTI BARATTO

ORIENTADORA: PROF^a DR^a TÂNIA SOLANGE BOSI DE SOUZA MAGNAGO

CO-ORIENTADOR: PROF. DR ÊNIO JUNIOR SEIDEL

Local e Data: Santa Maria, 27 de fevereiro de 2015.

A cultura de segurança do paciente é um componente fundamental para a qualidade dos serviços de saúde. Este estudo objetiva analisar as atitudes e percepções dos profissionais que atuam direta ou indiretamente no cuidado ao paciente hospitalizado, acerca da cultura de segurança do paciente. Trata-se de um estudo transversal, realizado em 2014, com profissionais da área da saúde e dos serviços de apoio de sete instituições hospitalares de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Como instrumento de pesquisa, utilizou-se a versão brasileira do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) e questões sócio-demográficas e laborais dos trabalhadores. Os dados foram organizados no programa Epiinfo 6.04[®], com dupla digitação independente. Após a correção de erros e inconsistências, realizou-se a análise no programa PASW Statistic[®], utilizando-se da estatística descritiva e analítica. O ponto de corte para avaliação positiva da cultura de segurança foi ≥ 75 pontos. O SAQ foi mensurado pela pontuação total e pelos seus seis domínios. Como resultados, participaram do estudo 2.634 profissionais, com predomínio do gênero feminino (72,6%), com idade entre 19 e 38 anos (50,9%), atuantes em turnos mistos (45,1%), em contato com os pacientes (71,6%), que não possuíam outro emprego (79,9%) e não faziam horas extras (66,2%). A consistência interna do SAQ foi 0,90. O escore total do SAQ variou entre 13,9 e 97,9, com mediana de 70,1 e média de 68,4 ($\pm 13,4$). Evidenciou-se avaliação positiva nos domínios Clima de trabalho em equipe e Satisfação no trabalho, com mediana de 75 e 90 respectivamente, indicando que, por mais que existam dificuldades nos ambientes de trabalho, os profissionais manifestaram o gosto pelo que fazem, valorizaram os colegas e o setor em que trabalhavam. Os demais domínios apresentaram avaliação negativa para a cultura de segurança (< 75). O domínio Percepção de Gerência do Hospital obteve o resultado mais baixo (mediana 60). Ao serem comparadas as duas categorias profissionais (saúde e apoio), identificou-se pouca variabilidade na avaliação dos domínios, embora os profissionais do apoio tenham scores mais baixos. Os resultados apresentados não devem ser analisados isoladamente, mas como subsídios para a implementação de iniciativas de melhorias, a fim de aprimorar a qualidade da atenção ao paciente e aos profissionais.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Cultura Organizacional. Enfermagem. Hospitais.
Safety Attitudes Questionnaire.

ABSTRACT

Master's Degree Thesis
Post Graduate Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

CULTURE OF PATIENT SAFETY: PERCEPTIONS AND ATTITUDES OF WORKERS IN HOSPITAL INSTITUTIONS OF SANTA MARIA

AUTHOR: MARI ANGELA MENEGHETTI BARATTO
ADVISER: TÂNIA BOSI SOLANGE DE SOUZA MAGNAGO
CO-ADVISER: ENIO JUNIOR SEIDEL
Place and Date: Santa Maria, February 27, 2015.

Patient safety culture is a key component to the quality of health services. This study aims to analyze the attitudes and perceptions of professionals working directly or indirectly in the care of the hospitalized patient regarding the patient safety culture. This is a cross-sectional study, conducted in 2014, with professionals in the field of health and support services in seven hospitals in Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil. As a research tool, used the Brazilian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) and sociodemographic and labor issues of workers. Data were organized in Epiinfo 6.04® program, and doubled entered independently. After the correction of errors and inconsistencies, conducted the analysis in PASW Statistic® program, using descriptive and analytical statistics. The cutoff for positive assessment of safety culture was ≥ 75 points. The SAQ was measured by the total score and its six areas. As a result, participated in the study 2,634 professionals, having female predominance (72.6%), aged between 19 and 38 years (50.9%), working in mixed shifts (45.1%), contact the patients (71.6%), which did not have another job (79.9%) and have no overtime work (66.2%). The internal consistency of the SAQ was 0.90. The total score SAQ ranged from 13.9 to 97.9, with an average of 70.1 and a mean of 68.4 (± 13.4). Positive evaluation is evidenced in the fields working as a team and Climate Job satisfaction, with an average of 75 and 90 respectively, indicating that, as much as there are difficulties in the workplace, professionals expressed happiness for what they do, valued colleagues and the place in which they worked. The other areas negatively rated for safety culture (<75). The Hospital Management Perception domain had the lowest score (average 60). When the two professional groups being compared (health and support), we identified little variability in the assessment of areas, although the support of professionals tend to lower scores. The results presented should not be analyzed in isolation, but as backings for the enactment of improvement initiatives in order to improve the quality of patient care and professionals.

Keywords: Patient safety. Organizational culture. Nursing. Hospitals. Safety Attitudes Questionnaire.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo de Motivação, segundo Newstrom (2008)	52
Figura 2 – Comparação entre os Modelos de Maslow, Herzberg e Alderfer.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação das variáveis estudadas, segundo o tipo e a escala de mensuração.....	104
Tabela 2 – Distribuição dos trabalhadores por instituição hospitalar, segundo variáveis demográficas e laborais. Santa Maria, RS, Brasil, 2014. (N=2634)	108
Tabela 3 – Análise descritiva dos itens do Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Santa Maria, RS, Brasil, 2014. (N=2634)	110
Tabela 4 – Análise descritiva dos domínios do Questionário de Atitude de Segurança (SAQ) das instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014. (N=2634)	112
Tabela 5 – Coeficientes de Correlação de Pearson entre as médias dos domínios e as médias encontradas nas categorias Geral (Saúde/Apoio), Saúde e Apoio. Santa Maria, RS, Brasil, 2014	114
Tabela 6 – Alfa de Cronbach, média e desvio padrão do SAQ nas categorias Geral (Saúde/Apoio), Saúde e Apoio. Santa Maria, RS, Brasil, 2014.....	115
Tabela 7 – Correlação item-total, Alfa de Cronbach, média e desvio padrão para o domínio Clima de Trabalho em Equipe. Santa Maria, RS, Brasil, 2014	115
Tabela 8 – Correlação item-total, alfa de Cronbach, média e desvio padrão para o domínio Clima de Segurança. Santa Maria, RS, Brasil, 2014	116
Tabela 9 – Correlação item-total, alfa de Cronbach, média e desvio padrão para o domínio Satisfação no Trabalho. Santa Maria, RS, Brasil, 2014.....	117
Tabela 10 – Correlação item-total, alfa de Cronbach, média e desvio padrão para o domínio Percepção do Estresse. Santa Maria, RS, Brasil, 2014	117
Tabela 11 – Correlação item-total, Alfa de Cronbach, média e desvio padrão para o domínio Percepção da Gerência da Unidade. Santa Maria, RS, Brasil, 2014... ..	118
Tabela 12 – Correlação item-total, alfa de Cronbach, média e desvio padrão para o domínio Percepção da Gerência do Hospital. Santa Maria, RS, Brasil, 2014 ..	119
Tabela 13 – Correlação item-total, alfa de Cronbach, média e desvio padrão para o domínio Condições de Trabalho. Santa Maria, RS, Brasil, 2014.....	119
Tabela 14 – Análise descritiva do domínio Clima de trabalho em Equipe, segundo variáveis sociodemográficas e laborais dos profissionais das instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014.	120
Tabela 15 – Análise descritiva do domínio Clima de Segurança, segundo variáveis sociodemográficas e laborais dos profissionais das instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014	121
Tabela 16 – Análise descritiva do domínio Satisfação no Trabalho, segundo variáveis sociodemográficas e laborais dos profissionais das instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014	122

Tabela 17 – Análise descritiva do domínio Percepção de Estresse, segundo variáveis sociodemográficas e laborais dos profissionais das instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014.....	123
Tabela 18 – Análise descritiva do domínio Percepção de Gerência da Unidade, segundo variáveis sociodemográficas e laborais dos profissionais das instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014.....	124
Tabela 19 – Análise descritiva do domínio Percepção de Gerência do Hospital, segundo variáveis sociodemográficas e laborais dos profissionais das instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014.....	125
Tabela 20 – Análise descritiva do domínio Condições de Trabalho, segundo variáveis sociodemográficas e laborais dos profissionais das instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014.....	126
Tabela 21 – Análise descritiva do domínio Clima de Trabalho em Equipe, de acordo com as instituições hospitalares. Santa Maria, RS, Brasil, 2014.....	127
Tabela 22 – Análise descritiva do domínio Clima de Segurança de acordo com as instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014	127
Tabela 23 – Análise descritiva do domínio Satisfação no Trabalho de acordo com as instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014	128
Tabela 24 – Análise descritiva do domínio Percepção de Estresse, de acordo com as instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014	128
Tabela 25 – Análise descritiva do domínio Percepção de Gerência da Unidade, de acordo com as instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014	129
Tabela 26 – Análise descritiva do domínio Percepção de Gerência do Hospital de acordo com as instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014	129
Tabela 27 – Análise descritiva do domínio Condições de Trabalho, de acordo com as instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014	129
Tabela 28 – Distribuição dos Trabalhadores segundo categoria profissional Apoio e domínios do SAQ. Santa Maria, RS, Brasil, 2014.....	133
Tabela 29 – Distribuição dos Trabalhadores segundo categoria profissional Saúde e domínios do SAQ. Santa Maria, RS, Brasil, 2014.....	133

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Domínios do <i>Safety Attitudes Questionnaire-Short Form</i> (BRASIL, 2011).	41
Quadro 2 – Análise descritiva dos domínios do SAQ, de acordo com as categorias profissionais da área da Saúde e do Apoio. Santa Maria, RS, Brasil, 2014.....	130
Quadro 3 – Coeficiente Alfa de Cronbach evidenciado em estudos com o SAQ. Santa Maria, RS, Brasil, 2015	138

LISTA DE ABREVIATURAS

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAIR	<i>Checklist for Assessing Institutional Resilience</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CCS	<i>Culture of Safety Survey</i>
CIPNSP	Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
CUSP	<i>Comprehensive Unit-Based Safety Program</i>
DEPE	Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão
EUA	Estados Unidos da América
FMAQ	<i>Flight Management Attitudes Questionnaire</i>
GAP	Gabinete de Apoio a Projetos
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
HSPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
INSAG	Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência
JAMA	<i>Journal American Medical Association</i>
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MIFS	<i>The Medical Insurance Feasibility Study</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PASW Statistic®	<i>Predictive Analytics Software</i>
PAV	Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPGenf	Programa de Pós Graduação em Enfermagem

RDC	Resolução de Direção Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
RIENSP	Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente
RS	Rio Grande do Sul
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SAQAP	<i>Safety Attitudes Questionnaire Action Plan</i>
SCS	<i>Safety Climate Survey</i>
SLOAPS	<i>Strategies for Leadership: an organizational approach to patient safety</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TeamSTEPPS	<i>Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety</i>
T-TAQ	<i>TeamSTEPPS Teamwork Attitudes Questionnaire</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VHA PSQ	<i>Veterans' Administration Patient Safety Culture Questionnaire</i>

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) (CARVALHO, 2011).....	169
Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	170

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A –	Distribuição dos profissionais da saúde. Santa Maria, RS, Brasil, 2014.....	173
Apêndice B –	Distribuição dos profissionais do serviço de apoio. Santa Maria, RS, Brasil, 2014.....	174
Apêndice C –	Relato de Experiência apresentado na V Semana Científica do HUSM e II Jornada de Pesquisa do HUSM	175
Apêndice D –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	177
Apêndice E –	Versão Adaptada do Questionário Atitudes de Segurança (SAQ)	179
Apêndice F –	Termo de Confidencialidade e privacidade dos dados	180
Apêndice G –	Convite e solicitação de autorização para desenvolvimento da pesquisa.....	181
Apêndice H –	Frequência de respostas aos itens do SAQ. Santa Maria, RS, Brasil, 2014.	183

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	29
1.1	Justificativa e contribuições do estudo	32
1.2	Objetivos	34
1.2.1	Objetivo geral	34
1.2.2	Objetivos específicos.....	35
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	37
2.1	Segurança do paciente: um breve histórico	37
2.2	<i>Safety Attitudes Questionnaire-Short Form 2006</i>.....	40
2.2.1	Os Domínios do <i>Safety Attitudes Questionnaire</i>	43
2.2.1.1	Clima de Trabalho em Equipe.....	43
2.2.1.2	Clima de Segurança.....	46
2.2.1.3	Satisfação no trabalho	50
2.2.1.4	Percepção do Estresse	56
2.2.1.5	Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital.....	59
2.2.1.6	Condições de trabalho	64
2.3	Cultura de segurança do paciente no cenário hospitalar	67
	Cultura de segurança do paciente no cenário hospitalar: revisão integrativa ...	67
3	MÉTODO.....	97
3.1	Delineamento do estudo	97
3.2	Campo do estudo	97
3.3	População do estudo.....	98
3.4	Coleta dos dados e instrumento de pesquisa.....	99
3.4.1	A coleta de dados	99
3.4.2	O instrumento de pesquisa	101
3.5	Organização e análise dos dados.....	101
3.5.1	Análise da consistência interna do SAQ e normalidade dos dados.....	102
3.5.2	Análise do SAQ (variável dependente)	102
3.5.3	Análise das variáveis independentes	103
3.6	Considerações éticas.....	105
4	RESULTADOS.....	107
4.1	Perfil dos participantes do estudo.....	107
4.2	Análise do <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> (SAQ).....	109
4.2.1	Análise descritiva dos itens do SAQ	109
4.2.2	Análise da confiabilidade do SAQ e seus domínios.....	113
4.2.2.1	Análise de correlação entre os domínios do SAQ.....	113
4.2.2.2	Avaliação do Alfa de Cronbach entre os domínios do SAQ.....	114
4.3	Análise descritiva dos domínios do SAQ avaliado com profissionais da Saúde e de Apoio (Geral), segundo variáveis sociodemográficas e laborais.....	120
4.4	Análise descritiva dos domínios do SAQ avaliados com profissionais da Saúde e Apoio (Geral), de acordo com as instituições hospitalares.....	127
5	DISCUSSÃO	135
5.1	Considerações sobre a taxa de respostas ao SAQ.....	135

5.2	Considerações sobre a caracterização dos participantes do estudo.....	136
5.3	Considerações sobre a avaliação das propriedades psicométricas do SAQ e seus domínios.....	137
5.4	Considerações sobre a análise descritiva dos itens do SAQ e seus domínios ...	139
5.4.1	Clima de trabalho em equipe	140
5.4.2	Clima de segurança	142
5.4.3	Satisfação no trabalho	143
5.4.4	Percepção do estresse.....	144
5.4.5	Percepção da gerência da unidade e do hospital	146
5.4.6	Condições de trabalho.....	148
6	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES	151
	REFERÊNCIAS.....	155
	ANEXOS.....	167
	APÊNDICES	171

1 INTRODUÇÃO

A segurança no cuidado ao paciente tem sido cada vez mais evidenciada em estudos pelos profissionais da saúde ao longo dos anos, especialmente nas duas últimas décadas. A enfermagem tem na sua origem a preocupação em promover a segurança do paciente. Um dos marcos da enfermagem, Florence Nightingale, sustentava o princípio que o primeiro dever de um hospital deveria ser o de não causar dano ao paciente. Nos seus estudos iniciais sobre epidemiologia, constatava que o índice de mortalidade era maior entre os pacientes tratados em hospitais, do que entre os pacientes tratados em casa (NIGHTINGALE, 1863).

Nesse aspecto, a cultura é um dos pontos-chave para a compreensão das ações dos seres humanos e funciona como um padrão coletivo que identifica os grupos, suas maneiras de perceber, pensar, sentir e agir (PIRES; MACÊDO, 2006). Assim, mais do que um conjunto de regras, de hábitos e de artefatos, a cultura expressa a construção de significados partilhados pelo conjunto de pessoas que pertencem a um mesmo grupo social. A cultura implica estabilidade e serve como fator aglutinador para levar os membros do grupo em direção ao consenso, implica dinâmica e padronização (PIRES; MACÊDO, 2006).

Ao considerar as relações interpessoais nas organizações, Fleury e Fischer (1989, p. 22) conceituaram cultura organizacional como:

Um conjunto de valores e pressupostos básicos, expressos em elementos simbólicos, os quais, em sua capacidade de ordenar, atribuir significações, construir a identidade organizacional, tanto agem como elementos de comunicação e consenso, como ocultam e instrumentalizam as relações de poder.

As instituições de saúde estão se tornando conscientes da importância de entender a cultura das organizações, uma vez que o desempenho dos trabalhadores constitui um fator determinante do sucesso ou insucesso de qualquer proposta (KURCGANT; MASSAROLLO, 2010). O crescente interesse na cultura de segurança¹ tem sido acompanhado pela necessidade de ferramentas de avaliação que incidem sobre os aspectos culturais da segurança do paciente (NIEVA; SORRA, 2003). Estes instrumentos de pesquisa destinam-se a fornecer informações aos gestores das organizações de saúde, sobre as percepções dos profissionais e as práticas organizacionais, com o intuito de gerar consciência sobre a segurança do paciente e motivar a

¹ De acordo com a RDC n° 36, cultura de segurança é o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013, p. 1).

gestão a agir em áreas que necessitem de melhorias. A informação obtida deve ser considerada como ponto de partida, não como ponto final, e ações para a segurança do paciente poderão emergir (NIEVA; SORRA, 2003).

Ao contrário de décadas passadas, percebe-se, a cada dia, o avanço tecnológico nos equipamentos e materiais disponibilizados para melhorar a segurança no trabalho e facilitar a prática diária dos profissionais. Mas, essas inovações introduzidas, realmente terão êxito quando houver um processo de mudança cultural dos profissionais, direcionado à melhoria da qualidade do cuidado e redução de falhas na assistência à saúde. Se a avaliação da cultura de segurança revela uma cultura punitiva, a qual repercute na subnotificação de eventos adversos, dificulta a organização de trabalhar com os dados obtidos para uma mudança sustentável. Os dados da cultura de segurança são uma ferramenta de melhoria e requerem o desenvolvimento de um processo de compreensão organizacional compartilhada dos significados dos achados e suas possíveis causas. Após essa interpretação, ações potenciais relevantes poderão ser tomadas (NIEVA; SORRA, 2003).

Uma mudança de paradigma em relação ao erro surgiu com a apresentação do modelo do Queijo Suíço, pelo psicólogo britânico James Reason (2000). Esse modelo foi criado para explicar os acidentes organizacionais e tem sido amplamente utilizado quando o tema é segurança do paciente, considerado o marco para esta mudança. O modelo enfatiza que, em organizações complexas, um único erro no final do processo raramente é suficiente para causar um dano. Para causá-lo, estes erros devem ultrapassar múltiplas e incompletas camadas de proteção representadas pelas fatias do queijo suíço. Segundo a perspectiva em relação ao erro, Wachter (2010) considerou que o mesmo trouxe a necessidade de focar menos no evento ou na tentativa de alcançar o comportamento humano perfeito, e focar mais na tentativa de encolher os buracos do queijo suíço, bem como criar barreiras de proteção para evitar o alinhamento dos buracos, permitindo que um erro os atravesse.

Existem duas formas de abordagem para a falibilidade humana. Uma se reporta na pessoa e se concentra sobre os erros dos indivíduos, acusando-os de desatenção, esquecimento ou fraqueza moral. O outro aborda o sistema, que se concentra nas condições em que os indivíduos trabalham, na busca da construção de defesas para evitar erros ou suavizar seus efeitos (REASON, 2000).

O maior desafio em um movimento para um sistema de saúde seguro é muitas vezes cultural. Uma cultura de culpa, em que os erros são vistos apenas como fracassos pessoais, deveria ser substituída por uma cultura em que os erros sejam encarados como oportunidades de melhorar o sistema (IOM, 2001). Para transformar uma cultura é preciso, primeiramente,

entendê-la e descobrir os pontos fracos da organização. Dessa forma, ações podem emergir, trazendo resultados positivos e duradouros. A instituição necessita apresentar com clareza quais as metas, valores e normas as serem seguidos e as atitudes esperadas por parte dos seus colaboradores.

No Brasil, as iniciativas governamentais em relação à segurança do paciente, iniciaram com a criação da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a formação das Redes de Hospitais Sentinelas. Recentemente, a ANVISA, na Resolução de Direção Colegiada (RDC) nº 63, dispôs sobre os Requisitos de Boas Práticas para Funcionamento de Serviços de Saúde (BRASIL, 2011a). Em 1º de abril de 2013, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 529, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Este tem o objetivo de promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013).

A cultura de segurança é definida, no artigo 4º, inciso V da Portaria nº 529, a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização: cultura na qual todos os trabalhadores assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; na ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013). Sua criação está voltada para a qualidade e segurança do paciente e engloba princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança; a estruturação e execução dos processos de gerenciamento de risco; a integração com os processos de cuidado e articulação com os demais processos dos serviços de saúde.

A avaliação da cultura da segurança do paciente pode ser realizada mediante investigação junto aos gestores e trabalhadores, sobre suas atitudes e percepções para a segurança e de como ela é priorizada e gerenciada na unidade de trabalho ou em toda a organização. Ela reflete essencialmente as atitudes e valores gerenciais e dos trabalhadores relacionados com a gestão de risco e a segurança (FLIN, 2008).

Dentre os instrumentos de avaliação sobre a cultura de segurança, destaca-se o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). Trata-se de uma das ferramentas mais utilizadas e rigorosamente validadas para medir a cultura de segurança, permitindo comparações úteis em todo o setor de saúde (NORDÉN-HÄGG, 2010). O SAQ foi construído e validado por Sexton

et al. (2006), nos Estados Unidos da América (EUA) e é utilizado para avaliar as atitudes do cuidador por meio de uma escala climática com seis domínios: clima de trabalho em equipe; clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção de gestão, condições de trabalho e percepção do estresse (SEXTON et al., 2006). No Brasil, o SAQ foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Carvalho (2011), que investigou o clima de segurança em seis hospitais de três regiões brasileiras (Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste).

1.1 Justificativa e contribuições do estudo

Tomou-se conhecimento da validação do SAQ em discussões sobre a temática segurança do paciente no Grupo de pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e enfermagem”, sublinha de pesquisa “Saúde, Segurança e Meio Ambiente”. Com o acesso a essa ferramenta, surgiu o interesse de aprofundar a temática segurança do paciente, clima e cultura organizacional nas instituições hospitalares de Santa Maria. Assim sendo, em junho de 2013, foi realizada uma busca no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com os descritores “enfermagem”, “segurança do paciente” e “cultura”. Foram encontrados 14 estudos (dez dissertações e quatro teses), desenvolvidos nas Regiões Sudeste e Sul.

Esses estudos tiveram como objetos de investigação a avaliação de eventos adversos, erros de medicação, sistemas de notificação, percepção e conhecimento da equipe de enfermagem quanto a segurança do paciente e cultura de segurança. Em especial, foram encontrados seis estudos com relação à avaliação da cultura de segurança. Destes, três utilizaram o SAQ. Evidenciou-se predomínio de estudos com delineamentos descritivos e transversais, realizados no âmbito hospitalar e com a equipe de enfermagem. O ponto de vista dos demais grupos profissionais que atuam junto ao paciente, de forma direta ou não, não foi abordado nas pesquisas que utilizaram esse instrumento. Destaca-se que, até o presente momento, na Região Sul e, em especial, no Rio Grande do Sul, não foram encontrados estudos utilizando o SAQ após a sua validação.

Também, em novembro de 2014 foi realizada uma busca² nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), SCOPUS

² Os resultados desta busca deram origem à revisão integrativa, descrita no item 2.5.

(Elsevier), *Web of Science* (Thomson Scientific/ISI Web Services) e MEDLINE/PUBMED (Via *National Library of Medicine*) com o intuito de avaliar o que estava sendo produzido a nível nacional e internacional. Foram encontrados 16 estudos, com predomínio de publicações americanas. Predominaram os delineamentos transversais com cenários das unidades hospitalares em geral, seguido das unidades de terapia intensiva (UTI). O SAQ foi utilizado como único instrumento ou combinado com outros questionários, como forma de avaliação de unidades ou todas as áreas e também para comparação após a implantação de planos de melhorias. Os domínios com escores mais baixos foram os relacionados com percepção da gestão e percepção do estresse e os mais positivos foram os relacionados com o clima de segurança, condições de trabalho, satisfação no trabalho e trabalho em equipe. O clima de segurança nas instituições variou de acordo com o país, a instituição, a unidade além da experiência e idade dos profissionais.

A cultura hierárquica foi negativamente correlacionada com os domínios do SAQ, sendo que atitudes mais positivas estão relacionadas a instituições que priorizam programas de treinamento e valorizam a comunicação. Observou-se que os profissionais da saúde foram os sujeitos pesquisados na totalidade dos estudos revisados, com pequenas variações de grupos. Sete estudos envolveram outros profissionais da unidade/hospital, mas não a totalidade das categorias profissionais do setor investigado.

Destaca-se que a segurança do paciente está relacionada a áreas interligadas e envolve todos os profissionais neste processo. No entanto, não foi encontrado estudo que tenha oportunizado a pesquisa a todos os trabalhadores do serviço hospitalar (profissionais da saúde e do serviço de apoio). Por conseguinte, há certa invisibilidade dos profissionais de apoio por parte da comunidade científica, retratada pela falta de produções centradas nesse grupo, o que reforça a necessidade de estudos que incluam esta população. O serviço de apoio é composto por diferentes profissões ou especialidades, que atuam de maneira integrada aos profissionais da saúde nos diversos setores das instituições de saúde.

Ademais, enfatiza-se que devido à diversidade cultural da população brasileira e da disparidade de acesso da mesma aos serviços e infraestruturas hospitalares, considera-se pertinente avaliar a cultura de segurança em outras realidades brasileiras, além das já realizadas no estudo de validação do SAQ (CARVALHO, 2011). Ainda, destaca-se que o foco deste estudo vai ao encontro das propostas apresentadas pelo Ministério da Saúde, quando da criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013) para o monitoramento e a prevenção de danos na assistência à saúde.

Frente ao exposto, soma-se o fascínio da mestrandia pela temática Segurança do paciente e sua inserção, em 2010, na Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), Núcleo Santa Maria, com participação efetiva nas ações propostas pela Rede. No âmbito do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), destaca-se a sua participação efetiva na formação do Grupo de Estudo sobre Medicamentos, com a elaboração do Manual de Medicamentos Injetáveis do HUSM; na Equipe Multiprofissional de Segurança do Paciente do HUSM e no Grupo de Padronização de Medicamentos do HUSM, dos quais faz parte desde 2012.

Espera-se que os resultados deste estudo tragam contribuições às instituições pesquisadas, tendo em vista que a cultura organizacional varia de acordo com as características do hospital e o tipo de cultura com o clima de segurança da instituição (SPEROFF, 2010). Também, a partir do diagnóstico institucional os gerentes e os profissionais têm a possibilidade de conhecer a realidade de cultura de segurança na sua instituição. E, a partir dele, pode haver a oportunidade de discussão, aprendizado e a segurança do paciente consolidada por meio de uma cultura de atitudes seguras, construída e aceita por todos os profissionais envolvidos.

Neste contexto, tem-se a questão de pesquisa: Como está a cultura de segurança nas instituições hospitalares de Santa Maria, Rio Grande do Sul, sob o ponto de vista dos profissionais da saúde e de apoio? Como objeto de pesquisa, destaca-se as atitudes e percepções dos profissionais da saúde e de apoio sobre segurança do paciente, mensuradas pelo SAQ.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Analisar as atitudes e percepções dos profissionais que atuam direta ou indiretamente no cuidado ao paciente nas instituições hospitalares de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, acerca da cultura de segurança.

1.2.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas e laborais da população de estudo.
- Analisar a validade de constructo e a confiabilidade da versão brasileira do SAQ.
- Mensurar o clima de segurança dos profissionais, por meio dos seis domínios do SAQ.
- Identificar os fatores que interferem na segurança do paciente, levando em consideração as características sociodemográficas e laborais dos entrevistados.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Segurança do paciente: um breve histórico

O conhecimento de que o paciente é colocado em risco ao receber cuidados relacionados à sua saúde não é tema novo. Estudos relacionados a essa temática iniciaram há, aproximadamente, trinta anos. Em 1974, nos Estados Unidos, foi realizado um estudo pioneiro, pelo *California Medical Association e a California Hospital Association*, intitulado “*The Medical Insurance Feasibility Study*” (MIFS). Esse estudo foi solicitado por seguradoras de saúde ao se depararem com um grande número de benefícios requeridos pelos segurados. No estudo foram revisados 21mil prontuários em 23 hospitais da Califórnia, identificando-se eventos adversos em 4,6% dos pacientes hospitalizados (ZAMBON, 2008).

Em 1991, no estudo “*The Harvard Medical Practice Study*”, foram revisados 30 mil prontuários de pacientes que receberam alta de hospitais em Nova York. Evidenciaram-se eventos adversos em 3,7% dos casos, sendo que 13,6% levaram o paciente ao óbito (ZAMBON, 2009). Um dos integrantes dessa pesquisa, Lucian Leape, médico e professor da Harvard School of Public Health, publicou em 1994, no *Journal American Medical Association* (JAMA), o artigo “*Error in Medicine*”, considerado o primeiro clássico na literatura da saúde, sugerindo a necessidade de uma abordagem sistêmica da segurança.

Em 1999 a divulgação do relatório “*To Err is Human: Building a Safer Health System*”, do *Institute of Medicine* (IOM), desencadeou o movimento da segurança do paciente, após divulgar dados alarmantes sobre erros médicos e lesões causadas nos pacientes. Esse relatório alertou para a estimativa anual de mortes (44 a 98 mil em um ano) nos (EUA) decorrentes de eventos adversos relacionados à assistência ao paciente. Este tipo de incidente foi a oitava causa de mortalidade nos EUA, superando as ocasionadas por acidentes automobilísticos (43.458 mortes em um ano) e câncer de mama (42.297 mortes em um ano) com custos calculáveis em bilhões de dólares (KOHN, 1999).

Em outubro de 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou formalmente a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, na 57ª Assembleia Mundial da Saúde. Sua criação foi um importante passo na busca para melhorar a segurança dos cuidados de saúde em todos os Estados-Membros. Ela objetivou despertar a consciência e o comprometimento

político para melhorar a segurança na assistência, além de apoiar os países no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para a segurança do paciente em todo o mundo.

Nessa Aliança, foram priorizadas ações divididas em seis áreas de atuação, de previsão bianual e o compromisso de disponibilizar as informações e experiências adquiridas relacionadas à aprendizagem e ações preventivas. As áreas definidas foram: desafio global para a segurança do paciente 2005-2006; participação dos pacientes e consumidores; desenvolvimento de uma taxonomia de segurança do paciente; pesquisa no campo de segurança do paciente; soluções para reduzir o risco no cuidado à saúde e melhorar a segurança; notificação e conhecimento para melhorar a segurança do paciente além de governança e apoio ao programa (WHO, 2004).

Em 2005, *The Joint Commission* e seu braço internacional, uma organização independente de acreditação, foi designada como membro participante do Centro Colaborador (WHO *Collaborating Centre*). Este órgão foi criado com a função de coordenar, programar e difundir ações de abrangência internacional voltadas à segurança do paciente. Uma das ações implantadas em 2006 foi o "*High 5s Project*", que se constitui em um mecanismo para implementar iniciativas e protocolos operacionais padronizados para cinco soluções de segurança do paciente em cinco anos (JC, 2008).

O "Desafio Global para a Segurança do Paciente" é uma das ações previstas pela OMS para minimização de riscos em todos os países. A cada dois anos é lançado um tema prioritário. O primeiro desafio foi lançado em 2005, focado na prevenção e redução de infecções relacionados à assistência (IRAS), com o tema "Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura". O segundo desafio focou a segurança cirúrgica, com o tema "Cirurgia Segura Salva Vidas" (BRASIL, 2011). O primeiro desafio priorizou a higienização de mãos e o segundo propiciou a criação do Protocolo de Cirurgia Segura, em 2008. O terceiro desafio, iniciado em 2009, com o tema "Enfrentando a Resistência Bacteriana", desencadeou a implantação de um conjunto de intervenções, os *bundles*, que têm por finalidade reduzir a mortalidade e evitar danos decorrentes da assistência.

As Seis Metas Internacionais para a Segurança do Paciente foram adaptadas das metas americanas propostas pela *Joint Commission*, em 2006, e passaram a ser difundidas a todos os países membros da OMS, pelo então Centro Colaborador para Soluções de Segurança de Paciente, que assim passou a ser denominado. São elas: identificar corretamente os pacientes; melhorar a comunicação efetiva; melhorar a segurança para os medicamentos de alto risco; garantir cirurgia em local, procedimento e paciente correto; reduzir o risco de infecções

associados à assistência e reduzir o risco de dano resultante de queda (JC, 2007). Essas metas orientam a promoção de melhorias específicas relacionadas à assistência à saúde e fazem parte das estratégias dos hospitais em processo de acreditação e nos já acreditados.

No Brasil, no ano de 1999, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, vinculada ao Ministério da Saúde, substituiu a Secretaria de Vigilância Sanitária, como um órgão regulador do governo. A ANVISA formou a Rede de Hospitais Sentinela, em 2001, com o propósito de controlar a qualidade dos medicamentos, equipamentos, insumos, hemoderivados entre outros serviços (BRASIL, 2001). Em 2007, o Brasil formalizou o compromisso com a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, pelo Ministro da Saúde, na Declaração de Compromisso na Luta contra as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (BRASIL, 2010).

No ano de 2005 foi criada a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP), em encontro realizado no Chile. No ano de 2008, em São Paulo, foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e de Segurança do Paciente (REBRAENSP), com a participação de 12 estados, dentre eles o Rio grande do Sul. Essa rede tem por objetivo ser um elo de articulação e de cooperação técnica entre instituições direta e indiretamente ligadas à saúde e à educação de profissionais de saúde para fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade, desenvolvendo programas conforme as necessidades dos Estados e municípios no território nacional (REBRAENSP, 2009). Em 11 de setembro desse mesmo ano, foi criada a REBRAENSP Pólo RS em reunião com representantes de diversas instituições de saúde e de ensino do Rio Grande do Sul. Em agosto de 2010, foi oficializada a criação da REBRAENSP – Núcleo Santa Maria.

Em 2011, a ANVISA, na resolução RDC nº 63, dispôs sobre os Requisitos de Boas Práticas para Funcionamento de Serviços de Saúde. A mesma apontou, no capítulo II, seção II, sobre a obrigatoriedade do serviço de saúde estabelecer estratégias e ações voltadas para a segurança do paciente (BRASIL, 2011a). Essa normativa foi uma medida importante para regulamentação de ações desenvolvidas nas instituições de saúde, em âmbito nacional, o que propiciou a publicação da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, pelo Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Segurança do Paciente com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Este determina a criação de núcleos de segurança pelas instituições de saúde, no período de 120 dias, com conseqüentes multas, sansões e suspensão da licença sanitária no descumprimento das determinações. Fica também instituído o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), de caráter consultivo, com a função de propor

e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente nas diferentes áreas (BRASIL, 2013). Todas essas ações, promovidas por órgão governamentais ou não, visam minimizar os incidentes durante a assistência à saúde, com propostas voltadas à segurança do paciente e à qualidade da assistência prestada pelos profissionais envolvidos.

2.2 Safety Attitudes Questionnaire-Short Form 2006

Para avaliar a cultura de segurança do paciente existe um considerável número de instrumentos de pesquisa que podem ser analisados quantitativamente por meio de pesquisas ou qualitativamente por métodos antropológicos/etnográficos. Esses últimos consistem de questionários construídos com o intuito de orientar a reflexão e diálogo em grupos de pessoas, tais como: "*Strategies for Leadership: an Organizational Approach to Patient Safety*" (SLOAPS), o "*Checklist for Assessing Institutional Resilience*" (CAIR) e o *Manchester Patient Safety Framework* (DEILKAS, 2008).

Nos estudos apresentados por Colla et al. (2005) e por Flin et al. (2006), os instrumentos mais utilizados em análise quantitativa foram o "*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSPSC*"; o "*Safety Attitudes Questionnaire*" – SAQ; o "*Culture of Safety Survey*" – CSS; e, o "*Veterans' Administration Patient Safety Culture Questionnaire*" – VHA PSCQ.

O presente estudo utilizou o SAQ como instrumento de coleta de dados. De acordo com Sexton et al., (2006), o SAQ foi construído a partir do refinamento do instrumento *Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire*, oriundo de um questionário desenvolvido para uso na aviação comercial amplamente utilizado, denominado *Flight Management Attitudes Questionnaire* (FMAQ). O FMAQ foi elaborado a partir de evidências de que a maior parte dos acidentes aéreos provinha de falhas dos aspectos interpessoais da tripulação, tais como: trabalho em equipe, liderança, comunicação e colaboração na tomada de decisão colaborativa. Pela similaridade das temáticas, identificou-se que 25% dos itens deste questionário poderiam ser utilizados nos serviços de saúde. A esses foram acrescentados novos itens formulados por discussões com os profissionais de saúde e especialistas no assunto, dando origem ao SAQ.

A construção do SAQ foi norteadada por dois modelos conceituais: o quadro de Vincent para a análise de risco e de segurança e no modelo conceitual de Donabedian para avaliação

da qualidade. Os itens construídos foram analisados por meio de testes-piloto e análise fatorial exploratória (SEXTON et al., 2006).

O SAQ avalia as atitudes do cuidador por meio de uma escala climática com seis domínios: clima de trabalho em equipe; clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção de gestão, condições de trabalho e reconhecimento de estresse (SEXTON et al., 2006). De acordo com Colla (2005) os resultados dessa escala podem ser correlacionados com indicadores de evolução do paciente como: diminuição das taxas de erros de medicação, de infecções de corrente sanguínea e tempo de permanência em UTI. Ele pode ser adaptado para uso em diferentes unidades de saúde (com pequenas modificações, se necessário) e fornece um instantâneo do clima de segurança dos profissionais de uma determinada área clínica.

No Brasil, a validação e adaptação transcultural do SAQ foram realizadas por Carvalho (2011). A versão brasileira (Anexo A) apresentou boas propriedades psicométricas na realidade pesquisada, caracterizando-se como o primeiro instrumento brasileiro para avaliação da cultura de segurança nas instituições de saúde, por meio de análise do clima de segurança (CARVALHO, 2011). O mesmo é dividido em duas partes, sendo a primeira composta de 41 itens com seis domínios (Quadro 1).

Domínios	Descrição	Exemplo de itens
Clima de Trabalho em Equipe Itens 1 a 6	Compreende a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros da equipe.	Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.
Clima de Segurança Itens 7 a 13	Avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para a segurança do paciente.	Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado(a) aqui como paciente.
Satisfação no trabalho Itens 15 a 19	É a visão positiva do local de trabalho	Eu gosto do meu trabalho.
Percepção do Estresse Itens 20 a 23	Trata do reconhecimento do quanto os valores estressores influenciam na execução do trabalho.	Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.
Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital Itens 24-29, que se duplicam em a e b.	Refere-se a aprovação das ações da gerência quanto às questões de segurança.	A administração está fazendo um bom trabalho.
Condições de Trabalho Itens 30-32	Refere-se à percepção da qualidade do ambiente de trabalho.	Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.

Quadro 1 – Domínios do *Safety Attitudes Questionnaire-Short Form* (BRASIL, 2011).

Fonte: Carvalho (2011, p. 39)

A segunda parte visa coletar dados dos profissionais (ex.: gênero, categoria profissional, tempo de atuação e unidade de atuação). Cada um dos itens da primeira parte é respondido usando uma escala de Likert de cinco pontos, que varia de 1 a 5 (discordo totalmente, discordo parcialmente, neutro, concordo parcialmente, concordo totalmente e não se aplica), com valores de 0 a 100 respectivamente, divididos por quartis. Para calcular o escore de cada domínio, utiliza-se a fórmula $(m-1) \times 25$, sendo que m é a média dos itens de cada domínio. A análise descritiva do SAQ é realizada pela média das respostas do instrumento e pelo somatório das respostas aos 41 itens que o compõe. (CARVALHO, 2011).

