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

Etiane de Oliveira Freitas

CARGA DE TRABALHO DA ENFERMAGEM E CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Santa Maria, RS

2017

Etiane de Oliveira Freitas

CARGA DE TRABALHO DA ENFERMAGEM E CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Doutor em Enfermagem.**

Orientadora: Silviamar Camponogara
Coorientadora:Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Santa Maria, RS

2017

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

Freitas, Etiane de Oliveira
CARGA DE TRABALHO DA ENFERMAGEM E CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA / Etiane de Oliveira Freitas.- 2017.
209 p.; 30 cm

Orientador: Silviamar Camponogara
Coorientador: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2017

1. ENFERMAGEM 2. SEGURANÇA DO PACIENTE 3. CARGA DE TRABALHO 4. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA 5. CULTURA ORGANIZACIONAL I. Camponogara, Silviamar II. Solange Bosi de Souza Magnago, Tânia III. Título.

Etiane de Oliveira Freitas

CARGA DE TRABALHO DA ENFERMAGEM E CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Doutor em Enfermagem.**

Aprovado em 11 de agosto de 2017:

Prof.ª Dr.ª Silviamar Camponogara (UFSM) (Presidente/Orientadora)

Prof.ª Dr.ª Tania Solange Bosi de Souza Magnago (UFSM) (Coorientadora)

Prof.ª Drª Janete de Souza Urbanetto (PUCRS)

Profª Dr.ª Ana Mara Muller Magalhães (UFRGS)

Prof.ª Dr.ª Rosangela Marion da Silva (UFSM)

Prof.ª Dr.ª Rafaela Andolhe (UFSM)

Prof.ª Dr.ª Rosemary Silva da Silveira (FURG) (suplente)

Prof.ª Dr.ª Carmem Lúcia Colomé Beck (UFSM) (suplente)

Santa Maria, RS 2017

AGRADECIMENTOS

Algumas pessoas foram fundamentais no decorrer dessa trajetória e para que este trabalho fosse concretizado e, portanto, não poderia deixar de agradecê-las:

*Ao **Harnye**, grande amor da minha vida,*
pelo companheirismo, apoio, paciência, incentivo, e por sempre acreditar em mim!

Aos meus pais e meu irmão, meus queridos,
por terem compreendido asminhas ausências necessárias, mas, principalmente,
por todo amor que me dedicam.
A nossa união é a nossa força, não tenho dúvida disso, meu amor eterno a vocês,
***pai Elvio, mãe Nivia, e irmão Lucas**.*

*À Profª.**Silviamar Camponogara**, minha orientadora,*
pela confiança depositada em mim, pela forma de condução das orientações,
sabedoria, lapidação desta obra e principalmente pela amizade e carinho.
Tens minha admiração.

*À Profª.**Tania Magnhago**, minha coorientadora,*
pelas sugestões, todo apoio, pela serenidade, por confiar e me encorajar sempre.

*Às amigas e colegas **Quésia e Camila** que sem data, hora ou qualquer restrição*
disponibilizaram sua atenção e ajuda incondicional.
A amizade que construímos foi fundamental nessa trajetória.

*Aos **professores** e **colegas** do curso de Doutorado em Enfermagem da UFSM,*
pela condução das discussões em aula, trocas de saberes e
pela construção de uma enfermagem política e ética.

*Ao **grupo de pesquisa***
pelo aprendizado, parceria e incentivo.
Sem a ajuda de vocês isso não seria possível.

*Aos **trabalhadores de enfermagem** que aceitaram participar desse estudo,*
pela disponibilidade de dedicar um tempo para a pesquisa e, dessa forma,
contribuir para a construção do conhecimento na nossa área.

*Aos professores (as) **da Banca Examinadora**,*
por sua disponibilidade em participarem da validação deste trabalho.

A todos aqueles que, de alguma forma,
fizeram parte da minha trajetória nestes quatro últimos anos.

RESUMO

CARGA DE TRABALHO DA ENFERMAGEM E CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

AUTORA: Etiane de Oliveira Freitas
ORIENTADORA: Silviamar Camponogara
COORIENTADORA:Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

A avaliação da cultura de segurança é fundamental para que problemas nas organizações de saúde sejam identificados. Nesse sentido, intervenções com o objetivo de melhorar a segurança paciente devem, necessariamente, considerar as condições de trabalho e, em particular, a carga de trabalho de enfermagem decorrente das demandas de cuidado dos pacientes. Analisar a relação entre a carga de trabalho e a percepção sobre cultura de segurança para trabalhadores de enfermagem de UTI A.Consiste em um estudo misto, com triangulação concomitante, realizado na Unidade de Terapia Intensiva-Adulta (UTI'A) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). A população do estudo foi composta por pacientes e trabalhadores de enfermagem. Os pacientes participaram da pesquisa para obtenção da medida da carga de trabalho dos trabalhadores de enfermagem, e os trabalhadores de enfermagem para avaliar a percepção dos mesmos quanto a cultura de segurança em UTI. A pesquisa contou com três fontes de dados: 1º) Pesquisa documental: realizada nos prontuários dos pacientes por meio de quatro instrumentos: Questionário de dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes; *Nursing activities scores*; Ficha de controle dos itens 1, 4, 6, 7 e 8 do NAS; Parâmetros de Gravidade; 2º) Questionário: aplicado aos trabalhadores de enfermagem por meio de dois instrumentos: Questionário de sociodemográficos e profissionais dos trabalhadores de enfermagem e o Questionário das Atitudes de Segurança (SAQ); 3º) Entrevista semiestruturada, realizada com os trabalhadores de enfermagem, visando conhecer a percepção dos mesmos quanto a carga de trabalho e o clima de segurança em UTI. Os dados quantitativos foram organizados, mediante a dupla digitação independente em uma planilha eletrônica sob a forma de banco de dados, utilizando-se o programa Epi-info®, versão *6.4*. Posteriormente a verificação de erros e inconsistências, a análise dos dados foi realizada no programa *PASW Statistics.* A análise qualitativa foi baseada no referencial proposto por Bardin (2009). Para execução da pesquisa foram observados os princípios éticos da Resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os achados deste estudo permitiram uma organização dos resultados em dois capítulos. O primeiro capítulo teve como eixo a carga de trabalho da equipe de enfermagem. Por meio do NAS foi possível verificar que os trabalhadores de enfermagem ocupam em média 70% do tempo de um trabalhador. Esse resultado foi corroborado por meio dos dados qualitativos, com base nas seguintes categorias: Demanda de cuidados dos pacientes atendidos na UTI de um hospital universitário e Organização do trabalho: repercussões na carga de trabalho da enfermagem e na segurança do paciente, as quais evidenciaram uma percepção de elevada carga de trabalho e problemas na organização do trabalho que interferem na segurança do paciente. O segundo capítulo teve como eixo a cultura de segurança, no qual, por meio do SAQ verificou-se uma cultura de segurança negativa para clima de segurança, condições de trabalho e percepção da gerência da unidade e do hospital e uma cultura de segurança positiva para clima de trabalho em equipe, percepção de estresse e satisfação no trabalho. Também houve convergência com os dados qualitativos, a partir da categoria: Cultura de Segurança em UTI: percepção de trabalhadores de enfermagem, a qual evidenciou que a sobrecarga de trabalho está atrelada a uma percepção negativa de cultura de segurança. A integração dos resultados quantitativos e qualitativos demonstraram, majoritariamente, convergência entre os dados coletados por meio das diferentes abordagens metodológicas. A partir dos resultados conclui-se que sobrecarga de trabalho interfere na percepção sobre cultura de segurança.

Descritores: Segurança do paciente; Cultura Organizacional; Carga de Trabalho;Unidade de Terapia Intensiva e Enfermagem.