Com o objetivo de identificar os países que desenvolveram estudos de validação do SAQ foi realizada uma busca na SCOPUS, no mês de setembro de 2014³. Foram consultados artigos que tiveram como objetivo realizar a validação do SAQ, disponíveis na íntegra online. Primeiramente, utilizou-se a palavra-chave "*safety attitudes questionnaire*", tendo sido encontradas 109 publicações. Ao acrescentar o descritor "*validation studies*", a busca reduziu para 30 produções. Após a leitura crítica dos mesmos, 14 estudos aplicaram o SAQ já validado, em combinação com outros instrumentos, ou aplicado de forma isolada. Dos 16 estudos restantes, identificou-se que a validação do SAQ foi realizada na Suíça, Índia, Alemanha, Bélgica, Turquia, Noruega, Brasil, Suécia, China e Espanha. Na Noruega e no Brasil, o instrumento foi validado também na versão ambulatorial. Na China, foi realizada a validação no ano de 2008 e a revalidação do SAQ em 2010, além das versões adaptadas para fisioterapeutas e trabalhadores da construção civil em 2011 e 2003, respectivamente. Na Suécia, validou-se o instrumento recentemente, na versão adaptada para bloco cirúrgico e com profissionais farmacêuticos. Na Espanha, a validação do SAQ foi combinada com o *Safety Climate Survey* (SCS).

A publicação americana do estudo de validação do SAQ (SEXTON et al., 2006) não foi identificada na busca. A versão grega foi realizada por Raftopoulos (2011) e a versão árabe do SAQ ambulatorial e a mexicana foram citadas em estudos, mas, não foram encontradas na busca. Dessa forma, constatou-se que o SAQ está sendo utilizado mundialmente para avaliar a cultura de segurança dos trabalhadores nas organizações. A utilização da versão em outros cenários, como a versão ambulatorial e outros ambientes não

³ Esta busca gerou um Resumo Expandido, intitulado "O *Safety Attitudes Questionnaire* como indicador da cultura de segurança nas instituições de saúde", apresentado no II Seminário da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP/Polo RS, "Segurança do paciente: ampliando perspectivas".

hospitalares, tem sido expressiva, comprovando a relevância da avaliação da cultura de segurança nos diferentes cenários de trabalho.

2.2.1 Os Domínios do *Safety Attitudes Questionnaire*

2.2.1.1 Clima de Trabalho em Equipe

A assistência à saúde nas organizações envolve o trabalho coletivo. Os profissionais da saúde interagem com um inúmero contingente de pessoas que colaboram nos processos de trabalho, visto que os hospitais, como organizações, necessitam de infraestrutura e suporte técnico de diversas áreas para suprir as demandas diárias de atividades. Apesar da assistência à saúde ainda estar voltada ao saber médico, em que a categoria interfere no trabalho dos demais profissionais da saúde, detendo o controle do processo assistencial, em maior ou menor grau, existem regras de funcionamento das instituições que delimitam as práticas assistenciais em saúde e fazem valer determinados princípios e direitos (PIRES, 1998).

De acordo com Kurcgant e Massarollo (2010), a análise da cultura e do poder nas instituições de saúde é produto da necessidade de compreender melhor como se dão as relações de trabalho do indivíduo com a organização, do indivíduo com o grupo e do indivíduo com ele mesmo, nas relações entre os diferentes grupos profissionais e a própria organização. As organizações ocupam um espaço essencial na sociedade, tanto para os que utilizam os serviços, quanto para aqueles que nela buscam subsistência. O elemento humano, que constitui a matéria-prima essencial e também a mais importante ferramenta do trabalho, caracteriza as organizações prestadoras de serviços na área da saúde. Assim, a valorização do fator humano, associado aos sentimentos presentes nas relações de trabalho, exige dos gerentes, autoconhecimento e prontidão emocional para lidar com as diferentes necessidades e expectativas dos profissionais que, por vezes, determinam as relações de trabalho (KURCGANT; MASSAROLLO, 2010).

De acordo com Magalhães (2009, p. 609) “o processo de atendimento em saúde é fundamentalmente uma relação de pessoas que implica em interação, intervenção e trocas. A resolutividade e a qualidade do atendimento em saúde estão intrinsecamente relacionadas aos recursos humanos que os desenvolvem”. Visto que o modelo da assistência à saúde está

voltado para a doença, centralizado no profissional médico, considera-se necessário refletir sobre a importância do trabalho da enfermagem e demais profissionais na atenção ao paciente e nas relações de trabalho.

O processo de cuidar está centrado no trabalho ininterrupto da equipe de enfermagem, exigindo assim, um maior contingente desses profissionais no quadro de pessoal. Iniciativas que visam à adequação de pessoal têm sido feitas com o intuito de solucionar os problemas cotidianos de dimensionamento de profissionais, em que o contingente humano, na maioria das vezes, menor do que a demanda, implica em risco à segurança do paciente (MAGALHÃES, 2009).

Um estudo que corrobora para a importância da avaliação do dimensionamento de pessoal foi realizado por Magalhães (2013) a qual constatou que o aumento do número de pacientes, atribuídos por dia à equipe de enfermagem, foi relacionado ao aumento de agravos como quedas do leito e infecções associadas ao cateter venoso central, além da rotatividade de profissionais e absenteísmo. O estudo também demonstrou que a menor taxa de satisfação dos pacientes com a equipe de enfermagem estava relacionada com o maior número de pacientes conferidos aos auxiliares/técnicos de enfermagem por dia de trabalho. Em Rosseti (2013), ao avaliar carga de trabalho nas diferentes áreas de um pronto socorro, identificou grande variação entre os setores. O estudo fomentou a readequação do cálculo de dimensionamento de pessoal para o pronto socorro. Assim, o desafio conferido aos gestores dos serviços de saúde é de conciliar os gastos com o quadro de pessoal e a adequação de profissionais, para cada área, a fim de que seja prestada uma assistência de qualidade aos pacientes.

Uma produção realizada pela *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* (2007), que abrangeu 16 países da Europa, analisou a questão do trabalho em equipe, considerando as diferenças entre os países e o tipo de empresa. O estudo avaliou a influência positiva e negativa do trabalho em equipe, relacionada a diferentes aspectos das condições de trabalho como autonomia, satisfação no trabalho, produtividade e ambiente de aprendizagem. Os resultados desse estudo foram contraditórios em relação a determinados aspectos. Ou seja, um grupo afirmou que o trabalho em equipe tem impacto positivo sobre os funcionários e a organização de trabalho, com redução das taxas de acidentes de trabalho, absenteísmo e aumento da produtividade, por propiciar um ambiente de responsabilidade compartilhada e troca de conhecimentos. Outro grupo considerou que a necessidade de aumento da produtividade resulta em maior intensidade de trabalho e maior risco de problemas de saúde ao trabalhador. Diferenças entre o trabalho em equipe foram associadas ao tamanho da empresa, no qual o trabalho em equipe apresentou-se mais acentuado nas

empresas com mais de 250 funcionários. O grau de autonomia dos profissionais foi relacionado aos trabalhadores autônomos por estar concentrado em gestores e funcionários com cargos mais altos.

Outro estudo realizado por Kalisch (2010), que avaliou a relação entre trabalho em equipe e satisfação dos profissionais de enfermagem com as características das unidades e o cargo, corrobora com esses achados. A satisfação dos enfermeiros com cargo de chefia foi maior do que dos enfermeiros assistentes e secretários de unidade. Os achados podem ser explicados devido à maior autonomia do gestor, comparado às outras categorias, no processo de trabalho e na seqüência para realizar as tarefas. Os homens podem estar menos satisfeitos com a sua profissão devido à sua condição de minoria dentro do grupo e da baixa remuneração comparada às outras categorias.

Baker et al. (2010) consideram que as habilidades de trabalho em equipe compreendem quatro principais elementos: liderança, supervisão do local de trabalho, apoio mútuo e comunicação. Os autores desenvolveram estudo de validação do instrumento denominado TeamSTEPPS Teamwork Attitudes Questionnaire (T-TAQ). O *Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety* (TeamSTEPPS), divulgado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), foi projetado para melhorar o desempenho da equipe na qualidade do cuidado por meio de um pacote de recursos específicos para o ensino e estratégias para os profissionais da saúde. O T-TAQ, elaborado de acordo com os constructos específicos do TeamSTEPPS, destinada-se a avaliar e diagnosticar as atitudes individuais relacionadas com o papel do trabalho em equipe, na área da saúde, à nível de sistema, hospital ou unidade. Com base nos resultados, uma organização pode avaliar se a equipe está pronta para o treinamento, ou mesmo, se as capacitações realizadas foram efetivas, com avaliações das mudanças de atitudes dos participantes, na aplicação do instrumento pré e pós treinamento. O T-TAQ permite investigar os fatores que contribuem para o desenvolvimento de atitudes positivas ou negativas da equipe e se essas atitudes estão relacionadas ao processo de melhoria da equipe na prestação do cuidado (BAKER et al., 2010).

Li (2013), ao analisar a relação do trabalho em equipe e as atitudes de segurança do paciente entre os profissionais médicos e de enfermagem, em Taiwan, identificou que o clima de trabalho em equipe está fortemente associado às atitudes de segurança entre os enfermeiros. Embora os enfermeiros apresentassem mais baixos escores que os médicos, em relação à percepção do clima de trabalho em equipe, suas atitudes positivas em relação à formação de equipes, liderança e apoio mútuo e, mesmo negativas em situações de

supervisão, revelaram um bom clima de segurança e satisfação no trabalho, além de favorável percepção da gestão e das condições de trabalho nos setores avaliados.

De acordo com os apontamentos acima, pode-se considerar que o clima de trabalho em equipe é um importante componente para a segurança do paciente pois, atitudes positivas dos profissionais, associadas à capacitações, condições do ambiente e adequação do quadro de pessoal, tendem a desencadear processos de melhorias coletivos e mudanças de atitudes duradouras por parte dos trabalhadores na prestação do cuidado.

2.2.1.2 Clima de Segurança

O desenvolvimento da cultura de segurança nas instituições foi uma das recomendações feitas pelo IOM para auxiliar os hospitais a melhorar a segurança do paciente. Nos últimos anos foram produzidas publicações sobre essa temática, principalmente nos países desenvolvidos. A cultura de uma organização de saúde tem sido identificada como um fator crítico para a segurança do paciente e um componente fundamental para o desenvolvimento de estratégias ao propiciar implementações bem sucedidas de iniciativas de melhoria da qualidade (SPEROFF, 2010).

A avaliação da cultura de segurança resulta do clima que envolve o ambiente de uma organização e como é percebido pelos profissionais. Utilizado como sinônimo de cultura de segurança, o termo clima de segurança faz referência aos componentes mensuráveis da cultura, tais como comportamentos dos gestores, sistemas de segurança e as percepções dos profissionais (COLLA et al., 2005). Avaliar o clima de segurança de uma instituição é o primeiro passo para a criação de ambientes de trabalho, a qual tem a segurança como prioridade.

Com uma visão antropológica, Geertz (1989) considerou que o conceito de cultura é essencialmente semiótico. O autor definiu que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu e sua análise foca na procura de um sentido pelo qual vivem. O mesmo elucidou que a cultura consiste em estrutura de significado socialmente estabelecida e as pessoas tomam certas atitudes como sinais de conspiração, se aliam ou percebem os insultos e respondem a eles de modo similar a um determinado grupo, adequando seu comportamento ao ambiente em que estão inseridos.

Entre os sociólogos, uma corrente que analisa a cultura é do interacionismo simbólico. Para essa corrente, o indivíduo percebe correlação entre o significado que ele e outros indivíduos atribuem a um mesmo objeto, existindo assim, o compartilhamento de um senso comum sobre a realidade (KURCGANT et al., 2010). É necessário, dessa forma, observar a conduta do indivíduo, com o intuito de procurar o entendimento de seus significados e, com isso, adaptar novas propostas, sugerindo iniciativas de melhorias ao previamente existente.

A valorização da cultura de segurança evidenciou-se inicialmente no setor industrial, principalmente nas indústrias de alto risco. Isso se deve aos relatos de fatalidades e análise de índices de acidentes, incidentes e perda de tempo, avaliados pelos indicadores institucionais (FLIN, 2000). A indústria de energia nuclear reconheceu a importância da cultura organizacional na sequência do acidente de Chernobyl, e incentivou a avaliação da cultura de segurança nas fábricas (IAEA, 1992).

A idéia de uma cultura de segurança é precedida por um grande número de pesquisas sobre o clima e cultura organizacional, em que a cultura incorpora valores, crenças e suposições subjacentes, e clima é uma medida descritiva das reflexões e percepções dos trabalhadores quanto à atmosfera organizacional (GONZALEZ-ROMA, 1999). Estudos realizados para definir a aplicabilidade do clima e cultura na teoria organizacional por Cox e Flin (1998 apud FLIN, 2000) concluíram que, em termos de operacionalização do conceito, em uma medida prática de mensuração para os gestores, o termo clima de segurança foi o indicado, quando no questionário, os estudos psicométricos foram utilizados como instrumento de mensuração.

Os termos clima e cultura surgem frequentemente como sinônimos, mas, como forma de diferenciação, o clima de segurança pode ser considerado como as características da cultura de segurança, discernidas pelas atitudes e percepções dos trabalhadores em um determinado momento. É um instantâneo do estado de segurança e proporciona um indicador da cultura de segurança no grupo, setor ou organização avaliada (COX; FLIN, 1998 apud FLIN, 2000). Neste estudo, adotou-se este conceito por ser de fácil compreensão e estar adequado ao instrumento utilizado para o estudo.

O interesse acadêmico na aferição do clima de segurança desencadeou a proliferação de instrumentos de medida, na sua maioria como autorelatos, administrados em larga escala, em diversos setores, muitas vezes, adaptados às necessidades dos seus patrocinadores. Inicialmente, as escalas foram projetadas para revelar questões relativas à força de trabalho, com instrumentos adaptados. Poucas escalas apresentaram medidas similares, variando em relação às dimensões de segurança e à metodologia. Na análise dos estudos existentes, os

domínios avaliados diziam respeito à gestão, sistemas de segurança e risco. Os temas relacionados com pressão no trabalho e competência surgiram em um terço dos estudos (FLIN, 2000).

O sucesso na incorporação de uma cultura de segurança nas instituições depende, inicialmente, da organização estabelecer um sentido unidirecional nas suas ações, com a inserção de todos os profissionais nessa mudança, independente da hierarquia. O intuito é de unir esforços na busca de um único objetivo, a qualidade da assistência. Para esclarecer o exposto, Nelson (1996) definiu que cultura é uma porção de valores de uma organização que são adotados por seus membros, sendo que valores são definidos como afirmações gerais sobre o que é desejável e o que é indesejável. Cultura é um mecanismo de controle organizacional ou de manutenção de fronteiras. Dessa forma, as ações sugeridas e bem sucedidas para a solução dos problemas existentes na instituição, desencadeiam respostas positivas e são assimiladas pelo grupo. Isso é um importante passo na criação de ambientes de trabalho que buscam a redução de erro e tem a segurança como prioridade.

O erro humano, de acordo com Reason (2000), pode ser visto sob duas abordagens: uma focada na pessoa e outra no sistema. A direcionada para a pessoa enfoca os atos inseguros, praticados pelos profissionais da linha de frente, tais como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, entre outros. Atos inseguros são considerados como violações e erros processuais, que podem ser caracterizados por esquecimento, desatenção, descuido, falta de motivação, negligência ou imprudência. Essa prática apela para o medo das pessoas e sugere tratar o erro como questão moral, em que coisas ruins acontecem a pessoas más. Uma importante fragilidade dessa abordagem encontra-se na busca isolada do erro, que retira atitudes inseguras do contexto do sistema, dificulta a identificação de situações de risco e impede a tomada de medidas preventivas no sistema. O erro não prioriza as pessoas e, frequentemente, está associado a padrões recorrentes (REASON, 2000).

A abordagem de sistema tem o princípio básico de que os erros são esperados, pelo fato dos seres humanos serem falíveis. Os erros têm origem nos processos de trabalho e são vistos como consequência e não mais como causa (REASON, 2000). Uma posição-chave na abordagem do sistema, com a função de proteger as vítimas potenciais contra riscos ativos, são as camadas de defesa. Elas podem ser modificadas, como alarmes e barreiras físicas; dependem de pessoas, como pilotos, cirurgiões, ou, ainda, estão sujeitas a controles administrativos ou procedimentos. Essas barreiras são eficazes, mas, podem ter pontos frágeis. Na vigência de falhas nas camadas de defesa ocorre o erro (REASON, 2000). Sendo assim, se a natureza humana não pode ser mudada, pode-se mudar as condições de trabalho,

impondo barreiras defensivas. Na vigência do erro, deve-se avaliar porque as defesas falharam e, não mais, quem falhou.

A gestão eficaz de risco está condicionada a uma cultura de notificação, pois não há maneira de detectar os acidentes, incidentes ou quase-acidentes se esses não forem informados. Uma das maiores dificuldades para evitar a subnotificação é a falta de confiança dos profissionais quanto ao uso das informações disponibilizadas, pois persiste a cultura da punição frente ao erro. Dessa forma a avaliação do erro requer a existência de uma cultura justa, a qual deve ser distinta a linha entre ações inocentes dos profissionais e outras censuráveis.

Conforme estudo realizado por Weiner, Hobgood e Lewis (2008), o termo "cultura justa" não foi claramente definido por especialistas em segurança. Ele pode ser utilizado para se referir às crenças, suposições e expectativas que conduzem a prestação de contas e disciplina para atos inseguros como quase-acidentes, erros médicos e eventos adversos. A manutenção de um acordo sobre onde traçar a linha entre os atos inseguros não culpáveis e culposos é apenas um aspecto da justiça. Essa ambiguidade conceitual prejudica a relação entre os especialistas em segurança e trabalhadores da saúde e interfere nos esforços para a construção de uma cultura justa nas organizações (WEINER; HOBGOOD; LEWIS, 2008).

De acordo com os autores acima referidos, a regra de contribuições de comunicação de incidentes pode ser vista como uma regra de proporcionalidade. Ou seja, as pessoas reconhecem uma distribuição maior de justiça quando a possibilidade de uma ação disciplinar está na dependência do nível de culpabilidade percebido e a severidade da ação disciplinar é proporcional à gravidade do ato inseguro. Os profissionais entendem uma maior justiça distributiva na vigência de políticas formais e regulamentos institucionalizados, que delineiam as consequências disciplinares de acordo com os atos inseguros.

Um estudo de revisão sistemática realizado por Weaver et al. (2013) buscou avaliar as intervenções realizadas para promover a cultura de segurança nas instituições hospitalares e encontrou heterogeneidade entre as intervenções. A maioria dos estudos avaliados utilizou várias combinações de estratégias de melhoria, em uma única iniciativa, para promover a cultura de segurança. As principais estratégias encontradas foram o treinamento da equipe e uso de ferramentas da comunicação, incursões dos gestores pelas unidades, *rounds* interdisciplinares nos setores priorizados, além de estratégias que combinam várias técnicas de intervenção como o *Comprehensive Unit-Based Safety Program* (CUSP). No geral, os resultados indicaram evidências de que as intervenções que buscam melhorar a cultura de

segurança podem aprimorar os processos de cuidados clínicos e sugerem melhorar os índices agregados de dano ao paciente.

Outra publicação de Etchegaray et al. (2012) buscou mensurar a cultura e notificação de erro. Os autores encontraram dentre os quatro tipos de cultura de notificação (notificação geral de erros, a confiança na divulgação do erro, segurança e trabalho em equipe) duas principais dimensões da cultura: divulgação geral de erro e confiança. O estudo revelou que a cultura de notificação de erro apareceu reforçada pela educação prévia sobre notificação e repercutiu em respostas positivas. Esses resultados reforçam a necessidade de investimento tanto na formação dos profissionais da saúde em todos os níveis, quanto na educação permanente em saúde nas organizações. A abertura com vistas a mudanças de atitudes e consequente transparência nos atos relacionadas ao erro, sugere aprendizado e cuidado mais seguro aos pacientes, familiares e a própria equipe de saúde.

O estabelecimento de um ambiente de trabalho em que os profissionais percebem que vão receber um tratamento justo aumenta a confiança desses profissionais quanto ao tratamento, resolução e correção desses incidentes. Da mesma forma, os profissionais tendem a rejeitar contribuir com o processo de notificação, quando percebem que os resultados, procedimentos ou aspectos sociais do processo de incidente de relatórios foram injustos (WEINER; HOBGOOD; LEWIS, 2008).

Nesse sentido, maior investimento deve ser despendido pelos gestores para promover e incentivar as notificações voluntárias dos incidentes ocorridos durante a prestação do cuidado. Com trabalho árduo e seriedade no tratamento das informações coletadas, com desfecho em melhorias no ambiente de trabalho e intervenções nos processos para evitar a recorrência dos incidentes, aumentará a confiança por parte dos profissionais em relação à notificação. A mudança de atitude frente ao erro, por parte dos gestores, favorece a criação de uma cultura de segurança voltada a um cuidado seguro e de qualidade nas instituições de saúde.

2.2.1.3 Satisfação no trabalho

A área da literatura organizacional busca identificar os fatores que interferem na condição de satisfação ou insatisfação no trabalho. De acordo com Marqueze e Moreno (2005, p.77):

[...] o processo de satisfação no trabalho resulta da complexa e a dinâmica interação das condições gerais de vida, das relações de trabalho, do processo de trabalho e do controle que os próprios trabalhadores possuem sobre suas condições de vida e trabalho. A satisfação no trabalho pode ser fonte de saúde, bem como a insatisfação pode ocasionar danos à saúde física, mental e social, repercutindo em problemas à organização e ao ambiente de trabalho.

Uma abordagem utilizada para explicar a satisfação no trabalho é denominada estrutural. Essa linha ressalta que a configuração formal das organizações interfere nos sentimentos afetivos dos profissionais em relação ao trabalho. As características estruturais, como a estrutura hierárquica e o tamanho da organização, comprometem a satisfação do indivíduo, pois tanto mudam a natureza do trabalho quanto a das relações interpessoais (MARINHO, 1988).

Outra linha, que pode ser chamada de psicocultural, aponta que a satisfação é um estado emocional. Locke (1969), um dos principais autores dessa teoria, ressaltou que a satisfação é uma condição individual, mas, está interligada a fatores causais que podem ser divididos em dois grandes grupos: eventos e condições do trabalho (remuneração, promoção, reconhecimento, ambiente) e, agentes do trabalho (supervisores, colegas, tipo de organização). Nessa abordagem, a satisfação deriva da avaliação de valores do indivíduo e varia de pessoa para pessoa. É definida de acordo com as expectativas dos indivíduos em relação àquilo que almejam e do real valor conferido pelas coisas que valoram e/ou conseguem obter. Sendo assim, as diferenças individuais devem ser identificadas para elucidar a satisfação.

Diferentes teorias foram desenvolvidas para explicar as variações de comportamento dos profissionais no ambiente de trabalho e procuraram identificar os fatores intervenientes. De acordo com Marinho (1988) uma das abordagens mais conhecidas relacionadas à teoria da satisfação no trabalho é a de caráter psicológico. Nesta, a satisfação no trabalho está relacionada com a personalidade dos trabalhadores e que, na vigência de uma desordem psicológica, os mesmos seriam incapazes de superar os obstáculos advindos das situações de trabalho, repercutindo em insatisfação.

Locke (1970), procurou entender a relação entre a satisfação no trabalho e o desempenho e considerou que os indivíduos tendem a valorizar o seu trabalho quando é permitido o controle do processo de trabalho, em que os mesmos possam exercer suas habilidades, além de aprender coisas novas. Atividades que são mentalmente desafiadoras proporcionam maior realização do que as atividades rotineiras e pouco exigentes.

De acordo com Newstrom (2008) a motivação para o trabalho é o conjunto de forças internas e externas que direcionam os funcionários a escolherem determinado curso de ação e a adotarem certos comportamentos. Esses comportamentos, geralmente, são norteados para alcançar uma meta organizacional. A motivação dos empregadores para o trabalho é uma complexa combinação de forças psicológicas, estando os profissionais interessados basicamente em três elementos (NEWSTROM, 2008):

- Direção e foco do comportamento: os fatores positivos são criatividade, confiabilidade, pontualidade, anseio de ser útil; e, os fatores disfuncionais são absenteísmo, atrasos, baixo desempenho e abandono do emprego.
- Nível de esforço oferecido: existe o estabelecimento de um compromisso integral com a excelência em oposição com o realizar apenas o necessário.
- Persistência do comportamento: há a manutenção invariável da realização de esforços contra a desistência precoce.

A motivação exige também o entendimento dos desejos e necessidades dos profissionais, sendo que os funcionários estarão mais motivados quando possuírem metas mais claras e definidas a serem alcançadas. O papel da motivação pode ser definido de acordo com o modelo exposto na Figura 1.

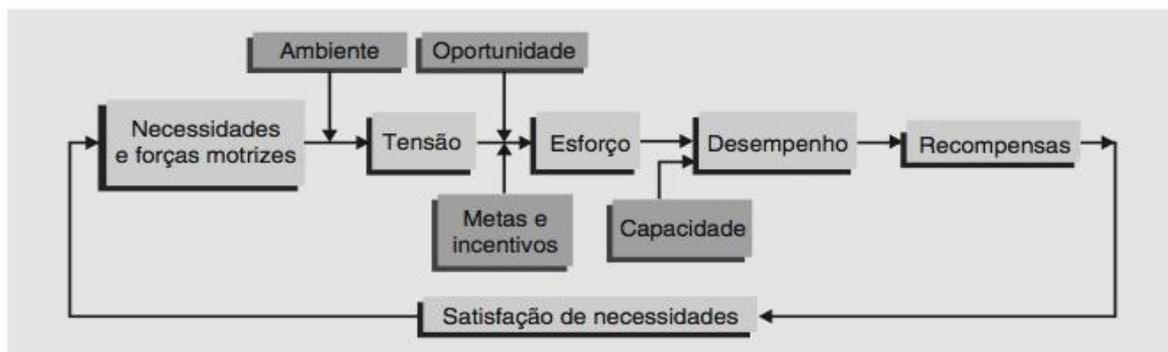


Figura 1 – Modelo de Motivação, segundo Newstrom (2008).

Fonte: Newstrom (2008, p. 99)

De acordo com esse modelo, o desempenho potencial é resultado da capacidade somado à motivação. Esses resultados aparecem quando são ofertados, a funcionários motivados, recursos para desempenhar as atividades, somados às oportunidades no trabalho, como treinamento adequado. A presença de metas e de incentivos para a satisfação das

necessidades dos indivíduos são importantes fatores motivacionais que conduzem à liberação de esforços (NEWSTROM, 2008).

Corroboram com esses apontamentos, as considerações de Lucke (1970), o qual concluiu que a satisfação deve ser considerada como produto do desempenho, como um resultado da ação avaliada pelo indivíduo. As ações do indivíduo devem estar voltadas aos objetivos que ele almeja. Metas essas que são resultados de seus valores, sua interpretação da realidade, do conhecimento, das propostas futuras e do entendimento do que realmente é importante.

Vários modelos de classificação das forças motrizes buscam auxiliar os gestores na compreensão das atitudes dos trabalhadores e como as necessidades internas dos mesmos interferem nas atitudes e comportamentos. Newstrom (2008) considerou que as necessidades podem ser classificadas em físicas básicas (primárias) e sociais e psicológicas (secundárias). As primárias são aquelas necessárias para a sobrevivência da raça humana, tais como água, ar, temperatura, sono e alimento. As secundárias estão relacionadas a fatores como autoestima, competitividade, dever, sentimento de pertencimento e de afeição e podem variar em tipo e intensidade conforme o indivíduo e experiências. As mesmas influenciam-se mutuamente, não são percebidas conscientemente e interferem na conduta do indivíduo de forma poderosa.

De acordo com o mesmo autor, estabeleceram-se três grandes teorias sobre as necessidades humanas: de Maslow, de Herzberg e de Alderfer. Elas foram fundamentadas a partir das distinções entre as necessidades primárias e secundárias e identificadas diferenças e semelhanças conforme descrito na Figura 2.

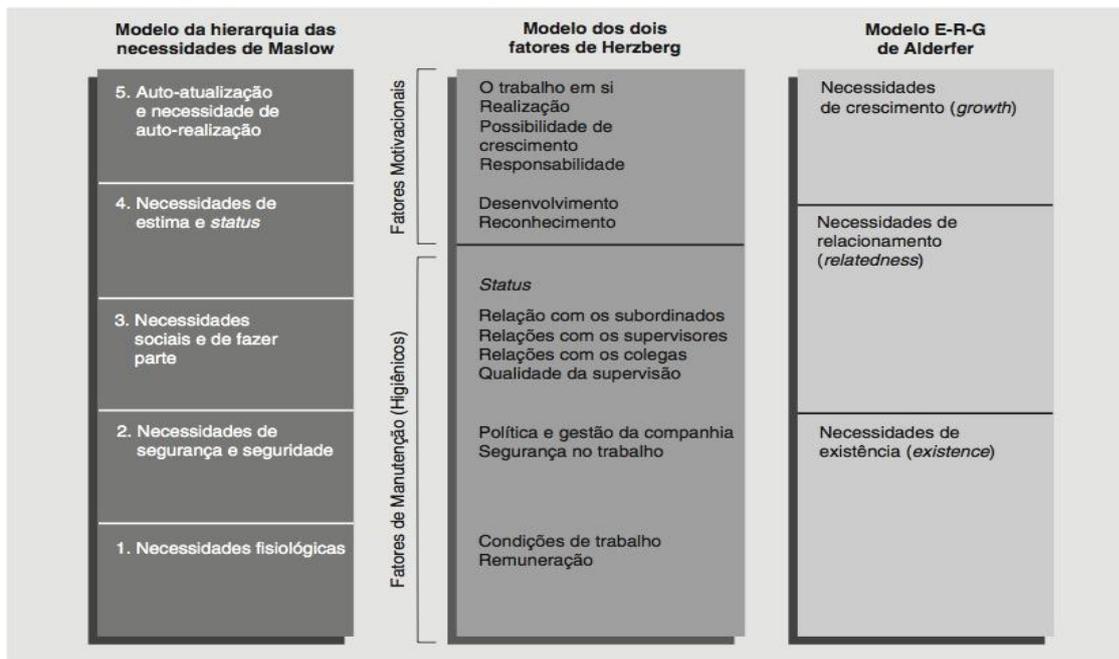


Figura 2 – Comparação entre os Modelos de Maslow, Herzberg e Alderfer

Fonte: Newstrom (2008, p.103)

De acordo com a Figura 2, Newstrom, (2008) trouxe considerações sobre as três teorias. O mesmo assinalou que o modelo da hierarquia das necessidades de Maslow distingue as necessidades em cinco níveis, as quais surgem em uma ordem definida, mas, não com a mesma intensidade. A teoria de Dois Fatores de Herzberg considera que os fatores que parecem contribuir para a satisfação são distintos daqueles que contribuem para a insatisfação. Os fatores que contribuem para a insatisfação estão relacionados com a política e a gestão da empresa, falta de condições de trabalho e segurança, os quais influenciam negativamente na motivação dos profissionais. Assim, teriam satisfação no trabalho os profissionais que tivessem autonomia, responsabilidade e reconhecimento na função que desempenham.

Conforme análise de Newstrom (2008), o Modelo E-R-G de Alderfer é um modelo modificado da hierarquia das necessidades, com apenas três níveis: as necessidades existenciais, de relacionamento e de crescimento. O primeiro nível combina fatores como: condições e segurança no trabalho, remuneração, benefícios adicionais. O segundo nível compreende a necessidade de aceitação, tanto no grupo de trabalho quanto fora dele e o terceiro nível está relacionado com a autoestima e autoatualização. Nesse modelo, não existe a rigidez de progressão e os níveis podem estar ativados a qualquer momento. O mesmo alude que o fracasso na satisfação das necessidades de relacionamento ou de crescimento induz a

concentrar esforços em torno das necessidades de existência, para então, progredir novamente.

Os três modelos indicam que deve-se identificar as reais necessidades dos funcionários, antes de distribuir recompensas. Somente com a compreensão dos processos de motivação e satisfação das necessidades, o gestor terá condições de implementar estratégias para modificações comportamentais no ambiente de trabalho.

Estudo realizado por Nunes (2010), com os trabalhadores da enfermagem, vem ao encontro desses apontamentos e faz uma mescla das teorias apresentadas. Constatou que a satisfação no trabalho está condicionada aos recursos disponibilizados pela instituição como materiais, quadro adequado de profissionais, um salário digno, além das relações estabelecidas no ambiente de trabalho. De acordo com a autora, a satisfação e insatisfação no trabalho fazem parte de um mesmo fenômeno, mas em pólos opostos. São determinados por diferentes fatores, em que cada elemento tem seu significado de importância que variam de acordo com as experiências pessoais e profissionais, e pelo valor atribuído a cada um. Os principais fatores de satisfação no trabalho, relatados no estudo, foram a escolha da profissão, somados aos sentimentos de felicidade, possibilidade de exercer suas funções previstas para o cargo, do prazer e reconhecimento pelo trabalho efetuado e o próprio processo de trabalho (NUNES, 2010).

Outro estudo, com profissionais da enfermagem, identificou que o grupo assistencial foi o mais satisfeito, comparado com o grupo de gerência (SIQUEIRA, 2012). Em relação à satisfação com a atividade atual, 88,9% dos enfermeiros gerentes relataram estar satisfeitos, assim como 90,9% dos assistenciais. Nos dois grupos, o componente de maior nível de satisfação profissional foi a autonomia. Medidas coletivas organizacionais devem ser efetivadas para amenizar os problemas decorrentes da insatisfação no trabalho.

Ao ser analisada especificamente a relação da satisfação com a segurança do paciente identificou-se estudo de Aiken (2012), que buscou determinar se os hospitais com uma boa organização de cuidado, com bons ambientes de trabalho e equipe de enfermagem, podem interferir no atendimento e satisfação do paciente. Participaram da pesquisa 1.105 hospitais gerais, de 12 países europeus e um norte-americano, com população de 61.168 enfermeiros e mais de 130.000 pacientes. O estudo analisou resultados dos enfermeiros nos quesitos: quantitativo de pessoal, ambientes de trabalho, burnout, a insatisfação dos profissionais, a intenção de sair do trabalho, segurança do paciente e qualidade do atendimento. Os pacientes foram inquirido em relação à satisfação geral e a assistência de enfermagem, além da disposição para recomendar os hospitais.

O autor acima citado concluiu que, embora houvesse diferença na organização da atenção à saúde e no financiamento de recursos entre os países pesquisados, todos os hospitais enfrentavam problemas de qualidade do hospital, segurança e burnout entre os enfermeiros. Em todos os países, a equipe de enfermagem e a qualidade do ambiente de trabalho foram significativamente associados com a satisfação do paciente, qualidade e segurança do atendimento. Os hospitais com bons ambientes de trabalho e equipe de enfermagem adequada têm pacientes e enfermeiros mais satisfeitos, e evidências de melhor qualidade e segurança no cuidado. Assim, aprimorar o ambiente organizacional nos hospitais poderá ser uma estratégia para melhorar a qualidade da atenção prestada ao paciente e a permanência de enfermeiros qualificados nas instituições de saúde.

2.2.1.4 Percepção do Estresse

O termo estresse tem sido associado à sensação de desconforto, sendo que muitas pessoas qualificam situações desagradáveis como estressoras. De acordo com Preto (2009) a compreensão e avaliação do estresse não estão relacionadas à situação em que o indivíduo se encontra, mas, estão condicionadas à percepção do indivíduo sobre a situação que vive, utilizando sua compreensão dos fatos e seu processo psicológico. Sendo assim, o profissional tendo a possibilidade de identificar os fatores estressantes pode utilizar de artifícios para minimizar suas consequências e, assim, diminuir suas influências negativas nas atividades laborais e na qualidade de vida.

Nos dias atuais o trabalho indica ser um importante causador de estresse e tem sido identificado em diferentes categorias profissionais. O enfermeiro realiza um trabalho que demanda atenção e, geralmente, suas atividades são de alto grau de dificuldade e responsabilidade, constituindo fatores psicossociais que condicionam a presença do estresse no trabalho. Esses fatores, associados ao ritmo acelerado, jornadas excessivas e turno de trabalho, contribuem para o desenvolvimento do estresse ocupacional (ROCHA, 2010).

O estresse laboral pode ser definido como um padrão de reações que ocorrem quando os trabalhadores se deparam com demandas que não se ajustam com seus conhecimentos e habilidades e que desafiam a sua capacidade de lidar com eles (HOUTMAN, 2007). Quando ocorre um desequilíbrio entre as demandas e os recursos ambientais ou pessoais, podem ocorrer: reações fisiológicas, relacionadas a sinais como aumento de frequência cardíaca e

pressão arterial; reações emocionais, associadas à irritação e a nervosismo; reações cognitivas, relacionadas à diminuição da atenção e ao esquecimento; e, reações de comportamento, manifestadas pela agressividade e impulsividade. Quando as reações de estresse permanecem por um período longo de tempo podem progredir para resultados de saúde irreversíveis e permanentes, como fadiga crônica, doenças musculoesqueléticas ou cardiovasculares (HOUTMAN, 2007).

Um relevante fator que influencia no clima de trabalho e gera estresse é a falta de expectativa no trabalho e a indefinição do papel dentro de uma organização. Pesquisas reforçam a importância do papel dos profissionais no ambiente de trabalho e as inter-relações positivas e negativas entre o *Burnout*, conflito de papéis, a satisfação no trabalho e saúde psicossomática na equipe de saúde (PIKO, 2006). Esses resultados podem fornecer subsídios para intervenções por parte dos gestores institucionais e contribuir com a melhora dos níveis de satisfação no trabalho, na diminuição do cansaço e para evitar a rotatividade dos profissionais.

Em um estudo que avaliou as relações entre o papel do estresse, rotatividade, satisfação no trabalho e comprometimento organizacional entre enfermeiros corrobora com esses apontamentos, os resultados sinalizaram para a influência negativa do papel do estresse sobre a satisfação no trabalho e comprometimento organizacional (HO et al., 2009). Em relação à alta rotatividade os autores sugeriram como estratégia para melhorar a satisfação dos profissionais, a implementação de rotatividade de trabalho periódico e de forma justa. Essa medida resultaria na utilização dos recursos humanos capacitados, nos setores almejados, e estimulados a fazer o seu melhor para a organização.

O estresse pode ser conceituado de acordo com o modelo interacionista, de forma que a interação entre a pessoa ou o grupo e o ambiente são responsáveis e influentes no processo de estresse. De acordo com o modelo, o estresse é definido como qualquer estímulo advindo do ambiente externo ou interno, que ultrapasse a capacidade de adaptação de um indivíduo ou sistema social (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Se as estratégias de enfrentamento não forem eficientes, o estresse permanece, podendo cronificar-se e levar à Síndrome de *Burnout*.

Ghorpade et al. (2011) classificaram o *Burnout* em três elementos: exaustão emocional, que consiste no sentimento de cansaço e desgaste; despersonalização, em que o indivíduo demonstra indiferença e atitudes negativas frente aos colegas; e, tendência para avaliar-se negativamente sobre si mesmo e suas realizações, demonstrando sentimento de infelicidade. Conforme o mesmo autor, a proposta básica é que o *Burnout* é uma resposta tensa para as exigências do trabalho. As pessoas podem utilizar recursos como a

personalidade para aplacar os efeitos negativos do trabalho e reduzir o desgaste, ou seja, o *Burnout*. Os principais achados do estudo realizado pelos autores é que os sujeitos que perceberam um maior nível de conflito de papéis e papel de ambiguidade referiram níveis mais elevados de exaustão emocional e despersonalização. Em oposição, os que perceberam um menor nível de conflito de papéis e papel de ambiguidade referiram mais elevados níveis de realizações pessoais.

Por outro lado, as tarefas no trabalho com grau elevado de controle pessoal e exigência de diversas habilidades, vinculadas a um ambiente que possua relações sociais de apoio, podem favorecer a saúde e o bem-estar dos trabalhadores. Na vigência de demandas que excedam os conhecimentos e as habilidades, e o indivíduo ou o supervisor são capazes de percebê-los, pode surgir uma oportunidade de mudança desse contexto. Isso acontece quando, por meio de discussões e ações tomadas em conjunto, as situações motivadoras e desafiadoras são percebidas na perspectiva de aprendizagem e crescimento (HOUTMAN, 2007).

Nesse contexto, o processo de administração das demandas consideradas estressoras é chamado de *Coping*. De acordo com o modelo internacionalista, as estratégias de *Coping* podem estar focadas no problema ou na emoção. A estratégia focada no problema consiste em atuar diretamente na circunstância percebida como estressora para procurar modificá-la. O *Coping* focado na emoção está condicionado na busca para implementar estratégias defensivas. O indivíduo efetua manobras para evitar o confronto com a ameaça, tais como, fuga, aceitação ou distanciamento do problema. Não há modificação do estressor, mas sim, a tentativa do indivíduo em lidar com os efeitos causados pelo mesmo (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Estudo de Elfering (2006) pesquisou a relação entre o estresse no trabalho e a similaridade dos incidentes relacionados com a segurança do paciente, no ambiente hospitalar, pelos enfermeiros. Os eventos estressantes mais frequentes relacionados com a segurança pelos enfermeiros incluíram: documentação incompleta ou incorreta (40,3%), erros de medicação (21%), atrasos nos cuidados de assistência ao paciente (9,7%), e pacientes violentos (9,7%). Os estressores do trabalho associados ao baixo controle do trabalho pelos enfermeiros, revelaram-se fatores de risco para a segurança do paciente. Os resultados acima sugerem que a redefinição de funções para melhorar o controle do trabalho e redução de estresse do trabalho pode ser uma importante estratégia para aumentar a segurança do paciente nas instituições.

Diante disso, considera-se essencial para os profissionais de uma organização a identificação dos agentes estressores e a clara definição de papéis no contexto de trabalho. O

controle das demandas, associado à estratégias de enfrentamento dos problemas e tentativas de melhora da satisfação do profissional, poderá contribuir para modificações no processo de trabalho, repercutindo em menor desgaste aos trabalhadores e maior qualidade da assistência prestada aos pacientes.

2.2.1.5 Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital

O clima organizacional se refere ao ambiente interno existente entre os membros da organização e reflete o grau de envolvimento de seus colaboradores. É uma dimensão da qualidade de vida no trabalho e interfere na produtividade e no desenvolvimento dos profissionais de uma empresa. Entender e conhecer como os integrantes de uma organização percebem sua realidade organizacional, por meio de um diagnóstico que identifique as áreas de conflito, constitui uma importante ferramenta para implementar uma intervenção que conduza a uma melhora do bem-estar do profissional e incida na produtividade da empresa (DIAS, 2013).

De acordo com Dias (2013) o clima em uma organização está integrado a vários elementos que condicionam o tipo de ambiente de trabalho, tais como: o aspecto individual dos trabalhadores, no qual se consideram as percepções, as atitudes, os valores, a personalidade, a aprendizagem e o estresse que o profissional possa sentir na empresa; os grupos dentro da organização, considerando sua estrutura (dimensões macro e micro), processo, coesão, normas e papéis; a motivação, os esforços e as necessidades dos trabalhadores; a liderança, poder, influência, estilos e políticas; os processos organizacionais e de tomada de decisão, comunicação, avaliação e o sistema de remuneração.

A influência desses elementos irá repercutir na produção, eficácia, satisfação, sobrevivência, desenvolvimento e no absenteísmo dos profissionais. O conhecimento dos processos permite introduzir mudanças planejadas, tanto nas atitudes e condutas dos membros quanto na estrutura organizacional (DIAS, 2013). Um clima favorável proporciona a coesão do grupo e um clima organizacional negativo favorece tensões e conflitos entre os profissionais.

Na área da saúde, as organizações são moldadas pelas crenças e valores dos seus fundadores que estabelecem objetivos, normas e desenhos que delineam suas estruturas bem

como, manuais de técnicas e procedimentos para serem utilizados na assistência. De acordo com Schein (2004, p. 17) a cultura organizacional pode ser compreendida como:

[...] um padrão de suposições básicas compartilhadas que foram aprendidas por um grupo que resolveu seus problemas de adaptação externa e integração interna, que tem funcionado bem o suficiente para ser considerado válido e, portanto, para ser ensinado aos novos membros como a maneira correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas.

A cultura tem um papel fundamental, pois reflete os objetivos e valores da instituição. Quanto mais valorizada a dimensão ética na cultura das instituições, mais provável a valorização da mesma pelos seus membros. É necessário que as organizações definam quais os valores e condutas esperadas pelos seus funcionários. Se essas não o definirem, cada indivíduo estabelecerá a sua (MASSAROLO; FERNADES, 2010).

De acordo com estudo realizado por Barreto et al. (2013) os valores de uma organização, observados como preponderantes no seu desempenho, traduzem um determinado estilo cultural que orienta e conduz o comportamento competitivo da instituição. O modelo de valores competitivos parte do princípio que as organizações podem ser qualificadas de acordo com suas características comuns.

O conjunto de critérios de eficácia que define o tipo de organização pode ser organizado em três dimensões:

- o enfoque da organização nos sentidos micro e macro: no micro, enfatiza o bem-estar e o desenvolvimento do indivíduo na organização e o crescimento da organização em si; no sentido macro, o foco varia entre o ambiente interno e o ambiente externo;
- a estrutura da organização: aborda o controle e a estabilidade, bem como a flexibilidade e a mudança;
- os meios e fins da organização: ressalta a ênfase no processo de planejamento (meio) que repercute nos resultados e na produtividade (fim).

De acordo com Cameron e Quinn (2006) existem quatro tipos de cultura: Cultura clã, caracterizada pela postura participativa dos líderes, ressaltando o desenvolvimento das pessoas e valorizando a participação dos profissionais nas tomadas de decisões; Cultura inovativa, em que os líderes procuram ser empreendedores e idealistas com ênfase na diversificação, flexibilidade e criatividade no trabalho. Apreciam inovações em produtos e/ou serviços, além da busca de novos conhecimentos; Cultura de mercado, em que os líderes são rígidos e exigentes, tendem a ser competidores diretos e realizadores, com busca na

produtividade e visão no resultado pré-estabelecido; e, Cultura hierárquica, com a tendência dos líderes serem conservadores em relação às dificuldades de ordem técnica. Essa cultura pressupõe estabilidade e reflete as normas e valores associados à burocracia, em que os papéis, regras e regulamentos impostos, são formalmente estabelecidos e aceitos.

Em relação à natureza hierárquica das organizações, o estudo realizado por Zohar (2003) sugeriu que as intervenções devem ocorrer em todos os níveis hierárquicos e que o contexto organizacional deve ser melhor integrado nos programas de intervenções das organizações. Essas mudanças devem ocorrer simultaneamente em qualquer nível hierárquico, por estes estarem interligados, a fim de manter a mudança permanentemente e evitar influência de setores não integrados ao processo.

De acordo com Marinho (1988) a variação de satisfação dos trabalhadores está vinculada à posição hierárquica de cada profissional na organização. Considerando que as instituições são compostas por coletividades de pessoas que, no desempenho de suas funções, atuam em posições superiores ou subordinadas na estrutura organizacional, encontrou-se variações significativas relacionadas à satisfação. Essas variações foram associadas, não só com alguns dos processos de trabalho examinados, tais como os mecanismos de controle, a comunicação, as propostas de inovação, mas, também foram associados à idade e ao tempo de serviço do informante.

A liderança pode ser entendida, primeiramente, como a capacidade de influenciar o comportamento das pessoas pela persuasão, estando profundamente associada às relações de poder (DIAS, 2013). O líder fundador de uma organização modela a cultura da empresa de acordo com seus valores e a visão dos negócios e de mundo. A manutenção da cultura existente poderá ser executada pela dominação do seu quadro gerencial, que poderá utilizar de mecanismos como recompensa, punição, promoção, rebaixamento e, até mesmo exclusão do profissional, para continuar influenciando a cultura organizacional (DIAS, 2013).

Os principais tipos de liderança são classificados em transformacional e transacional sendo que, as organizações geralmente possuem ambos os tipos de lideranças, que se complementam e são utilizadas de acordo com o contexto vigente. A liderança transformacional possui como objetivo principal o interesse pelas pessoas. Nessa relação, o líder busca aprofundar a relação com seus liderados. Os superiores tornam-se modelos de comportamento, mentores e líderes, socializando membros na cultura, na busca de auxiliar seus colaboradores em relação a suas necessidades de desenvolvimento (BASS; AVOLIO, 1993).

De acordo com Bass e Avolio (1993) os líderes transformacionais podem ser caracterizados por quatro elementos: influência idealizada – conhecida também como influência carismática, a qual as pessoas sentem-se especiais e o líder tem influência sobre os membros para seguirem sua visão para o futuro; motivação inspiradora – o líder utiliza da comunicação para levantar o espírito de equipe e aflorar o entusiasmo e o comprometimento do grupo. O líder deve promover o equilíbrio entre a visão inspiradora e a factibilidade concreta dos planos; estímulo intelectual – o líder desafia seus seguidores a lançarem novas idéias, atentando as próprias crenças e valores, assim como as de seus líderes e da própria organização; consideração individualizada – o líder investe na qualificação e motivação do empregado por meio do desenvolvimento das habilidades dos subordinados, e atribuir empoderamento aos profissionais ao delegar tarefas e assim, melhora a qualidade e a efetividade de toda a equipe.

A liderança transacional baseia-se nas relações contratuais explícitas e implícitas, em que as atribuições do trabalho e a forma contratual são bem definidas, bem como os códigos disciplinares e o provimento de benefícios. A recompensa vai ao encontro das necessidades dos subordinados e influencia na motivação para o trabalho. A inovação e a tomada de risco são pouco apreciadas e o compromisso entre os líderes e seus subordinados é de curto prazo, sobressaindo-se os interesses individuais. Essa liderança pode ser dividida em dois grupos: recompensa contingente – a recompensa material e não material é fruto do esforço do trabalhador, que varia de acordo com as necessidades do mesmo. O tempo dispensado pelo líder, para desenvolver ou instruir seus seguidores, condiciona ser revertido na forma dos resultados esperados; gerenciamento por exceção – pode ser ativo ou passivo. Na forma ativa, o líder não procura evitar o erro, ele aguarda que o mesmo ocorra, para somente depois aplicar a ação corretiva. Na forma passiva não existe o monitoramento de erros e a prevenção de falhas. O líder somente intervém quando o erro fica realmente evidente (BASS; AVOLIO, 1993).

No estudo de Marinho (1988) constatou-se que a falta de liberdade no ambiente de trabalho é uma relevante fonte de insatisfação e, assim, necessita ser mais adequadamente avaliada. Notou-se que, enquanto os subordinados demonstraram insatisfação por estarem sendo observados e avaliados constantemente, os supervisores não referiram esse desconforto. A posição de coordenação sobre o trabalho, melhora as chances de equilibrar os efeitos negativos do controle sobre sua autonomia profissional, repercutido na satisfação. Os resultados variaram de acordo com o aspecto de satisfação avaliado, sendo observado que a questão salarial não alterou a satisfação do profissional com o trabalho propriamente dito.

Do ponto de vista administrativo, é inerente à função gerencial o exercício do poder. O administrador influencia o comportamento das pessoas e exerce algum poder, seja institucional, derivado do cargo ocupado, pela capacidade de liderança ou por ambos. Toda organização se assenta em fontes de poder para manter sua estrutura organizacional, sendo elas: controle dos recursos para manutenção dos processos produtivos; controle do processo de decisão; controle do conhecimento e da informação; controle do acesso a setores distintos da organização; controle da tecnologia e da habilidade técnica e autoridade formal. Sendo assim, sempre haverá na base da organização pessoas com pouco poder e, no topo, indivíduos com maior poder, quer seja institucional ou pessoal (DIAS, 2013).

Estudo realizado por Barreto et al. (2013), avaliou a relação entre a cultura organizacional e a liderança entre gestores de restaurantes e sinalizou correlação negativa entre cultura inovativa, os elementos da liderança transacional e o gerenciamento por exceção. Sendo assim, lideranças que gerenciam por meio de punições e sanções não se identificam com culturas dessa natureza. Identificou-se, também, correlação negativa entre a cultura hierárquica e a gestão por consideração individualizada. Esse achado indica que líderes que procuram atender e desenvolver as necessidades de suas equipes não estão conectados com aquele tipo de cultura. No estudo foi observado o predomínio das culturas clã e inovativa.

O processo de satisfação no trabalho não está relacionado a apenas um aspecto, mas, a uma relação complexa e dinâmica de fatores interligados, tais como: as condições gerais de vida; o processo de trabalho; as relações de trabalho; e, o controle sobre o trabalho. A satisfação no trabalho pode ser fonte de saúde, ao mesmo tempo em que a insatisfação pode provocar prejuízos à saúde física, mental e social dos profissionais, acarretando problemas à organização e ao ambiente de trabalho (MARQUEZE; MORENO, 2005). Medidas coletivas devem ser tomadas pelos gestores, para amenizar os problemas decorrentes da insatisfação no trabalho e na mudança e manutenção da cultura de segurança nas organizações de saúde.

Estudo de Aiken (2012) que buscou avaliar a relação entre segurança do paciente, satisfação e qualidade no cuidado nos hospitais em 13 países, revelou que o comportamento organizacional é importante na promoção da segurança do paciente. Em todos os países avaliados a qualidade do ambiente de trabalho hospitalar, associado à força de trabalho da equipe de enfermagem, foram relacionados com a satisfação do paciente, qualidade e segurança do cuidado. Esses resultados são produtos do suporte gerencial de cuidados de enfermagem, das boas relações entre médico e enfermeiros, da inserção do enfermeiro na tomada de decisões e das prioridades na qualidade de assistência dada pela organização.

2.2.1.6 Condições de trabalho

De acordo com Hickam (2003) as condições de trabalho foram classificadas em cinco categorias: força de trabalho do pessoal, desenho do fluxo de trabalho, fatores pessoais/sociais, ambiente físico e fatores organizacionais. Segundo o autor, a força de trabalho refere-se às atribuições no trabalho e incluem aspectos como: volume de trabalho conferido, as competências individuais necessárias para realização do trabalho, a duração e o horário de trabalho. Os desenhos de fluxo estão relacionados às atividades dos profissionais, a natureza do trabalho, a interação da equipe, sua finalidade e como o mesmo é concluído. Os fatores pessoais/sociais dizem respeito aos fatores individuais e de grupo, como estresse, satisfação e profissionalismo. O ambiente físico abrange aspectos estruturais do ambiente e os fatores organizacionais estão vinculados a aspectos estruturais e de organização da instituição, como divisão de trabalho das equipes e as crenças compartilhadas (HICKAM, 2003).

O trabalho envolvendo as organizações de saúde é totalmente distinto de outros setores produtivos. Com a introdução de inovações tecnológicas na área da saúde, a contextualização em relação à natureza do trabalho é transformada, de modo que os profissionais deparam-se com a necessidade constante de atualização e aperfeiçoamento, somados à necessidade de produtividade, por parte das empresas. Isso implica na crescente demanda de profissionais especializados na área e exige modificações no processo de gestão dos serviços de saúde, além de mudanças nos modelos vigentes de capacitação profissional.

O processo de educação permanente em saúde tem por finalidade melhorar as práticas profissionais e das organizações de trabalho. A educação permanente pode ser percebida como aprendizagem-trabalho. Ela surge a partir dos problemas reais, no cotidiano das pessoas e das organizações e leva em consideração os conhecimentos, as experiências dos indivíduos, as necessidades de formação e desenvolvimento dos mesmos (BRASIL, 2009). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) faz parte do processo de cooperação técnica do Ministério da Saúde para as diferentes esferas da gestão. A PNEPS objetiva normatizar os processos de gestão da educação na saúde, além de elaborar diretrizes que visam orientar ações de desenvolvimento aos profissionais da área de Saúde (BRASIL, 2009).

As Comissões de Integração Ensino-Serviço devem funcionar como cogestoras dessa política, orientadas pelo plano de ação para a área da educação na saúde, com a elaboração de projetos de melhorias, na formação de qualidade para os trabalhadores de nível técnico, graduação e pós-graduação, centradas nas demandas da população e na reorganização dos

serviços de saúde (BRASIL, 2009). Assim, a educação em serviço, tanto para os trabalhadores quanto aos profissionais em formação, torna-se uma ferramenta de mudança nas instituições, pois a realidade que se apresenta ainda se contrapõe a essa necessidade, com a carência de profissionais qualificados, rotatividade de profissionais, sobrecarga de trabalho e absenteísmo.

Determinadas condições de trabalho são estressantes para a maioria das pessoas. De acordo com Houtman (2007) as condições de trabalho estressantes estão vinculadas a fatores como exigências muito altas ou muito baixas no emprego, pressão no ritmo de trabalho, falta de controle sobre os processos de trabalho e participação na tomada de decisões, carência de apoio dos colegas e/ou supervisores, assédio moral, discriminação, isolamento, comunicação ou fluxo de informações deficiente, insegurança no emprego, falta de oportunidade de crescimento e oportunidades no emprego, horários de trabalho irregulares e exposição a ambientes insalubres ou perigosos. Além disso, a disparidade em relação às condições de vida dos profissionais afeta diretamente a saúde e a qualidade de trabalho dos profissionais. Esse agravante, somado a recursos limitados das empresas e pesadas cargas de trabalho, interfere negativamente na vida da família e repercute no estresse do trabalhador.

Estudo realizado por Magnago et al. (2010) corrobora com esses apontamentos. O mesmo sinalizou que os trabalhadores submetidos à *alta exigência* no ambiente laboral estão mais propensos a desenvolver dor musculoesquelética do que os indivíduos considerados como de *baixa exigência*. Os achados apontaram para componentes que interferem na saúde dos trabalhadores, dentre eles os relacionados à exposição mecânica, competitividade, pouca autonomia, insegurança no trabalho, falta de apoio entre colegas e chefia, trabalho repetitivo e sentimento de sobrecarga, os quais contribuem negativamente para a saúde do trabalhador.

O estresse pode desencadear problemas de saúde de ordem fisiológica e psicológica no trabalhador, além de problemas cognitivos e comportamentais. Pode interferir no desempenho das empresas, por consequência do aumento de custo relacionado ao absenteísmo, rotatividade de profissionais, aumento de taxa de acidentes, proporcionado pelas práticas inseguras e falta de qualificação dos profissionais. O efeito do estresse é intensificado se o apoio ou ajuda não está disponível, a partir de colegas ou supervisores, e pode repercutir em resultados negativos à saúde relacionados a maior risco de acidentes (HOUTMAN, 2007).

Versa et al. (2012) associou as más condições de trabalho, aspectos organizacionais e administrativos, como fatores que desencadeiam maior estresse entre os enfermeiros da instituição pública avaliada. Outro fator relacionado às condições de trabalho está relacionado à atuação noturna, seja em instituição pública ou privada. O trabalho noturno e características de ambientes de trabalho geram distúrbios psíquicos e físicos, como alterações hormonais e

gástricas, causadas pelos ambientes fechados em unidades críticas, ruídos excessivos e privação do sono. As falhas de comunicação são apontadas como responsáveis pelas dificuldades de relacionamento no trabalho e podem ser indicativas de estresse entre os enfermeiros, pois comprometem a tomada de decisão e implicam na qualidade do cuidado (VERSA et al., 2012).

Uma revisão sistemática de literatura, realizada por Hickam (2003), vai ao encontro desses achados ao considerar que as condições de trabalho tem potencial para afetar a segurança do paciente e podem estar relacionadas às características pessoais dos profissionais, gerenciais ou estruturais da organização, como locais de trabalho estressantes e luminosidade prejudicada. As recomendações encontradas para melhorar as condições de trabalho e, conseqüentemente, a segurança do paciente foram relacionadas à adequação dos profissionais de enfermagem; o direcionamento de procedimentos técnicos complexos aos profissionais que os executam com maior frequência; elaboração de estratégias para diminuir as interrupções e distrações no local de trabalho, além da melhora da informação na transição do cuidado e continuidade do tratamento do paciente entre hospitais ou domicílio. Essas ações podem diminuir erros de medicação e, por vezes, evitar a reinternação do paciente.

Assim, é imperativa a adequação das condições estruturais e organizacionais nos serviços de saúde, de modo que favoreçam melhores condições no ambiente de trabalho aos profissionais, que repercutam na qualidade de vida do trabalhador e na qualidade da atenção prestada ao paciente.

2.3 Cultura de segurança do paciente no cenário hospitalar

Artigo submetido à Revista de Enfermagem UFPE Online (REUOL), em janeiro de 2015.

Cultura de segurança do paciente no cenário hospitalar: revisão integrativa⁴

Cultura de la seguridad del paciente del hospital: revisión integradora

The culture of patient safety in a hospital scenario: integrative review

Mari Angela Meneghetti Baratto. Enfermeira, Mestranda, Hospital Universitário de Santa Maria/HUSM- EBSEH. Santa Maria (RS), Brasil. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: mariangelabaratto@yahoo.com.br

Thiana Sebben Pasa. Enfermeira, Mestre, Hospital Universitário de Santa Maria/HUSM- EBSEH. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: thianasp@gmail.com

Anamarta Sbeghen Cervo. Enfermeira, Mestre, Hospital Universitário de Santa Maria/HUSM-EBSEH. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: anamarta67@yahoo.com.br

Graziele de Lima Dalmolin. Professora Doutora, Graduação e Pós Graduação em Enfermagem/GENf/PPGENF, Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: grazi.dalmolin@gmail.com

Cecília Mariane Pinheiro Pedro. Acadêmica, Graduação em Enfermagem/GENf, Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: cecilia-mariane@hotmail.com

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago. Enfermeira, Professora Doutora, Graduação e Pós Graduação em Enfermagem/GENf/PPGENF, Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: tmagnago@terra.com.br

⁴ Estudo extraído da dissertação de mestrado “Cultura de segurança do paciente: percepções e atitudes dos trabalhadores nas instituições hospitalares de Santa Maria”.

Autor responsável pela troca de correspondência

Mari Angela Meneghetti Baratto

Rua Ceci Leite Costa, n° 1175

Faxinal do Soturno, Rio Grande do Sul

CEP: 97220000

Resumo

Objetivo: identificar produções relativas à segurança do paciente e cultura organizacional, que utilizaram como instrumento de coleta de dados o *Safety Attitudes Questionnaire*. **Método:** revisão integrativa, nas bases de dados LILACS, MEDLINE/PubMed, SCOPUS e Web of Science, com os descritores *patient safety, organizational culture, climate, attitude of health personnel* e a palavra-chave *safety attitudes questionnaire*, com artigos publicados *online*, na íntegra, até o ano 2013. **Resultados:** obtiveram-se 17 publicações para análise e discussão, apresentadas em duas categorias. Os estudos utilizaram como sujeitos profissionais da saúde. A inserção dos demais profissionais não foi suficientemente contemplada, porém representam um papel relevante na criação de ambientes de trabalho seguros. Verificou-se associação da cultura organizacional com o clima de segurança dos profissionais nas instituições. **Conclusão:** acredita-se que este estudo trará contribuições à equipe de saúde, em especial à enfermagem, no que tange à implementação de ações de melhoria nas instituições de saúde.

Descritores: Enfermagem; Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Atitude do Pessoal de Saúde; Revisão

Resumen

Objetivo: identificar producciones relacionadas con la seguridad del paciente y la cultura de organización, que utilizaron como instrumento de recolección de datos

Safety Attitudes Questionnaire. **Método:** revisión integradora en bases de datos LILACS, MEDLINE/PubMed, SCOPUS y Web of Science, con descriptores patient safety, organizational culture, climate, attitude of health personnel y la palabra clave safety attitudes questionnaire, con artículos publicados en línea, integralmente, hasta 2013. **Resultados:** se obtuvieron 17 publicaciones para análisis y discusión, presentadas en dos categorías. Los estudios utilizaron como sujetos profesionales de la salud. No se abordó suficientemente la inclusión de otros profesionales, aun que representan papel importante para crear entornos de trabajo seguros. Se encontró una asociación de cultura de organización con el ambiente de seguridad de los profesionales en las instituciones. **Conclusión:** se cree que este estudio apuntará contribuciones al equipo de salud, especialmente de enfermería, relativo a la implementación de mejoras en instituciones de salud.

Descriptores: Enfermería; Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Actitud del Personal de Salud; Revisión

Abstract

Objective: to identify productions concerning patient safety and organizational culture using the Safety Attitude Questionnaire as data collection instrument.

Method: an integrative review in the databases LILACS, MEDLINE / PubMed, Scopus and Web of Science with the descriptors patient safety, organizational culture, climate, attitude of health personnel and the keyword safety attitudes questionnaire in online full articles published by 2013. **Results:** we obtained 17 publications for analysis and discussion presented in two categories. The studies used health professionals as subjects. The inclusion of other professionals has not been sufficiently addressed, although they represent an important role in creating safe work environments. We verified an association of the organizational culture

with the safety environment of professional in the institutions. **Conclusion:** this study may help the health team, especially nursing, regarding the implementation of improvement actions in health institutions.

Descriptors: Nursing; Patient Safety; Organizational Culture; Attitude of Health Personnel; Review

Introdução

A cultura de segurança tem sido identificada como de grande impacto para a melhoria da qualidade da assistência à saúde e está relacionada às taxas de eventos adversos e mortalidade.¹ Assim, iniciativas de melhorias na atenção à saúde têm sido implementadas, tanto na esfera da atenção básica, quanto hospitalar, focadas nos profissionais e na mudança de cultura, com vistas à promoção de um cuidado seguro.

A liderança e compromisso da gestão são considerados importantes, bem como as ações e atitudes são pensadas para influenciar as percepções, atitudes e comportamentos dos trabalhadores nas organizações.² Dessa forma, planos de ações devem ser construídos, repercutindo no desenvolvimento de um clima de trabalho motivador para os profissionais e na qualidade dos serviços prestados aos pacientes.

A avaliação da cultura de segurança resulta do clima que envolve o ambiente organizacional e como ele é percebido pelos profissionais. O clima de segurança, componente mensurável da cultura, retrata o comportamento da gestão, dos sistemas de segurança e as percepções de segurança dos profissionais.³ Atualmente, existe a consciência de que os erros estão relacionados a fatores organizacionais, gerenciais e humanos³. Assim, analisar o erro e/ou quase erro nas instituições, e estimular sua notificação, favorece a compreensão das falhas

ocorridas, proporciona aprendizagem organizacional e auxilia na implementação de mudanças no processo de trabalho.

A cultura organizacional pode ser analisada por diferentes níveis que estão interligados entre si.⁴ Os principais níveis estão divididos em três categorias: artefatos, que são constituídos pelas estruturas organizacionais visíveis, como arquitetura, tecnologia e produtos, além de processos organizacionais de trabalho. A segunda categoria está relacionada às suposições fundamentais básicas, que não são acessíveis para a medição, pois são pensamentos e sentimentos presentes de forma inconsciente. A terceira refere-se às crenças e valores assumidos, constituídos por um conjunto de estratégias, objetivos e filosofia de trabalho. As suposições básicas, que são compartilhadas e aceitas como verdadeiras, determinam valores e crenças do profissional e manifestam-se a nível dos artefatos.⁴ A cultura organizacional resulta das crenças e valores que direcionam as decisões da gestão em todos os níveis hierárquicos e orientam qual o caminho a seguir diante de várias alternativas de ação.⁵

Ao ser mensurada a cultura de segurança nos hospitais, as dimensões que precisam ser aprimoradas serão reveladas, de forma a contribuir para um plano direcionado de melhorias. Instrumentos de pesquisa como o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), podem revelar essas dimensões. O SAQ é um importante indicador de cultura de segurança e permite avaliar e refletir sobre clima de trabalho em equipe; clima de segurança; satisfação no trabalho; percepção da gestão do hospital e da unidade; condições de trabalho e percepção do estresse.⁶ No Brasil a validação e adaptação transcultural do SAQ foram realizadas no ano de 2011.⁷ A utilização do SAQ como instrumento de pesquisa justifica-se por

apresentar boas propriedades psicométricas e poder ser adaptada a diferentes unidades de saúde, com pequenos ajustes na elaboração das questões.⁶

A enfermagem, como participante efetiva em todas as ações de cuidado e gerenciamento, tem papel essencial no desenvolvimento de estratégias e manutenção de um ambiente de cultura favorável à segurança do paciente, e suas ações repercutem nas atitudes dos demais trabalhadores da equipe. Concernente a isso, para um cuidado seguro em enfermagem é necessário que haja um elo entre os profissionais e gestores.⁸ Dessa forma, atitudes pró-ativas na melhoria dos processos de trabalho, mudança da cultura frente ao erro, com a notificação dos eventos e avaliação das possíveis causas, desencadeiam ações unidirecionais dos demais profissionais envolvidos no cuidado, com o foco centrado na melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente nas instituições de saúde.

Diante do exposto, a questão norteadora deste estudo foi: O que tem sido produzido sobre a temática segurança do paciente e cultura organizacional nas instituições hospitalares? Para responder a tal questionamento objetivou-se analisar as produções nacionais e internacionais relativas à segurança do paciente e cultura organizacional desenvolvidas em ambientes hospitalares, com utilização do SAQ.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa (RI), desenvolvida em cinco fases, sendo elas: formulação e identificação do problema, coleta de dados, avaliação, análise e interpretação dos dados coletados e apresentação destes.⁹

Na primeira fase realizou-se um aprofundamento teórico sobre a temática segurança do paciente e cultura organizacional, delimitando-se a questão norteadora apresentada anteriormente. Na segunda fase, fez-se o levantamento

bibliográfico, no mês de novembro de 2014, com a busca de resumos disponíveis nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), MEDLINE/PubMed (via National Library of Medicine), SCOPUS (Elsevier) e Web of Science-Coleção Principal (Thomson Reuters Scientific). Utilizaram-se os descritores *patient safety*, *organizational culture*, *climate*, *attitude of health personnel* e a palavra-chave *safety attitudes questionnaire*. Ainda nesta fase, definiram-se critérios de inclusão e exclusão para seleção do material.

Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa completos que utilizaram o SAQ como instrumento de coleta de dados, disponíveis na íntegra *online*, publicados até o ano 2013. Os critérios de exclusão foram: publicações que não tivessem relação com o objetivo do estudo; possuísem resumos incompletos ou não disponíveis; e estudos realizados em ambientes não hospitalares.

Ao realizar a busca na base LILACS, utilizando o descritor de assunto *patient safety*, encontraram-se 90 estudos. Ao acrescentar o descritor *organizational culture*, foram localizadas seis produções e, ao incluir-se o descritor *climate*, não foram encontradas produções. Na base SCOPUS, empregaram-se os termos em título, resumo e palavras-chave, em busca avançada, da seguinte forma: ("patient safety" AND "organizational culture" AND "climate" AND "attitude of health personnel" AND "safety attitudes questionnaire"), localizando-se 18 publicações. Ao serem aplicados os critérios de inclusão e exclusão, excluiu-se uma produção por não estar adequada ao espaço temporal, outra por não ser artigo e duas por não utilizarem o SAQ em ambiente hospitalar. Assim, a amostra finalizou com 14 produções.

Na *Web of Science* a busca foi realizada com a estratégia: Tópico=(patient safety and organizational culture and climate and attitude of health personnel and safety attitudes questionnaire), recuperando quatro estudos. Ao aplicarem-se os critérios de inclusão e exclusão, constatou-se que dois estudos não se adequavam ao espaço temporal e outro estava presente em mais de uma base de dados, sendo excluídos. Após a leitura crítica do resumo observou-se que um estudo não utilizou o SAQ como instrumento de pesquisa, sendo eliminado para atender aos critérios de exclusão, não restando, assim, produções.

Na base MEDLINE/PubMed a busca foi realizada com os mesmos descritores, da seguinte forma: (((("patient safety") AND "organizational culture") AND climate) AND "attitude of health personnel") AND "safety attitudes questionnaire" A busca foi construída com o delimitador "*all fields*", na função avançada. Encontraram-se 12 estudos e, após serem aplicados os critérios de inclusão e exclusão, foram excluídas nove publicações, por estarem presente na base SCOPUS, e uma delas por não ser artigo. Assim, consideraram-se dois estudos para serem adicionados na análise e discussão e chegou-se ao final de segunda fase com um total de 16 publicações para serem avaliadas.

Na terceira fase, as publicações encontradas foram avaliadas quanto à qualidade dos dados e sua relação com o problema de pesquisa, a partir da leitura na íntegra dos artigos selecionados. Para isso, realizou-se um mapeamento das mesmas, destacando-se as principais categorias. A quarta fase compreendeu as etapas de redução, visualização e comparação dos dados, e verificação e esboço da conclusão.⁹ Para isso, construiu-se um quadro sinóptico contendo as seguintes divisões: autor, área de atuação, ano de publicação, local da pesquisa, objetivos do estudo, método ou tipo de estudo, sujeitos, estratégia de coleta dos dados,

tratamento dos dados, principais resultados, conclusões, limitações e nível de evidência científica do estudo.

Os artigos foram avaliados, em relação ao nível de evidência¹⁰, por dois pesquisadores independentes e, após, comparados os dados individualmente obtidos. As discordâncias foram revistas e os resultados foram incluídos na discussão do estudo.

Por fim, na última fase apresentaram-se as conclusões da revisão integrativa realizada, demonstrando sua elaboração juntamente com impressões e reflexões dos autores. A prática baseada em evidências focaliza sistemas de classificação de evidências. Geralmente esses sistemas são caracterizados de forma hierárquica, e estão condicionados pela abordagem metodológica adotada para o desenvolvimento do estudo.¹¹ A classificação adotada¹¹ é a mais utilizada pela enfermagem, por considerar não apenas os estudos que empregam a abordagem quantitativa, mas também os estudos desenvolvidos com a abordagem qualitativa, amplamente utilizados na área da enfermagem.

Resultados

Os artigos selecionados para análise, os quais atenderam aos critérios de seleção estabelecidos, estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1: Descrição dos artigos selecionados para análise

ANO	AUTORES	TÍTULO	PERIÓDICO
2013	Lyu H, Wick EC, Housman M, Freischlag JA, Makary MA ¹²	Patient satisfaction as a possible indicator of quality surgical care	<i>JAMA Surgery</i>
2013	Raftopoulos V, Pavlakis A ¹³	Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the safety attitudes questionnaire	<i>Journal of Critical Care</i>
2013	Li AT ¹⁴	Teamwork climate and patient safety attitudes: associations among nurses and comparison with physicians in Taiwan	<i>Journal of Nursing Care Quality</i>
2013	Schwendimann R, Zimmermann N, Küng K, Ausserhofer D, Sexton B ¹⁵	Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study	<i>BMJ Quality and Safety</i>

2012	Gallego B, Westbrook MT, Dunn AG, Braithwaite J ¹⁶	Investigating patient safety culture across a health system: Multilevel modelling of differences associated with service types and staff demographics.	<i>International Journal for Quality in Health Care</i>
2012	Devriendt E, Van den Heede K, Coussement J, Dejaeger E, Surmont K, Heylen D, et al. ¹⁷	Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the Safety Attitudes Questionnaire: an observational study	<i>International Journal of Nursing Studies</i>
2012	Profit J, Etchegaray J, Petersen LA, Sexton JB, Hysong SJ, Mei M, et al ¹⁸	Neonatal intensive care unit safety culture varies widely	<i>Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition</i>
2011	Shie H-G, Lee W-C, Hsiao H-F, Lin H-L, Yang L-L, Jung F ¹⁹	Patient safety attitudes among respiratory therapists in Taiwan	<i>Respiratory Care</i>
2011	Poley MJ, Van Der Starre C, Van Den Bos A, Van Dijk M, Tibboel D ²⁰	Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: An evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire	<i>Pediatric Critical Care Medicine</i>
2011	Allard J, Bleakley A, Hobbs A, Coombes L ²¹	Pre-surgery briefings and safety climate in the operating theatre	<i>BMJ Quality and Safety</i>
2011	Vigorito MC, McNicoll L, Adams L, Sexton B ²²	Improving safety culture results in Rhode Island ICUs: lessons learned from the development of action-oriented plans	<i>Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety</i>
2010	Speroff T, Nwosu S, Greevy R, Weinger MB, Talbot TR, Wall RJ, et al. ²³	Organizational culture: Variation across hospitals and connection to patient safety climate	<i>Quality and Safety in Health Care</i>
2010	Carney BT, West P, Neily J, Mills PD, Bagian JP ²⁴	The Effect of Facility Complexity on Perceptions of Safety Climate in the Operating Room: Size Matters	<i>American Journal of Medical Quality</i>
2009	Parry G, Horowitz L, Goldmann D ²⁵	Patient safety attitudes of paediatric trainee physicians	<i>Quality and Safety in Health Care</i>
2007	Huang DT, Clermont G, Sexton JB, Karlo CA, Weissfeld LA Miller RG, et al. ²⁶	Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution	<i>Critical Care Medicine</i>
2006	Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. ²⁷	The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research	<i>BMC Health Services Research</i>

A amostra desta revisão foi composta por 16 estudos, sendo dois produzidos na área da enfermagem^{7,14} e os demais, na área médica. No ano de 2013 foram encontradas quatro produções¹²⁻⁵, três em 2012¹⁶⁻⁸, quatro em 2011¹⁹⁻²², duas em 2010²³⁻⁴ e uma em cada ano de 2009²⁵, 2007²⁶ e 2006⁶. Quanto aos países onde os estudos foram realizados, observou-se predomínio dos Estados Unidos da América

(EUA), com nove estudos^{6,12,15,18,22-6}, dois do Japão^{14,19} e dois do Reino Unido^{6,21}, e os demais países com uma publicação cada: Nova Zelândia⁶, Grécia¹³, Suíça¹⁵, Austrália¹⁶, Bélgica¹⁷ e Holanda²⁰. Quanto à abordagem dos estudos, todos utilizaram a quantitativa.

Em relação ao tipo de estudo foi encontrado um de coorte¹², um estudo de levantamento¹⁹, dois longitudinais prospectivos²⁰⁻¹ e outro ensaio clínico não randomizado.²² As demais produções (12) apresentaram delineamentos transversais^{6,13-8,23-6}. Dos estudos analisados, um apresentou nível de evidência 3²², outro, nível 4¹², e os demais foram classificados com nível de evidência 6.

No que se refere ao cenário de estudo, seis foram produzidos em unidades de terapia intensiva (UTI)^{13,18,20,22-3,26}, dois em clínica médica e cirúrgica^{12,15}, um em bloco cirúrgico²⁰ e sete a nível hospitalar.^{6,14,16-7,19,24-5} Todos os estudos tiveram como sujeitos de pesquisa profissionais da saúde, com pequenas variações de grupos. Três estudos foram realizados com os profissionais de saúde¹⁶⁻¹⁸; sete com toda a equipe do setor/hospital^{6,12,20-3,26}; dois envolvendo médicos²⁴⁻⁵; dois envolvendo médicos e enfermeiros¹⁴⁻⁵; um com enfermeiros¹³; e outro com fisioterapeutas¹⁹. Devemos considerar que as equipes dos setores consideradas nos estudos foram similares e envolviam, geralmente, os trabalhadores de farmácia, nutrição, assistência social, secretários de unidades e profissionais do quadro administrativo.

Com a leitura criteriosa dos artigos selecionados, e entendendo que a segurança do paciente e a cultura organizacional compreendem diversos fatores, a análise dos dados foi organizada conforme as seguintes categorias: Avaliação da cultura de segurança do paciente por meio dos domínios do SAQ, e Segurança do

paciente e cultura organizacional: fatores associados, as quais são apresentadas a seguir.

Avaliação da cultura de segurança do paciente por meio dos domínios do SAQ

Nesta categoria são apresentados os resultados da avaliação da cultura de segurança do paciente de acordo com os domínios do SAQ, relacionadas às diferentes unidades hospitalares e profissionais da equipe de saúde, e, por fim, apresentam-se algumas propriedades psicométricas do SAQ encontradas nos estudos analisados.

O SAQ foi empregado para avaliação da cultura de segurança de unidades ou todas as áreas hospitalares. Foi utilizado como único instrumento^{6,13,15-7,19,24} ou combinado com questionários quantitativos^{12,14,18,20,23} ou qualitativos^{21,25-6} para complemento de análise da cultura de segurança. Utilizou-se, também o SAQ, nos períodos pré e pós-implantação de planos de melhorias²², para analisar a relação da cultura de segurança e eventos adversos, tempo de permanência do paciente, entre outros.

Em relação aos estudos avaliados, considerando os domínios do SAQ, observou-se que os domínios de avaliação do questionário com escores positivos foram os relacionados com clima de segurança^{14,18}, satisfação no trabalho^{13-4,18} e condições de trabalho^{14,18} e trabalho em equipe.¹⁴ Alguns estudos apresentaram escores baixos a moderados em todos os domínios.^{13,19,26} Os domínios com escores menores foram relacionados com percepção da gestão^{12,18-9,23,26} e percepção do estresse.^{12,15-6,19,26} Outros estudos tiveram resultados divergentes em relação à percepção da gestão^{13-4,16} e dois foram associados à idade e ao tempo de serviço dos profissionais.^{13,16} Identificaram-se também, resultados negativos nos domínios

clima de trabalho em equipe^{16,19,26}, satisfação no trabalho^{12,19,26} e condições de trabalho.²²

Com o intuito de avaliar se a cultura de segurança tem variação dependente do tipo de serviço e de características demográficas, encontraram-se resultados divergentes. Um estudo¹⁶, que avaliou 14054 questionários válidos em 18 tipos de serviços, com profissionais de todas as unidades, não encontrou resultados significativos entre os serviços avaliados. Os escores foram mais elevados em relação à percepção da gestão, e menores para clima de trabalho em equipe, com diferenças demográficas mais evidentes em funcionários mais antigos, que trabalhavam na clínica, e em gestores.

Já outro estudo¹² identificou variações significativas entre os 31 hospitais, de 10 estados avaliados, onde a média geral para a cultura de segurança foi de 52,3%, com variação de avaliações positivas entre 33,1% e 74,9%. A percepção da gestão da unidade e o clima de trabalho em equipe foram os domínios que mais apresentaram variação entre os hospitais, com pontuações positivas entre 24,2% e 86,7%¹². A percepção do estresse apresentou menor variação, permanecendo entre 25,9% e 71,0%¹².