ABSTRACT

LOAD OF NURSING AND SAFETY CULTURE WORK IN INTENSIVE THERAPY UNIT

AUTHOR: Etiane de Oliveira Freitas
ADVISER: Silviamar Camponogara
COORIENTATOR:Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Assessing the safety culture is critical for problems in health organizations to be identified. In this sense, interventions aimed at improving patient safety must, necessarily, consider the working conditions and, in particular, the nursing workload arising from the demands of patient care. The study aims to analyze the workload and safety culture for the ICU nursing team. It consists of a mixed study, with concomitant triangulation, performed at the Intensive-Adult Therapy Unit (UTI'A) of the Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). The study population consisted of patients and nursing workers. Patients participated in the survey to obtain the measurement of the workload of nursing workers, and nursing workers to evaluate their perception of the culture of safety in the ICU. The research had three sources of data: 1º) Documentary research: carried out in patients' records through four instruments: Questionnaire on sociodemographic and clinical data of patients; Nursing activities scores; Control sheet of items 1, 4, 6, 7 and 8 of the NAS; Gravity Parameters; 2º) Questionnaire: applied to nursing workers through two instruments: Questionnaire of sociodemographers and professionals of nursing workers and the Questionnaire on Safety Attitudes (SAQ); 3) Semi-structured interview with nursing workers, aiming to know their perception about the workload and the security climate in the ICU. The quantitative data were organized by means of the double independent typing in a spreadsheet in the form of a database, using the program Epi-info®, version 6.4. After checking for errors and inconsistencies, the data analysis was performed in the PASW Statistics program. The qualitative analysis was based on the framework proposed by Bardin (2009). In order to carry out the research, the ethical principles of Resolution No. 466/2012 of the National Health Council (CNS) were observed. The findings of this study allowed an organization of the results in two chapters. The first chapter focused on the workload of the nursing team. Through the NAS it was possible to verify that nursing workers occupy an average of 70% of the time of a worker. This result was corroborated by qualitative data, based on the following categories: "Demand for care of patients attended at the ICU of a university hospital" and "Work organization: repercussions on nursing workload and patient safety", Which evidenced a perception of high workload and problems in work organization that interfere with patient safety. The second chapter was based on the safety culture, in which, through SAQ, there was a negative safety culture for the safety climate, working conditions and perception of unit and hospital management and a positive safety culture for Teamwork climate, perception of stress and satisfaction at work. There was also convergence with the qualitative data, from the category: Safety Culture in ICU: perception of nursing workers, which showed that work overload is linked to a negative perception of safety culture. The integration of the quantitative and qualitative results showed, mainly, convergence between the data collected through the different methodological approaches. From the results it is concluded that work overload interferes with the perception about safety culture.

Descriptors: Patient safety; Organizational culture; Workload, Intensive Care Unit and Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo do Queijo Suíço 27

Figura 2 – Processos dos desenhos mistos concomitantes 69

Figura 3 – Organização da coleta de dados. Santa Maria, RS, 2016 73

Figura 4 – Apresentação dos resultados e discussão 86

Figura 5 – Distribuição dos trabalhadores de acordo com a avaliação da cultura de segurança, segundo os domínios do Questionário de Atitude de Segurança (SAQ). Santa Maria, RS, 2016 123

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes internados na UTI, segundo variáveis sociodemograficas e clínicas. Santa Maria/RS,2016 87

Tabela 2 – Medidas descritivas das variáveis sociodemograficas e clínicas quantitativas e da carga de trabalho (NAS). Santa Maria/RS,2016..... 89

Tabela 3 – Correlação de Person entre variáveis clínicas e o NAS. Santa Maria/RS,2016 89

Tabela 4 – Medidas descritivas do NAS, segundo variáveis clínicas. Santa Maria/RS,2016 90

Tabela 5 – Itens do NAS. Santa Maria, 2017 90

Tabela 6 – Distribuição dos trabalhadores segundo variáveis sociodemograficas qualitativas. Santa Maria/RS,2016 118

Tabela 7– Distribuição dos trabalhadores segundo variáveis profissionais qualitativas. Santa Maria/RS,2016 119

Tabela 8 – Medidas descritivas das variáveis quantitativas sociodemográficas e profissionais. Santa Maria/RS,2016 120

Tabela 9 – Coeficiente de Alfa de Crombach do SAQ e seus respectivos domínios. Santa Maria/RS,2016..... 120

Tabela 10 – Teste de Normalidade dos domínios do SAQ 121

Tabela 11 – Analise descritiva dos domínios do Questionário de Atitude de Segurança SAQ. Santa Maria/RS,2016 122

Tabela 12 – Distribuição dos trabalhadores segundo as respostas que compõem a Escala Clima de Trabalho em Equipe. Santa Maria, RS, 2016 124

Tabela 13 – Distribuição da cultura de segurança no domínio Clima de Trabalho em Equipe segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais. Santa Maria, RS, 2016 125

Tabela 14 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo as respostas que compõem a Escala Clima de Segurança. Santa Maria, RS, 2016 126

Tabela 15 – Distribuição da cultura de segurança no domínio Clima de Segurança segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais. Santa Maria, RS, 2016 127

Tabela 16 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo as respostas que compõem o domínio Satisfação no Trabalho. Santa Maria, RS, 2016 128

Tabela 17 – Distribuição da cultura de segurança no domínio Satisfação no Trabalho segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais. Santa Maria, RS, 2016 129

Tabela 18 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo as respostas que compõem o domínio Percepção de Estresse. Santa Maria, RS, 2016 130

Tabela 19 – Distribuição da cultura de segurança no domínio Percepção de Estresse segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais. Santa Maria, RS, 2016 131

Tabela 20 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo as respostas que compõem o domínio Percepção da Gerência. Santa Maria, RS, 2016 132

Tabela 21 – Distribuição da cultura de segurança no domínio Percepção da Gerência da Unidade segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais. Santa Maria, RS, 2016 134

Tabela 22 – Distribuição da cultura de segurança no domínio Percepção da Gerencia do Hospital segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais. Santa Maria, RS, 2016 135

Tabela 23 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo as respostas que compõem o domínio Condições de Trabalho. Santa Maria, RS, 2016 136

Tabela 24 – Distribuição da cultura de segurança no domínio Condições de Trabalho segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais. Santa Maria, RS, 2016 137

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Domínios do SAQ e definições 32

Quadro 2 – Estudos selecionados para análise 34

Quadro 3 – Publicações selecionadas para compor a revisão. Santa Maria, 2017 53

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
EA	Eventos adversos
EUA	Estados Unidos da América
ENF	Enfermeiro
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
INSAG	Comitê Internacional de segurança nuclear
IOM	*Institute of Medicine*
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NAS	*Nursing Activities Score*
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RS	Rio Grande do Sul
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e de segurança do paciente
SAQ	*Safety Attitudes Questionnaire*
SPSS	*Statistical Package for the Social Sciences*
TEC	Técnico de enfermagem
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTI-A	Unidade de Terapia Intensiva Adulta
WHO	*World Health Organization*

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – Formulário sociodemográfico e clínico do paciente.....194
APÊNDICE B – Parâmetros de gravidade do paciente.....195
APÊNDICE C – Questionário sociodemográfico e profissional dos trabalhadores de enfermagem.....196
APÊNDICE D – Entrevista semiestruturada.....197
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre Esclarecido –TCLE.....198
APÊNDICE F – Termo de Confidencialidade.....200

ANEXO A – *Nursing Activities Score* – NAS.....201
ANEXO B – Ficha de controle dos itens 1, 4, 6, 7 E 8 do NAS.....205
ANEXO C – Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ).....206
ANEXO D– Carta de Aprovação no Comitê de Ética (CEP) 207

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA 15
2 OBJETIVOS 22
2.1 OBJETIVO GERAL 22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 22
3 REVISÃO DE LITERATURA 23
3.1O MOVIMENTO EM PROL DA SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA PERSPECTIVA HISTÓRIA E CONCEITUAL 23
3.1.1 Cultura e clima de segurança na assistência à saúde e suas implicações para a segurança do paciente 28
3.1.2 Cultura de segurança em instituições de saúde: uma revisão de literatura 34
3.2 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E A SEGURANÇA DO PACIENTE 43
3.3 CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE 47
3.4 CARGA DE TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 52
4 MÉTODO 67
4.1 NATUREZA DA PESQUISA 67
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO 70
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO 72
4.3.1 Pacientes 72
4.3.2 Trabalhadores 72
4.4 COLETA E OPERACIONALIZAÇÃO DOS DADOS 73
4.4.1 Pesquisa documental – dados dos pacientes e carga de trabalho da enfermagem 74
4.4.2 Questionário aplicado aos trabalhadores: caracterização do perfil dos trabalhadores e do clima de segurança (SAQ) 76
4.4.3 Entrevista semiestruturada 77
4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS 79
4.5.1 Etapa quantitativa 79
4.5.1.1 Análise do NAS 80
4.5.1.2 Análise do AS 80
4.5.2 Etapa qualitativa 81
4.5.3 Etapa quali-quantitativa 83
4.6 ASPECTOS ÉTICOS 83
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 86
5.1 CARGA DE TRABALHO DOS RABALHADORES DE ENFERMAGEM EM UTI 86

5.1.1 Dados quantitativos: perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes e carga de trabalhos da equipe de enfermagem 87
5.1.2 Dados qualitativos: carga de trabalho da equipe de enfermagem em UTI'A: percepção dos trabalhadores 93
5.1.2.1 Demanda de cuidados dos pacientes atendidos na UTI de um hospital universitário 94
5.1.2.2 Organização do trabalho: repercussões na carga de trabalho da enfermagem e na segurança do paciente 100
5.1.3 Discussão integrada de dados quantitativos e qualitativos 105
5.2 CULTURA DE SEGURANÇA EM UTI: PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM 117
5.2.1 Resultados quantitativos 118
5.2.1.1 Dados sociodemográficos e profissionais dos trabalhadores de enfermagem e clima de trabalho da equipe de enfermagem em UTI 118
5.2.1.1.1 Clima de Trabalho em Equipe 123
5.2.1.1.2 Clima de Segurança 126
5.2.1.1.3 Satisfação no Trabalho 128
5.2.1.1.4 Percepção de Estresse 129
5.2.1.1.5 Percepção da Gerência 131
5.2.1.1.6 Condições de Trabalho 135
5.2.2 Resultados qualitativos 138
5.2.2.1 Cultura de Segurança em UTI – percepção dos trabalhadores de enfermagem 138
5.2.2.1.1 Clima de Trabalho em Equipe 138
5.2.2.1.2 Satisfação e estresse no Trabalho 141
5.2.2.1.3 Clima de Segurança 144
5.2.2.1.4 Percepção sobre a Gerência da Unidade e do Hospital 146
5.2.2.1.5 Condições de Trabalho 148
5.2.3 Discussão integrada dos dados quantitativos com os qualitativos 152
5.2.3.1 Clima de trabalho em equipe 155
5.2.3.2 Satisfação no Trabalho 158
5.2.3.3 Percepção de estresse 160
5.2.3.4 Clima de segurança 162
5.2.3.5 Percepção da gerência da unidade e do hospital 168
5.2.3.6 Condições de trabalho 170
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 174
6.1 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO 175
6.2 LIMITAÇÕES DA PESQUISA 176
6.3 RECOMENDAÇÕES 177
REFERÊNCIAS 179
APÊNDICES 194
ANEXOS 201

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A segurança do paciente é considerada, na atualidade, uma das prioridades no que tange a gestão e qualidade dos serviços de saúde. É compreendida como uma das dimensões mais críticas e decisivas na qualidade da assistência ao paciente e prevê maximizar o equilíbrio geral entre benefícios e danos (VINCENT; AMALBERTI, 2016)

No entanto, o cotidiano do cuidar, muitas vezes, estabelece situações que nem sempre são as almejadas, as quais resultam em comprometimento da qualidade da assistência. No cenário mundial, as áreas da saúde e da enfermagem vêm sendo prejudicadas por problemas relacionados à falta de qualificação, carga de trabalho excessiva, ao absenteísmo e à evasão da profissão, o que compromete, significativamente, a segurança do paciente, princípio básico para qualidade do cuidado (O'BRIEN-PALLAS et al., 2010). No Brasil, o panorama é semelhante. A complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), financiado com recursos públicos, é agravada por uma série de questões estruturais, políticas, econômicas e culturais que devem ser superadas para sustentar e melhorar os ambientes de cuidado (MAGALHÃES;DALL'AGNOL;MARCK, 2013).

Frequentemente, o cuidado é desenvolvido em um ambiente pressionado por resultados e que se transforma muito rápido, envolvendo um vasto aparato tecnológico; assim como, num contexto que envolve muitas decisões e julgamentos, inclusive tomados individualmente, pelos profissionais de saúde. Nestas circunstâncias, os erros podem acontecer. Algumas vezes, um dano ao paciente advém de um procedimento clínico ou como um resultado de uma decisão clínica. Erros no processo de cuidado podem resultar em graves prejuízos, podendo levar os pacientes, inclusive, à morte (WHO, 2004).

Todos esses problemas geram diversas consequências, sendo, a mais significativa, o prejuízo a vidas humanas; gerando, também, custos financeiros, que incluem o aumento das despesas devido ao prolongamento de internações, indenizações e aposentadorias por invalidez (SOUZA, 2006). Por esses motivos, a preocupação com a segurança do paciente e a redução dos erros decorrentes da assistência em saúde, tem se intensificado nos últimos anos e adquirido abrangência internacional.

O foco na segurança do paciente, caracterizado pela preocupação com a ocorrência de eventos adversos, isto é, com lesões ou danos ao paciente ocasionados pelo cuidado de saúde, tornou-se evidente com os resultados do Estudo da Prática Médica de Harvard, em 1991.Seus resultados mostraram que, cerca de 3,7% dos pacientes sofreram algum tipo de incidente, sendo que, a maioria, poderia ter sido prevenido. Apesar de a maioria dos incidentes resultar em lesões menores, aproximadamente 2,6% resultaram em problemas como incapacidade total e permanente ou morte.

No entanto, o termo segurança do paciente ganhou destaque a partir da publicação do estudo epidemiológico norte-americano: *To Err Is Human: Building a Safer Health*, no ano de 2000, o qual apresentou um diagnóstico sobre agravos provenientes da hospitalização. Esse estudo revelou a alta taxa de mortalidade associada a tais erros, pois, somente nos Estados Unidos, entre 44 e 98 mil pessoas falecem, por ano, em decorrência de erros médicos. Assim, esse tema ficou reconhecido, de fato, como um problema de saúde pública, levando-se em consideração sua elevada transcendência (WACHTER, 2010).

Preocupada com a magnitude do problema, a Organização Mundial de Saúde (OMS), lançou uma série de atividades para definir temas de investigação sobre a segurança dos pacientes, a fim de identificar as intervenções para reduzir danos e melhorar o atendimento de milhões de pessoas, que entram em contato com os sistemas de cuidados à saúde (WHO, 2008). Dentre as várias ações desenvolvidas, destaca-se a promoção de uma cultura de segurança nas organizações de saúde, em detrimento de uma cultura de culpa, de castigo, que atribuía o erro ao mal profissional (SOUZA, 2006).

De acordo com Vincent (2009), a cultura de segurança é estabelecida a partir das atitudes e valores dos participantes de um grupo ou instituição. É esperado o comprometimento dos gestores, de modo a exercer liderança clara e transmitir, a todos os profissionais envolvidos, no processo de instauração da cultura de segurança, que a segurança do paciente e dos profissionais é prioridade.