Da mesma forma, estudo que buscou avaliar a cultura de segurança dos enfermeiros em UTI, em cinco hospitais públicos, encontrou escores negativos para todos os domínios, salvo satisfação no trabalho, com resultados distintos entre todas as UTIs avaliadas¹³. Outra publicação¹⁵, que buscou explorar a variabilidade nas dimensões da cultura de segurança, dentro e entre as unidades clínico-cirúrgicas suíças e norte-americanas, encontrou dados relevantes. Os valores das pontuações médias foram diferentes para três, dos seis domínios do SAQ, entre instituições americanas e suíças, respectivamente: percepção do estresse (57,3;

31,4); percepção da gestão da unidade (60,1; 41,5) e clima de segurança (68,7; 58,4). A percepção dos profissionais de saúde diferiu significativamente para hospitais dos EUA e suíços. Identificaram-se diferenças nos domínios do SAQ a nível de país, de hospitais e de unidades, com variabilidade a nível de área clínica, em geral, e de área clínica dentro de cada país.

Em pesquisa²⁵ realizada com 295 médicos residentes, os domínios satisfação no trabalho, clima de segurança, condições de trabalho e percepção de gestão obtiveram respostas mais positivas em áreas associadas com cuidados independentes, com pontuação média de: 77,5; 76,1; 75,6 e 70,4, respectivamente. O clima de trabalho em equipe e a percepção do estresse tiveram pontuações mais baixas, em áreas associadas com cuidados interdependentes, com resultados de 64,6 e 59,1 respectivamente. Em relação aos domínios do SAQ associados às categorias profissionais, foi possível averiguar que a equipe de enfermagem teve uma taxa de resposta do instrumento mais elevada do que os médicos.^{14-5,17,22,26} Os médicos de UTIs tiveram uma taxa de resposta mais elevada do que os de cuidados não críticos²⁶ ou foram excluídos do estudo devido ao baixo percentual de respondentes.¹³ Observou-se, porém, que as taxas de resposta dos médicos elevaram após implementação de planos de melhorias.²²

Avaliou-se que a equipe médica^{14,18,20} tende à cultura de segurança mais positiva, comparada aos enfermeiros.¹⁶ Outros, porém, não encontraram resultados significativos ao avaliarem categorias profissionais, comparando com dados de referência²⁰ ou na significância estatística¹⁴, quando analisado o SAQ combinado com outro instrumento.

Percebeu-se que a satisfação no trabalho foi o domínio que apresentou valores considerados positivos para os sujeitos avaliados, de diferentes cargos da

equipe, como enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e fisioterapeuta.^{13,18,25} Quanto à percepção sobre a gerência hospitalar, a mesma apresentou baixos escores, o que indica a distância entre a equipe de enfermagem e os superiores hierárquicos.^{15,18-9,23,26}

No que se refere à variação de resultados entre os profissionais das equipes, nos domínios clima de trabalho em equipe, clima de segurança, percepção do estresse, os profissionais médicos tiveram melhores resultados do que os enfermeiros.^{18,20} Esses profissionais também apresentaram maiores escores em cultura de segurança em relação aos enfermeiros e auxiliares de enfermagem.¹⁸ Enquanto que, na percepção de gestão e condições de trabalho, encontraram-se dados divergentes. Um estudo²⁰ apresentou maior pontuação média com enfermeiros, e outro²⁶ apontou médias menores entre os enfermeiros, comparados aos médicos, para as condições de trabalho ($p = 0,019$), satisfação no trabalho ($p = 0,025$) e percepções de gestão ($p = 0,001$).

A idade¹³ foi fortemente correlacionada na amostra com o trabalho em equipe ($P = 0,02$), entre enfermeiros mais velhos e com maior experiência²² e suas percepções de gestão foram melhores comparadas às de enfermeiras inexperientes.¹³ Estudo realizado com fisioterapeutas¹⁹, vinculados em três níveis de hospitalares distintos, encontrou baixos resultados de atitudes positivas para todos os domínios, com variação entre 37 e 21%, e menores entre fisioterapeutas mais velhos. Profissionais que trabalhavam nos centros médicos tiveram escores mais altos, atitude positiva para a percepção do estresse, mas mais baixas pontuações para os outros cinco domínios de segurança. Os resultados variaram conforme o tipo de instituição, educação, experiência e idade.

Em estudo²² desenvolvido em 23 UTIs, com intuito de avaliar o impacto de um plano de ação, denominado Safety Attitudes Questionnaire Action Plan (SAQAP), com os resultados do SAQ, e associar às taxas de infecções de corrente sanguínea associadas a cateter central e de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), teve a colaboração de nove unidades, com profissionais que concluíram o plano (39%). Essas unidades demonstraram taxas mais elevadas em todos os domínios do SAQ, exceto condições de trabalho, com resultados próximos à significância estatística ($p=0,07$), para os domínios clima de trabalho em equipe e satisfação no trabalho. As mesmas apresentaram diminuição na taxa geral de infecção em 10,2%, enquanto que as unidades que não aderiram ao plano, apresentaram uma diminuição de 2,2% ($p= 0,59$). As taxas de PAV tiveram diminuição de 15,2% nas unidades que aderiram ao plano, comparadas às outras, que aumentaram os índices em 4,8% ($p= 0,39$). Identificou-se melhora da cultura de segurança nas unidades, que se traduziu em melhores resultados para os pacientes.²²

Por fim, em relação às características psicométricas do SAQ avaliadas nesses estudos, foi possível observar questões relacionadas à validação do instrumento. Sete estudos avaliaram os resultados do SAQ quanto à consistência interna, considerando as dimensões da cultura de segurança, e obtiveram resultados satisfatórios.^{6,13,17,19,23,25-6}

Os estudos analisados consideraram que a escala apresentava boas propriedades psicométricas, com o valor de até 0,90 para o coeficiente alpha de Cronbach. Em estudo¹⁷ com 144 profissionais belgas, que encontrou alfa de 0,90, não foi possível validar os constructos do SAQ pelo número insuficiente da amostra, baixo índice geral de respostas (52%), principalmente da equipe médica (23%),

além do expressivo número de instrumento com falhas de preenchimento. Ao contrário de outra pesquisa¹³, desenvolvida em Chipre, onde a consistência interna da versão com 30 itens de SAQ-UTI apresentou alfa de Cronbach de 0,85 e foi representado por 76,7% de todos os enfermeiros que trabalhavam no setor público pesquisado.

Outra produção¹⁹, que obteve taxa de resposta de 60%, encontrou os mais altos valores para o alfa dos estudos avaliados: clima de trabalho em equipe (0,80); clima de segurança (0,79); satisfação no trabalho (0,90); percepção do estresse (0,83) percepção da gestão (0,88) e condições de trabalho (0,75).

Em outra publicação²³, o valor do alfa Cronbach para o SAQ e suas sub-escalas foi maior que 0,70, com substanciais correlações entre os item da escala. Exceto para a percepção do estresse, as sub-escalas do SAQ mostram correlações positivas variando entre 0,67 e 0,81 . O mesmo desenvolveu a pesquisa em 110 UTIs de 41 hospitais privados, com o intuito de levantar informações sobre: melhoria da qualidade, características organizacionais, além da percepção do clima de segurança por meio dos domínios do SAQ. Outra produção²⁵, que avaliou as atitudes dos médicos residentes pediatras, encontrou variação do alfa entre 0,61 e 0,83.

Estudo realizado²⁶ com 453 funcionários de quatro UTIs, buscou analisar se a cultura de segurança variavam de acordo com as UTIs de um único hospital, entre enfermeiros e médicos, e se as percepções dos diretores das UTIs equiparavam-se às atitudes dos profissionais de suas equipes, por meio das estimativas dos escores médios. A taxa de resposta global foi de 70,2% (n = 318). O alfa de Cronbach para cada fator variou de aceitável para bom nos domínios: clima de trabalho em equipe (0,813); satisfação no trabalho (0,811); percepção da gestão (0,715); condições de

trabalho (0,732); percepção do estresse (0,674) e clima de segurança (0,740). No geral, escores fatoriais foram de baixos a moderados em todos os domínios (variação das UTIs: 43,4-74,9 nos escores médios, 8,6-69,4 por cento positivos) e não foram uniformes.²⁶

O último estudo⁶ analisado é o estudo de validação do SAQ, que apresentou taxa de resposta de 67,0% (10.843 questionários válidos), com média de 65,7% a 72,2% entre os três países avaliados. A confiabilidade da escala foi de 0,90, com boas propriedades psicométricas. A validade do constructo foi considerada aceitável e confiável para avaliar a cultura de segurança e percepções dos cuidadores nas instituições de saúde.

Segurança do paciente e cultura organizacional: fatores associados

Nesta categoria são apresentados alguns fatores associados à segurança do paciente e cultura organizacional identificados nos estudos analisados. Percebeu-se que eles estão fortemente relacionados à forma de organização do trabalho, incluindo tipo de conduta diante de erros, nível de complexidade da instituição, tipo de gestão, comunicação no ambiente de trabalho e tempo de serviço dos profissionais.

Considerando um aspecto de fragilidade associado à temática, estudos apontam predominância na percepção de que falhas na segurança do paciente resultam apenas em ações punitivas para os profissionais e que a colaboração frente ao erro é inexistente ou insuficiente¹⁸ ou é expressa pela indiferença pelos gestores em relação ao bem-estar dos profissionais e à segurança dos pacientes.¹⁵ Um estudo identificou que aproximadamente metade das instituições hospitalares americanas e todas as suíças avaliadas apresentaram baixa percepção da gestão, onde dois dos quatro itens de gerenciamento da unidade alcançaram significância

estatística. A percepção negativa dos profissionais pode ser um indicativo de problemas gerenciais reais, que podem afetar o moral dos funcionários e a qualidade do desempenho frente ao paciente.¹⁵

Com relação às diferenças do ambiente hospitalar, percebeu-se que o nível de complexidade da instituição tem influência sobre a percepção do clima de segurança do paciente. Uma produção analisada²⁴ faz referência a resultados significativos para o item *Erros médicos são tratados adequadamente neste hospital*, visto que os profissionais da média complexidade tiveram pontuações maiores do que os da alta complexidade ($P = 0,0095$). Em contrapartida, com relação ao item *Eu conheço os meio adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente nesta área*, os profissionais das unidades de alta complexidade tiveram pontuações significativamente maiores do que aqueles em instalações de média complexidade ($P = 0,0004$).²⁴

Um estudos exibiu dois temas gerais, isto é, a percepção de falta de apoio da gestão hospitalar como fragilidade; e preocupações sobre os aspectos da comunicação, trabalho em equipe e colaboração a respeito de erros, como potencialidades.¹⁸ Nessa perspectiva, outro estudo aponta diferenças nas atitudes de segurança nas instituições²², onde, após implementação de plano de melhoria em relação à segurança, os trabalhadores demonstraram aumento das atitudes positivas para os domínios do SAQ, exceto condições de trabalho, com diminuição das taxas de infecção geral e de PAV.

Estudo²⁶ realizado em quatro UTIs, com todos os profissionais, aponta dados divergentes em relação à percepção do profissional e da gestão. Os diretores de enfermagem, ao fazerem uma projeção da avaliação dos trabalhadores, tenderam a superestimar os escores fatoriais, com variação de até 16 %, conforme o domínio

avaliado. Os domínios satisfação no trabalho e condições de trabalho foram os mais significativamente distintos entre as UTIs. No geral, os escores foram baixos a moderados. As quatro principais recomendações sugeridas pelos trabalhadores, abrangendo 71% dos comentários, foram: melhorar o quadro pessoal (35%), melhorar a educação (12%), melhorar trabalho em equipe (12%), e melhorar os equipamentos (12%). Apenas 2,1% das respostas foram relacionadas ao aumento da remuneração.²⁶

Referente à cultura organizacional²³, evidenciou-se que a cultura hierárquica foi negativamente correlacionada com o SAQ, Safety Climate Scale (SCSc) e Information and Analysis (IA), enquanto que a cultura do grupo foi positivamente correlacionada com o SAQ e suas subescalas (coeficiente de correlação $r = 0,44-0,55$, salvo percepção do estresse), SCSc ($r = 0,47$) e IA ($r = 0,33$). Dentre as 110 UTIs de 41 hospitais participantes, 37,5% tinham uma cultura hierárquica; 37,5%, uma cultura do grupo; e 25%, uma cultura equilibrada. Notou-se que a cultura organizacional variava conforme o hospital e o tipo de cultura relacionava-se com o clima de segurança na instituição.²³

Como exemplos de formas de organização do serviço, apontam-se dados de outros estudos em áreas específicas.^{19,25} Um estudo refere-se ao ambiente de trabalho, demonstrando que os profissionais atuantes em centros médicos tiveram escores mais altos, atitude positiva para a percepção do estresse, porém, mais baixas pontuações para os outros cinco domínios.¹⁹ Observou-se que as experiências pessoais e recursos dos hospitais, somados aos fatores regionais, possam ter interferido nas respostas.¹⁹ Já, na pesquisa com médicos residentes²⁵, as respostas foram mais positivas quando os profissionais atuavam de forma independente, sem interferência de preceptores nas áreas de supervisão clínica e de apoio. Outros

fatores foram encontrados, como a falta de infraestrutura, tipo de instituição, educação, experiência profissional e idade.¹⁹

Quanto à classe e ao tempo de atuação dos profissionais, a percepção do clima variou conforme os domínios do SAQ, sendo possível apreender que os enfermeiros com cargos de gerência e os trabalhadores com maior tempo de serviço demonstraram melhor percepção, enquanto que os auxiliares e técnicos de enfermagem apresentaram baixos escores.¹⁸⁻⁹ Nesse sentido, outro estudo também aponta que funcionários mais velhos tenderam a ter melhores escores, mesmo considerando que o número de funcionários, a multiplicidade organizacional e a complexidade dos diferentes serviços apresentaram grande variabilidade.¹⁶ Há referência também de que atitudes positivas para todos os domínios de segurança foram menores entre fisioterapeutas mais velhos.¹⁹

Por fim, observou-se que a utilização de estratégias para melhorar a percepção de segurança do paciente e a cultura organizacional repercutem em resultados positivos, mas ainda com pouca representatividade entre os profissionais e as unidades avaliadas, visto que, para ocorrerem, necessitavam de um clima de segurança forte entre todos os profissionais envolvidos e o empenho dos gestores das unidades de saúde.²¹⁻²

Discussão

A partir dos resultados apresentados conforme as categorias “Avaliação da cultura de segurança do paciente por meio dos domínios do SAQ” e “Segurança do paciente e cultura organizacional: fatores associados”, percebeu-se que a cultura de segurança do paciente e cultura organizacional, avaliadas por meio dos domínios do SAQ, relacionam-se, principalmente, à organização do trabalho, envolvendo diferentes fatores. Estes podem estar relacionados ao tipo de gestão e ao nível de

complexidade da instituição, à conduta dos gestores e profissionais diante dos erros, à comunicação no ambiente de trabalho e ao tempo de serviço, à idade e às categorias profissionais.

Reconhecer o ambiente organizacional permite detectar e analisar os fatores intervenientes, que direcionam, de forma direta ou não, o clima de segurança nas instituições. As estruturas formais e informais das organizações devem ser identificadas, para facilitar a comunicação, o planejamento e o desenvolvimento de ações mais flexíveis, que contribuam para a satisfação no processo de trabalho.⁵

Ao se considerar os tipos de cultura organizacional, como cultura hierárquica e de grupo, onde a última foi positivamente associada à cultura de segurança, nota-se que a cultura organizacional varia de acordo com cada instituição e está relacionada ao clima de segurança de seus profissionais.²⁷⁻⁸ Culturas favoráveis a mudanças são mais sensíveis e flexíveis à implementação de estratégias para melhorar o clima de segurança.²⁹ A combinação dos tipos de cultura, destacando-se a de grupos, parece ser mais adequada para melhorar o clima de segurança, visto que estes, mensurados separadamente, nos aspectos da cultura organizacional, resultaram em dados três vezes menores.²⁸

No que se refere à avaliação do clima de segurança entre os domínios do SAQ e as possíveis diferenças entre categorias profissionais e unidades de trabalho, podemos citar um editorial²⁷, que vem de encontro dos estudos analisados. Nesse estudo²⁷ considera-se pertinente a realização de intervenções a nível de unidades, visto que a cultura é percebida como local, e que podem haver variações entre unidades de trabalho e entre instituições. A avaliação da cultura, em todas as unidades de trabalho, direciona-se para esse sentido, visto que a variação em relação à cultura pode estar relacionada a fontes como: características da

equipe, da instituição hospitalar, ou até mesmo de suas áreas.²⁷ Essas fontes de variação devem ser bem entendidas, a fim de direcionar com precisão as iniciativas de melhorias nas organizações.²⁷

Em relação às recomendações sugeridas pelos trabalhadores, observou-se que os mesmos direcionaram seus apontamentos para melhora das condições de trabalho e valorização pessoal e poucos respondentes consideraram o aumento da remuneração como fator importante. Esses dados vêm ao encontro do estudo que traz a constatação de que a satisfação no trabalho está condicionada aos recursos disponibilizados pela instituição, tais como equipamentos e materiais, quadro de profissionais adequado, salário digno, além das relações estabelecidas no ambiente com a equipe de trabalho, somados ao prazer e ao reconhecimento do trabalho executado.³⁰

Conclusão

Ao analisar os estudos incluídos nesta revisão integrativa, notou-se a pertinência da temática cultura de segurança e da sua importância para os profissionais que atuam frente ao paciente, em especial a enfermagem. Os estudos avaliaram não somente a percepção dos profissionais de forma isolada, mas realizaram associações com eventos adversos e encontraram indícios relevantes. Observou-se, também, a relação da cultura organizacional com o clima de segurança nas instituições e que a mesma variava de acordo com o país, a instituição, o tipo de cultura organizacional e com dados demográficos. Os estudos apontaram para associações negativas relacionadas à cultura hierárquica e às atitudes e clima de segurança entre os profissionais. Demonstraram, também, associação positiva com planos de melhoria nas instituições, mesmo limitados.

É essencial aos profissionais enfermeiros atuarem como gestores e/ou com gestores nas instituições, por serem inerentes a essa categoria a sensibilização e promoção de ambientes que proporcionem a cultura de segurança ao paciente. Na vigência de uma cultura organizacional não condizente com a promoção de iniciativas de melhoria da qualidade, cabe a esse profissional se utilizar de estratégias que modifiquem esse cenário, trazendo a gestão afinada às necessidades da instituição, como agente de mudança e reflexo de transformação para os demais membros da equipe.

Quanto às limitações dos estudos, destacam-se os baixos índices de respostas, respostas incompletas, amostras pequenas e não aleatórias, um déficit de conhecimento sobre o tema, a complexidade organizacional, intervenções implementadas de maneira não uniforme e o número reduzido de instituições ou setores avaliados. Essas limitações restringem os estudos e a validade dos resultados. Deve-se também considerar que os estudos destacaram, essencialmente, o ponto de vista dos profissionais da área da saúde, variando apenas quanto aos grupos. Estudos com outros sujeitos foram limitados aos relacionados às unidades, tais como secretários, serviços de apoio e gestores.

Pesquisas que envolvam não somente a equipe de saúde, mas também outros profissionais do ambiente hospitalar que atuem indiretamente no cuidado ao paciente devem ser desenvolvidas, visto que estes representam um papel importante na qualidade do serviço prestado ao paciente e demais profissionais.

Devido à variabilidade do clima de segurança entre as unidades de trabalho, considera-se fundamental que as estratégias para melhorar a cultura de segurança nas instituições sejam realizadas de maneira integrada. As mesmas devem ser direcionadas aos pontos frágeis, identificados pelos profissionais e baseadas em

evidências provenientes de pesquisas, realizadas com instrumentos validados e confiáveis.

Referências

1. Naveh E, Katz-Navon T, Stern Z. Treatment errors in healthcare: a safety climate approach. *Manage Sci* [Internet]. 2005 June [cited 2013 Sept 27];51(6):948-60. Available from: <http://pubsonline.informs.org/doi/pdf/10.1287/mnsc.1050.0372>
2. Flin R. Measuring safety culture in health care: a case for accurate diagnosis. *Saf Sci* [Internet]. 2007 July [cited 2013 Sept 23];45(6):653-67. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753507000203#>
3. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2005 [cited 2013 Sept 30];14(5):364-6. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/14/5/364.full.pdf+html>
4. Schein EH. *Cultura organizacional e liderança*. Brandão AB, tradutor. Revisão Técnica Mariotti H. São Paulo: Atlas; 2009.
5. Jericó MC, Peres AM, Kurcgant P. Estrutura organizacional do serviço de enfermagem: reflexões sobre a incidência do poder e da cultura organizacional. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [cited 2013 Sept 8];42(3):569-77. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a21.pdf>
6. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2006 Apr [cited 2013 Sept 10];6(44). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/pdf/1472-6963-6-44.pdf>

7. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012 May/June [cited 2013 May 18]; 20(3):575-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/a20v20n3.pdf>
8. Fernandes LGG, Tourinho FSV, Souza NL de. Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2014 July [cited 2014 Jan 20];8(1):2507-12. Available from: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../9853
9. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 Feb [cited 2014 Jan 21]; 52(5):546-53. Available from: http://users.php.ufl.edu/rbauer/EBPP/whittemore_knafl_05.pdf
10. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E, publishers. *Evidence-based practice in nursing and health care: a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2005. p. 3-24. [cited 2014 Nov 20]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12723829>
11. Galvão CM. Níveis de evidência. *Act paul enferm* [Internet]. 2006 [cited 2013 Sept 25]; 19(2):V. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf>
12. Lyu H, Wick EC, Housman M, Freischlag JA, Makary MA. Patient satisfaction as a possible indicator of quality surgical care. *JAMA Surg* [Internet]. 2013 [cited 2014 Dec 02]; 148(4):362-7. Available from: <http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1679648#COMMENT>
13. Raftopoulos V, Pavlakis A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the safety attitudes

- questionnaire. *J Crit Care* [Internet]. 2013 Feb [cited 2014 Nov 30]; 28(1):51-61. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944112001529>
14. Li AT. Teamwork climate and patient safety attitudes: associations among nurses and comparison with physicians in Taiwan. *J Nurs Care Qual*. 2013 Jan-Mar; 28(1):60-7.
15. Schwendimann R, Zimmermann N, Küng K, Ausserhofer D, Sexton B. Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2013 Jan [cited 2014 Nov 30]; 22:32-41. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/22/1/32.full.pdf+html>
16. Gallego B, Westbrook MT, Dunn AG, Braithwaite J. Investigating patient safety culture across a health system: multilevel modelling of differences associated with service types and staff demographics. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2012 [cited 2013 Aug 6]; 24(4):311-20. Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/24/4/311.full.pdf>
17. Devriendt E, Van den Heede K, Coussement J, Dejaeger E, Surmont K, Heylen D, et al. Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the Safety Attitudes Questionnaire: an observational study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2012 Mar [cited 2013 Aug 6]; 49(3):327-37. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748911003804#>
18. Profit J, Etchegaray J, Petersen LA, Sexton JB, Hysong SJ, Mei M, et al. Neonatal intensive care unit safety culture varies widely. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* [Internet]. 2012 [cited 2013 Aug 6]; 97(2):120-6. Available from: <http://fn.bmj.com/content/97/2/F120.full.pdf+html>
19. Shie HG, Lee WC, Hsiao HF, Lin HL, Yang LL, Jung F. Patient safety attitudes

among respiratory therapists in Taiwan. *Respir Care* [Internet]. 2011 Dec [cited 2013 Aug 6]; 56(12):1924-9. Available from: <http://rc.rcjournal.com/content/56/12/1924.full.pdf+html>

20. Poley MJ, van der Starre C, van den Bos A, van Dijk M, Tibboel D. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. *Pediatric Crit Care Med* [internet]. 2011 Nov [cited 2013 Aug 6]; 12(6):310-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21572367>

21. Allard J, Bleakley A, Hobbs A, Coombes L. Pre-surgery briefings and safety climate in the operating theatre. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 30]; 20(8):711-7 Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/20/8/711.full.pdf+html>

22. Vigorito MC, McNicoll L, Adams L, Sexton B. Improving safety culture results in Rhode Island ICUs: lessons learned from the development of action-oriented plans. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2011 Nov; 37(11):509-14.

23. Speroff T, Nwosu S, Greevy R, Weinger MB, Talbot TR, Wall RJ, et al. Organizational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2010 Dec [cited 2013 Aug 6]; 19(6):592-6. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/19/6/592.full.pdf+html>

24. Carney BT, West P, Neily J, Mills PD, Bagian JP. The effect of facility complexity on perceptions of safety climate in the operating room: size matters. *Am J Med Qual* [Internet]. 2010 Nov/Dec [cited 2013 Aug 6]; 25(6):457-61. Available from: <http://ajm.sagepub.com/content/25/6/457.long>

25. Parry G, Horowitz L, Goldmann D. Patient safety attitudes of pediatric trainee physicians. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2009 Dec [cited 2013 Aug 6]; 18(6):462-6. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/18/6/462.full.pdf+html>
26. Huang DT, Clermont G, Sexton JB, Karlo CA, Miller RG, Weissfeld LA, Rowan, et al. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. *Crit Care Med* [Internet]. 2007 Jan [cited 2013 Aug 6];35(1):165-76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17110876>.
27. Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care* [Internet].2005 [cited 2013 Dec 22]; 14(4):231-3. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/14/4/231.full.pdf+html>
28. Singer SJ, Falwell A, Gaba DM, Meterko M, Rosen A, Hartmann CW, et al. Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Manage Rev* [Internet]. 2009 Oct-Dec [cited 2013 Dec 22]; 34(4):300-11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19858915>
29. Pronovost PT, Berenholtz SM, Goeschel CA, Needham DM, Sexton JB, Thompson DA, et al. Creating high reliability in health care organizations. *Health Serv Res* [Internet]. 2006 Aug [cited 2013 Oct 17]; 41(4):1599-617. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez47.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC1955341/pdf/hesr0041-1599.pdf>
30. Nunes CM, Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. *REE* [Internet]. 2010 [cited 2014 Oct 18]; 12(2):252-7. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a04.htm>.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa com delineamento transversal e abordagem quantitativa. Os estudos transversais tem a característica de aferir causa e efeito simultaneamente, em um recorte único de tempo, não existindo período de acompanhamento dos indivíduos (PEREIRA, 2008).

De acordo com Bastos e Duquia (2007) os estudos transversais são indicados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica, avaliar os fatores associados com o mesmo, descrever as características de uma população, bem como promover o planejamento de ações em saúde.

3.2 Campo do estudo

Esta pesquisa foi realizada em instituições hospitalares da cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Das oito instituições hospitalares existentes, sete participaram do estudo. O critério de inclusão das instituições foi possuir representante na Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – Núcleo Santa Maria. Apenas uma instituição não se adequou a este critério.

Os hospitais possuíam características distintas, tanto pelo porte hospitalar, quanto pela estrutura organizacional. Tendo em vista que duas instituições não autorizaram a sua identificação, para preservar anonimato, optou-se por descrevê-las conjuntamente e de uma forma geral.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), quanto ao porte, os hospitais são classificados conforme sua categoria, em: pequeno (até 50 leitos); médio (51 a 150 leitos) e grande porte (151 a 500 leitos) (BRASIL, 1983). Em relação a esse item, três instituições eram de pequeno porte, duas de médio e duas de grande porte. O número de leitos variou de 19 a 497.

Quanto ao tipo, um era hospital público de ensino, um hospital público vinculado ao Estado, um hospital-escola (presta serviço pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para 100% dos usuários), dois hospitais filantrópicos (prestam atendimento a pacientes pelo SUS, convênios e particulares), um hospital para cooperativados e uma empresa privada sem atividade de ensino. Os profissionais vinculados às instituições pesquisadas possuíam diferentes regimes de trabalho (CLT, estatutários ou pelo regime jurídico único).

3.3 População do estudo

Inicialmente, quando foi realizado o primeiro contato com as instituições, estimou-se uma população de 4.940 profissionais. Após a aprovação do projeto, foi realizada nova conferência do numérico de trabalhadores junto aos recursos humanos dos hospitais. Foram extraídos desse total, 900 trabalhadores. A redução da população estimada foi relacionada aos profissionais não estarem mais vinculados à instituição no período da coleta, aposentadoria ou vinculados a serviços terceirizados (não possuir chefia das instituições envolvidas).

Assim sendo, a população foi composta por 4.040 trabalhadores da área da saúde e do serviço de apoio. Foram convidados a participar da pesquisa todos os profissionais que atuassem direta ou indiretamente no cuidado ao paciente, dos sete hospitais de Santa Maria, considerando as seguintes categorias:

a) Profissionais da saúde: médicos, enfermeiros, técnicos (enfermagem, radiologia, laboratório e farmácia), fisioterapeutas, dentistas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos, nutricionistas, entre outros (Apêndice A).

b) Serviço de apoio: serviço de higiene e limpeza, serviço de manutenção, cozinheiros, copeiros, almoxarifes, auxiliares de escritório, secretárias, gerentes administrativos, pedreiros, porteiros, vigilantes, motoristas, telefonistas, costureiros, entre outros (Apêndice B).

Os critérios de inclusão estabelecidos foram os profissionais estarem atuando no setor há pelo menos quatro semanas, com carga horária mínima de 20 horas semanais. Este período foi considerado o mínimo para o trabalhador ser suficientemente exposto à cultura de sua unidade, que lhe permita responder de forma adequada à pesquisa (SEXTON; THOMAS; GRILLO, 2003).

Como critérios de exclusão foram considerados os profissionais em licença prolongada, que não estivessem presentes na instituição durante o período de coleta dos dados

(férias e atestado), aposentados ou que possuíssem vínculo com as instituições, mas, não atuassem na mesma.

Para fins de análise estatística, utilizou-se o critério de que as taxas de resposta adequadas para pesquisas climáticas são, geralmente, de 65% a 85% do total de trabalhadores envolvidos na pesquisa (SEXTON; THOMAS; GRILLO, 2003). Essa é a indicação para pesquisas que utilizam o SAQ.

3.4 Coleta dos dados e instrumento de pesquisa

3.4.1 A coleta de dados

A coleta dos dados⁵ foi realizada no período de fevereiro a agosto de 2014, após a autorização das instituições⁶ e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob a CAAE n. 25325613.5.0000.5346, em 13 de dezembro de 2013 (Anexo B). A equipe foi composta por 13 coletores e quatro digitadoras (estudantes de graduação em enfermagem, e mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e membros do grupo de pesquisa), todos previamente capacitados pela coordenadora do projeto.

A capacitação dos coletores envolveu as seguintes ações: reconhecimento e aplicação do questionário no próprio grupo de coletores; identificação de dúvidas e prováveis dificuldades que poderiam surgir nos campos de pesquisa; orientação sobre a conduta a ser tomada ao chegar nas instituições para a coleta; postura; sigilo, identificação, entre outras. Já a dos digitadores, compreendeu o conhecimento sobre o programa, a codificação das respostas, orientações sobre a dupla digitação e a conferência dos erros e inconsistências da digitação.

Cada coletador recebeu uma pasta contendo: crachá de identificação, questionários, envelopes, lápis, borrachas, régua, escala de serviço e lista de trabalhadores por instituição,

⁵ A coleta de dados gerou um relato de experiência intitulado "A importância das fases de coleta e digitação de dados: um relato de experiência", apresentado na V Semana Científica do HUSM e II Jornada de Pesquisa do HUSM (Apêndice C)

⁶ As autorizações estão de posse do coordenador da pesquisa e não serão apresentadas em anexo, a fim de preservar o anonimato das instituições participantes.

setor e turno de trabalho. Ao final de cada turno de coleta, os questionários preenchidos eram entregues ao coordenador da equipe de coleta.

Optou-se por iniciar a coleta em um hospital de pequeno porte, e após, seguiu-se individualmente, um a um, até atingir o último. Dava-se por encerrada a coleta na instituição, somente após várias excursões do grupo aos setores do hospital, a fim de reduzir perdas.

Anterior ao início da coleta realizava-se contato com as chefias da instituição, com a finalidade de apresentar a proposta, os objetivos do estudo e para tomarem ciência da inserção dos coletores nas dependências do hospital, naquele período. Solicitava-se, no início da coleta, a presença de um representante do hospital para encaminhar os coletores, apresentá-los às chefias imediatas das unidades e aos demais profissionais. Após a inserção dos coletores nos setores, os profissionais eram abordados nos seus próprios ambientes de trabalho e eram convidados a participar do estudo.

A partir da concordância, o instrumento de pesquisa era entregue para ser respondido no seu setor e horário de trabalho. No início, alguns instrumentos foram entregues para serem devolvidos posteriormente, mas pela dificuldade de resgate dos instrumentos essa prática foi abolida.

Uma estratégia exitosa de coleta foi solicitar às chefias um espaço para coleta nos dias de reunião das equipes. Também, buscou-se providenciar um ambiente adequado para a coleta e propiciar horários variados de investida do grupo aos setores. Solicitávamos apoio dos gestores e chefia de unidade para agendar horários de coleta em auditórios. Essa prática favorecia a coleta de um maior número de profissionais e evitava a interrupção do profissional no preenchimento do instrumento.

O instrumento foi fornecido em envelope fechado, acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D), além de lápis e borracha para possíveis alterações, caso necessário. Para auxiliar no acompanhamento das questões e marcação das respostas, foi fornecida uma régua. Esta estratégia foi fundamental, tendo em vista o tamanho reduzido da letra e a proximidade das questões para manter o layout do instrumento em uma página.

O tempo médio de preenchimento do instrumento foi de dez minutos, com pequenas variações entre os grupos, sendo maior entre os profissionais de apoio, que apresentaram dificuldade para entender a metodologia do instrumento e interpretar as afirmativas, necessitando de até vinte minutos.

3.4.2 O instrumento de pesquisa

O instrumento de pesquisa (Apêndice E) foi composto pelo SAQ, que é dividido em duas partes. A primeira possui 41 questões, contemplando os seis domínios (clima de trabalho em equipe; satisfação no trabalho; percepção da gestão do hospital e da unidade; condições de trabalho e reconhecimento do estresse). As respostas a cada uma dessas questões seguem uma escala Likert de cinco pontos: discordo totalmente (A), discordo parcialmente (B), neutro (C), concordo parcialmente (D), concordo totalmente (E) e não se aplica (X) (SEXTON et al., 2006; CARVALHO, 2012).

A segunda parte é composta por dados dos profissionais (sexo, profissão, tempo de atuação na especialidade e atuação principal). Esta parte foi adaptada, acrescentando-se outras questões relacionadas à: escolaridade, idade, tempo de trabalho na instituição e no setor, turno de trabalho, outro emprego, horas extras, outra formação acadêmica não exigida pelo cargo, forma de contato com o paciente (direta ou indireta). Outra modificação, foi a alteração na sequência da apresentação das partes 1 e 2. Ou seja, diferente da versão original a parte referente aos dados sociodemográficos e laborais dos profissionais foi a primeira a ser apresentada no questionário desta dissertação (Apêndice E).

3.5 Organização e análise dos dados

Os dados foram organizados no programa *Epi-info*®, versão 6.4, com dupla digitação independente. A dupla digitação foi sendo realizada concomitante à coleta de dados, por duas duplas de digitadores.

Após a verificação de erros e inconsistências da digitação, a análise dos dados foi realizada nos programas: *Predictive Analytics Software (PASW Statistics*®, da SPSS Inc., Chicago, USA); 18.0 for Windows; e, no *software R (R Development Core Team, 2013)*, de acordo com o teste estatístico realizado.

3.5.1 Análise da consistência interna do SAQ e normalidade dos dados

A análise da confiabilidade do SAQ foi realizada como um todo e discriminado pelos seis domínios, com os resultados gerais da população e, também, analisados separadamente com os dados obtidos das avaliações das categorias da saúde e do apoio. A medida foi realizada por meio do *Alfa de Cronbach*, calculado no *software R (R Development Core Team, 2013)*. O coeficiente *Alpha de Cronbach* é a medida mais utilizada para confirmar a confiabilidade do instrumento. Seus valores variam de 0 a 1. Valores próximos a 1 indicam maior consistência interna, enquanto valores próximos de 0 menor consistência. De acordo com Bisquerra, Sarriela e Martinez (2004) e Field (2009) valores acima de 0,70 são considerados confiáveis.

A análise fatorial exploratória foi realizada por meio do *software R (R Development Core Team, 2013)*, porém, não será apresentada por que todas as extrações de fatores geraram variância acumulada menor de 50%. Nas extrações foram obtidos 9 fatores, com autovalores maiores ou iguais a um, mas que não conseguiram explicar pelo menos 50% da variabilidade original dos dados.

A distribuição de normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de Kolmogorv-Smirnov (FIELD, 2009). Todos os do SAQ apresentaram distribuição assimétrica.

3.5.2 Análise do SAQ (variável dependente)

O SAQ possui 41 questões, o escore pode variar de 0 a 100 pontos, sendo que o zero representa a pior percepção do clima de segurança e 100 representa a melhor percepção. A contagem dos escores foi realizada da seguinte forma:

[...] inicialmente, os itens reversos são recodificados. Por exemplo, as respostas preenchidas como discordo totalmente passam a ser concordo totalmente, e assim analogamente para os demais itens. Então, os itens são agrupados por domínios. Por fim, calcula-se a soma das respostas dos itens de cada domínio e divide-se o resultado pelo número de itens de cada domínio. Por exemplo, Percepção do Estresse é composto por quatro itens. Se o profissional respondeu, respectivamente para cada uma delas, neutro, concordo parcialmente, neutro e discordo parcialmente, o valor do escore desse domínio é $(50+75+50+25)/4=50$ (CARVALHO, 2012, p.39).

As respostas “discordo totalmente”, “discordo parcialmente”, “neutro”, “concordo parcialmente” e “concordo totalmente”, foram padronizadas em escala de 1 a 5, com valores de 0 a 100 respectivamente, divididos por quartis. Realizou-se a inversão dos itens reversos 2, 11 e 36, os quais foram identificados com a letra (R). Foram utilizados os algarismos *a* e *b* para identificar os itens relativos à administração da unidade e do hospital, respectivamente.

Para calcular o escore de cada domínio, utilizou-se a fórmula $(m-1) \times 25$, sendo que *m* é a média dos itens de cada domínio. A análise descritiva do SAQ foi realizada pela média das respostas do questionário e pelo somatório das respostas aos 41 itens do instrumento. Valores ≥ 75 pontos são considerados indicativos positivos, de forte concordância dos profissionais às questões de segurança do paciente nas instituições (SEXTON, 2006; CARVALHO, 2012).

A análise do SAQ foi realizada com o SAQ Total e por domínios. Os domínios do SAQ foram dicotomizados em Baixo (<75) e Alto (≥ 75), de acordo com o ponto de corte para cultura de segurança positiva.

Tendo em vista a inclusão dos profissionais do serviço de apoio (ainda não avaliados na realidade brasileira com o SAQ), foram realizadas análises conjuntas (profissionais da saúde e do serviço de apoio) e também distintas por categorias profissionais. Assim sendo, utilizaram-se as seguintes terminologias na descrição dos resultados: Geral (Saúde e Apoio), Saúde (somente profissionais da área da saúde) e Apoio (somente profissionais do serviço de apoio). Optou por essa forma de análise categorizada com o objetivo de verificar o comportamento do SAQ com outros profissionais que não os da área da saúde.

Para a análise de correlação entre as médias dos domínios do SAQ total e as médias das análises por categorias profissionais (Geral, Saúde e Apoio), foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. De acordo com Callegari-Jacques (2003), é possível classificar a correlação em: valor igual a zero indica correlação nula; valores entre 0 e 0,29 como correlações fracas; valores entre 0,30 e 0,59 considerado como regular (moderado); valores de 0,60 a 0,89 avaliado como correlação forte; valores entre 0,90 e 0,99 como correlações muito fortes e quando valor é igual a 1 a correlação é classificada como perfeita.

3.5.3 Análise das variáveis independentes

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva das características sociodemográficas e laborais (Tabela 1). As variáveis qualitativas foram analisadas por meio da frequência

absoluta (N) e relativa (%). Para as variáveis quantitativas, utilizou-se a estatística descritiva (média e desvio padrão quando responderam a distribuição normal e mediana e intervalo interquartil, quando os resultados não responderam a distribuição normal).