Neste sentido, a cultura de segurança está pautada nos fatores comportamentais da equipe de saúde, compreendidos pela responsabilidade, conhecimentos e competências, a exemplo, mas, também, em questões relativas à segurança do paciente, que englobam as ações da organização de saúde em

questão. Tais componentes interferem, diretamente, na eficácia e eficiência da gestão da qualidade dos serviços de saúde (ALVARADO, 2011).

Acredita-se que a cultura punitiva, que historicamente tem pairado nas instituições de saúde, gera mais danos que benefícios. Além disso, acreditando que sempre haverá erros, a ação mais lógica e necessária para a organização deve ser dirigida para a criação de uma cultura institucional educativa e não punitiva, tendo como ponto de partida o relatório do estudo: *To err is human: build in gof safe health care system* e análise de erros e eventos adversos (FRANCO, 2005).

Diante disso, as organizações de saúde devem desenvolver uma cultura de segurança, de tal forma que sua força de trabalho e os processos assistenciais, estejam voltados para a melhoria da confiabilidade e segurança dos cuidados aos pacientes (IOM, 2001). Destaca-se que, a eficácia da cultura de segurança depende da colaboração dos diversos membros de uma organização. Contudo, implementar estratégias com este foco demanda a instauração de políticas institucionais, além de ser essencial a identificação dos fatores que impedem a formação da cultura de segurança (CARVALHO, 2011).

Em alguns cenários específicos, essas questões podem ser ainda mais importantes, como é o caso das Unidades de Terapia Intensiva. Nestes setores, o atendimento é prestado a pacientes sujeitos a constantes alterações hemodinâmicas e iminente risco de morte, exigindo uma alta demanda de cuidados complexos, atenção ininterrupta e tomada de decisões imediatas.

Assim, apesar de serem atribuídos aos trabalhadores cuidados de um número menor de pacientes, há necessidade de maior acuidade, monitoração contínua e medição frequente de parâmetros clínicos e laboratoriais, além de outros aspectos pertinentes à assistência ao paciente grave. Concomitante a gravidade em que se encontram os pacientes, estão aparelhos eletrônicos diversos com ruídos insistentes, como: bombas de infusão, respiradores, entre outros recursos, que podem desencadear desconforto físico e/ou emocional aos profissionais. Também se trata de uma unidade, na qual o risco de instabilidades orgânicas é uma constante e as atividades da equipe de saúde são intensas (CAMPONOGARA et al., 2011).

Nesse contexto, as UTI’s são ambientes extremamente importantes quando se pensa em segurança do paciente. Os pacientes internados nessas unidades são

considerados de alto risco para eventos adversos[1], tendo em vista o número e a complexidade das atividades/procedimentos realizados, assim como a gravidade evidenciada. Além disso, os custos associados com tais eventos são substanciais, o que justifica os investimentos em estratégias de prevenção.

Ao analisar a prática assistencial da enfermagem, observa-se que o grande número de incidentes e eventos adversos não tem sido decorrente, exclusivamente, da falta de capacitação dos profissionais. Ainda que importantes, as medidas isoladas de treinamento e capacitação não vem sendo suficientes para se aprimorar a qualidade da atenção prestada o que justifica a consideração, no gerenciamento de risco, das condições desfavoráveis do ambiente de trabalho, da fadiga e da sobrecarga de trabalho, dentre outras. Tais aspectos, quando não abordados de maneira efetiva, propiciam a ocorrências de falhas na assistência, uma vez que são situações facilitadoras para ocorrência de erros.

Corroborando com isso, estudos têm mostrado que os erros que acontecem são mais relacionados às falhas sistêmicas do que a problemas individuais. Diante disso, há o entendimento de que os problemas identificados resultam, primordialmente, de falências nos complexos sistemas organizacionais (REASON, 2000).

Dessa forma, fica evidente a necessidade da avaliação da cultura de segurança de modo que as lacunas no sistema sejam identificadas. Tendo em vista que o clima de segurança compreende o componente mensurável da cultura de segurança e pode ser avaliado por meio da percepção dos profissionais, a averiguação do mesmo permite obter subsídios para verificar a presença ou não de problemas relativos à organização (CARVALHO; CASSIANI,2012).

No entanto, resultado de pesquisa mostra que tais intervenções com o objetivo de melhorar a segurança paciente devem, necessariamente, considerar as condições de trabalho e, em particular, a carga de trabalho de enfermagem decorrente das demandas de cuidado dos pacientes (CARAYON; GURSES, 2005). Alguns autores observaram que, um aumento de 0,1% na razão paciente/enfermeiro levou a um acréscimo de 28,0% na taxa de eventos adversos (WEISSMAN et al., 2007).

---

[1]"Incidente" refere-se a um determinado "evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente". "Incidente sem danos" é aquela situação ou evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível. "Incidente com dano" é o próprio Evento Adverso (EA), ou seja, é o incidente que resulta em dano ao paciente (BRASIL, 2013a p. 02).

Assim, a carga de trabalho é definida como o produto da média diária de pacientes assistidos, segundo o grau de dependência e o tipo de atendimento, pelo tempo médio de assistência de enfermagem utilizada pelo paciente de acordo com grau de dependência e atendimento realizado. Ou seja, é diferente em determinados turnos, afetando diretamente os profissionais envolvidos (FUGULIN; GAIDZINSKY; CASTILHO, 2010).

No Brasil, estudos relacionados à carga de trabalho, como horas de assistência de enfermagem requeridas pelos pacientes, têm sido crescentes, na tentativa de elaborar propostas de redimensionamento pessoal (CASTRO et al., 2009; CONISHI; GAIDZINSKI, 2007; DUCCI; PADILHA, 2008; LIMA, 2010;QUEIJO, 2008;QUEIJO, 2002; TREPICHIO et al., 2013).

Frente às particularidades do contexto de terapia intensiva e visando praticidade, dentre os instrumentos utilizados para mensurar a carga de trabalho, o *Nursing Actives Score* é o mais utilizado. Esse é considerado a ferramenta mais completa, no Brasil, para mensurar a carga de trabalho de enfermagem em UTI (INOUE; MATSUDA, 2010). Contabiliza o tempo de procedimentos e intervenções terapêuticas, as atividades administrativas e suporte aos familiares, abrangendo 80,8% das atividades de enfermagem (QUEIJO; PADILHA, 2009).

Frente ao exposto acima, acredita-se que as pesquisas que almejam mensurar a carga de trabalho vêm procurando oferecer subsídios, aos enfermeiros e gestores, na busca de soluções para os problemas cotidianos de adequação de pessoal. Destaca-se que, muitas vezes, o contexto é de uma demanda maior do que a oferta de atendimento, podendo, inclusive, comprometer a segurança do paciente.

Diante desse cenário, acredita-se que a carga de trabalho da enfermagem assume importante significado, na medida em que auxilia a definição do quadro de pessoal de enfermagem adequado para suprir necessidades assistenciais dos pacientes, de forma mais segura possível. Assim, se o quadro de pessoal não estiver adequado a essas demandas é possível que os profissionais se sintam sobrecarregados, o que pode interferir no clima e atitudes de segurança da equipe de enfermagem. Além disso, em alguns contextos de trabalho, o quadro de pessoal pode, inclusive, estar adequado, de acordo com a legislação, mas as características da clientela atendida demandam um olhar específico, que leve em conta as reais necessidades dos pacientes e familiares.