Tabela 1 – Classificação das variáveis estudadas, segundo o tipo e a escala de mensuração.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS		
Nome da variável	Tipo	Escala de mensuração
Idade	Quantitativa Contínua	Razão
Sexo	Qualitativa	Nominal
VARIÁVEIS LABORAIS		
Instituição	Qualitativa	Nominal
Profissão*	Qualitativa	Nominal/Politômica/Dicotômica
Outra formação que não a exigida pelo cargo	Qualitativa	Nominal (dicotômica)
Cargo de chefia	Qualitativa	Nominal (dicotômica)
Atuação principal	Qualitativa	Discreta (politômica)
Contato direto com paciente	Qualitativa	Nominal (dicotômica)
Turno de trabalho	Qualitativa	Nominal (dicotômica)
Tempo trabalho na instituição	Quantitativa	Discreta (politômica)
Tempo trabalho na área/setor	Qualitativa	Nominal (dicotômica)
Outro emprego	Qualitativa	Nominal (dicotômica)
Horas extras	Qualitativa	Nominal (dicotômica)

* Categorizada por área da saúde (Enfermeiro, Médico, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicólogo, Odontólogo, Técnico/Auxiliar de Enfermagem e outros) e área de apoio (Administrativo, Serviço hospitalar de limpeza, Nutrição e dietética, Manutenção, Vigilante/porteiro, Chefias/diretores e outros).

A caracterização dos trabalhadores por instituições foi apresentada somente com as frequências absolutas e relativas no coletivo das instituições, no intuito de manter o anonimato das instituições. Com o mesmo propósito, as instituições foram numeradas para identificação, de acordo com a ordem de coleta dos dados (1, 2, 3..., 7).

Após, fez-se a análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas, laborais e os domínios do SAQ. Foi considerada associação estatisticamente significativa quando o valor de p for <0,05 por meio dos testes Qui-quadrado; U de Mann-Whitney ou Kruskallis, de acordo com o tipo de variável.

A frequência (N) de cada variável analisada poderá ter um N diferente, dependendo do número de respostas "não se aplica" de cada item do instrumento.

3.6 Considerações éticas

No que se refere aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa está registrado no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM, sob o n. 035926. Obteve autorização das instituições participantes do estudo, mediante assinatura dos Coordenadores/Diretores das unidades pesquisadas (Apêndice G) e do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (Anexo B).

A pesquisa foi realizada no local de trabalho dos profissionais que concordaram participar do estudo, no momento em que estivessem disponíveis para tal. Atendendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução Nº 466/12), foi solicitada a assinatura do TCLE em duas vias, sendo que uma ficou em posse do participante da pesquisa e a outra do pesquisador (Apêndice D).

A participação no estudo foi voluntária, sendo explicada a natureza da pesquisa, seus objetivos, como responder o instrumento e o tempo provável de preenchimento. Também foi informado que poderia desistir da pesquisa a qualquer momento, não implicando em danos nem penalização ou prejuízo para si (BRASIL, 2012).

Como risco, a participação no estudo poderia acarretar desconforto ao profissional ao responder o questionário. Caso isso ocorresse, o entrevistado poderia interromper a participação, sem quaisquer danos, podendo retomá-lo em outra oportunidade ou não, se assim o desejasse. Não houve problemas com relação a isso.

Como benefícios ressaltou-se que essa pesquisa não envolveria nenhum benefício direto (financeiro) ao pesquisado. Entretanto, os resultados encontrados na pesquisa poderão ser utilizados pelos profissionais e pela instituição pesquisada, na promoção e implementação de estratégias de ação segura na assistência prestada ao paciente.

Os instrumentos preenchidos estão sob guarda da Prof^a Dr^a Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, na sala 1339, do Departamento de Enfermagem/CCS/UFSM, por um período de cinco anos, podendo ser utilizado como banco de dados para pesquisas futuras e após o tempo pré-estabelecido serão destruídos (incinerados). A pesquisadora terá o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando o anonimato dos profissionais e instituições participantes (Apêndice F).

4 RESULTADOS

Os resultados discriminados abaixo se referem à avaliação das atitudes e percepções dos trabalhadores das sete instituições hospitalares, localizadas na cidade de Santa Maria, convidadas a participar do estudo. A população estimada foi de 4.040 trabalhadores.

Desse numérico, foram excluídos 648 (6,1%) profissionais (licenças prolongadas, afastamentos no período da coleta, profissional não estar na escala do setor, por estar vinculado à instituição e prestar serviço em outra unidade, por estar vinculado à instituição em período inferior a quatro semanas ou por aposentadoria), totalizando uma população elegível de 3.392. Destes, obteve-se 20,4% (N=694) de perdas (recusas; não serem encontrados no dia e horário da coleta no setor; indisponibilidade de tempo para preencher o instrumento). Assim, responderam ao questionário 2698 trabalhadores. Desse total, ainda foi necessário excluir 64 (2,37%) devido a falhas no preenchimento do instrumento (questões em branco). Participaram do estudo 2634 profissionais da área da saúde e da área de apoio de sete instituições hospitalares de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Considerando o total de coletas, as instituições de pequeno e médio porte representaram 2,0 a 9,1%, das coletas e as de grande porte, 34,3 a 36,1%.

4.1 Perfil dos participantes do estudo

Na Tabela 2 estão apresentados os dados referentes à caracterização dos participantes do estudo, de acordo com a instituição hospitalar a que pertencem. A população foi predominantemente do gênero feminino (N=1901; 72,6%) e com idade entre 19 e 38 anos (N=1312; 50,9%). Observa-se, no entanto, resultados divergentes entre as instituições com maior número de pessoal. Enquanto a instituição seis apresenta maior percentual de profissionais com idade 39 a 70 anos (52,1%), a instituição sete concentra maior percentual de profissionais com idade entre 10 a 38 anos (46,3%).

Tabela 2 – Distribuição dos trabalhadores por instituição hospitalar, segundo variáveis demográficas e laborais. Santa Maria, RS, Brasil, 2014. (N=2634)

Variáveis*	Instituições hospitalares							Total	
	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %	7 %	N	%
Sexo (N=2617)									
Masculino	13,7	3,6	11,7	4,1	1,5	31,4	25,0	716	27,4
Feminino	7,4	1,4	4,0	5,7	5,8	35,5	40,2	1901	72,6
Idade (N=2576)									
19 a 38	12,5	2,6	4,5	7,2	8,5	18,4	46,3	1312	50,9
39 a 70	5,3	1,1	7,6	3,2	5,5	52,1	25,2	1264	40,1
Atuação (N=2595)									
Adulto	5,2	0,9	5,2	6,7	3,2	33,8	45,1	1096	42,2
Pediatria	5,2	--	0,7	--	--	71,2	22,9	153	5,9
Ambos	13,9	2,9	6,2	4,2	10,3	30,8	31,7	1137	43,8
Nenhum	7,2	3,8	12,9	7,7	16,7	32,1	19,6	209	8,1
Exerce chefia (N=2624)									
Não	8,9	1,8	5,7	4,9	7,0	34,6	37,1	2412	91,9
Sim	11,8	3,8	10,4	9,9	8,5	31,1	24,5	212	8,1
Contato com paciente (N=2589)									
Não	7,5	2,3	8,7	5,2	7,6	29,9	38,8	735	28,4
Sim	9,5	1,9	5,1	5,3	6,6	36,4	35,1	1854	71,6
Turno de trabalho (N=2619)									
Diurno	6,5	1,7	7,3	5,8	6,4	45,4	26,8	1153	44,1
Noturno	10,9	1,1	4,6	6,7	3,5	69,7	3,5	284	10,8
Misto	11,0	2,5	5,2	4,4	8,7	15,1	53,1	1182	45,1
Outro emprego (N=2622)									
Não	7,2	1,3	5,5	4,8	5,9	35,9	39,4	2097	79,9
Sim	17,0	4,8	8,8	6,9	11,8	28,2	22,7	525	20,1
Horas extras (N=2607)									
Não	8,9	1,8	7,8	4,9	2,7	27,1	46,8	1727	66,2
Sim	9,0	2,5	2,5	6,0	15,9	48,9	15,2	880	33,8

* Todas apresentaram p-valor <0,001 na comparação entre os grupos (Teste Qui-quadrado de Pearson).

Nas sete instituições, prevaleceram profissionais que trabalhavam em áreas tanto adultas quanto pediátricas (N=1137; 43,8%) e em turnos mistos (N=1182; 45,1%); que não exerciam cargo de chefia (N= 2412; 91,9%) e que atuavam em contato direto com os pacientes (N=1854; 71,6%). Em relação a ter outra atividade laboral, predominaram os que não possuíam outro emprego (N=2097; 79,9%) e que não faziam horas extras (N=1727; 66,2%). Todas as variáveis analisadas apresentaram diferença significativa entre os grupos institucionais avaliados (p <0,001).

4.2 Análise do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ)

4.2.1 Análise descritiva dos itens do SAQ

Na Tabela 3, estão apresentadas as médias e medianas para cada questão do instrumento. Observou-se que a mediana variou entre a opção de resposta “discordo parcialmente” (2) e “concordo parcialmente” (5), com predomínio da mediana quatro, indicando que metade dos participantes responderam "concordo parcialmente", com valor de 75 pontos para 27 itens identificados. Os itens referentes ao domínio Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital tiveram essa avaliação, com exceção do item 27 b. Os itens 1, 4, 5, 15, 17, 18 e 33 apresentaram mediana 5, mostrando que a metade dos participantes tiveram respostas "concordo totalmente" aos itens mencionados, indicando valores superiores ao ponto de corte 75, com avaliação positiva para os itens avaliados.

Os respondentes concordaram que a contribuição do enfermeiro é bem recebida na área e que vivenciam boa relação com os mesmos. Consideraram que possuem apoio dos colegas para cuidar dos pacientes, e que não é difícil fazerem perguntas na vigência da dúvida. Também concordaram que gostam do trabalho, que trabalham em um bom lugar e que se orgulham do que fazem.

Os itens 2, 11, 14, 23 e 27b obtiveram mediana 3, considerando que a metade dos profissionais permaneceram neutros nesses quesitos. Os itens 29 ("Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes") e 36 ("Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns") apresentaram mediana 2, resultados inferiores a 50 pontos e negativos em relação à cultura de segurança. Entretanto, os mesmos não pertencem a nenhum domínio específico do SAQ.

Tabela 3 – Análise descritiva dos itens do Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Santa Maria, RS, Brasil, 2014. (N=2634)

	N Válido	Não se Aplica	Intervalo (Min-Max)		Mediana	Média	Desvio Padrão
1 A contribuição do(a) enfermeiro(a) é bem recebida nesta área	2418	216	1	5	5	4,42	0,91
2 (R) Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	2302	332	1	5	3	3,16	1,48
3 Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	2469	165	1	5	4	3,95	1,16
4 Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	2151	483	1	5	5	4,24	1,01
5 É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.	2535	99	1	5	5	4,31	1,03
6 Os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	2331	303	1	5	4	3,71	1,23
7 Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado(a) aqui como paciente.	2578	56	1	5	4	4,02	1,19
8 Erros são tratados de modo apropriado nesta área.	2566	68	1	5	4	3,84	1,22
9 Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.	2372	262	1	5	4	4,16	1,05
10 Eu recebo retorno apropriado sobre meu empenho.	2581	53	1	5	4	3,51	1,35
11 (R) Nesta área, é difícil discutir sobre erros.	2569	65	1	5	3	2,96	1,39
12 Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente.	2369	265	1	5	4	4,06	1,14
13 A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	2518	116	1	5	4	3,72	1,23
14 Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu expressasse à administração.	2463	171	1	5	3	3,25	1,27
15 Eu gosto do meu trabalho.	2614	20	1	5	5	4,78	0,61
16 Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	2617	17	1	5	4	4,08	1,15
17 Este é um bom lugar para trabalhar.	2625	9	1	5	5	4,44	0,91
18 Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	2616	18	1	5	5	4,64	0,79
19 O moral nesta área é alto.	2587	47	1	5	4	3,75	1,18
20 Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	2551	83	1	5	4	3,81	1,35
21 Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado(a).	2591	43	1	5	4	3,73	1,39
22 Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	2560	74	1	5	4	3,49	1,47

Tabela 3 – Análise descritiva dos itens do Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Santa Maria, RS, Brasil, 2014. (N=2634)

	N Válido	Não se Aplica	Intervalo (Min-Max)		Mediana	Média	Desvio Padrão
23 O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorrespiratória, convulsões).	2013	621	1	5	3	3,09	1,51
24a. A administração apoia meus esforços diários. (Administração da unidade)	2471	163	1	5	4	3,82	1,28
24b. A administração apoia meus esforços diários. (Administração do hospital)	2532	102	1	5	4	3,32	1,32
25a. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente. (Administração da unidade)	2380	254	1	5	4	3,55	1,39
25b. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente. (Administração do hospital)	2461	173	1	5	4	3,42	1,34
26a. A administração está fazendo um bom trabalho. (Administração da unidade)	2501	133	1	5	4	3,99	1,17
26b. A administração está fazendo um bom trabalho. (Administração do hospital)	2596	38	1	5	4	3,68	1,21
27a. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa. (Administração da unidade)	2454	180	1	5	4	3,34	1,32
27b. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa. (Administração do hospital)	2530	104	1	5	3	3,22	1,28
28a. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a). (Administração da unidade)	2462	172	1	5	4	3,76	1,29
28b. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a). (Administração do hospital)	2544	90	1	5	4	3,55	1,31
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.	2462	172	1	5	2	2,81	1,53
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.	2585	49	1	5	4	3,48	1,41
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticos e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	2071	563	1	5	4	3,54	1,27
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.	2121	513	1	5	4	3,68	1,33
33*. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros(as) nesta área.	2422	212	1	5	5	4,27	0,98
34*. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área.	2342	292	1	5	4	3,91	1,12
35*. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área.	2224	410	1	5	4	3,93	1,12
36*. (R) Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.	2480	154	1	5	2	2,64	1,34

Nota: Os itens com (R) são reversos e os itens com * não estão incluídos nos domínios específicos do SAQ.

A resposta "Não se aplica" esteve presente em todos os itens, sobressaindo-se nas questões: 2, 4, 6, 9, 12, 23, 25a, 31, 32, 33, 34 e 35. Esses dados repercutiram na redução do N em cada item e revelaram-se, principalmente, nos quesitos relativos ao contato com o paciente. Por exemplo, o item 23 que avalia "O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiopulmonar, convulsões)" foi o que apresentou maior frequência de respostas "não se aplica" (N=621); seguido do item 31 "Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim" (N=563) e do item 32 "Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados" (N=513).

As análises descritivas das pontuações dos domínios do SAQ Total estão apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Análise descritiva dos domínios do Questionário de Atitude de Segurança (SAQ) das instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014. (N=2634)

Domínios SAQ*	N	Média	Desvio Padrão	CVP†	Intervalo IQ ‡			Mínimo	Máximo
					25	50	75		
SAQ total		68,37	13,40	0,19	59,72	70,13	77,77	13,89	97,92
Clima de trabalho em equipe	1989	74,34	16,67	0,22	62,50	75,00	87,50	12,50	100,00
Clima de segurança	2149	68,55	17,51	0,25	57,14	71,42	82,14	3,57	100,00
Satisfação no trabalho	2556	83,62	17,44	0,20	75,00	90,00	95,00	0,00	100,00
Percepção de estresse	1959	62,69	28,06	0,44	43,75	68,75	87,50	0,00	100,00
Percepção da gerência da unidade	2200	63,39	21,88	0,34	50,00	66,66	79,16	0,00	100,00
Percepção da gerência do hospital	2332	60,85	23,21	0,38	45,00	60,00	80,00	0,00	100,00
Condições de trabalho	1862	63,09	26,78	0,42	41,66	66,66	83,33	0,00	100,00

*Aplicado aos profissionais da saúde e do apoio, conjuntamente. † CVP = Desvio Padrão/ Média. ‡ Intervalo Interquartil.

Conforme exposto na Tabela 4, dos seis domínios do SAQ, dois apresentaram a mediana maior ou igual a 75 pontos, sendo considerada avaliação positiva. O domínio Satisfação no Trabalho (mediana 90) e o domínio Clima de Trabalho em Equipe (mediana 75). Os demais domínios apresentaram avaliação negativa para a cultura de segurança. O domínio Percepção de Gerência do Hospital obteve o resultado mais baixo (mediana 60).

4.2.2 Análise da confiabilidade do SAQ e seus domínios

A análise de confiabilidade do SAQ foi realizada por meio da avaliação das correlações entre os domínios e o SAQ total, e por meio da análise da consistência interna dos domínios, empregando-se o coeficiente Alfa de Cronbach, com dados avaliados de forma conjunta (Geral) e isolada (Saúde e Apoio) envolvendo os profissionais da área do apoio das instituições pesquisadas).

A análise fatorial exploratória, com rotação Varimax, também foi realizada, mas apresentou baixa retenção de explicação da variabilidade (44%, 43% e 47%, para as categorias Geral (Saúde/Apoio), Saúde e Apoio, respectivamente), fato que prejudica sua eficiência. Foram obtidos 9 fatores, com autovalores maiores ou iguais a um, mesmo número de fatores obtidos no estudo de Carvalho (2011), mas com uma explicação da variabilidade menor que 50%. No estudo de Carvalho (2011) foi obtida explicação da variabilidade acumulada de 57%.

O valor do KMO (Fator Kaiser Meyer Olkin) foi de 0,90, 0,88 e 0,88, para as categorias Geral (Saúde/Apoio), Saúde e Apoio, respectivamente, indicando que os dados foram adequados para a realização da análise fatorial, pois segundo HAIR, et al. (2009) valores de KMO na faixa de 0,8 a 0,9 são considerados bons. Além, disso, o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo (valor $p < 0,0001$) para as categorias Geral (Saúde/Apoio), Saúde e Apoio, confirmando a adequação dos dados à análise fatorial (HAIR, et al., 2009). Também foi obtido o valor RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) (0,05, 0,05 e 0,06, para as categorias Geral (Saúde/Apoio), Saúde e Apoio, respectivamente) que é um indicativo da qualidade da análise fatorial confirmatória se fosse realizada, a qual está dentro dos valores aceitáveis (0,05 a 0,08) (HAIR, et al., 2009). Contudo, mesmo com a adequação da análise fatorial, seus resultados não conseguiram reter mais de 50% da variabilidade das variáveis originais.

4.2.2.1 Análise de correlação entre os domínios do SAQ

De acordo com a Tabela 5, observa-se que todos os domínios, com exceção do domínio percepção do estresse, obtiveram correlações fortes com a categoria Geral

(Saúde/Apoio). Sendo assim, o comportamento de relacionamento entre os domínios e o SAQ não se altera na avaliação conjunta (Geral) ou isolada dos grupos (Saúde e Apoio).

Tabela 5 – Coeficientes de Correlação de Pearson entre as médias dos domínios e as médias encontradas nas categorias Geral (Saúde/Apoio), Saúde e Apoio. Santa Maria, RS, Brasil, 2014

Categoria profissional	Clima de trabalho em equipe	Clima de Segurança	Satisfação no trabalho	Percepção do estresse	Percepção da gerência da Unidade	Percepção da gerência do Hospital	Condições de trabalho
Geral*	0,68	0,79	0,68	0,08	0,76	0,78	0,67
Saúde	0,68	0,78	0,65	0,07	0,75	0,77	0,70
Apoio	0,68	0,79	0,74	0,10	0,79	0,81	0,62

Nota: * Profissionais da área da saúde e do serviço de apoio.

4.2.2.2 Avaliação do Alfa de Cronbach entre os domínios do SAQ

De acordo com a Tabela 6, verifica-se que o instrumento SAQ apresentou boa confiabilidade, com alfa igual a 0,90 na avaliação da categoria Geral (Saúde/Apoio), e 0,91 nas avaliações com os profissionais da saúde (Saúde) e de apoio (Apoio). Em relação aos Domínios, todos apresentaram valores de alfa maiores ou iguais a 0,70, com exceção dos domínios Clima de trabalho em equipe e Clima de segurança.

Nas tabelas sete a treze foram apresentadas as correlações item- total, Alfa de Cronbach, média e desvio padrão, separadamente entre os domínios do SAQ, nas categorias Geral (Saúde/Apoio), Saúde e Apoio.

Tabela 6 – Alfa de Cronbach, média e desvio padrão do SAQ nas categorias Geral (Saúde/Apoio), Saúde e Apoio. Santa Maria, RS, Brasil, 2014

Domínios SAQ	Itens	Categoria profissional									
		Geral*			Saúde			Apoio			
		Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão	
SAQ total	41	0,90	66	14	0,91	66	14	0,91	66	15	
Clima de trabalho em equipe	6	0,61	75	18	0,60	75	17	0,65	73	20	
Clima de segurança	7	0,65	69	18	0,66	69	17	0,64	69	19	
Satisfação no trabalho	5	0,78	83	18	0,75	84	16	0,83	81	21	
Percepção de estresse	4	0,79	64	28	0,79	64	28	0,77	65	29	
Percepção de Gerência	Unidade	6	0,73	63	23	0,72	61	23	0,75	67	24
	Hospital	5	0,76	61	23	0,75	59	23	0,76	65	24
Condições de trabalho	3	0,71	65	28	0,71	63	27	0,70	68	29	

Nota: * Profissionais da área da saúde e do serviço de apoio.

Tabela 7 – Correlação item-total, Alfa de Cronbach, média e desvio padrão para o domínio Clima de Trabalho em Equipe. Santa Maria, RS, Brasil, 2014

Questões do SAQ	Categoria profissional														
	Geral*					Saúde					Apoio				
	N	Correlação item-total	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão	N	Correlação item-total	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão	N	Correlação item-total	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão
1	2418	0,31	0,58	86	23	1776	0,28	0,57	87	21	641	0,37	0,61	81	26
2 (R)	2302	0,18	0,66	54	37	1725	0,18	0,64	56	37	576	0,16	0,70	48	36
3	2469	0,38	0,55	74	29	1785	0,38	0,53	73	29	683	0,41	0,59	75	29
4	2151	0,46	0,53	81	25	1707	0,43	0,52	83	23	443	0,51	0,56	72	30
5	2535	0,41	0,55	83	26	1808	0,38	0,54	85	24	726	0,47	0,57	79	29
6	2331	0,42	0,54	68	31	1750	0,43	0,50	67	31	580	0,42	0,59	69	31

Nota: R = Questão Reversa. * Profissionais da área da saúde e do serviço de apoio.

Na Tabela 7, a correlação item-total variou de 0,18 a 0,46, na categoria Geral (Saúde/Apoio), de 0,18 a 0,43 na categoria Saúde e de 0,16 a 0,51 na categoria Apoio, mostrando que as correlações são de fracas a moderadas. Também, observa-se que o item 2 Reverso, apresentou a menor correlação item total nas três avaliações. Retirando esse item o valor do Alfa aumentaria para 0,66, 0,64 e 0,70 nas categorias Geral (Saúde/Apoio), Saúde e Apoio, respectivamente. Para as análises deste estudo o item foi mantido. Destaca-se ainda, que a média mais baixa (48) foi observada no item 2 Reverso para o grupo de Apoio.

Tabela 8 – Correlação item-total, alfa de Cronbach, média e desvio padrão para o domínio Clima de Segurança. Santa Maria, RS, Brasil, 2014

Questões do SAQ	Categoria profissional														
	Geral*					Saúde					Apoio				
	N	Correlação item-total	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão	N	Correlação item-total	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão	N	Correlação item-total	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão
7	2578	0,44	0,59	76	30	1814	0,43	0,61	75	29	763	0,47	0,57	76	31
8	2566	0,54	0,56	71	31	1811	0,54	0,57	71	30	754	0,55	0,54	71	32
9	2372	0,39	0,61	79	26	1780	0,43	0,61	80	26	591	0,30	0,62	75	28
10	2581	0,40	0,61	63	34	1807	0,39	0,62	62	33	773	0,41	0,58	64	36
11 (R)	2569	0,15	0,69	49	35	1810	0,19	0,68	48	34	758	0,06	0,70	52	37
12	2369	0,43	0,60	76	29	1753	0,43	0,61	78	28	615	0,44	0,57	73	30
13	2518	0,26	0,65	68	31	1777	0,25	0,66	67	31	740	0,29	0,62	71	30

Nota: R = Questão Reversa. * Profissionais da área da saúde e do serviço de apoio.

Na Tabela 8, observam-se as correlações item-total com variação entre 0,15 e 0,54, na categoria Geral (Saúde/Apoio), entre 0,19 e 0,54, na Saúde e entre 0,06 e 0,55, no Apoio, indicando correlações de fracas a moderadas. Além disso, destacam-se os itens 11 Reverso e 13, que apresentaram menores correlações item-total. As médias foram mais baixas no item 11 Reverso nas três avaliações (Geral, Saúde e Apoio).

Tabela 9 – Correlação item-total, alfa de Cronbach, média e desvio padrão para o domínio Satisfação no Trabalho. Santa Maria, RS, Brasil, 2014

Questões do SAQ	Categoria profissional														
	Geral*					Saúde					Apoio				
	N	Correlação item-total	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão	N	Correlação item-total	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão	N	Correlação item-total	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão
15	2614	0,50	0,77	95	15	1820	0,43	0,74	96	13	793	0,58	0,81	91	20
16	2617	0,61	0,73	77	29	1822	0,58	0,69	78	28	794	0,68	0,78	75	31
17	2625	0,69	0,70	86	23	1825	0,67	0,65	86	22	799	0,72	0,77	85	25
18	2616	0,61	0,73	91	20	1821	0,56	0,70	93	17	794	0,68	0,78	87	24
19	2587	0,50	0,78	69	30	1803	0,47	0,74	69	28	783	0,56	0,82	68	32

* Profissionais da área da saúde e do serviço de apoio.

As correlações item-total apresentadas na Tabela 9 indicam correlações de moderadas a fortes. Observa-se, ainda que o item 15 obteve as maiores médias de respostas (91-96), nas três avaliações.

Tabela 10 – Correlação item-total, alfa de Cronbach, média e desvio padrão para o domínio Percepção do Estresse. Santa Maria, RS, Brasil, 2014

Questões do SAQ	Categoria profissional														
	Geral*					Saúde					Apoio				
	N	Correlação item-total	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão	N	Correlação item-total	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão	N	Correlação item-total	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão
20	2551	0,54	0,76	70	34	1793	0,55	0,76	71	33	757	0,53	0,75	69	35
21	2591	0,67	0,70	68	35	1811	0,67	0,70	68	34	779	0,65	0,68	68	36
22	2560	0,58	0,74	62	37	1793	0,57	0,75	62	36	766	0,62	0,70	62	38
23	2013	0,59	0,74	52	38	1631	0,61	0,73	51	38	381	0,51	0,75	57	35

* Profissionais da área da saúde e do serviço de apoio.

As correlações item-total da categoria Geral (Saúde/Apoio) variaram de 0,54 a 0,67; da Saúde de 0,55 a 0,67 e do Apoio entre 0,51 e 0,65, indicando que as correlações são classificadas como moderadas ou fortes. O item 23 obteve as menores médias de resposta (51-57), nas três avaliações (Tabela10).

Tabela 11 – Correlação item-total, Alfa de Cronbach, média e desvio padrão para o domínio Percepção da Gerência da Unidade. Santa Maria, RS, Brasil, 2014

Questões do SAQ	Categoria profissional														
	Geral*					Saúde					Apoio				
	N	Correlação item-total	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão	N	Correlação item-total	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão	N	Correlação item-total	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão
24A	2471	0,58	0,66	70	32	1737	0,57	0,64	70	32	733	0,59	0,69	72	33
25A	2380	0,28	0,74	64	35	1718	0,25	0,74	62	35	661	0,36	0,75	67	34
26A	2501	0,63	0,65	75	29	1753	0,63	0,63	74	29	747	0,65	0,67	76	30
27A	2454	0,57	0,66	58	33	1737	0,56	0,65	57	33	716	0,59	0,69	62	33
28A	2462	0,54	0,67	69	32	1737	0,55	0,65	68	32	724	0,51	0,71	72	33
29	2462	0,26	0,76	45	38	1785	0,24	0,75	43	38	676	0,31	0,77	51	39

* Profissionais da área da saúde e do serviço de apoio.

Na Tabela 11, as correlações item-total variaram de 0,26 a 0,63 na categoria Geral (Saúde/Apoio); de 0,24 a 0,63 na Saúde e de 0,31 a 0,65 no Apoio, indicando correlações fracas, moderadas e fortes. Também, destaca-se que os itens 25A e 29 apresentaram baixas correlações item-total. Além disso, o item 29 apresentou menores médias de resposta em todas as avaliações (Geral, Saúde e Apoio).

Na Tabela 12, observa-se que as correlações item-total variaram de 0,33 a 0,63 na categoria Geral (Saúde/Apoio); de 0,31 a 0,62 na Saúde, e de 0,36 a 0,65 no Apoio, indicando correlações moderadas e fortes. Além disso, destaca-se o item 25B com correlações item-total mais baixas em todas as avaliações (Geral, Saúde e Apoio).

Tabela 12 – Correlação item-total, alfa de Cronbach, média e desvio padrão para o domínio Percepção da Gerência do Hospital. Santa Maria, RS, Brasil, 2014

Questões do SAQ	Categoria Profissional														
	Geral*					Saúde					Apoio				
	N	Correlação item-total	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão	N	Correlação item-total	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão	N	Correlação item-total	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão
24B	2532	0,57	0,70	58	33	1767	0,59	0,69	57	32	764	0,54	0,72	61	35
25B	2461	0,33	0,79	61	34	1757	0,31	0,79	59	34	703	0,36	0,78	64	33
26B	2596	0,63	0,68	67	30	1809	0,62	0,68	66	30	786	0,65	0,68	70	31
27B	2530	0,56	0,70	55	32	1774	0,54	0,70	53	32	755	0,58	0,70	60	32
28B	2544	0,57	0,70	64	33	1780	0,57	0,69	62	33	763	0,55	0,71	67	33

* Profissionais da área da saúde e do serviço de apoio.

Tabela 13 – Correlação item-total, alfa de Cronbach, média e desvio padrão para o domínio Condições de Trabalho. Santa Maria, RS, Brasil, 2014

Questões do SAQ	Categoria profissional														
	Geral*					Saúde					Apoio				
	N	Correlação item-total	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão	N	Correlação item-total	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão	N	Correlação item-total	Alfa de Cronbach	Média	Desvio padrão
30	2585	0,57	0,57	62	35	1813	0,57	0,57	59	36	771	0,55	0,57	69	34
31	2071	0,54	0,61	63	32	1698	0,54	0,61	64	32	372	0,50	0,64	62	29
32	2121	0,49	0,67	67	33	1643	0,48	0,68	67	34	478	0,51	0,62	67	31

* Profissionais da área da saúde e do serviço de apoio.

Na Tabela 13, observa-se que as correlações item-total variam de 0,49 a 0,57 na categoria Geral; de 0,48 a 0,57 na Saúde e de 0,50 a 0,55 no Apoio, indicando correlações moderadas.

4.3 Análise descritiva dos domínios do SAQ avaliado com profissionais da Saúde e de Apoio (Geral), segundo variáveis sociodemográficas e laborais

A relação entre os domínios do SAQ e as variáveis sociodemográficas e laborais dos profissionais nas instituições hospitalares pesquisadas estão apresentadas nas Tabelas 14 a 20.

Tabela 14 – Análise descritiva do domínio Clima de trabalho em Equipe, segundo variáveis sociodemográficas e laborais dos profissionais das instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014.

Variável	Clima de trabalho em Equipe									
	Média	IC95%	DP	Valor p [†]	Mediana	Baixo (< 75)		Alto (≥ 75)*		Valor p [‡]
						N	%	N	%	
Sexo				0,99						0,71
Masculino	74,72	72,84-76,59	17,24		79,16	217	43,1	286	56,8	
Feminino	74,99	73,98-75,99	16,24		75,00	622	42,2	852	57,8	
Faixa etária				0,62						0,56
≤ 38 anos	75,12	73,89-76,35	16,60		79,16	431	42,0	595	58,0	
≥ 39 anos	74,39	73,09-75,70	16,27		16,27	400	43,3	524	56,7	
Atuação				<0,001						<0,001
Adulto	75,78	74,59-79,96	15,95		79,16	361	38,1	587	61,9	
Pediatria	74,42	71,26-77,58	16,01		75,00	60	41,7	84	58,3	
Ambos	74,12	72,60-75,64	17,13		75,00	376	46,7	429	53,3	
Nenhum	69,48	63,59-75,36	17,65		70,83	38	53,5	33	57,6	
Outra formação				0,03						0,02
Não	75,47	74,37-76,57	16,64		79,16	515	40,3	763	59,7	
Sim	73,76	72,27-75,26	16,03		75,00	316	45,7	375	54,3	
Exerce chefia				0,12						0,27
Não	74,93	74,01-75,85	16,61		75,00	777	42,6	1049	57,4	
Sim	75,00	71,83-78,16	13,48		75,00	59	38,1	96	61,9	
Contato paciente				<0,001						<0,001
Não	71,09	68,14-74,04	16,79		75,00	131	49,4	134	50,6	
Sim	75,40	74,47-76,33	16,36		79,16	694	41,0	998	59,0	
Turno de trabalho				<0,001						<0,001
Diurno	74,54	73,08-75,99	16,30		75,00	313	41,7	438	58,3	
Noturno	69,52	66,88-72,16	18,19		70,83	144	57,6	106	42,4	
Misto	76,63	75,42-77,83	15,75		79,16	381	39,0	595	61,0	
Outro emprego				0,02						0,17
Não	74,51	73,51-75,51	16,30		75,00	657	43,1	866	56,9	
Sim	76,29	74,38-78,20	16,94		79,16	180	39,6	275	60,4	
Horas extras				0,09						0,09
Não	75,69	74,58-76,81	15,90		79,16	496	40,8	721	59,2	
Sim	73,97	72,53-75,41	17,05		75,00	335	44,5	417	55,5	

* Ponto de corte. †Teste Mann-Whitney ou Kuskal-Wallis. ‡Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Em relação ao domínio Clima de Trabalho em Equipe, os trabalhadores que atuavam nas unidades de atendimento a pacientes adultos, que não tinham outra formação, atuavam em contato ao paciente e trabalhavam em turno misto apresentaram significativamente maiores percentuais para alto escore nesse quesito (Tabela 14).

Tabela 15 – Análise descritiva do domínio Clima de Segurança, segundo variáveis sociodemográficas e laborais dos profissionais das instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014

Variável	Clima de Segurança									Valor p‡
	Média	IC95%	DP	Valor		Baixo (< 75)		Alto (≥ 75)*		
				p†	Mediana	N	%	N	%	
Sexo				0,41						0,51
Masculino	69,19	67,39-70,99	16,55		71,42	308	54,6	256	45,4	
Feminino	68,44	67,36-69,52	17,42		71,42	883	56,2	688	43,8	
Faixa etária				0,16						0,16
≤ 38 anos	69,61	68,33-70,89	17,35		71,42	593	54,1	503	45,9	
≥ 39 anos	67,48	66,11-68,84	17,03		69,64	580	57,1	435	42,9	
Atuação				0,18						0,40
Adulto	69,55	68,32-70,77	16,49		71,42	519	54,7	429	45,3	
Pediatria	64,32	60,71-67,92	18,25		64,28	86	60,6	56	39,4	
Ambos	68,53	66,94-70,12	17,93		71,42	511	55,4	412	44,6	
Nenhum	63,41	58,34-68,48	15,20		64,28	68	60,7	44	39,3	
Outra formação				<0,001						0,02
Não	69,71	68,61-70,81	16,54		71,42	725	53,6	627	46,4	
Sim	66,58	64,88-68,28	18,28		67,85	455	58,6	321	41,4	
Exerce chefia				<0,001						<0,001
Não	68,46	67,51-69,42	17,30		71,42	1106	56,3	858	43,7	
Sim	72,12	68,76-75,48	14,30		75,00	83	46,9	94	53,1	
Contato paciente				0,55						0,78
Não	66,25	63,46-69,04	15,90		67,85	235	54,9	193	45,1	
Sim	68,86	67,88-69,85	17,30		71,42	936	55,6	746	44,4	
Turno de trabalho				<0,001						<0,001
Diurno	68,02	66,42-69,62	17,91		71,42	469	54,3	395	45,7	
Noturno	61,15	58,58-63,73	17,73		60,71	186	72,4	71	27,6	
Misto	71,12	69,91-72,33	15,83		71,42	534	52,6	481	47,4	
Outro emprego				0,33						0,62
Não	68,69	67,64-69,74	17,170		71,42	933	55,3	753	44,7	
Sim	68,53	66,58-70,48	17,29		71,42	257	56,6	197	43,4	
Horas extras				0,18						0,37
Não	69,30	68,14-70,47	16,59		71,42	742	55,0	608	45,0	
Sim	67,56	66,04-69,08	17,99		71,42	443	56,9	335	43,1	

* Ponto de corte. †Teste Mann-Whitney ou Kuskal-Wallis. ‡ Teste Qui-Quadrado de Pearson.

De acordo com a Tabela 15, em relação ao domínio Clima de Segurança, verificou-se escores negativos (≤ 75) em todas as variáveis avaliadas. Evidenciou-se diferença significativa para maiores percentuais de avaliação negativa entre os trabalhadores que possuíam outra formação, os que não exerciam cargo de chefia e que trabalhavam no turno da noite ($p < 0,05$).

Na Tabela 16, os trabalhadores com idade entre 39 e 70 anos, que exerciam cargo de chefia e que faziam horas extras obtiveram significativamente maiores percentuais para escores positivos quanto à Satisfação no Trabalho.

Tabela 16 – Análise descritiva do domínio Satisfação no Trabalho, segundo variáveis sociodemográficas e laborais dos profissionais das instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014

Variável	Satisfação no trabalho									
				Valor		Baixo (< 75)		Alto (≥ 75)*		Valor
	Média	IC95%	DP	p [†]	Mediana	N	%	N	%	p [‡]
Sexo				<0,001						0,08
Masculino	84,31	82,28-86,34	18,71		90,00	124	17,9	569	82,1	
Feminino	84,07	83,06-85,07	16,19		90,00	387	21,0	1460	79,0	
Faixa etária				<0,001						<0,001
≤ 38 anos	83,29	82,07 – 84,52	16,53		90,00	287	22,5	986	77,5	
≥ 39 anos	84,92	83,54 – 86,30	17,19		90,00	215	17,5	1012	82,5	
Atuação				0,96						0,60
Adulto	83,83	82,61 – 85,04	16,37		90,00	211	19,9	848	80,1	
Pediatria	82,87	79,52 – 86,22	16,97		90,00	32	21,2	119	78,8	
Ambos	84,62	83,05 – 86,18	17,63		90,00	232	21,0	874	79,0	
Nenhum	85,27	79,92 – 90,61	16,02		90,00	35	17,3	167	82,7	
Outra formação				<0,001						0,06
Não	84,77	83,66 – 85,87	16,66		90,00	302	18,8	1301	81,2	
Sim	82,85	81,25 – 84,44	17,17		90,00	202	21,9	722	78,1	
Exerce chefia				<0,001						0,01
Não	84,09	83,17 – 85,01	16,63		90,00	482	20,6	1858	79,4	
Sim	86,45	82,31 – 90,59	17,61		95,00	27	13,1	179	86,9	
Contato paciente				0,05						0,29
Não	80,70	76,87-84,54	21,83		90,00	151	21,4	556	78,6	
Sim	84,51	83,59-85,42	16,07		90,00	352	19,5	1454	80,5	
Turno de trabalho				0,01						0,39
Diurno	83,86	82,27 – 85,45	17,81		90,00	211	18,9	908	81,1	
Noturno	81,94	79,40 – 84,48	17,53		85,00	56	20,5	217	79,5	
Misto	84,84	83,63 – 86,06	15,88		90,00	243	21,1	907	78,9	
Outro emprego				0,87						0,67
Não	83,99	82,96-85,02	16,85		90,00	411	20,2	1626	79,8	
Sim	84,63	82,73-86,54	16,87		90,00	98	19,3	409	80,7	
Horas extras				<0,001						<0,001
Não	82,95	81,69-84,20	17,81		90,00	375	22,4	1301	77,6	
Sim	85,77	84,48-87,06	15,28		90,00	135	15,8	718	84,2	

* Ponto de corte. † Teste Mann-Whitney ou Kuskal-Wallis. ‡ Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Quanto à Percepção de Estresse, os trabalhadores do sexo masculino, os mais jovens, aqueles que não possuíam outra formação, os que possuíam outro emprego e os que atuavam tanto em setores adultos quanto pediátricos foram classificados significativamente com maiores percentuais para baixa percepção de estresse. Já os que exerciam cargo de chefia e os que não atuavam junto a pacientes apresentaram maiores percentuais para alta percepção de estresse ($p < 0,05$).