Nesse contexto, considerando a carga de trabalho de enfermagem como fator que pode influenciar na cultura de segurança em UTI e, consequentemente, na ocorrência de incidentes, optou-se pela realização deste estudo. Acredita-se que uma elevada carga de trabalho possa interferir, negativamente, na percepção dos trabalhadores de enfermagem quanto ao clima de segurança. Destaca-se que, nesta investigação, a concepção de clima de segurança está ancorada por diferentes aspectos doravante denominados domínios, que, de acordo com Carvalho (2011) compreendem: Clima de Trabalho em Equipe, Clima de Segurança, Satisfação no Trabalho, Percepção de estresse, Percepção da gerência da Unidade e do Hospital e Condições de Trabalho.

Dessa forma, com esta pesquisa, visualizam-se possibilidades para a construção do conhecimento na área da gestão em saúde e na enfermagem, com o intuito de oferecer subsídios aos profissionais e gestores em relação ao planejamento de recursos humanos e a conformação das equipes de trabalho, frente ao compromisso de desenvolver um processo de cuidado de forma segura. Como forma de conferir maior validade à investigação, o estudo está delineado a partir da utilização de uma combinação de abordagens metodológicas, visando a obtenção de resultados mais fidedignos, os quais poderão repercutir na organização das equipes, na carga de trabalho e, consequentemente, na cultura de segurança, auxiliando a minimizar os riscos a que estão submetidos os pacientes, particularmente no contexto do trabalho em terapia intensiva.

Em vista do exposto, o estudo está orientado pelas seguintes questões de pesquisa:

- Qual é a carga de trabalho dos trabalhadores de enfermagem da UTI'A, segundo o NAS?
- Qual é a percepção dos trabalhadores de enfermagem da UTI'A sobre a carga de trabalho a que estão expostos e sobre cultura de segurança do paciente?

Diante do exposto e, com base nos dados teóricos levantados até o momento, defende-se a seguinte tese: trabalhadores de enfermagem de UTI expostos a alta carga de trabalho,possuem uma percepção negativa sobre cultura de segurança do paciente.Com isso, considera-se que a carga de trabalho e a cultura de segurança em UTIs são fenômenos interligados, cuja compreensão suscita o emprego de

métodos de pesquisa mistos com a finalidade de melhor explorar o problema de pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a relação entre a carga de trabalho e a percepção sobre cultura de segurança para trabalhadores de enfermagem de UTI A.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os pacientes da UTI-A quanto aos dados sociodemográficos e clínicos;
- Identificar o nível de gravidade dos pacientes nas primeiras 24hs de internação por meio do SAPS II;
- Traçar o perfil demográfico e laboral dos trabalhadores enfermagem da UTI-A;
- Mensurar a carga de trabalho da equipe de enfermagem por meio do NAS;
- Avaliar a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a cultura de segurança da UTI por meio do SAQ.
- Conhecer a percepção dos trabalhadores de enfermagem quanto a carga de trabalho a que estão expostos e cultura de segurança em UTI.

REVISÃO DE LITERATURA

Para discorrer sobre o tema e o objeto de estudo, essa revisão da literatura é composta pelos seguintes itens: Segurança do paciente; Cultura e clima de segurança; Unidade de Terapia Intensiva e Segurança do paciente; e Carga de trabalho de enfermagem.

3.1 O MOVIMENTO EM PROL DA SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA PERSPECTIVA HISTÓRIA E CONCEITUAL

Os trabalhadores da saúde desenvolvem atividades complexas, em ambientes dinâmicos, o que favorece a ocorrência de eventos adversos. Atualmente, nota-se a alta incidência desses eventos, o que vem preocupando profissionais e gestores em saúde, pois, problemas dessa natureza, refletem, diretamente, na qualidade da assistência em saúde (GALOTTI, 2004).

Segundo a OMS, segurança do paciente significa reduzir o risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável (WHO, 2008). Entende-se como um mínimo aceitável aquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de tratamento ou não tratamento (WHO, 2008). Neste sentido, a segurança do paciente nada mais é do que a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e uso das melhores práticas descritas, de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente (ZAMBON, 2008).

Desde os primórdios da medicina, já existe informações sobre os riscos aos quais o paciente está sujeito quando recebe assistência de saúde. A preocupação em não causar dano ao paciente é histórica, datada desde os primórdios da medicina. Já foi manifestada por Florence Nightingale em seu livro “Notas Sobre Enfermagem”, em 1863, e também por Hipócrates, quando disse: “Evite causar o mal ou enganar qualquer ser humano” (VINCENT, 2009).

Embora já existisse esta noção, somente nas últimas décadas, houve a maior consciência sobre o problema, bem como sobre a necessidade do desenvolvimento de ações para proporcionar uma assistência mais segura aos pacientes.

O movimento em prol da segurança do paciente teve seu início na última década do século XX, a partir dos resultados do Estudo da Prática Médica de Harvard, em 1991. No entanto, a temática começou a ganhar maior atenção a partir da publicação do estudo epidemiológico norte-americano: *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (WACHTER, 2010).

O estudo supracitado apresentou um diagnóstico sobre agravos provenientes de hospitalização (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Além de mostrar a dimensão dos erros com os resultados que apresentou, também tinha uma segunda mensagem, ou seja, a de que a causa desses erros não era decorrente da insensibilidade ou descuido de médicos e enfermeiros, mas sim, de sistemas defeituosos. O relatório também aponta que, corrigindo estes sistemas, seria possível reduzir em 90% as lesões evitáveis (LEAPE, 2009). Disso, surge a mudança de paradigma cultural no meio médico e o tema cultura de segurança, difundido, inicialmente, na indústria nuclear, nos anos 80, faz sua aparição na prática médica, a partir do ano 2000 (NASCIMENTO, 2011).

Motivadas por estas influências, que fizeram o movimento da segurança do paciente acontecer, várias campanhas e ações, algumas citadas a seguir, foram surgindo em âmbito mundial, lideradas por programas e institutos voltados para a segurança do paciente, que foram dando-lhe força e expressividade.

Em 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, a qual previa estratégias, denominadas desafios, para a redução de eventos adversos aos usuários de serviços de saúde com o objetivo de coordenar, disseminar e promover a melhoria na segurança do paciente a nível mundial (WHO, 2011). Até o momento, quatro grandes campanhas foram promovidas: “Cuidado limpo é Cuidado mais Seguro” – “*Clean Care is Safer Care*”- em 2005; “Cirurgia Segura Salva Vidas” -“*Safe Surgery Saves Lives*”- em 2008; “Combate a Resistência Antimicrobiana” - “*Combat Antimicrobial Resistance*”- em 2011; e “Uso Seguro de Medicamentos” - “*Medication without harm*” – em 2017.

No Brasil, uma importante iniciativa governamental em prol da segurança do paciente foi a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 1999, com a missão de proteger e promover a saúde, garantindo a segurança

sanitária dos produtos e serviços. A criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, visando à obtenção de informação qualificada do desempenho dos produtos de saúde utilizados no Brasil, foi fundamental para seu desempenho. Esta rede de serviços tem a finalidade de notificar eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde, sangue e hemoderivados, materiais e equipamentos médico-hospitalares. Destaca-se que dentre suas ações, a implantação de gerentes de risco nos hospitais da Rede Sentinela teve um papel importante para a segurança do paciente nas instituições, mesmo que esse não fosse o propósito inicial (CASSIANI, 2010).

Contudo, no contexto brasileiro, a temática segurança do paciente ganhou uma atenção maior em abril de 2013, com a publicação da Portaria Nº 529 do Ministério da Saúde (MS), que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Essa iniciativa reforça às instituições de saúde, aos profissionais e à comunidade a importância de abordar e promover a segurança do paciente, visando colaborar para a qualificação dos cuidados, em todas as instituições de saúde do país (BRASIL, 2013).

A enfermagem também tem avançado em relação ao debate sobre segurança do paciente. Exemplo disso é a criação da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP), pela Unidade dos Recursos Humanos para a Saúde da Organização Pan-americana da Saúde, em novembro de 2005 (CASSIANI, 2010). A partir da RIENSP, em 2008, foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e de Segurança do Paciente (REBRAENSP). Esta organização tem como objetivo disseminar e sedimentar a segurança nas organizações de saúde, escolas, universidades, programas e organizações não governamentais com intuito de prevenção de danos e de fortalecimento das ações na assistência ao paciente. A rede é constituída de membros de todo o Brasil, reunidos por meio de Polos Regionais (CASSIANI, 2010). O polo de Segurança do Paciente do Rio Grande do Sul foi criado em 2008, com objetivo de promover a cultura da segurança do paciente no Rio Grande do Sul, por meio de cursos de extensão, oficinas, seminários, eventos e fóruns (REBRAESNP-RS, 2013). A partir desse momento, em várias regiões do Estado, também foram formados núcleos de atuação e divulgação. Em Santa Maria, região centro-oeste, a REBRAENSP – Núcleo Santa Maria foi oficializada em agosto de 2010, com a participação de diversas instituições de assistência e de ensino.

Dessa forma, percebe-se uma crescente preocupação, em nível mundial, com a segurança do paciente. As iniciativas anteriormente citadas têm permitido ampliar o debate sobre o tema e difundir estratégias para a minimização dos erros e eventos adversos nas instituições de saúde.

No entanto, ao reportarmo-nos ao ser humano, sabe-se que erros são passiveis de ocorrer, uma vez que o processo de cognição humana não é perfeito, sendo a possibilidade de cometer erros uma característica passível de qualquer pessoa. Nessa perspectiva, é fundamental reconhecer a falha humana, conhecer os erros que ocorrem no ambiente de trabalho e, a partir daí, possibilitar alterações no delineamento dos sistemas de prestação de cuidados, reduzindo os fatores contribuintes ao cuidado inseguro.

Assim, sob a perspectiva de Reason (2000), existem duas abordagens para o problema da falibilidade humana: a abordagem na pessoa, que se concentra sobre os erros dos indivíduos acusando-os de desatenção, esquecimento ou fraqueza moral; e a abordagem do sistema, que se concentra nas condições em que os indivíduos trabalham tentando construir defesas para evitar erros ou suavizar seus efeitos.

Para esse autor, os seres humanos cometem falhas, e, portanto, erros são esperados. Os erros são consequências, e não causas. E embora não possamos mudar a condição humana, podemos mudar as condições sobre as quais os seres humanos trabalham, criando defesas no sistema (REASON, 2000).

O conceito de segurança do paciente aponta para as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, em sua concepção, organização e funcionamento, como principais fatores responsáveis pela ocorrência por danos ocasionados pelo cuidado à saúde ao invés de culpar os indivíduos, isoladamente. Os incidentes podem ser resultado de problemas na prática, produtos, processos ou sistemas.

Nessa perspectiva, nas últimas décadas, vários autores tentaram desenvolver um modelo que fundamente as causas dos incidentes. Considerando que as instituições de saúde possuem alto risco, bem como o caráter multifatorial das falhas em segurança, o Modelo de Reason - denominado Modelo do “queijo suíço”- tem sido o mais adaptado para o cenário da saúde.

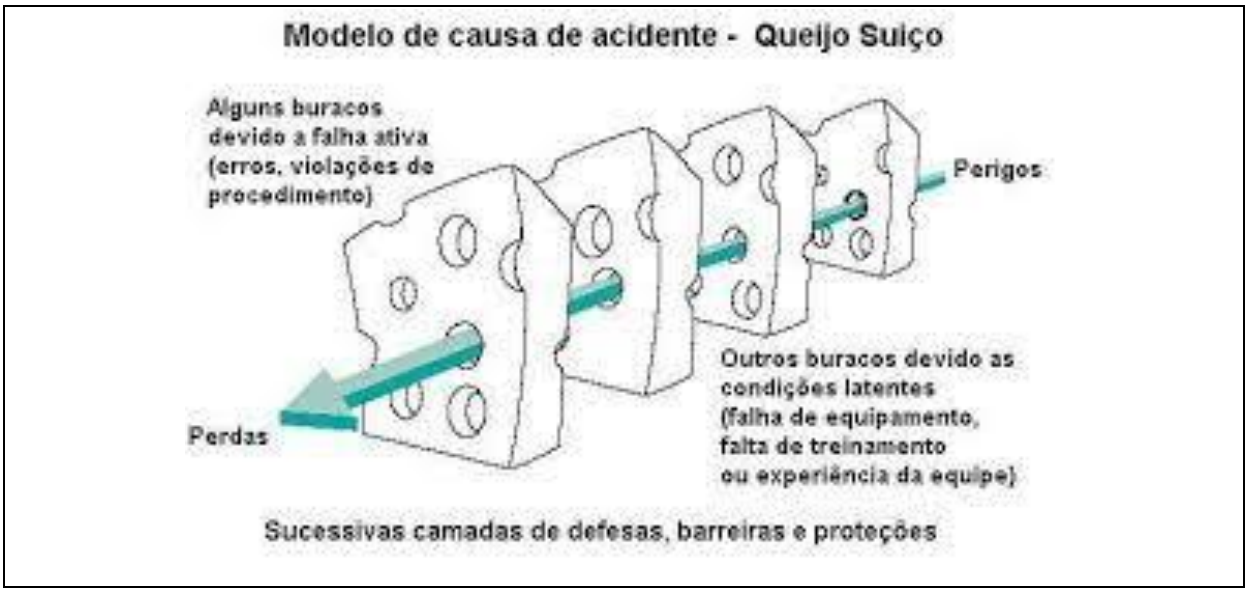
Neste modelo, as vulnerabilidades do sistema de saúde são comparadas aos buracos de um queijo suíço. A causa dos acidentes estaria relacionada às falhas

ativas e latentes. A fonte do problema seria frequentemente desencadeada por múltiplos fatores, como se a ocorrência dos eventos adversos se devesse ao alinhamento de diversos “buracos”, que seriam as falhas estruturais ou pontuais, má prática ou descuido dos profissionais de saúde, comportamentos inseguros, ou comportamentos de risco por parte dos pacientes.

As falhas ativas seriam atos inseguros ou omissões, cometidos por indivíduos, cujas consequências resultariam em um evento adverso imediato para o paciente, que podem acontecer devido a um erro (ex: pegar uma seringa de maneira errada), à quebra de regras ou pela assunção de riscos. As falhas latentes, entretanto, constituem características existentes no sistema, as quais permanecem ocultas, até que um evento ou incidente ocorra e as exponham. Em hospitais, essas condições podem se relacionar às condições de trabalho, à supervisão inadequada, falta de treinamento, ambiente estressante, sobrecarga de trabalho e sistemas de comunicação inadequados (REANSON, 2000)

Essa metáfora do Queijo Suíço (Figura 1) descreve um modelo explicativo onde as fatias do queijo representam camadas sucessivas de defesas, barreiras e salvaguardas que podem ser penetradas, ocasionando danos.

Figura 1 – Modelo do Queijo Suiço



Fonte: Adaptado de Reanson (2000).

Assim, entende-se que a ocorrência de incidentes é consequência de um encadeamento de fatores sistêmicos, os quais incluem as estratégias de uma organização, práticas de trabalho, abordagem à gestão de qualidade, prevenção de riscos, e à capacidade de aprendizagem a partir dos erros. Nesse sentido, embora esse estudo não se proponha a realizar uma análise da aplicabilidade desse modelo explicativo no cenário investigado, pode-se dizer que o mesmo pontua concepções importantes que corroboram a necessidade de desenvolver investigações que evidenciem a relação entre cultura de segurança em ambientes assistenciais e os diferentes aspectos envolvidos nesse processo. Ou seja,acredita-se que implementando a cultura de segurança nas instituições de saúde, possa se ter associação direta com a diminuição dos incidentes, consequentemente dos eventos adversos e mortalidade, implicando melhorias na qualidade da assistência à saúde.