Tabela 17 – Análise descritiva do domínio Percepção de Estresse, segundo variáveis sociodemográficas e laborais dos profissionais das instituições hospitalares de Santa Maria, RS, Brasil, 2014

Variável	Percepção de Estresse									Valor p‡	
	Média	IC95%	DP	Valor		Baixo (< 75)		Alto (≥ 75)*			
				p†	Mediana	N	%	N	%		
Sexo											0,02
Masculino	58,93	55,79-62,07	28,89		62,50	297	58,9	207	41,1		
Feminino	63,11	61,38-64,85	27,90		68,75	768	53,1	677	46,9		
Faixa etária											<0,001
≤ 38 anos	59,76	57,73-61,80	27,46		62,50	573	59,0	398	41,0		
≥ 39 anos	65,10	62,82-67,39	28,54		71,87	474	50,1	472	49,9		
Atuação											<0,001
Adulto	63,15	61,07-65,23	27,96	0,01	68,75	506	54,9	415	45,1		
Pediatria	65,53	59,82-71,23	28,89		75,00	64	44,8	79	55,2		
Ambos	59,52	57,01-62,04	28,30		62,50	451	57,7	331	42,3		
Nenhum	67,22	58,50-75,95	26,16		68,75	39	43,8	50	56,2		
Outra formação											<0,001
Não	59,50	57,62-61,38	28,40	<0,001	62,50	723	57,2	540	42,8		
Sim	67,19	64,68-69,70	27,00		75,00	338	50,1	336	49,9		
Exerce chefia											0,01
Não	61,83	60,27-63,40	28,31	0,03	62,50	1004	55,6	803	44,4		
Sim	66,75	60,68-72,82	25,84		71,87	64	44,4	80	55,6		
Contato paciente											0,15
Não	64,02	59,40-68,64	26,29	0,23	68,75	171	51,4	162	48,6		
Sim	62,07	60,45-63,68	28,38		62,50	888	55,6	709	44,4		
Turno de trabalho											0,08
Diurno	66,50	64,13-68,87	26,53	0,01	68,75	386	52,0	357	48,0		
Noturno	60,67	56,62-64,72	27,93		62,50	150	59,5	102	40,5		
Misto	59,39	57,17-61,61	29,04		62,50	528	55,5	424	44,5		
Outro emprego											<0,001
Não	63,82	62,13-65,52	27,67	<0,001	68,75	794	52,7	713	47,3		
Sim	56,65	53,37-59,94	29,13		56,25	274	61,9	169	38,1		
Horas extras											0,50
Não	62,82	60,81-64,82	28,54	0,13	68,75	653	54,1	555	45,9		
Sim	60,96	58,62-63,29	27,65		62,50	406	55,6	324	44,4		

* Ponto de corte. † Teste Mann-Whitney ou Kuskal-Wallis. ‡ Teste Qui-Quadrado de Pearson.

No domínio Percepção de Gerência da Unidade, observou-se significância estatística no percentual de escores negativos em praticamente todas as variáveis; exceto possuem outro emprego e fazerem horas extras (Tabela 18).

Tabela 18 – Análise descritiva do domínio Percepção de Gerência da Unidade, segundo variáveis sociodemográficas e laborais dos profissionais das instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014

Variável	Percepção de Gerência da Unidade									
	Valor			Baixo (< 75)		Alto (≥ 75)*		Valor		
	Média	IC95%	DP	p†	Mediana	N	%	N	%	p‡
Sexo				<0,001						<0,001
Masculino	64,41	62,03-66,80	21,98		66,66	317	56,3	246	43,7	
Feminino	61,82	60,51-63,12	21,03		62,50	1065	65,6	558	34,4	
Faixa etária				0,01						0,05
≤ 38 anos	62,15	60,62-63,68	20,68		62,50	732	65,0	394	35,0	
≥ 39 anos	62,65	60,88-64,41	22,03		66,66	627	61,1	400	38,9	
Atuação				<0,001						0,03
Adulto	63,21	61,65-64,77	20,97		66,66	607	64,1	340	35,9	
Pediatria	54,62	50,06-59,17	23,07		54,16	99	73,3	36	26,7	
Ambos	62,95	61,06-64,85	21,31		66,66	595	61,0	380	39,0	
Nenhum	65,20	59,73-70,67	16,41		62,50	70	60,3	46	39,7	
Outra formação				<0,001						<0,001
Não	64,38	63,00-65,76	20,80		66,66	850	60,6	553	39,4	
Sim	58,67	56,65-60,70	21,81		62,50	518	67,3	252	32,7	
Exerce chefia				<0,001						<0,001
Não	62,30	61,13-63,47	21,16		66,66	1320	63,9	746	36,1	
Sim	66,72	61,62-71,82	21,69		70,83	61	49,2	63	50,8	
Contato paciente				<0,001						<0,001
Não	67,09	63,63-70,55	19,69		66,66	249	51,6	234	48,4	
Sim	61,97	60,75-63,18	21,33		66,66	1112	66,3	566	33,7	
Turno de trabalho				<0,001						<0,001
Diurno	62,99	61,16-64,81	20,45		66,66	531	60,3	350	39,7	
Noturno	52,86	49,48-56,23	23,27		54,16	198	76,7	60	23,3	
Misto	64,63	63,06-66,20	20,55		66,66	653	62,3	395	37,7	
Outro emprego				0,09						0,67
Não	62,90	61,63-64,17	20,72		66,66	1088	62,8	644	37,2	
Sim	61,16	58,57-63,75	22,98		62,50	292	63,9	165	36,1	
Horas extras				0,11						0,10
Não	63,52	62,06-64,98	20,73		66,66	871	61,9	536	38,1	
Sim	60,95	59,10-62,81	21,97		62,50	506	65,5	267	34,5	

* Ponto de corte. † Teste Mann-Whitney ou Kuskal-Wallis. ‡ Teste Qui-Quadrado de Pearson.

No que se refere ao domínio Percepção de Gerência do Hospital, verificaram-se maiores percentuais para os escores negativos em praticamente todas as variáveis; exceto outro emprego e horas extras (Tabela 19).

Tabela 19 – Análise descritiva do domínio Percepção de Gerência do Hospital, segundo variáveis sociodemográficas e laborais dos profissionais das instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014

Variável	Percepção de Gerência do Hospital									
	Valor				Baixo (< 75)		Alto (≥ 75)*		Valor	
	Média	IC95%	DP	P†	Mediana	N	%	N	%	p‡
Sexo				<0,001						<0,001
Masculino	60,13	57,48-62,79	24,45		65,00	365	58,7	257	41,3	
Feminino	59,26	57,87-60,64	22,38		60,00	1157	68,3	538	31,7	
Faixa etária				<0,001						<0,001
≤ 38 anos	58,95	57,25-60,66	23,07		60,00	790	68,4	365	31,6	
≥ 39 anos	59,73	57,91-61,55	22,77		60,00	707	62,9	417	37,1	
Atuação				0,05						0,48
Adulto	60,45	58,76-62,15	22,81		60,00	663	66,8	329	33,2	
Pediatria	52,87	48,23-57,50	23,48		50,00	98	70,0	42	30,0	
Ambos	59,41	57,39-61,44	22,82		60,00	654	64,7	357	35,3	
Nenhum	60,81	53,74-67,87	21,19		60,00	100	63,7	57	36,3	
Outra formação				<0,001						<0,001
Não	61,27	59,81-62,73	22,07		65,00	925	63,3	537	36,7	
Sim	55,66	53,43-57,88	23,97		55,00	587	69,5	258	30,5	
Exerce chefia				<0,001						<0,001
Não	59,07	57,81-60,34	22,86		60,00	1433	67,2	698	32,8	
Sim	66,73	61,55-71,92	22,06		70,00	90	46,9	102	53,1	
Contato paciente				<0,001						<0,001
Não	63,11	59,24-66,97	21,98		60,00	332	56,9	251	43,1	
Sim	59,02	57,72-60,32	22,90		60,00	1172	68,6	536	31,4	
Turno de trabalho				<0,001						<0,001
Diurno	59,38	57,37-61,38	22,42		60,00	636	64,4	351	35,6	
Noturno	50,94	47,56-54,32	23,29		50,00	202	78,9	54	21,1	
Misto	61,64	59,91-63,36	22,52		65,00	688	63,9	389	36,1	
Outro emprego				0,20						0,78
Não	59,92	58,55-61,28	22,23		60,00	1211	65,5	638	34,5	
Sim	58,09	55,30-60,89	24,82		60,00	313	66,2	160	33,8	
Horas extras				0,15						0,20
Não	60,65	59,10-62,19	21,99		60,00	983	64,8	533	35,2	
Sim	57,59	55,57-59,61	23,94		60,00	537	67,5	259	32,5	

* Ponto de corte. † Teste Mann-Whitney ou Kuskal-Wallis. ‡ Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Os profissionais que atuavam no setor pediátrico, aqueles que trabalhavam à noite, os que possuíam outra formação e outro emprego, e os que faziam horas extras apresentaram significativamente maiores percentuais para avaliação negativa das Condições de trabalho (Tabela 20).

Tabela 20 – Análise descritiva do domínio Condições de Trabalho, segundo variáveis sociodemográficas e laborais dos profissionais das instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014

Variável	Condições de Trabalho									
				Valor		Baixo (< 75)		Alto (≥ 75)*		Valor
	Média	IC95%	DP	p [†]	Mediana	N	%	N	%	p [‡]
Sexo				0,52						0,29
Masculino	63,28	60,45-66,12	26,08		66,66	269	56,9	204	43,1	
Feminino	63,42	61,75-65,09	26,87		66,66	745	54,1	632	45,9	
Faixa etária				<0,001						0,07
≤ 38 anos	64,65	62,69-66,61	26,50		66,66	498	52,9	443	47,1	
≥ 39 anos	61,78	59,63-63,92	26,83		66,66	503	57,0	379	43,0	
Atuação				<0,001						<0,001
Adulto	65,32	63,36-67,29	26,45		66,66	452	51,1	425	48,5	
Pediatria	51,32	46,09-56,54	26,47		50,00	97	72,4	37	27,6	
Ambos	63,26	60,88-65,64	26,79		66,66	410	55,7	326	44,3	
Nenhum	63,96	56,66-71,25	21,87		66,66	49	53,8	42	46,2	
Outra formação				<0,001						<0,001
Não	66,41	64,69-68,12	25,84		66,66	600	50,3	593	49,7	
Sim	57,27	54,73-59,81	27,32		58,33	414	63,4	239	36,6	
Exerce chefia				0,21						0,47
Não	63,15	61,66-64,64	26,86		66,66	951	54,9	781	45,1	
Sim	68,63	63,26-73,99	22,83		70,83	64	51,6	60	48,4	
Contato paciente				0,03						0,55
Não	66,33	62,45-70,22	22,13		66,66	165	53,2	145	46,8	
Sim	63,09	61,54-64,63	27,12		66,66	841	55,1	686	44,9	
Turno de trabalho				<0,001						<0,001
Diurno	62,43	60,05-64,81	26,65		66,66	401	55,1	327	44,9	
Noturno	51,21	47,34-55,08	26,68		50,00	177	71,4	71	28,6	
Misto	67,50	65,53-69,46	25,64		75,00	436	49,7	441	50,3	
Outro emprego				<0,001						0,05
Não	64,44	62,81-66,07	26,58		66,66	777	53,6	673	46,4	
Sim	60,24	57,24-63,25	26,66		58,33	238	58,9	166	41,1	
Horas extras				<0,001						<0,001
Não	67,06	65,28-68,83	25,28		66,66	580	50,9	559	49,1	
Sim	58,42	56,09-60,75	27,63		58,33	429	60,7	278	39,3	

* Ponto de corte. † Teste Mann-Whitney ou Kuskal-Wallis. ‡ Teste Qui-Quadrado de Pearson.

4.4 Análise descritiva dos domínios do SAQ avaliados com profissionais da Saúde e Apoio (Geral), de acordo com as instituições hospitalares

Os resultados descritos nas Tabelas 21 a 27 apresentam os escores médios dos domínios do SAQ avaliado com os profissionais da Saúde e Apoio (Geral), de acordo com as sete instituições hospitalares.

No domínio Clima de Trabalho em Equipe, seis instituições apresentaram resultados iguais ou superiores a 75 pontos (mediana). A maior pontuação foi 83,33 e a menor foi 70,83 ($p < 0,001$) (Tabela 21).

Tabela 21 – Análise descritiva do domínio Clima de Trabalho em Equipe, de acordo com as instituições hospitalares. Santa Maria, RS, Brasil, 2014.

Instituições hospitalares	Clima de Trabalho em Equipe			
	Média	IC95%	DP	Mediana
1	70,90	(67,45-74,35)	18,74	75,00
2	77,23	(69,77-84,68)	19,22	79,16
3	75,73	(72,28-79,17)	14,87	79,16
4	77,77	(74,37-81,18)	14,79	79,16
5	80,33	(77,20-83,47)	16,05	83,33
6	71,39	(69,92-72,86)	16,59	70,83
7	77,84	(76,44-79,24)	15,04	79,16

Teste Kuskal-Wallis $p < 0,0001$.

Em relação ao Clima de Segurança, duas instituições (5 e 7) alcançaram pontuação positiva dentre as sete avaliadas. A maior pontuação foi 78,57 e a menor foi 64,28 ($p < 0,001$) (Tabela 22).

Tabela 22 – Análise descritiva do domínio Clima de Segurança de acordo com as instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014

Instituições hospitalares	Clima de Segurança			
	Média	IC95%	DP	Mediana
1	64,28	(61,05-67,51)	17,57	66,07
2	70,02	(62,20-77,84)	20,16	73,21
3	69,01	(65,25-72,77)	16,24	71,42
4	69,14	(65,77-72,51)	14,65	71,42
5	78,95	(76,58-81,31)	12,09	78,57
6	62,88	(61,27-64,48)	18,10	64,28
7	73,46	(72,10-74,83)	14,73	75,00

Teste Kuskal-Wallis $p < 0,0001$.

No domínio Satisfação no Trabalho, 100% das instituições alcançaram pontuações positivas. A maior pontuação mediana foi 95 e a menor 85 ($p < 0,001$) (Tabela 23).

Tabela 23 – Análise descritiva do domínio Satisfação no Trabalho de acordo com as instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014

Instituições hospitalares	Satisfação no trabalho			
	Média	IC95%	DP	Mediana
1	80,99	(77,66-84,31)	18,08	85,00
2	87,32	(80,65-93,98)	17,18	92,50
3	84,05	(78,68-89,41)	23,15	95,00
4	82,60	(78,47-86,72)	17,92	90,00
5	92,62	(90,95-94,29)	8,54	95,00
6	82,49	(81,00-83,98)	16,85	85,00
7	84,87	(83,40-86,35)	15,86	90,00

Teste Kuskal-Wallis $p < 0,0001$.

No que se refere à Percepção do Estresse, todas as instituições hospitalares apresentaram pontuações negativas (< 75); exceto, a instituição 6 que atingiu uma mediana de 75 pontos. A maior pontuação foi 75 e a menor 50 ($p < 0,001$) (Tabela 24).

Tabela 24 – Análise descritiva do domínio Percepção de Estresse, de acordo com as instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014

Variável	Percepção de Estresse			
	Média	IC95%	DP	Mediana
1	52,96	(47,92-58,00)	27,40	50,00
2	45,75	(33,15-58,36)	32,50	50,00
3	59,29	(52,79-65,78)	28,03	62,50
4	60,91	(54,76-67,07)	26,75	62,50
5	54,91	(49,50-60,32)	27,68	56,25
6	69,78	(67,47-72,09)	26,04	75,00
7	59,36	(56,69-62,02)	28,71	62,50

Teste Kuskal-Wallis $p < 0,0001$.

O domínio **Percepção da Gerência da Unidade**, representado na Tabela 25, revelou resultados positivos para esse domínio nas avaliações das instituições três e cinco, com mediana de 75. Os resultados mais baixos foram os das instituições um e seis, com mediana de 58,33 ($p < 0,001$) (Tabela 25).

O domínio Percepção da Gerência do Hospital apresentou pontuação positiva na instituição cinco. As demais instituições apresentaram resultados da mediana entre 55 e 70, significando baixa percepção dos profissionais relacionada a esse domínio ($p < 0,001$) (Tabela 26).

Tabela 25 – Análise descritiva do domínio Percepção de Gerência da Unidade, de acordo com as instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014

Instituições hospitalares	Percepção de Gerência da Unidade			
	Média	IC95%	DP	Mediana
1	55,92	(52,02-59,82)	21,20	58,33
2	57,44	(47,19-67,68)	26,40	66,66
3	69,98	(65,06-74,90)	21,23	75,00
4	62,66	(58,23-67,10)	19,27	62,50
5	75,32	(72,04-78,59)	16,75	75,00
6	56,14	(54,23-58,04)	21,48	58,33
7	67,23	(65,47-68,99)	18,99	70,83

Teste Kuskal-Wallis $p < 0,0001$.

Tabela 26 – Análise descritiva do domínio Percepção de Gerência do Hospital de acordo com as instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014

Instituições hospitalares	Percepção de Gerência do Hospital			
	Média	IC95%	DP	Mediana
1	53,31	(49,24-57,39)	22,16	55,00
2	56,25	(44,98-67,51)	29,04	60,00
3	67,29	(62,31-72,27)	21,50	70,00
4	59,40	(54,29-64,50)	22,20	60,00
5	73,00	(69,80-76,21)	16,40	75,00
6	50,78	(48,74-52,82)	23,01	50,00
7	66,31	(64,47-68,15)	19,82	70,00

Teste Kuskal-Wallis $p < 0,0001$.

O domínio Condições de Trabalho, representado na Tabela 27, obteve resultados positivos para três dos sete hospitais avaliados, com pontuação mediana de 75 a 83,33. As demais instituições receberam avaliação negativa, com pontuações que variaram de 50 a 66,66 ($p < 0,001$).

Tabela 27 – Análise descritiva do domínio Condições de Trabalho, de acordo com as instituições hospitalares de Santa Maria. RS, Brasil, 2014

Instituições hospitalares	Condições de Trabalho			
	Média	IC95%	DP	Mediana
1	56,03	(51,21-60,85)	26,22	58,33
2	52,38	(40,29-64,46)	31,16	54,16
3	66,77	(61,00-72,55)	24,92	75,00
4	64,66	(58,98-70,34)	24,69	66,66
5	79,93	(76,34-83,52)	18,35	83,33
6	50,39	(48,10-52,67)	25,73	50,00
7	75,72	(73,73-77,71)	21,42	83,33

Teste Kuskal-Wallis $p < 0,0001$.

No Quadro 2, evidencia-se diferença estatística significativa entre os grupos Saúde e apoio nas pontuações de quatro domínios. Destes, nos domínios Clima de Trabalho em Equipe e Satisfação no Trabalho, os profissionais da saúde apresentaram maior percentual para avaliações positivas. Já nos domínios Percepção de Gerência da Unidade e do Hospital, os profissionais da saúde identificaram maiores percentuais para avaliações negativas.

Categoria profissional	Domínios do SAQ									
	Média	IC95%	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Baixo (< 75)		Alto (≥ 75)*	
							N	%	N	%
Clima de trabalho em equipe†										
Saúde	75,65	74,73 – 76,56	15,94	79,16	16,67	100,00	648	39,8	981	60,2
Apoio	69,57	66,58 – 72,56	19,06	70,83	16,67	100,00	193	54,4	162	45,6
Clima de segurança‡										
Saúde	68,73	67,74 – 69,71	17,20	71,42	3,57	100,00	915	55,5	733	44,5
Apoio	67,83	65,14 – 70,52	17,15	67,85	25,00	100,00	278	56,3	216	43,7
Satisfação no trabalho†										
Saúde	84,62	83,71 – 85,53	15,87	90,00	5,00	100,00	324	18,2	1461	81,8
Apoio	80,47	76,94 – 84,00	22,52	90,00	0,00	100,00	189	24,7	575	75,3
Percepção de Estresse										
Saúde	62,54	60,93 – 64,16	28,18	62,50	0,00	100,00	869	54,7	720	45,3
Apoio	58,56	54,15 – 62,98	28,17	62,50	0,00	100,00	200	54,9	164	45,1
Percepção da Gerência da Unidade†										
Saúde	62,12	60,90 – 63,34	21,33	66,66	0,00	100,00	1068	65,3	568	34,7
Apoio	64,98	61,73 – 68,24	20,78	66,66	4,17	100,00	318	57,0	240	43,0
Percepção de gerência do hospital†										
Saúde	59,18	57,87 – 60,49	22,89	60,00	0,00	100,00	1149	68,4	530	31,6
Apoio	61,32	57,72 – 64,91	22,94	60,00	5,00	100,00	379	58,7	267	41,3
Condições de trabalho‡										
Saúde	63,12	61,58 – 64,67	27,02	66,66	0,00	100,00	847	54,6	705	45,4
Apoio	65,40	61,63 – 69,18	24,09	66,66	0,00	100,00	172	56,0	135	44,0

Nota: *Ponto de corte. †Teste U de Mann-Whitney p-valor <0,001. ‡ Teste U de Mann-Whitney p-valor >0,05.

Quadro 2 – Análise descritiva dos domínios do SAQ, de acordo com as categorias profissionais da área da Saúde e do Apoio. Santa Maria, RS, Brasil, 2014.

Os dados referentes aos escores positivos e negativos dos profissionais da saúde e do apoio, discriminados entre os seis domínios do SAQ, estão apresentados nas tabelas 28 e 29. No domínio Clima de Trabalho em Equipe, os profissionais com cargo de chefias e diretores apresentaram maiores percentuais para avaliação positiva sobre esse domínio (83,3%). Já para avaliação negativa, destacaram-se os vigilantes/porteiros (88,2%) e os trabalhadores do serviço de higiene e limpeza (63,9%) (p=0,006). Na categoria dos profissionais da saúde, obtiveram-se maiores percentuais para avaliação positiva em todos os cargos, sendo mais

expressivos entre os fisioterapeutas (90%), psicólogos (75%) e médicos (74,8%), comparados aos enfermeiros (54,3%) e técnicos de enfermagem (61,7%) ($p=0,026$).

Para o domínio Clima de Segurança, predominou os maiores percentuais para baixo escores entre os vigilantes/porteiros (70%), serviço de nutrição e dietética (60,6%), e trabalhadores do setor administrativo (58,5%) ($p=0,418$). Nesse domínio, os fisioterapeutas (81,8%), dentistas (80%) e os psicólogos (71,4%) foram classificados com maiores percentuais para avaliação alto escore. Os nutricionistas (66,7%) e médicos (59,8%) foram classificados com maiores percentuais para avaliação negativa nesse quesito ($p=0,012$).

Em relação ao domínio Satisfação no Trabalho, os profissionais do apoio e da saúde apresentaram percentuais positivos em todos os cargos, sendo mais elevados nos trabalhadores da manutenção (94,1%), nas chefias/diretores (80%) e nos trabalhadores administrativos (75,7%) ($p=0,010$). Entre os trabalhadores da saúde evidenciaram-se os dentistas (100%), os fisioterapeutas (90,9%), os psicólogos (85,7%) e os técnicos de enfermagem (82,2%) ($p=0,025$).

No domínio Percepção do Estresse, os vigilantes/porteiros (90%) e as chefias/diretores (80%) apresentaram maiores percentuais para baixo escore. Já os trabalhadores do serviço de limpeza apresentaram maior percentual para alto escore (51,9%) ($p=0,353$). Dentre os profissionais da saúde, os dentistas e nutricionistas tiveram maiores percentuais para baixo escore, com 83,3% e 76,2% respectivamente. Os médicos (59,3%) e os enfermeiros (50,1%) apresentaram maiores percentuais para alto escores ($p=0,115$).

Em relação à Percepção da Gerência da Unidade, os cargos que apresentaram percentuais negativos mais expressivos foram os trabalhadores de nutrição e dietética (72,4%) e os vigilantes/porteiros (69,6%); os profissionais da manutenção (57,1%) e as Chefias/diretores (50%) apresentaram maiores percentuais para alto escore ($p=0,004$). Os trabalhadores da saúde apresentaram maiores percentuais para baixos escores em todos os cargos, com exceção dos fisioterapeutas (70%) e dentistas (66,7%). Os escores mais baixos foram percebidos pelos psicólogos (80%), nutricionistas (78,9%) e médicos (68,9%) ($p=0,111$).

A avaliação da Percepção da Gerência do Hospital também apresentou maiores percentuais nos escores negativos para as duas categorias de profissionais analisadas. Os escores negativos foram mais expressivos entre os vigilantes/porteiros (76,2%) e os trabalhadores de nutrição e dietética (70%). Os cargos de chefias/diretores (62,5%) e os trabalhadores da manutenção (55,6%) prestaram boa avaliação ($p=0,003$). Na categoria da saúde, apenas os dentistas foram classificados com escores positivos (83,3%). Os demais,

apresentaram avaliação negativa: médicos (71,8%), nutricionistas (71,4%) e técnicos de enfermagem (71,1%), enfermeiros (67,3%) e farmacêuticos (68,6%) ($p=0,072$).

O domínio Condições de Trabalho também evidenciou escores negativos nas duas categorias. Os vigilantes/porteiros (81,7%) e os trabalhadores de nutrição e dietética (67,4%) obtiveram maiores percentuais nos baixos escores. As chefias/diretores (75%) e os trabalhadores da manutenção (71,4%) nos altos escores ($p=0,836$). Os profissionais da saúde obtiveram classificação para baixos escores em todos os cargos, com exceção dos fisioterapeutas (72,7%) e dentistas (66,7%). Os cargos com percentuais negativos mais expressivos foram os psicólogos (83,3%), médicos (79,3%), farmacêuticos (67,3%) e enfermeiros (65,7%) ($p<0,001$).

Tabela 28 – Distribuição dos Trabalhadores segundo categoria profissional Apoio e domínios do SAQ. Santa Maria, RS, Brasil, 2014

Categoria profissional	N	Clima de Trabalho Em Equipe †		Clima de Segurança ‡		Satisfação no Trabalho †		Percepção do Estresse ‡		Percepção da Gerência †				Condições de Trabalho †	
		Baixo (< 75)	Alto (≥ 75)*	Baixo (< 75)	Alto (≥ 75)*	Baixo (< 75)	Alto (≥ 75)*	Baixo (< 75)	Alto (≥ 75)*	Unidade		Hospital		Baixo (<75)	Alto (≥ 75)*
		%	%	%	%	%	%	%	%	Baixo (< 75)	Alto (≥ 75)*	Baixo (< 75)	Alto (≥ 75)*	%	%
Administrativo	328	53,1	46,9	58,5	41,5	24,3	75,7	54,6	45,4	60,6	39,4	62,3	37,7	57,5	42,5
Serviço de higiene e limpeza	174	63,9	36,1	52,9	47,1	30,5	69,5	48,1	51,9	49,7	50,3	57,7	42,3	48,4	51,6
Nutrição e dietética	92	50,0	50,0	60,6	39,4	37,5	62,5	59,2	40,8	72,3	27,7	70,0	30,0	67,4	32,6
Manutenção	34	53,8	46,2	50,0	50,0	5,9	94,1	55,0	45,0	42,9	57,1	44,4	55,6	28,6	71,4
Vigilante/ porteiro	29	88,2	11,8	70,0	30,0	32,0	68,0	90,0	10,0	69,6	30,4	76,2	23,8	85,7	14,3
Chefias/ diretores	10	16,7	83,3	57,1	42,9	20,0	80,0	80,0	20,0	50,1	50,0	37,5	62,5	25,0	75,0
Outros	137	42,1	57,9	50,0	50,0	14,1	85,9	55,0	45,0	47,1	52,9	44,3	55,7	53,1	46,9
Total	804	54,1	45,9	56,2	43,8	24,7	75,3	54,8	45,2	37,0	43,0	58,6	41,4	56,0	44,0

* Ponto de corte. † Teste Qui-Quadrado p-valor <0,05. ‡ Teste Qui-Quadrado p-valor >0,05.

Tabela 29 – Distribuição dos Trabalhadores segundo categoria profissional Saúde e domínios do SAQ. Santa Maria, RS, Brasil, 2014

Categoria profissional	N	Clima de Trabalho em Equipe †		Clima de Segurança †		Satisfação no Trabalho ‡		Percepção do Estresse †		Percepção da Gerência ‡				Condições de Trabalho †	
		Baixo (<75)	Alto (≥ 75)*	Baixo (<75)	Alto (≥ 75)*	Baixo (<75)	Alto (≥ 75)*	Baixo (<75)	Alto (≥ 75)*	Unidade		Hospital		Baixo (<75)	Alto (≥ 75)*
		%	%	%	%	%	%	%	%	Baixo (<75)	Alto (≥ 75)*	Baixo (<75)	Alto (≥ 75)*	%	%
Técnico de enfermagem	1102	38,3	61,7	57,2	42,8	17,8	82,2	63,4	36,6	68,8	31,2	71,1	28,9	55,4	44,6
Enfermeiro	339	45,7	54,3	58,6	41,4	20,9	79,1	49,9	50,1	65,2	34,8	67,3	32,7	63,7	34,3
Médico	113	25,2	74,8	59,8	40,2	23,9	76,1	40,7	59,3	68,9	31,1	71,8	28,2	79,3	20,7
Farmacêutico	52	47,4	52,6	57,7	42,3	17,3	82,7	67,3	32,7	61,2	38,8	68,6	31,4	67,3	32,7
Fisioterapeuta	11	10,0	90,0	18,2	81,8	9,1	90,9	54,5	45,5	30,0	70,0	54,5	45,5	27,3	72,7
Nutricionista	21	42,9	57,1	66,7	33,3	33,3	66,7	76,2	23,8	78,9	21,1	71,4	28,6	61,9	38,1
Psicólogo	7	25,0	75,0	28,6	71,4	14,3	85,7	71,4	28,6	80,0	20,0	57,1	42,9	83,3	16,7
Dentista	6	33,3	66,7	20,0	80,0	0	100,0	83,3	16,7	33,3	66,7	16,7	83,3	33,3	66,7
Outros	178	53,3	46,7	70,1	29,9	25,3	74,7	69,0	31,0	63,6	36,4	75,4	24,6	74,7	25,3
Total	1829	39,8	60,2	58,6	41,4	19,5	80,5	60,4	39,6	67,2	32,8	70,4	29,6	60,8	39,2

*Ponto de corte. †Teste Qui-Quadrado p-valor <0,05. ‡ Teste Qui-Quadrado p-valor >0,05.

5 DISCUSSÃO

O estudo norteou-se em produções nacionais e internacionais, que utilizaram o SAQ como instrumento de pesquisa, para avaliar a cultura de segurança nas instituições, como forma de confrontar os resultados obtidos com outros estudos da mesma natureza. O Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), validado para a língua portuguesa por Carvalho (2011), foi aplicado para uma população de 4.040 trabalhadores, e após considerar os critérios de inclusão e exclusão, e serem eliminados os instrumentos incompletos, obtiveram-se 2.634 questionários válidos para análise.

O estudo explorou os fatores que interferem nas atitudes de segurança dos profissionais da saúde e de apoio das sete instituições hospitalares de Santa Maria. Até a presente data, não foram encontradas publicações que avaliassem a cultura de segurança por meio do SAQ com essas duas populações concomitantemente. A alta taxa de resposta da população pesquisada, alicerçada pelo quantitativo de categorias profissionais participantes do estudo, reforçaram os resultados alcançados para refletir sobre o ponto de vista dos trabalhadores das instituições hospitalares de Santa Maria.

5.1 Considerações sobre a taxa de respostas ao SAQ

Obteve-se a taxa geral de resposta de 89,2%, com variação entre 73,5% e 98,9%, entre as instituições participantes. As instituições de pequeno e médio porte apresentaram melhor adesão à pesquisa. A média variou entre 90% e 98,9%. De acordo com Sexton, Thomas e Grillo (2003) as taxas de resposta adequadas para pesquisas climáticas devem permanecer entre 65% e 85% da população.

Carvalho (2011) obteve uma média geral de 61,5%. Em Sexton et al. (2006) a taxa de resposta foi 67,0% (10.843 questionários válidos), com um intervalo de 65,7% a 72,2% em todos os países. No estudo de Lee et al. (2010) 45.242 questionários válidos aplicados aos profissionais da saúde de 200 hospitais, foi alcançada taxa de resposta de 69,4%. Deilkas e Hofoss (2008) obtiveram 68% de taxa de resposta e Kaya, Barsbay e Karabulut (2010)

alcançaram 67,5% de resposta. Já Shie et al. (2011) e Devriendt et al. (2012) alcançaram, respectivamente, taxas de 60% e 52%.

Cabe destacar que o elevado índice de resposta ao instrumento, obtido nesta pesquisa se deve a vários fatores: comprometimento, postura e persistência dos coletores, que permaneceram no campo de coleta de dados, nos diversos turnos, entregando o questionário diretamente aos indivíduos; ao envolvimento dos gestores e chefias de unidade, que oportunizavam agendamento de coleta nos dias de reuniões e à disponibilidade dos profissionais da área da saúde e de apoio que participaram do estudo. A temática segurança do paciente é instigante, envolvente e a utilização de uma ferramenta que produzirá um diagnóstico institucional também foram fatores motivadores para a adesão de todos (instituições, profissionais e coletores).

Dentre as categorias profissionais, a que apresentou maior número de perdas neste estudo foi a médica. Além da dificuldade de encontrá-los, ao consegui-lo, a maioria não dispunha de tempo para preencher o instrumento, resultando em recusa. Nordén-Hägg et al. (2010) apontaram a falta de tempo para preencher o instrumento como um fator que poderia ter repercutido nas taxas de respostas negativas dos participantes. Outros estudos apresentaram taxas de respostas baixas com profissionais médicos: 24% para os médicos, 63% para enfermeiros e 88% para fisioterapeutas (DEVRIENDT et al., 2012); 32,8% para médicos e 98,2% para enfermeiros (KAYA; BARSBAY; KARABULUT, 2010). Raftopoulos e Pavlakis (2013) precisaram excluir a categoria médica pelo baixo índice de respostas.

O tempo médio para preenchimento do questionário neste estudo (dez a vinte minutos) está em consonância com outros (CARVALHO, 2011; NORDÉN-HÄGG et al., 2010; SEXTON; THOMAS; GRILLO, 2003).

5.2 Considerações sobre a caracterização dos participantes do estudo

Observou-se predomínio do gênero feminino (N=1901; 72,6%). Dados similares foram encontrados nos estudos de Carney et al. (2010), Carvalho (2011), Li (2013), Raftopoulos e Pavlakis (2013), Shie et al. (2011). Nas instituições hospitalares a enfermagem continua sendo o maior contingente de pessoal e esta é uma profissão com maior percentual de mulheres. Do total de participantes do estudo, 60,3% foi composto por técnicos de enfermagem e 18,5% por enfermeiros, com representatividade de 78,8% da equipe de

enfermagem. A equipe médica representou 6,2% da população estudada. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Kaya; Barsbay e Karabulut, (2010), com 98,2% e mais baixos em Devriendt et al. (2012), com 63%.

Quanto à idade dos profissionais, sobressaiu-se a faixa entre os 19 aos 38 anos (N=1312; 50,9%). Dados semelhantes foram encontrados nos estudos de Devriendt et al. (2012), Kaya, Barsbay, Karabulut (2010), Li (2013), Raftopoulos e Pavlakis (2013) com médias entre 31,7 a 38,4 anos. No estudo de Carney et al. (2010) a idade média foi de 48 anos.

No estudo, prevaleceu o número de profissionais que trabalhavam em áreas tanto adultas quanto pediátricas e nos turnos mistos, com 43,8% e 45,1%, respectivamente. Esses resultados devem-se ao fato da população do estudo ser tanto da área clínica quanto de apoio, e os últimos atuarem indistintamente nas duas áreas. O turno misto com maior número de profissionais pode ser explicado pela característica organizacional de trabalho, em que algumas instituições aderem à rotatividade de turnos em suas escalas de trabalho.

O mesmo aconteceu com o número de trabalhadores que atuavam em contato com os pacientes (71,6%), em que tanto os profissionais da saúde, quanto os de apoio (ex: equipe de nutrição e dietética, serviço de higiene e limpeza e administrativo) possuíam algum contato com os pacientes na prática de suas atividades diárias.

Resultados significativos também foram encontrados entre os profissionais que não possuíam outro emprego (79,9%) e não faziam horas extras (66,2%). Esses achados podem ser explicados pelas características gerenciais de algumas instituições que não permitem horas extras (a compensação de horas excedidas devem ser adequadas em escala) e a rotatividade dos turnos, inviabiliza adequação de outro turno livre para outra jornada de trabalho. Grande contingente dos servidores de apoio desempenham a função em turno integral, dificultando horário livre para outra atividade remunerada.

5.3 Considerações sobre a avaliação das propriedades psicométricas do SAQ e seus domínios

Quanto à avaliação do relacionamento entre os domínios e o SAQ total, observou-se que todos os domínios apresentaram correlações fortes com o SAQ total, com exceção do domínio Percepção do Estresse. Esse resultado indica que houve um padrão semelhante de

resposta, tanto nos domínios, quanto no SAQ total. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Carvalho (2011) e Zimmermann et al. (2013), os quais observaram que o domínio Percepção do estresse não é bem correlacionado com o SAQ total.

Os demais domínios apresentaram correlações de moderadas a fortes com o SAQ total. Alguns estudos que correlacionaram os domínios entre si, também observaram que o domínio Percepção do estresse não apresenta boas correlações com os demais domínios (CARVALHO, 2011; GÖRAS et al., 2013; KAYA, BARSBAY, KARABULUT, 2010; NORDÉN-HÄGG et al., 2010; SEXTON et al., 2006; SPEROFF et al., 2010).

Quanto à confiabilidade geral do instrumento, pode-se observar um alfa de Cronbach de 0,90 na avaliação geral, e de 0,91 na avaliação estratificada com a população da Saúde e com a de Apoio. Resultados semelhantes com profissionais da saúde foram encontrados nos estudos de Carvalho (2011), Devriendt et al. (2012), Kaya, Barsbay, Karabulut (2010) e Raftopoulos e Pavlakis (2013) com alfa variando de 0,85 a 0,90 (Quadro 3).

ESTUDOS DE REFERÊNCIA	SAQ total	Domínios do SAQ					
		Clima de trabalho em equipe	Clima de segurança	Satisfação no trabalho	Percepção do estresse no trabalho	Percepção da Gerência da Unidade (U) e do Hospital (H)	Condições de trabalho
Baratto (2015)	0,90	0,61	0,65	0,78	0,79	0,73 (U) 0,76 (H)	0,71
Raftopoulos e Pavlakis (2013)	0,85	0,73	0,72	0,71	0,62	0,70	0,65
Göras et al. (2013)	-	0,80	0,83	0,78	0,76	0,63	0,59
Zimmermann et al. (2013)	-	0,64	0,75	0,79	0,78	0,43	0,64
Devriendt et al. (2012)	0,90	0,72	0,74	0,81	0,79	0,79	0,68
Shie et al. (2011)	-	0,80	0,79	0,90	0,83	0,88	0,75
Carvalho (2011)	0,89	0,65	0,67	0,77	0,78	0,79 (U) 0,75 (H)	0,65
Kaya, Barsbay, Karabulut (2010)	0,89	0,75	0,73	0,77	0,71	0,66	0,68
Nordén-hägg et al. (2010)	-	0,81	0,75	0,81	0,67	0,71	0,73
Lee et al. (2010)	-	0,79	0,81	0,91	-	0,87	0,75

Quadro 3 – Coeficiente Alfa de Cronbach evidenciado em estudos com o SAQ. Santa Maria, RS, Brasil, 2015

Neste estudo, o domínio Clima de trabalho em equipe obteve um alfa de 0,61, menor que o encontrado nos demais estudos que utilizaram o SAQ, que variou de 0,64 a 0,81. No Clima de segurança, de igual forma apresentou menor valor ($\alpha=0,66$) do que em outros estudos ($\alpha=0,67$ a 0,83). No domínio Satisfação no trabalho, obteve-se alfa de 0,78, valor semelhante aos demais estudos que variaram de 0,71 a 0,91. Idem para a Percepção do estresse no trabalho ($\alpha=0,79$ versus 0,63 a 0,83). Para o domínio Percepção da Gerência da Unidade (U) e do Hospital (H), os alfas evidenciados foram 0,73 (U) e 0,76 (H), semelhantes aos de Carvalho (2011) 0,79 (U) e 0,75 (H). Nesse domínio os demais estudos variaram entre 0,43 a 0,88, avaliados de uma forma geral. Por fim, o domínio Condições de trabalho apresentou valor semelhante ($\alpha=0,71$) aos de outros estudos ($\alpha=0,59$ a 0,75) (Quadro 3).

Considerando os 41 itens que compõem o instrumento, observou-se que os itens 2 reverso, 11 reverso, 13, 25A e 29 apresentaram correlações item-total fracas ($r < 0,30$), mostrando que ao serem eliminados, aumentar-se-iam os valores do alfa de Cronbach de seus respectivos domínios. Carvalho (2011) observou que os itens 2 reverso, 11 reverso, 13 e 25B tiveram baixas correlações item-total ($r < 0,30$). Devriendt et al. (2012) observaram-se correlações item-total fracas nos itens 20, 21, 22, 23 e 25B ($r < 0,30$). Estas podem ser informações relevantes ao autor do instrumento.