3.1.1 Cultura e clima de segurança na assistência à saúde e suas implicações para a segurança do paciente

A segurança do paciente, pela magnitude do problema representa um dos maiores desafios para o aprimoramento da qualidade no setor da saúde. Diante disso, no ano de 2004, o Comitê Europeu de Saúde elencou dez componentes essenciais à prevenção dos riscos provenientes da assistência à saúde; dentre estes a promoção da cultura de segurança, por meio da sensibilização dos profissionais de saúde (NPSA, 2015). Contudo, antes de discorrer acerca do conceito, se faz necessário entender as origens da cultura de segurança para melhor compreensão da relevância do assunto. A cultura de segurança advém do conceito de cultura organizacional, compreendida como o conjunto de crenças, valores, normas e expectativas presentes entre os membros participantes de uma organização (CROW; HARTMAN, 2002).

Edgar Shein, em 1985, visando dar mais clareza ao termo cultura organizacional definiu-a como um conjunto de premissas básicas, construídas por um grupo, durante o processo de aprender e resolver seus problemas de adaptação interna e externa, com resultados positivos e válidos, o suficiente para que sejam ensinados a novos membros (SCHEIN, 2004). Nesse sentido, o autor indica que a cultura organizacional deve ser mensurada para fins de avaliação dos processos institucionais, além de serem observados indicadores que caracterizam a

organização, tais como: o perfil da gerência e dos funcionários, a coerência entre a missão da instituição, atitudes e clima da organização (SCHEIN, 2004).

Dentre os indicadores citados acima, o clima organizacional é considerado o fator mais passível de avaliação, uma vez que pode ser analisado por meio da percepção dos profissionais quanto ao meio organizacional. Além disso, ao avaliar o clima organizacional é possível distinguir uma organização de outra, além de influenciar, direta e indiretamente, o comportamento, motivação, produtividade e satisfação dos profissionais. O clima organizacional permite obter subsídios para a averiguação da existência, ou não, de problemas relativos ao tema em um grupo ou organização (CARVALHO, 2012).

Dessa forma, de acordo com Batalha (2012) a cultura e o clima organizacional configuram-se como formas tangíveis e perceptíveis, sobretudo, nas relações interpessoais dos indivíduos que compõe a organização, diante da complexidade e subjetividade envolvidas nesse processo. Diante do exposto, entende-se que o ambiente organizacional das instituições de saúde pode comprometer a segurança do paciente, pois este tem influência direta no comportamento e atitudes dos profissionais que aí exercem as suas atividades. Assim, se insere o conceito de cultura de segurança, que repercute direta e indiretamente na segurança do paciente.

As primeiras conceituações sobre o termo cultura de segurança procedem de conceitos que foram construídos nos últimos trintaanos, a partir de experiências de organizações de risco como: aviação, energia nuclear dentre outras, que muito tem influenciado a área da saúde. Estas organizações começaram a investigar as características dos erros humanos, criaram estratégias e desenvolveram infraestrutura, processos e tecnologia possibilitando maximizar a ação humana e prevenir erros e acidentes (PEDREIRA, 2009).

Na década de 1980, o termo cultura de segurança foi publicado pela primeira vez, no relatório técnico do acidente nuclear de Chernobyl, 1986, ocorrido pela explosão de um reator liberando radioatividade por toda a Europa. A causa foi atribuída a violações sistemáticas e numerosas dos procedimentos de segurança. A ocorrência de outros acidentes graves aumentou a preocupação com o assunto, como por exemplo, o acidente de Piper Alpha, ocorrido no ano de 1988, na Escócia, quando houve a explosão de um poço de petróleo, matando 167 pessoas. Na investigação desse e outros acidentes, foram identificadas várias causas técnicas e

organizacionais enraizadas na cultura, na estrutura e nos procedimentos da indústria, atribuindo-se o erro a inexperiência, rotinas de manutenção ruins e mecanismos de aprendizado deficiente (FLIN et al., 2000).

Dessa forma, percebe-se que entre as condições elencadas como causas de alguns dos principais desastres citados, destacaram-se aspectos relacionados a uma cultura deficiente e inadequada, com vários traços culturais e práticas organizacionais deficientes e prejudiciais à segurança (VINCENT, 2009)

A partir destas constatações,houve um importante desenvolvimento na chamada psicologia do erro, que vem, até hoje, sustentando as ações de segurança nas organizações (VINCENT, 2009). A atenção se voltou para a importância da cultura de segurança e o impacto de fatores gerenciais e humanos sobre o resultado de segurança (FLIN et al., 2000; INSAG, 1991).

Após a divulgação dos relatórios referentes aos acidentes supracitados, o Comitê Internacional de Segurança Nuclear (INSAG, 1988, p. 1) conceituou pela primeira vez a cultura de segurança como:

> Produtos de valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais que determinam o compromisso e o estilo da instituição. Organizações com cultura de segurança positiva são caracterizadas por boa comunicação entre profissionais, confiança mútua e percepções comuns sobre a importância de segurança e eficácia de ações preventivas.

Embora, estas indústrias se diferenciem bastante da área da saúde, elas compartilham características importantes. Ambas são atividades perigosas, realizadas em organizações grandes e complexas e, na maioria das vezes, realizadas por pessoas dedicadas e treinadas. Deste modo, lições aprendidas com estas organizações foram claramente relevantes para os gestores e operadores de instituições de saúde (REASON, 2000;VINCENT, 2009).

Com esse entendimento, Sorra e Nieva (2003) adaptaram o conceito descrito acima para o contexto de segurança do paciente em cuidados de saúde como sendo: “Produto de valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais que determinam o compromisso, estilo e proficiência, quanto às questões de segurança do paciente em uma instituição de saúde.”

De acordo com os mesmos autores, organizações com cultura de segurança, são aquelas caracterizadas por comunicação baseada na confiança mútua, por percepções compartilhadas da importância da segurança e na confiança da eficácia

de medidas preventivas. Assim, com uma cultura de segurança positiva, a organização é aberta e justa com os trabalhadores, e quando incidentes acontecem, o individuo não é culpado, e o erro serve de aprendizado, fazendo-se uma abordagem sistêmica do problema (SORRA; NIEVA 2003).

Após as conceituações de Sorra e Nieva (2003), outros autores construíram definições de cultura de segurança (ZOHAR, 2003; SHIE, 2011). No entanto, o conceito considerado o mais completo e adaptado para a área da saúde é o definido por Zohar (2003), por considerar que a cultura de segurança surge como resultado da interação de atitudes, percepções individuais e grupais sobre as questões de segurança.

Segundo a OMS, uma ampla gama de estudos suporta o conceito de que uma condição-chave para a cultura de segurança em organizações de risco, incluindo as organizações prestadoras de cuidados de saúde, reside em um conjunto de crenças partilhadas que sustentam práticas seguras entre os profissionais que nelas trabalham. Tal cultura é marcada pela comunicação aberta, trabalho em equipe, reconhecimento da dependência mútua e a primazia da segurança como uma prioridade em todos os níveis da organização (WHO, 2009).

Nos estudos sobre cultura de segurança, observa-se, na literatura, o emprego de diferentes terminologias (FLIN et al., 2006; HALLIGAN; ZECEVIC, 2011; ZHANG et al., 2002). O termo “clima de segurança” é utilizado com pouca ou nenhuma diferenciação do termo “cultura de segurança”, tanto em estudos com foco nas organizações industriais (ZHANG et al., 2002; ZOHAR, 1980) como naqueles voltados às organizações de cuidados de saúde (FLIN et al., 2006; HALLIGAN; ZECEVIC, 2011).