A validação de constructo não foi apresentada, pois a análise fatorial resultou em baixa explicação da variância total ($< 50\%$). Hoffmann et al. (2011) também obteve baixa explicação da variância total (49,7 %) com sete fator gerados, mas optou por apresentar os resultados. De acordo com Mingoti (2005) e Hair et al (2009), os primeiros fatores mantidos na análise fatorial devem possuir autovalores maior que 1 e manter a maior proporção de variância explicada. Ainda, Hair et al. (2009), complementam dizendo que, em dados de Ciências Naturais a proporção de variância explicada deve ser de pelo menos 95%, e, em Ciências Sociais, em geral, considera-se proporção de explicação de 60% ou mais.

5.4 Considerações sobre a análise descritiva dos itens do SAQ e seus domínios

Neste estudo, o escore total da versão adaptada para a língua portuguesa variou entre 13,9 e 97,9, com mediana de 70,1 e média de 68,4 (DP= 13,4). Estudo de Lyu et al. (2013), encontrou média geral para a cultura de segurança de 52,3, com intervalo de avaliação positiva entre 33,1 e 74,9.

Em relação à análise dos seis domínios do SAQ (Tabela 4), duas apresentaram percentuais positivos para a cultura de segurança: o domínio Satisfação no trabalho (mediana 90) e o domínio Clima de trabalho em equipe, com resultado limítrofe (mediana 75). Os demais domínios analisados apresentaram valores inferiores a 75, sendo os resultados mais baixos relativos à percepção da gerência do hospital (mediana 60).

Resultados similares foram encontrados nos estudos de Raftopoulos e Pavlakis (2013), em que todos os domínios de cultura de segurança tiveram pontuação abaixo de 75, com a exceção do domínio Satisfação no trabalho. Carvalho (2011) identificou avaliação positiva somente nos domínios satisfação no trabalho (77,6) e clima de trabalho em equipe (75).

Quando avaliados os domínios individualmente pôde-se observar a variabilidade dos mesmos, relacionados tanto ao porte institucional, quanto às características sociodemográficas e laborais dos respondentes. Essa variabilidade foi encontrada no estudo de Gallego et al. (2012), que avaliou 18 tipos de serviços. O mesmo evidenciou que hospitais menores, que prestam serviço a comunidades rurais e oferecem menor quantidade de serviços especializados, tendem à cultura de segurança mais positiva (GALLEGO et al., 2012).

A análise descritiva das respostas aos itens do instrumento está apresentada no Apêndice H e relacionada de acordo com os domínios do SAQ apresentados a seguir.

5.4.1 Clima de trabalho em equipe

No que se refere ao domínio Clima de Trabalho em Equipe (itens 1-6), a mesma apresentou mediana de 75, na categoria Geral (Tabela 4) e, na avaliação estratificada por categorias, as medianas foram 79,16 para a Saúde e 70,83 para a de Apoio (Quadro 2). Dentre as instituições, o domínio variou entre 70,83 e 83,33 e apresentou medianas iguais ou superiores a 75 pontos, em seis das sete instituições participantes do estudo. Resultados diferentes foram encontrados por Lyu et al. (2013), que realizou estudo em 31 instituições de pequeno, médio e grande porte, de 10 estados, e encontrou maiores variações entre os hospitais nos domínios relacionados à percepção da gerência da unidade e no clima de trabalho em equipe, com escores positivos que variaram entre 24,2% e 86,7%.

Embora a mediana para esse domínio tenha resultado limítrofe, pode-se observar na avaliação individual, bons escores, com exceção de um hospital, em relação ao clima de trabalho em equipe. Esses resultados demonstram que 1539 trabalhadores (57,1%) tiveram

respostas concordo totalmente (escores >75), para o item relacionado à boa aceitação da contribuição do enfermeiro na área. Os pesquisados discordaram totalmente ou parcialmente que é difícil falar abertamente quando percebem algum problema com o cuidado ao paciente (N= 1085; 40,3%), que as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (N=1871; 69,3%) e que tem apoio dos outros membros da equipe para cuidar dos pacientes (N=1828; 67,7%). Os profissionais concordaram que é fácil fazerem perguntas quando tem algo que eles não entendem (N=1524; 56,5%) e 1649 (61,1%) concordaram totalmente ou parcialmente que os médicos e enfermeiros trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.

De acordo com Lee et al. (2010) houve grande variação na pontuação de cada domínio, na versão chinesa do SAQ, entre os hospitais. Os trabalhadores da saúde com atitudes positivas para cada domínio do SAQ perceberam uma boa colaboração entre colegas de trabalho, e seus hospitais estavam mais propensos a incentivar a notificação e priorizar programas de treinamento. Li (2013) encontrou forte associação com o clima de trabalho em equipe e atitudes de segurança entre os enfermeiros em Taiwan. Para Lyu et al. (2013) a satisfação do paciente foi associada com os domínios clima trabalho em equipe ($p = 0,01$), o clima de segurança ($p = 0,03$), e percepção de estresse ($p = 0,008$).

A categoria dos profissionais da saúde apresentou percentuais positivos para todos os cargos, sendo mais expressivo entre os fisioterapeutas (90%), psicólogos (75%) e médicos (74,8%), comparados aos enfermeiros (54,3%) e técnicos de enfermagem (61,7%). Resultados similares foram encontrados nos achados de Li (2013) e Huang et al. (2007), os quais constataram que os enfermeiros tiveram percepções mais baixas para o domínio clima de trabalho em equipe que os médicos.

Shie et al. (2011) encontrou baixos resultados de atitudes positivas entre fisioterapeutas (37%) e Lee et al. (2010) encontrou 48,9% entre os profissionais da saúde. Outro estudo, desenvolvido por Nordén-Hägg et al. (2010) com farmacêuticos na Suécia, encontrou média elevada para esse domínio (83,2) e cerca de metade dos entrevistados em uma UTI Neonatal, relataram um bom clima de trabalho em equipe (54%) (PROFIT et al., 2012).

Nas categorias de profissionais de apoio, sobressaíram-se os percentuais positivos para o domínio em questão nos cargos que exercem chefias/diretores (83,3%), e os mais baixos escores foram entre os vigilantes/porteiros (88,2%) e serviço de higiene e limpeza (63,9). De acordo com Gallego et al. (2012), executivos, gerentes e demais profissionais com idade superior a 60 anos, expressam atitudes mais favoráveis, comparados aos outros trabalhadores da saúde. No entanto, profissionais que prestam cuidados indiretos apresentam escores mais

baixos, para o clima de trabalho em equipe, e são menos favoráveis à atitudes de segurança dos que prestam o cuidado direto ao paciente (GALLEGO, 2012).

5.4.2 Clima de segurança

Em relação ao domínio Clima de Segurança (itens 7-13) observaram-se valores da mediana para a categoria Geral (Saúde/Apoio) de 71,42 (Tabela 4). A categoria de profissionais da saúde apresentou mediana de 71,42 e a de apoio 67,85, pontuações desfavoráveis para atitudes positivas de segurança. Carvalho (2011) corroboram estes resultados (média 69,4).

Profit et al. (2012) identificaram um bom clima de segurança em 55% dos entrevistados em uma UTI Neonatal americana. Raftopoulos e Pavlakis (2013) verificaram pontuação mais elevada (73,19) para o clima de segurança e foi considerado satisfatório.

Schwendimann et al. (2013) avaliaram a variabilidade do clima de segurança entre hospitais americanos e suíços. Eles encontraram resultados distintos para o domínio clima de segurança (68,7 e 58,4, respectivamente). Já em Lee et al. (2010) encontrou-se o percentual de 37,2 e Shie et al. (2011) 21%. Ambos foram considerados desfavoráveis para atitudes positivas.

Analisando-se os resultados por instituições, observou-se que dois dos sete hospitais apresentaram escores iguais ou superiores a 75. Quando avaliados os itens dos instrumentos individualmente, pode-se ressaltar que 2014 (74,7%) trabalhadores concordaram totalmente ou parcialmente que se sentiriam seguros se fossem tratados como pacientes na sua instituição; 977 trabalhadores (36,2%) consideraram que os erros são tratados de modo apropriado na área em que atuam.

Em 1192 (44,2%) trabalhadores, houve a concordância de que conheciam os meios adequados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente e 1147 (42,5%) dos trabalhadores afirmaram ser encorajados pelos colegas a informar qualquer preocupação que possam ter quanto à segurança do paciente. Também afirmaram receber retorno apropriado sobre o desempenho, 730 (27,1%) dos profissionais e 865 (32%) concordaram que a cultura na área torna fácil aprender com os erros dos outros.

Observou-se, com esses resultados, que menos da metade dos profissionais possuíam conhecimento sobre os sistemas de notificação de eventos, e que um terço (977, 36,2%) dos

trabalhadores consideraram que erro é tratado adequadamente e que utilizaram os eventos ocorridos, como forma de aprendizagem (32,1%), sugerindo uma lacuna nestes quesitos, nas instituições pesquisadas.

Pode-se argumentar que as questões relativas ao erro, ainda precisam ser trabalhadas, pelos profissionais e pelos gestores, pois persiste o tratamento do erro como uma questão moral e não como falhas nos processos de trabalho. De acordo com Reason (2000), uma abordagem isolada do erro, que retira atitudes inseguras do contexto do sistema, dificulta a identificação de situações de risco e impede a tomada de medidas preventivas. De acordo com o mesmo autor, o erro está associado a padrões recorrentes, tem origem nos processos de trabalho e são vistos como causa e não como consequência.

Na avaliação demográfica e laboral dos trabalhadores, evidenciou-se diferença significativa ($p < 0,05$) com avaliações negativas, nos que possuíam outra formação, que não exerciam cargo de chefia e que trabalhavam no turno da noite. Os profissionais dos cargos de apoio apresentaram os mais baixos escores, sendo menores entre os vigilantes/porteiros (70%), serviço de nutrição e dietética (60,6%) e trabalhadores do setor administrativo (58,5%). Estudo realizado por Huang et al. (2007) identificaram que os diretores tendem a superestimar os escores de cultura de seu pessoal e percebem um clima de segurança mais positivo do que outros funcionários.

Escore positivos na categoria de profissionais da saúde foram encontrados entre os fisioterapeutas (81,8%) e dentistas (80%). Os mais baixos valores foram entre nutricionistas (66,7%) e médicos (59,8%). Em Speroff et al. (2010) os médicos e administradores forneceram resultados mais elevados para o clima de segurança que enfermeiros e pessoal auxiliar. Já em Profit et al. (2012) foram identificados maiores percentuais para o domínio em cena entre os médicos, que em enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Em contrapartida, estudo de Lee et al. (2010) encontraram os mais baixos escores para o domínio entre os profissionais da saúde e Shie et al. (2011), entre os fisioterapeutas (21%).

5.4.3 Satisfação no trabalho

O terceiro domínio, Satisfação no Trabalho, que compõe os itens 15 a 19, obteve média de 83,62 e mediana de 90. Para os profissionais da saúde o percentual para alto escore atingiu 81,8% e para a categoria de apoio 75,3%. Entre as instituições houve variação da

mediana entre 85 e 95. Os resultados encontrados para esse domínio foram mais altos quando comparados aos demais domínios do SAQ e assemelham-se aos achados de Carvalho (2011), Nordén-Hägg et al. (2010) e Raftopoulos e Pavlakis (2013) com variação de médias entre 77,6 e 83,4. Valores inferiores para esse domínio foram evidenciados por Lee et al. (2010) e Shie et al. (2011), que observaram 42,1 e 29% de atitudes positivas, respectivamente.

Os resultados aqui evidenciados indicam que 2275 (84,4%) dos trabalhadores das instituições pesquisadas, gostam do que fazem e 1256 (46,6%) concordam que trabalhar no seu setor é como fazer parte de uma grande família. Outros 1696 (62,9%) dos respondentes concordaram que seu setor é um bom lugar para trabalhar e 2067 (76,6%) se orgulham em trabalhar nela. Destes, 1829 (67,9%) concordam parcialmente ou totalmente que a autoestima é elevada.

Os escores foram positivos para todos os cargos, sendo mais elevados nos trabalhadores da manutenção (94,1%), nas chefias/diretores (80%) e serviços administrativos (75,7%). Verificou-se diferença significativa no percentual de escores positivos nos trabalhadores mais velhos, que exerciam cargo de chefia e que faziam horas extras. Entre os trabalhadores da saúde evidenciaram-se os dentistas (100%), os fisioterapeutas (90,9%) e os psicólogos (85,7%). Os técnicos de enfermagem e enfermeiros apresentaram bons resultados, com 82,2% e 79,1% respectivamente.

Outros estudos corroboram com esses resultados. Em Profit et al. (2012) identificou-se que praticamente dois de três profissionais da saúde, apontaram boa satisfação no trabalho (63%). No estudo de Raftopoulos e Pavlakis (2013) esse domínio apresentou os mais altos resultados (83,4%) entre os enfermeiros mais experientes. Os autores consideraram que esse resultado esteja relacionado ao número adequado de profissionais no setor e ao ambiente restrito, em que todos se conhecem. Asseveraram, ainda, a possibilidade de que exista um moral elevado entre os enfermeiros, apesar da fadiga e exaustão. Já em Shie et al. (2011) identificaram-se baixos resultados para o domínio (29%) entre os fisioterapeutas.

5.4.4 Percepção do estresse

O quarto domínio avaliado, Percepção do Estresse, referente aos itens 20 a 23 do SAQ, obteve mediana de 68,75, com intervalo entre 43,75 e 87,5. Foi o domínio que apresentou maior variabilidade. Os percentuais para baixo escores para percepção de estresse

foi de 54,7% e 54,9% para as categorias saúde e apoio, respectivamente. A mediana da pontuação para as duas categorias foi de 62,5.

Resultado superior foi observado por Carvalho (2011), média de 71,5 e mediana de 87 na população estudada. Em Lyu et al. (2013), a percepção do estresse apresentou menor variação entre os 31 hospitais pesquisados (25,9% a 71,0%). Já em Schwendimann et al. (2013), encontrou-se maior variabilidade em relação ao domínio em cena, quando comparados resultados americanos e suíços, com pontuações médias de 57,3 e 31,4, respectivamente.

Neste estudo, levando-se em conta as categorias profissionais, os trabalhadores do apoio que obtiveram maiores percentuais para baixos escores foram os vigilantes/porteiros (90%) e as chefias/diretores (80%). Nos profissionais da saúde, os dentistas e nutricionistas predominaram os escores mais baixos (83,3% e 76,2%, respectivamente). Os médicos apresentaram maiores percentuais para os escores mais altos com 59,3%, seguidos dos enfermeiros com 50,1%.

Dessa forma, observa-se que os profissionais da saúde tendem a perceberem mais o estresse do que os profissionais de apoio. Na avaliação entre hospitais identificaram-se baixas percepções em todas as instituições, com exceção de uma que apresentou valor limítrofe de 75. Na avaliação dos itens do instrumento pôde-se observar que 1072 (39,7%) dos respondentes concordaram que quando a carga de trabalho é excessiva o desempenho é prejudicado e, 1018 (37,7%) participantes concordaram que são menos eficientes quando estão cansados. Uma parcela de 855 (31,7%) participantes concordaram que possuem maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis e 488 (18,1%) trabalhadores concordaram que o cansaço prejudica o desempenho em situações de emergência.

Em relação aos grupos profissionais, os achados de Gallego et al. (2012) corroboram com os resultados, e identificaram que os médicos, farmacêuticos e enfermeiros apresentaram maiores pontuações para a percepção de estresse e menores entre os profissionais mais velhos e que atuavam no cuidado indireto. Em Raftopoulos e Pavlakis (2013) os resultados foram opostos, com escores menores identificados para esse domínio na população de enfermeiros ($28,43 \pm 15,82$). Shie et al. (2011) obtiveram baixos resultados positivos entre fisioterapeutas (32%) e para Huang et al. (2007) a percepção do estresse não variou entre os médicos e enfermeiros.

Estudo realizado por Versa et al. (2012) associou as más condições de trabalho e atuação noturna como um dos fatores que favoreceram os maiores escores de estresse entre os enfermeiros, além dos aspectos organizacionais e administrativos. Falhas na comunicação

também são apontadas como responsáveis pelos problemas de relacionamento no trabalho e podem causar estresse entre enfermeiros, pois comprometem a tomada de decisão e implicam na qualidade do cuidado.

5.4.5 Percepção da gerência da unidade e do hospital

O domínio Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital, que compreende os itens 24 a 29 do SAQ, foi dividido em percepção da Gerência da Unidade e Percepção da Gerência do Hospital e identificados com algarismos a e b, para melhor apreciação dos resultados. Em relação à Percepção da Gerência da Unidade, pode-se observar percentuais negativos tanto para as categorias da saúde (65,3%), quanto às de apoio (57%). A mediana para as duas categorias foi de 66,66.

Quando avaliados os resultados por instituições, notou-se que dois dos sete hospitais, obtiveram escores limítrofes (75) e os demais apresentaram baixos escores para esse domínio. Poucos estudos realizaram avaliações distintas entre as gestões. Schwendimann et al. (2013) encontraram pontuações médias diferentes, entre instituições americanas e suíças, para a percepção da gestão da unidade observaram valores de 60,1 e 41,5, respectivamente. Em seu estudo Lyu et al. (2013) identificaram a percepção da gestão da unidade em 56,8% com variação entre 36,5% e 86,7%. Em Carvalho (2011) foram identificados os mais baixos escores entre os domínios analisados, com média de 47,02 e mediana de 50.

A avaliação da percepção da gerência do hospital, neste estudo, também apresentou escores negativos para as duas categorias de profissionais analisados, com 68,4% para os profissionais da saúde e 58,7% para o apoio. A mediana para as duas categorias foi 60. Na avaliação dos percentuais das instituições encontrou-se uma com pontuação limítrofe de 75 e as demais com valores inferiores. Resultados ainda menores foram encontrados em Carvalho (2011), com média de 49,7 e mediana de 50. Profit et al. (2012) identificaram percepção positiva para o domínio em 33% dos respondentes e Parry, Horowitz, Goldmann (2009) encontraram escores mais positivos (70,4%) na população de médicos residentes.

Na avaliação dos itens do instrumento, podemos observar que, 1740 (64,6%) e 1342 (49,8%) dos trabalhadores concordaram parcialmente ou totalmente que a administração da unidade e do hospital apoiam os esforços diários, respectivamente. Quanto ao item "A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente", identificou-se

percentual relevante de respostas neutras para a percepção da gestão da unidade (19,5%) e do hospital (24,2%). Acredita-se que os respondentes apresentaram dificuldade de entendimento do item, visto que, a falta de compreensão foi expressa verbalmente com determinada frequência, aliado ao fato de não quererem manifestar-se em relação a um tema comprometedor.

Os trabalhadores concordaram, parcialmente ou totalmente, que administração da unidade e do hospital estariam fazendo um bom trabalho (N=1871; 69,4%) e (N=1681; 62,3%), respectivamente. No entanto, 577 (21,4%) e 476 (17,6%) dos profissionais concordaram que os profissionais problemáticos são tratados de maneira construtiva pela gestão da unidade e do hospital, respectivamente.

Ao avaliarmos o item "Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes", observou-se que quase um terço dos respondentes (27,5%) discordaram da afirmativa. Resultado superior foi encontrado no estudo de Carvalho (2011), o qual 61,3% dos profissionais discordaram do item. Já em Raftopoulos e Pavlakis (2013) identificou-se resultados semelhantes aos achados do estudo, com 60% de respostas positivas para a afirmativa, entre enfermeiros de UTIs.

A Percepções da gestão da unidade reflete a confiança dos trabalhadores acerca da dedicação da liderança para a segurança do paciente. Percepções negativas podem interferir no moral dos funcionários e ser um indicativo de problemas gerenciais reais. Se um item é avaliado particularmente baixo, pode expressar a forma como a gestão manifesta indiferença sobre a segurança do paciente ou dos profissionais (SCHWENDIMANN et al., 2013).

No estudo, verificou-se percentual de escores negativos em praticamente todas as variáveis, sendo encontrados dados com significância estatística em profissionais do sexo feminino, mais jovens, nos profissionais que possuíam outra formação, não exerciam cargo de chefia, trabalhavam em contato com o paciente e no turno noturno.

Os cargos de apoio, que apresentaram maiores percentuais negativos para percepção da gerência da unidade e do hospital, respectivamente, foram os vigilantes/porteiros (69,6%, 76,2%) e os trabalhadores de nutrição e dietética (72,3%, 70%). Os cargos de chefias/diretores prestaram boa avaliação para gestão do hospital (62,5%). Huang et al. (2007) avaliou que os gestores tendem a superestimar os escores de cultura de seu pessoal, e percebem um clima de segurança mais positivo. Esses resultados podem ser explicados pelo envolvimento dos gestores com as questões relativas à segurança, com tendência a uma visão parcial da realidade. Nos demais cargos identificados, não foram encontrados estudos envolvendo essa população.

Na categoria da saúde os dentistas tiveram escores positivos, para percepção da Gestão da Unidade (66,7%) e do Hospital (83,3%). Entre os fisioterapeutas foram encontrados escores positivos para a percepção da Gestão da Unidade (70%), mas valores baixos para a percepção do hospital (54,5%). Shie et al. (2011) encontraram baixos escores entre farmacêuticos (24%). O estudo de Gallego et al. (2012) incluiu os dentistas na sua população, mas, não revelou resultados para o cargo, em específico.

Os demais cargos apresentaram escores baixos, para a percepção da unidade e do hospital, respectivamente, sendo que a equipe médica pontuou (68,9%, 71,8%), os nutricionistas (78,9%, 71,4%) e os técnicos de enfermagem (68,8%, 71,1%). Os enfermeiros apresentaram escores negativos de (65,2%, 67,3%), os farmacêuticos (61,2%, 68,6%) e os psicólogos (80%, 57,1%). Em relação aos enfermeiros, Poley et al. (2011) encontraram pontuações maiores.

Raftopoulos e Pavlakis (2013) identificaram melhores valores entre enfermeiros mais experientes. Já Carney et al. (2010) encontraram médias menores, comparadas aos médicos ($p = 0,001$). No entanto, Gallego et al. (2012) observaram baixos escores de percepção da gestão entre os médicos e farmacêuticos. Já Nordén-Hägg et al. (2010) identificaram melhores pontuações entre os profissionais das farmácias comunitárias.

5.4.6 Condições de trabalho

O último domínio, Condições de Trabalho, avaliado pelos itens 30, 31 e 32, foram encontrados escores negativos para as categorias Saúde e Apoio, com valores de 54,6% e 56% respectivamente. A mediana para as duas categorias foi 66,66. O domínio apresentou escores positivos para três, dos sete hospitais pesquisados com variação da mediana entre 50 e 83,33. Estudos de referência apresentaram resultados similares como em Carvalho (2011), com 54,7 e mediana de 50; Lyu et al. (2013) encontraram 43,3% com intervalo entre 24,3% e 74,2%. Shie et al. (2011) encontraram baixos escores para o domínio (21%) e Lee et al. (2010), com 31,8%, os mais baixos entre os seis domínios avaliados. Já em Parry, Horowitz e Goldmann (2009) o domínio em questão apresentou bons resultados (75,6%), em áreas associadas ao cuidado independente, entre os residentes médicos.

De acordo com os resultados deste estudo, observou-se que um terço dos respondentes (30,1%) concordou que o hospital faz um bom treinamento aos novos membros da equipe e

(29,5%) consideram que os estagiários são bem supervisionados. No entanto, apenas 576 (21,%) trabalhadores concordaram que todas as informações necessárias para decisões diagnósticas e terapêuticas estão disponíveis. Os resultados das respostas dos profissionais é preocupante, visto que a maior parte das instituições participantes do estudo, possuem vínculo com instituições de ensino e estagiários interagem com os demais profissionais nas rotinas diárias.

Além disso, o número de profissionais mais jovens (50,9%), em cinco dos sete hospitais pesquisados, sugere alta rotatividade de profissionais, com condições de treinamento comprometido. Resultados de outros estudos são superiores aos encontrados, tais como em Carvalho (2011), com 51,9% e Raftopoulos e Pavlakis (2013), com 90% de respostas positivas para o item.

Os escores negativos mais expressivos para os cargos de apoio, foram dos vigilantes/porteiros (81,7%) e os trabalhadores de nutrição e dietética (67,4%). Já os mais altos foram dos cargos de chefia/diretores (75%) e trabalhadores da manutenção (71,4%). Entre os profissionais da saúde os escores foram baixos, salvo entre fisioterapeutas (72,7%) e dentistas (66,7%). Os percentuais negativos foram maiores entre os psicólogos (83,3%), médicos (79,3%), farmacêuticos (67,3%) e enfermeiros (65,7%). Em relação às variáveis sociodemográficas os resultados tiveram percentuais para avaliação negativa para todas as variáveis, com significância estatística, sendo elas: atuação no setor pediátrico, trabalho noturno, possuir outra formação, outro emprego e fazer horas extras.

Comparações de resultados com os cargos de apoio foram prejudicados pela dificuldade de se encontrar estudos com essa população. Entre os profissionais da saúde, foram identificados maiores pontuações médias na escala entre os enfermeiros, comparados com outros profissionais da saúde e da unidade (POLEY et al., 2011). No entanto, em Carney et al. (2010) as médias foram menores entre os enfermeiros, comparados a dos médicos ($p = 0,019$). Nordén-Hägg et al. (2010) identificaram baixas pontuações entre os profissionais das farmácias comunitárias e Shie et al. (2011) apontaram baixos resultados entre fisioterapeutas.

De acordo com Houtman, Jettinghoff e Cedillo (2007) as condições de trabalho estressantes estão vinculados a fatores como pressão no ritmo de trabalho, falta de controle sobre os processos de trabalho e participação na tomada de decisões, carência de apoio dos colegas e/ou supervisores, entre outros. Essas condições associadas às condições de renda e baixa qualidade de vida repercutem na saúde do trabalhador e no risco aumentado de acidentes.

Os demais itens do instrumento que correspondem às questões 33 a 36, não pertencem a nenhum domínio específico, mas, direcionam a avaliação dos profissionais quanto à colaboração de enfermeiros, médicos e farmacêuticos. Também avalia o tema falha na comunicação e sua relação com o atraso no atendimento. Em relação ao primeiro item, observou-se que 1314 (48,7%) dos trabalhadores concordaram que vivenciam boa colaboração com os enfermeiros na área. Esses resultados são inferiores aos achados de Lee et al (2010), que encontraram 71,7% e Carvalho (2011), 79,3%.

Aproximadamente um terço da população deste estudo (N=863; 32,0%) referiu vivenciar boa colaboração com os médicos. Carvalho (2011) e Lee et al. (2010) encontraram 67,4% e 60%, respectivamente. Em relação aos profissionais farmacêuticos, os resultados foram aproximados, porém menores, com os estudos de referência, os quais encontraram 891 (33%) dos profissionais que concordaram com o item. Lee et al. (2010) localizaram 52,4% e Carvalho (2011), 46,5%.

Esses resultados indicam que as relações interpessoais precisam ser melhoradas nas instituições. Há necessidade de buscar melhor integração entre os trabalhadores nos ambientes de trabalho, principalmente entre os profissionais do apoio, visto que os mesmos apresentaram percentuais mais baixos para os três itens avaliados (42,1%; 26,9%; 12,1%) respectivamente, comparados com os profissionais da saúde.

Em relação ao último item do SAQ, observou-se que 555 (20,6%) dos pesquisados concordaram são comuns falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento. Os achados de Lee et al. (2010), com a população chinesa, identificaram valores aproximados, com 18,4% e Carvalho (2011) identificou 9,7% dos respondentes que concordaram com a afirmativa.

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES

O Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), traduzido e validado para a língua portuguesa, foi o escolhido para avaliar as atitudes e percepções dos trabalhadores da área da saúde e do apoio, em relação à cultura de segurança, em sete instituições hospitalares da cidade de Santa Maria, Rio Grande d Sul, Brasil. Os resultados aqui apresentados permitem as seguintes conclusões:

- Perfil da população

Predominantemente do gênero feminino (N=1901; 72,6%); com idade entre 19 e 38 anos (N=1312; 50,9%); atuantes em áreas tanto adultas quanto pediátricas (N=1137; 43,8%) e em turnos mistos (N=1182; 45,1%); que não exerciam cargo de chefia (N= 2412; 91,9%); atuavam em contato com os pacientes (N=1854; 71,6%); não possuíam outro emprego (N=2097; 79,9%) e não faziam horas extras (N=1727; 66,2%).

- Consistência e aplicabilidade do SAQ

Evidenciou-se boa consistência interna do SAQ e seus domínios. O alfa de Cronbach foi de 0,90 na avaliação da categoria Geral (Saúde/Apoio). O mesmo ocorreu nas avaliações estratificadas dessas populações individualmente (Saúde e Apoio), em que o alfa foi 0,91 em ambas as avaliações.

Na avaliação individualizada, observou-se que as duas populações (Saúde e Apoio) apresentaram o mesmo padrão de resposta ao instrumento, pois, tanto no SAQ total, quanto por domínios, os valores do alfa de Cronbach e correlação item-total foram semelhantes.

O número de respostas "não se aplica" foi mais pronunciado nos itens 04, 06, 23, 31, 32, 34 e 35, e reduziu o número de questionários válidos em até 655 na categoria da saúde e em até 643 na categoria apoio. Quando essas duas categorias foram avaliadas conjuntamente, resultou em 1298 instrumentos perdidos. A segurança do paciente envolve os mais diversos profissionais que atuam nas instituições que prestam assistência à saúde. Assim sendo, essa informação sobre o número de perdas pelo item questionado não se aplicar à realidade do profissional investigado, é muito importante e sinaliza que, talvez fosse relevante fazer uma adaptação do instrumento para profissionais que não tenham contato direto com pacientes.

Dos seis domínios do SAQ, os domínios Satisfação no Trabalho e Clima de Trabalho em Equipe apresentaram a mediana maior ou igual a 75 pontos, sendo considerada avaliação positiva. Os demais domínios apresentaram avaliação negativa para a cultura de segurança, sendo que o domínio Percepção de Gerência do Hospital obteve o resultado mais baixo (mediana 60).

Ao serem analisados os domínios do SAQ com os profissionais da saúde e do SAQ com os de apoio, observou-se que há pouca desigualdade nas medidas do instrumento entre as duas categorias; embora, os profissionais do apoio tendem a escores mais baixos, quando comparados à categoria da saúde.

Quando analisada a categoria dos profissionais de apoio, identificou-se o cargo de chefia/diretores com resultados para avaliação positiva em todos os domínios, exceto no Clima de segurança. Em contrapartida, os profissionais vigilante/porteiros e de nutrição e dietética apresentaram baixos escores para todos os domínios, com exceção de Satisfação no trabalho. Não foram encontrados estudos de referência para comparação dos resultados encontrados nessa categoria, mas os achados indicam aos gestores especial atenção a essas classes de trabalhadores.

Na avaliação com os profissionais da saúde, observou-se que os dentistas tiveram altos escores para todos os domínios, exceto Percepção do Estresse. Os fisioterapeutas, também apresentaram percentuais positivos para os domínios, com exceção da Percepção da Gestão do Hospital e Percepção do Estresse, sugerindo que a autonomia desses profissionais em relação aos demais, pode ter relação com esses resultados. Os médicos e enfermeiros apresentaram altos escores para os domínios Clima de Trabalho em Equipe, Satisfação no Trabalho e Percepção do estresse e baixos escores nos demais. Esses resultados aproximam-se aos estudos analisados, com exceção dos profissionais fisioterapeutas.

Ao serem comparados os domínios entre as instituições, observou-se pouca variabilidade nos resultados, com tendência ao mesmo padrão de respostas. Embora os escores positivos para todos os domínios tenham se evidenciado em um único hospital, observaram-se bons resultados nos quesitos Clima de trabalho em equipe e Satisfação no trabalho, indicando que, por mais que existam dificuldades nos ambientes de trabalho, os profissionais manifestaram o gosto pelo que fazem, valorizaram os colegas e o setor em que trabalhavam. Destaca-se que os resultados obtidos no presente estudo não devem ser analisados isoladamente, mas sim, no contexto da instituição, como forma de balizar ações em áreas identificadas como vulneráveis pelos trabalhadores, na busca da qualidade da assistência e satisfação dos trabalhadores.

Ações voltadas para maior visibilidade do erro devem ser estimuladas em todas as áreas, visto que apenas um terço dos pesquisados consideraram que o erro é tratado de maneira adequada e que aprendem com os mesmos. Menos da metade dos profissionais conhecem os meios para encaminhar as questões relativas à ocorrência de eventos adversos. Assim, o estímulo aos registros e notificações dos eventos ocorridos, com a mudança de cultura frente ao erro, com o tratamento adequado de suas causas, facilita a identificação de falhas nos processos de trabalho e evita a recorrência de eventos adversos, que podem ser graves ou até mesmo fatais.

A cultura de segurança nos hospitais está em processo de desenvolvimento, com um amplo espaço para melhorias. A implantação dos núcleos de segurança norteará as instituições a direcionarem incentivos aos profissionais, quanto às questões de segurança do paciente. Metas programadas a pequeno, curto e longo prazo, bem como a inserção das equipes multiprofissionais nas ações relativas à segurança, devem ser incentivadas. Todos os profissionais devem apropriar-se das questões relativas à segurança, independente do cargo que ocupam ou o setor que trabalham. A mudança de cultura em relação à segurança deve partir da gestão e precisa ser difundida aos demais trabalhadores. O envolvimento da gestão nos processos de trabalho com incursões dos gestores às unidades, estímulo à capacitação, melhora da comunicação interna, reduz obstáculos e estimula os trabalhadores a buscarem melhorias nas suas práticas diárias, com foco na assistência ao paciente e na qualidade de vida dos próprios trabalhadores.

- Execução do estudo

O período de coleta de dados foi maior do que o pretendido, e se estendeu por sete meses. Deparou-se com dois períodos de férias entre as coletas, o que representou maior percentual de exclusões para algumas instituições. Ao mesmo tempo, teve-se dificuldade de inserção em determinados setores, principalmente unidades fechadas. No entanto, destaca-se a colaboração de gestores e chefias de serviços, que não mediram esforços para liberar seu pessoal para favorecer a coleta de dados, promovendo reuniões nos horários de trabalho.

Observou-se que o maior número de recusas e resistência dos participantes foi de uma instituição de ensino, pois haviam outras pesquisas em andamento, saturando o campo. Outras instituições, ao contrário, por terem menor fluxo de pesquisas dessa natureza, alguns profissionais se sentiram receosos quanto ao sigilo das informações fornecidas.

O período da coleta de dados também coincidiu com um período de mudança e insegurança para muitos profissionais. A coleta foi realizada no período em que acontecia

concurso público em um dos hospitais, com expressivo número de vagas. O mesmo desencadeou inquietação aos profissionais e aos gestores, podendo ter interferido nas respostas.

Foi encontrada dificuldade em confrontar dados coletados de alguns cargos, principalmente dos profissionais do serviço de higiene e limpeza, manutenção, lavanderia, nutrição e dietética, bem como vigilantes/porteiros. Poucos estudos desenvolveram a pesquisa com profissionais de apoio e quando realizado foram, na sua maioria, com gestores e auxiliares de unidades, sem discussão dos achados. Essa dificuldade limitou a discussão dos resultados da pesquisa nesse quesito. Sabe-se que essa população, embora ainda permaneça com pouca visibilidade, representa um papel significativo nas instituições, pois presta o cuidado indireto ao paciente e o apoio para as demais categorias. Outras pesquisas com essa população devem ser realizadas, como forma de sanar essas dificuldades, visto que os resultados encontrados foram significativos.

Os resultados encontrados serão disponibilizados às instituições.

- Limitações do estudo

Este estudo pode apresentar o viés da temporalidade, tendo em vista o delineamento adotado. Apesar da orientação ao participante do estudo com relação ao sigilo das informações e que a análise dos dados seria no coletivo das respostas, ainda assim pode haver viés de informação por receio de serem identificados.

O tamanho reduzido da letra, o preenchimento a lápis e o registro da data de nascimento ao invés da idade, gerou desconforto em alguns participantes, os quais ficaram relutantes com a perspectiva da quebra de sigilo da identidade e pela possibilidade do instrumento ser adulterado, se não fosse preenchido a caneta.

REFERÊNCIAS

AIKEN, L. H. et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **British Medical Journal**, London: v. 344, n. e1717, Mar. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3308724/>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

BAKER, D. P. et al. Assessing teamwork attitudes in healthcare: development of the TeamSTEEPS teamwork attitudes questionnaire. **Quality and Safety in Health Care**, London, v. 19, n. e49, 2010. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/19/6/e49.long>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

BARRETO, L. M. T. S. et al. Cultura organizacional e liderança: uma relação possível? **Revista de Administração**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 34-52, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-21072013000100004>. Acesso em: 07 nov. 2014.

BASS, B. M.; AVOLIO, B. J. Transformational leadership and organizational culture. **Public Administration Quarterly**, v. 117, n. 1, p. 112-21, 1993. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/40862298>>. Acesso em: 06 nov. 2014.

BASTOS, J. L. D; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-32, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/2806/7864>>. Acesso em: 28 jan. 2015.

BISQUERRA, R.; SARRIERA, J. C.; MARTÍNEZ, F. **Introdução à estatística**: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed, 2004. 256 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. **Terminologia básica em saúde** – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0111terminologia0.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **RDC n. 42/2010**. 2010. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/home/serviçosdesaude/...>>. Acesso em: 21 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **A Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde**. In: **Caderno de textos da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: ANVISA, 2001. p. 53-69. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo2_texto05.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília. 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf> Acesso em: 30 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Rede Sentinela**: estratégia para a vigilância de serviços e produtos de saúde pós- comercialização. 2011. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 22 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **RDC n. 63**, de 25 de novembro de 2011a. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3fcb208049af5f1e96aeb66dcbd9c63c/RDC+36+de+25_11_2011+Vers%C3%A3o+Publicada.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 05 ago. 2013.

BRASIL, Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2012. Seção 1, p. 59-62. Disponível em: <<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Jun/13/cns-resolucao-no-466-de-12-de-dezembro-de-2012>>. Acesso em: 21 set. 2013.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 2 abr. 2013. Seção 1, p. 43-44. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 05 ago. 2013.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística**: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2003. 253 p.

CAMERON, K. S.; QUINN, R. E. **Diagnosing and changing organizational culture**. São Francisco: Jossey-Bass, 2006.

CARNEY, B. T. et al. The effect of facility complexity on perceptions of safety climate in the operating room: size matters. **American Journal of Medical Quality**, Baltimore, v. 25, n. 6, p. 457-61, nov./dez. 2010. Disponível em: <<http://ajm.sagepub.com/content/25/6/457.long>>. Acesso em: 6 ago. 2013.

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil- Questionário de Atitudes de Segurança**. 2011. 158 f. Tese (Doutorado)- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <http://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=pt-BR&user=1Q7Yn2wAAAAJ&citation_for_view=1Q7Yn2wAAAAJ:3fE2CSJlrl8C>. Acesso em 02 out. 2013.

COLLA, J. B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 14, p. 364-366, Oct. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744072/pdf/v014p00364.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2013.

DEILKAS, 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, n. 191, p. 1-10, sept, 2008. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-191.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2013.

DEVRIENDT, E. et al. Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the Safety Attitudes Questionnaire: an observational study. **International journal of nursing studies**, Oxford, v. 49, n. 3, p. 327-37, Mar. 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748911003804>>. Acesso em: 6 ago. 2013.

DIAS, R. **Cultura organizacional: construção, consolidação e mudança**. Atlas, 2013. Disponível em: <<http://online.minhabiblioteca.com.br/books/9788522484485>> Acesso em: 07 nov. 2014.

ELFERING, A.; SEMMER, N.K.; GREBNER, S. Work stress and patient safety: observer-rated work stressors as predictors of characteristics of safety-related events reported by young nurses. **Ergonomics**, London, v. 49, n. 5-6, p. 457-69, 2006. Disponível em : <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16717004>. Acesso em: 22 mar. 2015.

ETCHEGARAY, J. M. et al. Error disclosure: a new domain for safety culture assessment. **BMJ quality & safety**, London, v. 21, n. 7, p. 594-9, Jul. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22562878>>. Acesso em: 29 nov. 2014.

EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS. Teamwork and high performance work organizations. Dublin, 2007. Disponível em: <<http://www.eurofound.europa.eu/ewco/reports/TN0507TR01/TN0507TR01.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2014.

FIELD, A. **Descobrendo a Estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 688 p.

FLEURY, M. T. L.; FISHER, R. M. **Cultura e poder nas organizações**. São Paulo. Atlas, 1989.

FLIN, R.; MEARNS, K.; O'CONNOR, P.; BRYDEN, R. Measuring safety climate: identifying the common features. **Safety Science**, New York, v. 34, p. 177-192, 2000. Disponível em: <<http://www.abdn.ac.uk/iprc/documents/Measuring%20Safety%20Climate...%20FLIN.MEARNNS.OCONNOR%20220205.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2013.

FLIN, R.; O'CONNOR, P.; CRICHTON, M. **Safety at the Sharp End**: a guide to non-technical skills. Ashgate Publishing Company, Burlington. 2008. 363 p.

FLIN, R. et al. Measuring safety climate in health care. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 15, n. 2, p. 109-115, Apr. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464831/pdf/109.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2013.

GALLEGO, B. 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**, Oxford, v. 24, n. 4, p. 311-20, Jun. 2012. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/24/4/311.full.pdf+html>>. Acesso em: 6 ago. 2013.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989. 240 p.

GHORPADE, J.; LACKRITZ, J.; SINGH, G. Personality as a moderator of the relationship between role conflict, role ambiguity, and burnout. **Journal Of Applied Social Psychology**, Washington, v. 41, n. 6, p. 1275-98, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1559-1816.2011.00763.x/abstract>>. Acesso em: 29 out. 2014.

GONZALEZ-ROMA, V. et al. The validity of collective climates. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, Leicester, n. 72, p. 25-40, mar. 1999. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joop.1999.72.issue-1/issuetoc>>. Acesso em: 05 out. 2013.

GÖRAS, C. et al. Swedish translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operating room version). **BMC Health Services Research**, London, v. 13, n. 104, p. 1-7, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/104>>. Acesso em: 08 jan. 2015.

HAIR, J. R. et al. **Análise multivariada de dados. 6 ed.** Porto Alegre: Bookman, 2009. 688 p.

HICKAM, D. H., et al. The Effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety. Evidence Report/Technology Assessment Number 74. (Prepared by Oregon Health & Science University under Contract No. 290-97-0018.) **AHRQ Publication No. 03-E031**. Rockville, M. D.: Agency for Healthcare Research and Quality, Apr. 2003. Disponível em: <<http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/work/work.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

HO, W. et al. Effects of job rotation and role stress among nurses on job satisfaction and organizational commitment. **BMC Health Services Research**, London, v. 9, n. 8, p. 1-10, 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/8>>. Acesso em: 29 out. 2014.

HOFFMANN, B. et al. The Frankfurt Patient Safety Climate Questionnaire for General Practices (FraSiK): analysis of psychometric properties. **BMJ quality & safety**, London, v. 20, n. 9, p. 797-805, Set. 2011. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/20/9/797.full.pdf+html>>. Acesso em: 20 set 2013.

HOUTMAN, I.; JETTINGHOFF, K.; CEDILLO, L. Raising awareness of stress at work in developing countries: a modern hazard in a traditional working environment. **World Health Organization**, Geneva; 2007. 44 p. (Protecting Workers' Health Series N. 6). Disponível em: <http://www.who.int/occupational_health/publications/raisingawarenessofstress.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2014.

HUANG, D. T. et al. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. **Critical Care Medicine**, Philadelphia, v. 35, n. 1, p. 165-76, Jan 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17110876>>. Acesso em: 6 ago. 2013.

INSTITUTE OF MEDICINE (Org.). **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington, DC: National Academy Press; 2001. Disponível em: <<http://www.iom.edu/Reports/2001/Crossing-the-Quality-Chasm-A-New-Health-System-for-the-21st-Century.aspx>>. Acesso em: 10 set. 2013.

INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY (IAEA). **The Chernobyl accident: updating of INSAG-1- INSAG- 7- A report by the International Nuclear Safety Advisory**

Group. International Atomic Energy Agency. Viena, 1992, p. 184. Disponível em: <http://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/Pub913e_web.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

JC. The Joint Commission. **International Patient Safety Goals**. 2007. Disponível em: <http://www.joincommissioninternational_acreditationstandardsforhospitals.org>. Acesso em: 14 out. 2012.

JC. The Joint Commission. **WHO Collaborating Center for Patient Safety Solutions**. 2008. Disponível em: <<http://www.ccfpatientsafety.org>>. Acesso em: 14 out. 2012.

KALISCH, B. J.; LEE, H.; ROCHMAN, M. Nursing staff teamwork and job satisfaction. **Journal Of Nursing Management**, Oxford, v. 18, n. 8, p. 938-47, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21073567>>. Acesso em: 25 out. 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. 572-7, Dec 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20671082>> Acesso em: 29 dez. 2014.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Ed.). **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: National Academy Press; 1999. Disponível em: <<http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>>. Acesso em: 18 set. 2013.

KURCGANT, P. et al. **Gerenciamento em Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 196 p.

KURCGANT, P.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Cultura e Poder nas Organizações de Saúde. In: KURCGANT, P. et al. **Gerenciamento em Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 23-34 p.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.

LEE, W. C. et al. Hospital safety culture in Taiwan: A nationwide survey using chinese version safety attitude questionnaire. **BMC Health Services Research**, London, v. 10, n. 234, p. 1-8, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2924859/pdf/1472-6963-10-234.pdf>>. Acesso em: 6 ago. 2013.

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

LOCKE, E. A. What is job satisfaction? **Organizational Behavior And Human Performance**, New York, v. 4, n. 4, p. 309-36, Nov. 1969. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0030507369900130#>>. Acesso em: 20 out. 2014.

LOCKE, E. A. Job satisfaction and job performance: a theoretical analysis. **Organizational Behavior And Human Performance**, New York, v. 5, n. 5, p. 484-500, Sept. 1970. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/003050737090036X>>. Acesso em: 30 jan. 2015.

LYU, H. et al. Patient satisfaction as a possible indicator of quality surgical care. **JAMA Surgery**, Chicago, v. 148, n. 4, p. 362-367, 2013. Disponível em: <<http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1679648#COMMENT>>. Acesso em: 02 dez. 2014.

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 (Spec): [09 telas], jan./fev. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700019>>. Acesso em: 28 out. 2014.

MAGALHÃES, A. M. M.; RIBOLDI, C. O.; DALL'AGNOL, C. M. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 608-12, jul./ago. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/20.pdf>. Acesso em: 25 out. 2014.

MAGNAGO, T. S. B. S. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 429-35, mai./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000300019&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 24 nov. 2014.

MARINHO, M. S. C. Abordagens teóricas à satisfação no trabalho: um balanço crítico. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 41-7, out./nov. 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-75901988000400005&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 out. 2014.

MARQUEZE, E. C.; MORENO, C. R. C. Satisfação no trabalho – uma breve revisão. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 30, n. 112, p. 69-79, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v30n112/07.pdf>>. Acesso em: 18/10/2014.

MINGOTI, S. A. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada**: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: EdUFMG, 2005. 295 p.

NELSON, R. **Cultura Organizacional - Vencendo o Dragão da Resistência**. Rio de Janeiro: Ed. Imagem, 1996. 144 p.

NEWSTRON, J. W. **Comportamento organizacional [recurso eletrônico]: o comportamento humano no trabalho**. Tradução: SANTOS, I. P. F. Revisão técnica: AQUINO, C.T.E. 12. ed. Porto Alegre: McGraw- Hill, 2011. 504 p.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. S. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 12, Suppl 2, p. ii17-23, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765782/pdf/v012p0ii17.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2013.

NIGHTINGALE, F. **Notes on Hospitals**. 3. ed. London: Longman, Green, Longman, Roberts, and Green, 1863.

NORDÉN-HÄGG, A. et al. Assessing Safety Culture in 85 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, n. 8. 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6904-10-8.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2013.

NUNES, C. M. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 252-57, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a04.htm>. Acesso em: 18 out. 2014.

PARRY, G.; HOROWITZ, L.; GOLDMANN, D. Patient safety attitudes of pediatric trainee physicians. **Quality & safety in health care**, London, v. 18, n. 6, p. 462-6, 2009. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/18/6/462.full.pdf+html>>. Acesso em: 6 ago. 2013.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 3. reimp., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 576 p.

PIKO, B. F. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v.43, p. 311-18, Mar. 2006. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15964005>>. Acesso em: 29 out. 2014.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo. Annablume, 1998. 254 p.

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

<<http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n1/v40n1a05.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2013.

POLEY, M.J. et al. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: An evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. **Pediatric Critical care medicine**, Baltimore, v. 12, n. 6, p. 310-16, Nov. 2011. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21572367>>. Acesso em: 6 ago. 2013.

PRETO, V. A.; PEDRÃO, L. J. O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 841-8, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a15v43n4.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2014.

PROFIT, J. et al. Neonatal intensive care unit safety culture varies widely. **Archives of disease in childhood-fetal and neonatal edition**, London, v. 97, n. 2, p. 120-26, 2012.

Disponível em: <<http://fn-bmj-com.ez47.periodicos.capes.gov.br/content/97/2/F120.full.pdf+html>>. Acesso em: 6 ago. 2013.

R DEVELOPMENT CORE TEAM. **R: a language and environment for statistical computing**. Vianna, R Foundation for Statistical Computing, 2013.

RAFTOPOULOS, V.; SAVVA, N.; PAPADOPOULOU, M. Safety culture in the maternity units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire. **BMC Health Services Research**, London, v. 11, n. 238, p. 1-10, 2011. Disponível em:

<<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/238>>. Acesso em: 28 out. 2014.

REASON, J. Human error: models and management. **British Medical Journal**, London, v. 320, n. 7237, p. 768-70, mar. 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>>. Acesso em: 04 set. 2013.

REBRAENSP. Acordos Básicos de Cooperação na Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. São Paulo, SP: Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, 2009. 4 f. Digitado.

ROCHA, M. C. P.; MARTINO, M. M. F. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 208-6, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/40537/43644>>. Acesso em: 03 nov. 2014.

ROSSETTI, A. C.; GAIDZINSK, R. R.; FUGULIN, F. M. T. Carga de trabalho de enfermagem em pronto-socorro geral: proposta metodológica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. Spec, jan./fev. 2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_28.pdf>. Acesso em: 25 out. 2014.

SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. 3 ed. San Francisco (USA): Jossey-Bass. 2004; p. 437. Disponível em: <http://www.untag-smd.ac.id/files/Perpustakaan_Digital_2/ORGANIZATIONAL%20CULTURE%20Organizational%20Culture%20and%20Leadership,%203rd%20Edition.pdf>. Acesso em: 23 set. 2013.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, London, v. 6, n. 44, p. 1-10, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/pdf/1472-6963-6-44.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2013.

SEXTON, J. B., THOMAS, E. J., GRILLO, S. P. The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) Guidelines for Administration. The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice. **Technical Report**. 2003.

SHIE, H. G., et al. Patient safety attitudes among respiratory therapists in Taiwan. **Respiratory care**, Irving, v. 56, n. 12, p. 1924-9, Dec. 2011. Disponível em: <<http://rc.rcjournal.com/content/56/12/1924.full.pdf+html>>. Acesso em: 6 ago. 2013.

SIQUEIRA, V. T. A.; KURCGANT, P. Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 151-7, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100021>. Acesso em: 15 out. 2014.

SPEROFF, T. et al. Organizational culture: Variation across hospitals and connection to patient safety climate. **Quality and Safety in Health Care**, London, v. 19, n. 6, p. 592- 96, 2010. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/19/6/592.full?sid=bf194f1d-c9eb-483c-8718-e77953d862e1>>. Acesso em: 10 out. 2013.

SCHWENDIMANN, R. et al. Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. **BMJ Quality Safety**, London, v. 22, n. 1, p. 32-41, 2013. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com.ez47.periodicos.capes.gov.br/content/22/1/32.full>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Tradução: BERQUÓ, L. S. Porto Alegre: Artmed. 2010. 320 p.

WHO. World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety: forward programme**. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf>. 2004. Acesso em: 21 out 2012.

WEAVER, S. J. et al. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. **Annals Of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 158, p. 369-64, 2013. Disponível em: <<http://annals.org/article.aspx?articleid=1656428>>. Acesso em: 16 out. 2014.

WEINER, B. J.; HOBGOOD, C.; LEWIS, M. A. The meaning of justice in safety incident reporting. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 66, n. 2, p. 403-13, 2008. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953607004558#>>. Acesso em: 16 nov. 2014.

ZIMMERMANN, N. 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, n. 347, p. 1-11, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/347>>. Acesso em: 02 jan. 2015.

ZAMBON, L. S. **Riscos e eventos adversos: uma realidade alarmante**. Medicina Net. 2009. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/biblioteca/901/introducao_primum_non_nocere.htm>. Acesso em: 02 ago. 2013.

ZOHAR, D.; LURIA, G. The Use of Supervisory Practices as Leverage to Improve Safety Behavior: A Cross-level Intervention Model. **Journal of Safety Research**. Canada, v. 34, n. 5, p. 567-77, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14733991>>. Acesso em: 21 set. 2013.

ANEXOS

Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÕES E ATITUDES DOS TRABALHADORES NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES DE SANTA MARIA

Pesquisador: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25325813.5.0000.5348

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 494.080

Data da Relatoria: 10/12/2013

Apresentação do Projeto:

Este é um estudo transversal que visa analisar as atitudes e percepções dos profissionais que atuam direta ou indiretamente no cuidado ao paciente quanto a segurança do paciente e cultura de segurança, nas instituições hospitalares vinculados à REBRAENSP-Núcleo Santa Maria, acerca da cultura de segurança. A população em estudo consiste de 4.940 profissionais que atuam direta e indiretamente na assistência ao paciente nas instituições hospitalares de Santa Maria. Os autores pretendem incluir pelo menos 358 profissionais, para que se tenha uma amostra representativa da população de estudo. A coleta de dados será realizada no período de março a julho de 2014, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM). Utilizar-se-á um questionário com dados sócio-demográficos, laborais e a versão brasileira do Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), que aborda itens relacionados ao clima de trabalho em equipe; satisfação no trabalho; percepção da gestão; condições de trabalho e reconhecimento do estresse. A organização dos dados será realizada no programa Epiinfo 6.04@, com dupla digitação independente. Após a correção de erros e inconsistências, a análise dos dados será realizada no programa PASW Statistic® (Predictive Analytics Software, SPSS Inc., Chicago - USA) versão 18.0 para o Windows. A análise da consistência interna do instrumento será por meio do Alfa de Cronbach. A análise fatorial será efetuada por meio do método Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). A distribuição de

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICES

Apêndice A – Distribuição dos profissionais da saúde. Santa Maria, RS, Brasil, 2014

Cargos dos Profissionais da Saúde	N	%
Assistente Social	4	0,2
Atendente, auxiliar e técnico de enfermagem	1102	60,4
Auxiliar, atendente, balconista, armazenista e técnico de farmácia	62	3,5
Auxiliar de dentista	2	0,1
Auxiliar de saúde	13	0,7
Bióloga	1	0,1
Dentista	6	0,3
Enfermeiro	339	18,6
Farmacêutico	52	2,8
Físico-médico	3	0,2
Fisioterapeuta	11	0,6
Instrumentador	3	0,2
Médico	113	6,2
Nutricionista	21	1,2
Psicólogo	7	0,4
Técnico e assistente de laboratório	46	2,5
Técnico de radiologia	38	2,0
Técnico em segurança do trabalho	5	0,3
Total	1827	100,0
Item Cargo não preenchido (Missing)	3	
Total	1830	

Apêndice B – Distribuição dos profissionais do serviço de apoio. Santa Maria, RS, Brasil, 2014.

Cargos dos Profissionais de Apoio	N	%
Administrativo, secretário executivo	328	41,0
Administrador	3	0,4
Advogado	1	0,1
Aprovisionador	1	0,1
Arquivista, auxiliar de arquivo	4	0,5
Auxiliar e armazenista de cozinha e nutrição	23	2,9
Auxiliar e assistente administrativo	11	1,4
Atendente	3	0,4
Chefia, diretor, supervisor, gerente	10	1,3
Contador	1	0,1
Costureiro	10	1,3
Cozinheiro, copeiro, atendente de lancheria	92	11,5
Economista	2	0,3
Engenheiro	2	0,3
Gerente de suprimento, logística, faturamento, comprador	3	0,4
Motorista	29	3,6
Operador de caldeira	5	0,6
Pedreiro	2	0,3
Pintor	2	0,3
Policia militar	2	0,3
Serviço de higiene e limpeza	174	21,8
Serviço de manutenção	34	4,3
técnico de informática, analista de sistemas	12	1,5
Técnico e auxiliar de contabilidade	5	0,6
Telefonista	11	1,4
Vigilante, porteiro	29	3,6
Total	800	100,0
Item Cargo não preenchido (Missing)	4	
Total	804	

Apêndice C – Relato de Experiência apresentado na V Semana Científica do HUSM e II Jornada de Pesquisa do HUSM

A IMPORTÂNCIA DAS FASES DE COLETA E DIGITAÇÃO DE DADOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

LANES, Taís Carpes²

BRESOLIN, Julia Zancan³

ONGARO, Juliana Dal⁴

BARATTO, Mari Angela Meneghetti⁵

MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza⁶

¹ Relato de experiência extraído do projeto de dissertação de mestrado: Cultura de segurança do paciente: percepções e atitudes dos trabalhadores nas instituições hospitalares de Santa Maria. Área de concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Com orientação da Prof.^a Dra. Enf.^a Tânia Solange Bosi de Souza Magnago.

² Graduanda do Curso de Enfermagem do CCS/UFSM. Bolsista de iniciação científica PROIC-HUSM. taislanes_rock@hotmail.com.

³ Graduanda do Curso de Enfermagem do CCS/UFSM. Bolsista de iniciação científica PROIC-HUSM.

⁴ Graduanda do Curso de Enfermagem do CCS/UFSM. Bolsista de iniciação científica Fipe Jr./UFSM.

⁵ Mestranda do PPGEnf da UFSM. Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria/EBSERH.

⁶ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem CCS/UFSM.

INTRODUÇÃO: A pesquisa pode ser entendida como um princípio científico e também educativo. Está vinculada à formação acadêmica e faz parte do processo emancipatório, na qual se constrói um sujeito crítico e participante. A pesquisa não é somente produzir conhecimento, mas, é aprender construindo (DEMO, 2006). **JUSTIFICATIVA:** A coleta e digitação dos dados são uma das mais importantes etapas do processo da pesquisa. Proporcionam a oportunidade de inserção nos campos de trabalho e interação com os sujeitos pesquisados e com os dados coletados. Permitem vivenciar as dificuldades e facilidades da coleta, além de possibilitar participação na construção do banco de dados. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de coleta de dados e digitação dos instrumentos coletados. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência da coleta e digitação de dados realizada em sete hospitais de uma cidade da região central do Rio Grande do Sul, de fevereiro a de agosto de 2014. Foram convidados a participar do estudo todos os profissionais de saúde e de apoio, vinculados às instituições, com mais de um mês de trabalho. A coleta de dados envolveu 13 acadêmicos de graduação e pós-graduação e quatro membros do grupo de pesquisa. A digitação foi realizada por quatro acadêmicos. O instrumento de pesquisa utilizado foi o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), validado por Carvalho (2012). O projeto

foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE n. 25325613.5.0000.5346.

RESULTADOS: Os coletadores foram capacitados pela coordenadora do projeto, por meio da leitura e preenchimento do questionário e após, foram a campo, conforme cronograma, acompanhados da mestrandia, autora do projeto. Como pontos frágeis da coleta, destacaram-se: preenchimento do questionário em ambiente conturbado, que resultou em constantes interrupções e deixou os profissionais estressados; recusas justificadas pela escassez de tempo ou pelo acentuado número de pesquisas no setor; a não revisão imediata dos instrumentos e a permissão de entrega posterior resultaram em perdas e falhas de preenchimento. Buscou-se sanar essas fragilidades a medida que foram identificadas. Como pontos positivos destacaram-se: presença do coletador, para sanar dúvidas durante o preenchimento do questionário, e a revisão simultânea, com a permissão dos profissionais, repercutiu na redução de perdas de instrumentos e trouxe maior qualidade à pesquisa. A apresentação inicial aos gestores e esclarecimentos às chefias, facilitou a inserção com os demais profissionais. A disponibilização das escalas de serviço permitiu o controle da coleta diária e por setores, além do envolvimento das chefias, com agendamento prévio da coleta, em local determinado. Em relação à digitação dos dados, a dupla digitação evidenciou-se como um importante controle de qualidade da pesquisa. Dos 2723 questionários digitados, em 455 foi necessária a conferência da digitação. **CONCLUSÃO:** A participação nessas fases da pesquisa proporcionou conhecer as principais instituições de saúde do município e a interação com os trabalhadores. Possibilitou identificar as diferentes realidades de trabalho, as características de gestão e o clima de trabalho dos profissionais envolvidos. Mesmo sendo uma tarefa árdua, que exigiu tempo e esforço do grupo, foi recompensador por possibilitar a aproximação dos acadêmicos com o campo real da pesquisa.

DESCRITORES: enfermagem, estudantes de enfermagem; coleta de dados.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. B. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Rev Latinoam Enferm*, v. 3, n. 20, p. 575-82, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/a20v20n3.pdf>. Acesso em: 18 maio 2013.

DEMO, Pedro. *Pesquisa: princípio científico e educativo*. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Pesquisador responsável: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago¹

Pesquisador Mestrando: Mari Angela Meneghetti Baratto

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ Enfermagem

Telefone para contato: 55 3263 2069

Local da coleta de dados: Hospitais que pertencem a REBRAENSP Núcleo Santa Maria

Eu _____ informo que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção que aceito participar da pesquisa “Cultura da segurança do paciente: percepções e atitudes dos trabalhadores nas instituições hospitalares de Santa Maria” de autoria de Mari Angela Meneghetti Baratto que tem como **objetivo geral “Analisar as atitudes e percepções dos profissionais que atuam direta ou indiretamente no cuidado ao paciente nas instituições hospitalares de Santa Maria, acerca da cultura de segurança”**. A **justificativa** para a realização desta pesquisa, dá-se pelo fato de que este estudo trará contribuições aos pacientes e profissionais, permitindo que por meio da identificação das áreas fragilizadas, em relação à segurança do paciente e cultura de segurança, possam ser planejadas estratégias que reduzam a ocorrência de incidentes com pacientes que utilizam as instituições de saúde. Esta pesquisa não envolve nenhum tipo de **benefício** direto (financeiro) ao informante, exceto a possibilidade de melhoria na assistência. Ressalta-se que a sua participação nesta pesquisa poderá resultar em **risco mínimo**, como desconforto e insegurança ao responder as questões. Caso ocorra, você poderá interromper a participação e optar por retomá-la em outro momento ou desistir, sem que haja prejuízo ou penalização a sua pessoa.

A **coleta de dados** será por meio de um questionário, preenchido pelo profissional participante da pesquisa, após serem apresentadas informações gerais sobre o estudo, como responder o instrumento e o tempo médio de preenchimento da escala. As questões abordadas serão sobre satisfação no trabalho, reconhecimento do estresse, comprometimento organizacional, relacionamento interpessoal, percepções das ações da gerência e qualidade do ambiente de trabalho. Estas **informações serão agrupadas com outras fornecidas por outros profissionais, desta e outras instituições que participarão do estudo, de modo que não será identificado**. Os resultados serão utilizados nesta pesquisa e farão parte de um banco de dados. Todos os dados coletados, depois de organizados e analisados pelos pesquisadores, poderão ser divulgados e publicados, ficando estes (os pesquisadores) comprometidos em apresentarem o relatório final nesta instituição, para que possamos, efetivamente, conhecer a nossa realidade.

A sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Fui igualmente informado de que tenho assegurado o direito de: receber resposta a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca de assuntos referentes ao

desenvolvimento desta pesquisa; a qualquer momento, retirar meu consentimento, e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália; não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa; os pesquisadores desta investigação se comprometem a seguir o que consta na Resolução nº 466/12 sobre pesquisas em seres humanos²; minha participação é isenta de despesas e minha assinatura representa o aceite em participar voluntariamente do estudo.

Concordo que os dados formem um banco de dados () Sim () Não

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, concordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do informante e N° do RG

Profª Drª Tânia SBS Magnago
Nome e assinatura do pesquisador⁷

¹ Endereço do pesquisador responsável: Avenida Roraima, 1000, prédio 26/CCS, Bairro Camobi, Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220 8263, E-mail do Pesquisador Principal tmagnago@terra.com.br

² Contato do Comitê de Ética em Pesquisa: (55) 32209362, Endereço: Av. Roraima, 1000 - P. Reitoria 7º andar, 702. <http://conselho.saude.gov.br> ou www.ufsm.br/cep

Apêndice E – Versão Adaptada do Questionário Atitudes de Segurança (SAQ)

Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado																																																																																																																																																																																																																																																																								
INFORMAÇÕES			Data (dia/mês/ano): ____/____/____																																																																																																																																																																																																																																																																					
Setor/Área de atuação: _____																																																																																																																																																																																																																																																																								
Cargo: (marque somente um)																																																																																																																																																																																																																																																																								
<input type="radio"/> Assistente social	<input type="radio"/> Odontólogo	<input type="radio"/> Técnico de Radiologia																																																																																																																																																																																																																																																																						
<input type="radio"/> Enfermeiro	<input type="radio"/> Psicólogo	<input type="radio"/> Cozinheiro/copeiro																																																																																																																																																																																																																																																																						
<input type="radio"/> Farmacêutico	<input type="radio"/> Administrativo (aux.escritório/ secretária/recepcionista/almoxarife)	<input type="radio"/> Motorista																																																																																																																																																																																																																																																																						
<input type="radio"/> Fisioterapeuta	<input type="radio"/> Aux. de enfermagem / Téc. de enfermagem	<input type="radio"/> Serviço de higiene e limpeza/lavanderia																																																																																																																																																																																																																																																																						
<input type="radio"/> Fonoaudiólogo	<input type="radio"/> Técnico de Farmácia	<input type="radio"/> Serviço de Manutenção																																																																																																																																																																																																																																																																						
<input type="radio"/> Médico da equipe responsável	<input type="radio"/> Técnico de Laboratório	<input type="radio"/> Vigilante/porteiro																																																																																																																																																																																																																																																																						
<input type="radio"/> Médico residente		<input type="radio"/> Outro: _____																																																																																																																																																																																																																																																																						
<input type="radio"/> Nutricionista																																																																																																																																																																																																																																																																								
Gênero: <input type="radio"/> masculino <input type="radio"/> feminino		Data de Nascimento: ____/____/____	Atuação principal: <input type="radio"/> adulto <input type="radio"/> pediatria <input type="radio"/> ambos																																																																																																																																																																																																																																																																					
Tempo na setor/área (mês/ano): ____/____		Possui outra formação que não a exigida pelo cargo? <input type="radio"/> não <input type="radio"/> sim -----> Qual: _____																																																																																																																																																																																																																																																																						
Exerce algum cargo de chefia? <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não		Tempo de atuação na Instituição ____ (meses) / ____ (anos)																																																																																																																																																																																																																																																																						
Trabalha em contato direto com o paciente? <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não		Turno do trabalho: <input type="radio"/> diurno <input type="radio"/> noturno <input type="radio"/> misto																																																																																																																																																																																																																																																																						
Possui outro emprego? <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não		Faz horas extras? <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não																																																																																																																																																																																																																																																																						
<p>Por favor, responda os itens seguintes relativos às suas experiências no setor/área de atuação. Selecione suas respostas usando a escala abaixo:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>A</th> <th>B</th> <th>C</th> <th>D</th> <th>E</th> <th>X</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Discordo totalmente</td> <td>Discordo em parte</td> <td>Neutro</td> <td>Concordo em parte</td> <td>Concordo totalmente</td> <td>Não se aplica</td> </tr> </tbody> </table>						A	B	C	D	E	X	Discordo totalmente	Discordo em parte	Neutro	Concordo em parte	Concordo totalmente	Não se aplica																																																																																																																																																																																																																																																							
A	B	C	D	E	X																																																																																																																																																																																																																																																																			
Discordo totalmente	Discordo em parte	Neutro	Concordo em parte	Concordo totalmente	Não se aplica																																																																																																																																																																																																																																																																			
<p>QUESTIONÁRIO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>A</th> <th>B</th> <th>C</th> <th>D</th> <th>E</th> <th>X</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. A contribuição do (a) enfermeiro (a) é bem recebida nesta área</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área.</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente.</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração.</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>15. Eu gosto do meu trabalho</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>17. Este é um bom lugar para trabalhar.</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área.</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>19. O moral nesta área é alto.</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a).</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorespiratória, convulsões).</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>24. A administração apóia meus esforços diários:</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente:</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>26. A administração está fazendo um bom trabalho:</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa:</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a):</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>							A	B	C	D	E	X	1. A contribuição do (a) enfermeiro (a) é bem recebida nesta área	<input type="radio"/>	2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.	<input type="radio"/>	3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	<input type="radio"/>	4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	<input type="radio"/>	5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.	<input type="radio"/>	6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	<input type="radio"/>	7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.	<input type="radio"/>	8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área.	<input type="radio"/>	9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.	<input type="radio"/>	10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.	<input type="radio"/>	11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros	<input type="radio"/>	12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente.	<input type="radio"/>	13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	<input type="radio"/>	14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração.	<input type="radio"/>	15. Eu gosto do meu trabalho	<input type="radio"/>	16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	<input type="radio"/>	17. Este é um bom lugar para trabalhar.	<input type="radio"/>	18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	<input type="radio"/>	19. O moral nesta área é alto.	<input type="radio"/>	20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	<input type="radio"/>	21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a).	<input type="radio"/>	22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	<input type="radio"/>	23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorespiratória, convulsões).	<input type="radio"/>	24. A administração apóia meus esforços diários:	<input type="radio"/>	25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente:	<input type="radio"/>	26. A administração está fazendo um bom trabalho:	<input type="radio"/>	27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa:	<input type="radio"/>	28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a):	<input type="radio"/>	29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes	<input type="radio"/>	30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.	<input type="radio"/>	31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	<input type="radio"/>	32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados	<input type="radio"/>	33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área	<input type="radio"/>	34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área	<input type="radio"/>	35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área	<input type="radio"/>	36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																				
	A	B	C	D	E	X																																																																																																																																																																																																																																																																		
1. A contribuição do (a) enfermeiro (a) é bem recebida nesta área	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
15. Eu gosto do meu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
17. Este é um bom lugar para trabalhar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
19. O moral nesta área é alto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorespiratória, convulsões).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
24. A administração apóia meus esforços diários:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
26. A administração está fazendo um bom trabalho:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																		
Você já havia preenchido este instrumento anteriormente? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe																																																																																																																																																																																																																																																																								
Obrigado por responder este instrumento. seu tempo e sua participação são muito importantes.																																																																																																																																																																																																																																																																								

Apêndice F – Termo de Confidencialidade e privacidade dos dados

Título do projeto: “Cultura da segurança do paciente: percepções e atitudes dos trabalhadores nas instituições hospitalares de Santa Maria”

Pesquisador responsável: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Pesquisador mestrando: Mari Angela Meneghetti Baratto

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ PPG em Enfermagem

Telefone para contato: (55)32632069

Local da coleta de dados: Hospitais de Santa Maria vinculados à REBRAENSP Núcleo Santa Maria.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos profissionais cujos dados serão coletados por meio de preenchimento de um questionário, com o objetivo de conhecer as atitudes e percepções dos profissionais que atuam direta ou indiretamente no cuidado ao paciente nas instituições hospitalares vinculados à REBRAENSP núcleo Santa Maria, acerca da cultura de segurança. Salientam que estas informações serão utilizadas nesta pesquisa e poderão compor um banco de dados para o Grupo de Pesquisa “Trabalho Saúde e Educação em enfermagem”, Linha de pesquisa “Saúde, Segurança e Meio Ambiente”. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Prof^a Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, na sala 1339, do prédio 26, do Departamento de Enfermagem/CCS/UFSM. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 13 de dezembro de 2013, com o número do CAAE 25325613.5.0000.5346.

Santa Maria, 20 de dezembro de 2013.

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago
Pesquisadora responsável/orientadora

Apêndice G – Convite e solicitação de autorização para desenvolvimento da pesquisa**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****CONVITE**

Santa Maria, 30 de outubro de 2013.

Temos a satisfação de convidá-los para participarem do projeto de pesquisa “Cultura da segurança do paciente: percepções e atitudes dos trabalhadores nas instituições hospitalares de Santa Maria”, com o objetivo de conhecer as atitudes e percepções dos profissionais que atuam direta ou indiretamente no cuidado ao paciente, acerca dos domínios da cultura de segurança. Este projeto está vinculado ao Grupo de pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem” do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – mestrado, da Universidade Federal de Santa Maria. Esta pesquisa será realizada em todos os hospitais que possuem integrantes na Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – Núcleo Santa Maria. Será aplicado o questionário "*Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*" que é utilizado internacionalmente para avaliar o clima de segurança do paciente. A população da pesquisa serão os profissionais de diversas áreas atuantes nas instituições hospitalares da cidade de Santa Maria.

Certas de sua adesão ao projeto, agradecemos antecipadamente.

Prof.^a Dr.^a Tânia Solange Bosi de Souza Magnago
Coordenadora do Projeto

Mari Angela Meneghetti Baratto
Enf.^a Mestranda em Enfermagem PPGEnf/UFSM



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Santa Maria, 30 de outubro de 2013

Vimos por meio deste, solicitar a autorização desta instituição para aplicação do instrumento "*Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*" que faz parte do **projeto de pesquisa "Cultura da segurança do paciente: percepções e atitudes dos trabalhadores nas instituições hospitalares de Santa Maria"**, com o objetivo de conhecer as atitudes e percepções dos profissionais que atuam direta ou indiretamente no cuidado ao paciente, acerca dos domínios da cultura de segurança do paciente. Este projeto vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – mestrado, da Universidade Federal de Santa Maria. O SAQ foi traduzido e validado para a língua portuguesa e é utilizado internacionalmente para avaliar o clima de segurança do paciente. A população da pesquisa serão os profissionais de diversas áreas atuantes nas instituições hospitalares da cidade de Santa Maria.

Salienta-se que a instituição em nenhum momento terá seu nome divulgado, exceto que a mesma manifeste interesse contrário por escrito. Será confeccionado um relatório de pesquisa e entregue à instituição participante. Também esclarecemos que não haverá custos financeiros à instituição, que a participação da instituição e dos trabalhadores é voluntária e que será resguardado o caráter ético e o sigilo perante os entrevistados. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) será entregue aos profissionais que aceitarem participar da pesquisa. A coleta de dados somente será iniciada após aprovação da instituição e do Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM.

Sem mais, agradeço antecipadamente,

Prof^a Dr^a Tânia Solange Bosi de Souza Magnago
Coordenadora do Projeto

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Instituição:.....

Autorizo a coleta de dados referente à pesquisa acima mencionada. Sendo que,

() autorizo a publicação do nome da empresa.

() Não autorizo a publicação do nome da empresa.

Assinatura e carimbo

Apêndice H – Frequência de respostas aos itens do SAQ. Santa Maria, RS, Brasil, 2014.

Questão do SAQ	Opções de resposta														Total válido	
	1		2		3		4		5		0		9		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
A contribuição do (a) enfermeiro (a) é bem recebida nesta área	44	1,6	108	4,0	138	5,1	647	24,0	1539	57,1	220	8,2	1	0,0	2476	91,8
Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	660	24,5	425	15,8	271	10,0	620	23,0	383	14,2	-	-	-	-	2359	87,5
Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	116	4,3	271	10,0	271	10,0	837	31,0	1034	38,3	168	6,2	-	-	2529	93,8
Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	53	2,0	145	5,4	182	6,7	670	24,8	1158	42,9	489	18,1	-	-	2208	81,9
É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.	74	2,7	157	5,8	176	6,5	662	24,5	1524	56,5	103	3,8	1	0,0	2593	96,1
Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	161	6,0	346	12,8	232	8,6	917	34,0	732	27,1	309	11,5	-	-	2388	88,5
Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.	156	5,8	238	8,8	230	8,5	798	29,6	1216	45,1	59	2,2	-	-	2638	97,8
Erros são tratados de modo apropriado nesta área.	163	6,0	300	11,1	316	11,7	867	32,1	977	36,2	70	2,6	4	0,1	2623	97,3
Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.	74	2,7	165	6,1	259	9,6	739	27,4	1192	44,2	265	9,8	3	0,1	2429	90,1
Eu recebo retorno apropriado sobre meu empenho.	333	12,3	379	14,1	293	10,9	905	33,6	730	27,1	54	2,0	3	0,1	2640	97,9

Apêndice H – Frequência de respostas aos itens do SAQ. Santa Maria, RS, Brasil, 2014.

Questão do SAQ	Opções de resposta														Total válido	
	1		2		3		4		5		0		9		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Nesta área, é difícil discutir sobre erros.	527	19,5	503	18,7	338	12,5	854	31,7	406	15,1	-	-	-	-	2628	97,4
Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente.	101	3,7	196	7,3	305	11,3	677	25,1	1147	42,5	270	10,0	1	0,0	2426	90,0
A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	188	7,0	290	10,8	454	16,8	775	28,7	865	32,1	121	4,5	4	0,1	2572	95,4
Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu expressasse à administração.	314	11,6	387	14,3	644	23,9	687	25,5	481	17,8	179	6,6	5	0,2	2513	93,2
Eu gosto do meu trabalho.	23	0,9	34	1,3	60	2,2	283	10,5	2275	84,4	22	0,8	-	-	2675	99,2
Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	142	5,3	219	8,1	179	6,6	883	32,7	1256	46,6	18	0,7	-	-	2679	99,3
Este é um bom lugar para trabalhar.	45	1,7	135	5,0	124	4,6	687	25,5	16,96	62,9	10	0,4	-	-	2687	99,6
Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	44	1,6	60	2,2	112	4,2	393	14,6	2067	76,6	20	0,7	1	0,0	2676	99,2
O moral nesta área é alto.	182	6,7	283	10,5	350	13,0	1056	39,2	773	28,7	48	1,8	5	0,2	2644	98,0
Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	286	10,6	263	9,8	186	6,9	803	29,8	1072	39,7	86	3,2	1	0,0	2610	96,8
Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a).	340	12,6	286	10,6	161	6,0	848	31,4	1018	37,7	44	1,6	-	-	2653	98,4
Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	431	16,0	362	13,4	201	7,5	771	28,6	855	31,7	74	2,7	3	0,1	2620	97,1
O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorrespiratória, convulsões).	485	18,0	324	12,0	261	9,7	510	18,9	488	18,1	627	23,2	2	0,1	2068	76,7
A administração apoia meus esforços diários. (adm. Unid.)	221	8,2	232	8,6	312	11,6	762	28,3	978	36,3	164	6,1	28	1,0	2505	92,9

Apêndice H – Frequência de respostas aos itens do SAQ. Santa Maria, RS, Brasil, 2014.

Questão do SAQ	Opções de resposta														Total válido	
	1		2		3		4		5		0		9		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
A administração apoia meus esforços diários. (adm. Hosp.)	374	13,9	303	11,2	563	20,9	789	29,3	553	20,5	105	3,9	10	0,4	2582	95,7
A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente. (adm. Unid.)	314	11,6	233	8,6	526	19,5	487	18,1	853	31,6	256	9,5	28	1,0	2413	89,5
A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente. (adm. Hosp..)	328	12,2	266	9,9	652	24,2	553	20,5	710	26,3	177	6,6	11	0,4	2509	93,0
A administração está fazendo um bom trabalho. (adm. Unid.)	128	4,7	234	8,7	302	11,2	758	28,1	1113	41,3	133	4,9	29	1,1	2535	94,0
A administração está fazendo um bom trabalho. (adm. Hosp.)	186	6,9	310	11,5	468	17,4	876	32,5	805	29,8	40	1,5	12	0,4	2645	98,1
Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa. (adm. Unid.)	331	12,3	340	12,6	551	20,4	687	25,5	577	21,4	182	6,7	29	1,1	2486	92,2
Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa. (adm. Hosp.)	356	13,2	355	13,2	716	26,5	676	25,1	476	17,6	107	4,0	11	0,4	2579	95,6
Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a). (adm. Unid.)	219	8,1	269	10,0	353	13,1	706	26,2	947	35,1	173	6,4	30	1,1	2494	92,5
Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a). (adm. Hosp.)	281	10,4	301	11,2	501	18,6	752	27,9	761	28,2	93	3,4	8	0,3	2596	96,3
Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.	742	27,5	531	19,7	183	6,8	589	21,8	474	17,6	178	6,6	-	-	2519	93,4
Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.	355	13,2	432	16,0	266	9,9	779	28,9	813	30,1	52	1,9	-	-	2645	98,1
Toda informação necessária para decisões diagnósticos e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	182	6,7	331	12,3	358	13,3	679	25,2	576	21,4	571	21,2	-	-	2126	78,8

Apêndice H – Frequência de respostas aos itens do SAQ. Santa Maria, RS, Brasil, 2014.

Questão do SAQ	Opções de resposta														Total válido	
	1		2		3		4		5		0		9		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.	205	7,6	280	10,4	340	12,6	547	20,3	795	29,5	527	19,5	3	0,1	2167	80,3
Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área.	56	2,1	153	5,7	180	6,7	773	28,7	1314	48,7	220	8,2	1	0,0	2476	91,8
Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área.	102	3,8	246	9,1	282	10,5	902	33,4	863	32,0	301	11,2	1	0,0	2395	88,8
Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área.	96	3,6	183	6,8	398	14,8	703	26,1	891	33,0	425	15,8	1	0,0	2271	84,2
Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.	347	12,9	411	15,2	314	11,6	910	33,7	555	20,6	-	-	-	-	2537	94,1