O termo “clima de segurança” foi primeiramente definido por Zohar (1980) como sendo uma síntese das percepções a respeito do ambiente de trabalho que são partilhadas pelos funcionários. Nesse estudo, será adotado o conceito de clima de segurança como o componente mensurável da cultura de segurança, o qual pode ser avaliado por meio da percepção dos profissionais, uma vez que atitudes e valores são mais difíceis de serem avaliados (SEXTON et al., 2006).

O clima de segurança constitui-se em uma ferramenta para avaliar a qualidade da assistência prestada ao paciente e é utilizado em instituições de saúde, desde o inicio da década de 1980. Um clima de segurança positivo está associado

com a adoção de comportamentos seguros e diminuição de eventos adversos (RIGOBELLO et al., 2012).

Estudo realizado com enfermeiras japonesas evidenciou que a fadiga, as condições de trabalho, a ausência de supervisão de enfermagem e a comunicação deficiente entre a equipe são fatores que interferem negativamente no clima de segurança (KUDO et al., 2008). Portanto, observa-se a importância do comprometimento da gerência com os serviços de saúde. Uma gestão com falhas implica em possíveis problemas no clima da organização e no clima de segurança.

Para Alvarado (2011) o clima e, consequentemente, a cultura de segurança influencia, com impactos positivos, o funcionamento de uma organização, por meio da melhoria contínua de qualidade. A análise dos erros, e sua redução, contribuem para a diminuição do tempo de espera e dos custos oriundos dos eventos adversos. Para a autora, a cultura de segurança é capaz de impulsionar os profissionais a se sentirem responsáveis por seus atos, através de liderança proativa, o que explica os benefícios de assistência segura sem medidas disciplinares frente a eventos adversos.

Nesse sentido, a avaliação do clima de segurança é vista como o ponto de partida para iniciar o planejamento de ações que busquem mudanças que reduzam a incidência de eventos adversos, e consequentemente, garantam a prestação de cuidados de saúde seguros.

A multiplicidade de definições sobre cultura e clima de segurança reflete a diversidade de metodologias utilizadas para avaliar a cultura de segurança em uma organização (NASCIMENTO, 2011). Segundo essa autora, a abordagem epidemiológica quantitativa, que, comumente, utiliza questionários de auto-preenchimento, está estreitamente relacionada à avaliação de clima de segurança ou dos componentes mensuráveis da cultura de segurança. Por seu turno, a abordagem sócio-antropológica qualitativa prevê a avaliação da cultura de segurança por meio de técnicas de observação associadas e entrevistas.

Dentre os instrumentos de técnicas quantitativas utilizados para avaliar a cultura de segurança, o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), é o único adaptado para realidade brasileira (CARVALHO, 2011).Este instrumento avalia as atitudes do cuidador consideradas relevantes para a segurança do paciente, sendo considerado o mais adequado e utilizado em pesquisas em todo o mundo, o que facilita

principalmente iniciar o processo para melhorar a segurança do paciente (COLLA, 2005).

O instrumento possui seis domínios, sendo que cada um possui sua respectiva definição (CARVALHO, 2011) (Quadro 1).

Quadro 1 – Domínios do SAQ, e definições (BRASIL, 2011)

Domínios	Definição
Clima de Trabalho em Equipe	Compreende a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros da equipe
Clima de Segurança	Avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente.
Satisfação no Trabalho	É a visão positiva do local de trabalho
Percepção de estresse	Trata do reconhecimento do quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho.
Percepção da gerência da Unidade e do Hospital	Refere-se a aprovação das ações da gerência quanto as questões de segurança.
Condições de Trabalho	Refere-se a percepção da qualidade do ambiente de trabalho

A aplicação do SAQ serve para a identificação de pontos fortes e fracos, de uma organização, bem como para a implementação de intervenções pertinentes, o que não significa que a ocorrência de eventos adversos ou danos possam ser totalmente evitados. No entanto, fica assegurado que os cuidados de saúde são prestados da forma mais segura possível, e que, em situações nas quais algo possa dar errado, as ações corretivas serão tomadas em um curto espaço de tempo e com base na melhor evidência disponível (IOM, 2001).

Embora as técnicas quantitativas sejam as mais utilizadas, parece haver um consenso entre os pesquisadores que tanto os métodos qualitativos como os quantitativos tem um potencial único para avaliação da cultura de segurança e ainda sugerem a combinações de métodos, o que permite uma compreensão abrangente da cultura de segurança (MAGALHÃES, 2013).

Dessa forma, independente da forma de avaliação, a cultura e o clima de segurança devem ser investigados, especialmente com o intuito de verificar fatores que possam influenciá-los, uma vez que constituem o primeiro passo para implementação de uma cultura de segurança nas instituições de saúde. Dados relativos a como esse tema vem sendo abordado, no âmbito da literatura nacional e internacional estão melhor descritos no próximo item.

3.1.2 Cultura de segurança em instituições de saúde: uma revisão de literatura

Considerando a necessidade de conhecer o que existe de produções no que se refere à temática cultura de segurança em instituições de saúde, desenvolveu-se uma revisão narrativa da literatura. A investigação objetivou conhecer a produção científica sobre a cultura de segurança em instituições de saúde.

A busca bibliográfica foi desenvolvida nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed) e *SciVerse Scopus*(SCOPUS). Foram utilizados, os descritores (DECs) “cultura organizacional” *AND* “segurança do paciente”e os *Mesh Terms* “*organizational culture*” *AND* “*patient safety*”, com a seleção dos filtros: estudos com seres humanos, texto completo disponível gratuitamente e resumo online.

O levantamento dos estudos ocorreu em setembro de 2016. Para selecionar as produções científicas, os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa na temática cultura de segurança em instituições de saúde; disponíveis na íntegra online; em idiomas português, inglês ou espanhol.Os critérios de exclusão foram: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos. Por ser uma temática recente, optou-se por não haver recorte temporal.

Para a seleção das publicações, em cada base de dados, utilizou-se um quadro de exclusão dos artigos, onde foi registrado se o estudo não contemplava os critérios de inclusão supracitados.

Após selecionados os artigos para compor o estudo de revisão, foi realizada a leitura exaustiva das pesquisas.Todos os estudos foram submetidos a mesma extração e coleta de dados, por meio do preenchimento de um instrumento com informações referente à identificação do estudo, país/região onde o estudo foi realizado, objetivos, delineamento da pesquisa, população, cenário e principais resultados.

Foram inicialmente encontrados 144 estudos, dos quais 37 atenderam aos critérios de inclusão cujos resultados serão apresentados na presente revisão. Os artigos foram identificados pela letra A de “artigo”, seguida de uma numeração (A1, A2, A3, sucessivamente).

O Quadro 2 apresenta a versão resumida dos dados coletados, contendo a identificação dos autores, o título, o ano de publicação, a revista e o país dos estudos selecionados para a análise.

Quadro 2 – Estudos Selecionados para análise

(continua)

Nº	AUTORES	TITULO	ANO	REVISTA	PAÍS
A1	Cheikh AB, Bouafia N, Mahjoub M, Ezzi O, Nouira A[1], Njah M[1].	Patient's safety culture among Tunisian healthcare workers: results of a cross sectional study in university hospital.	2016	Pan Afr Med J	Tunisia
A2	Silva ND, Barbosa AP, Padilha KG, Malik AM	Patient safety in organizational culture as perceived by leaderships of hospital institutions with different types of administration.	2016	Rev Esc Enferm USP	Brasil
A3	Fermo VC, Radünz V, Rosa LM, Marinho MM.	Professional attitudes toward patient safety culture in a bone marrow transplant unit.	2016	Rev Gaucha Enferm	Brasil
A4	Jafree SR, Zakar R, Zakar MZ, Fischer F.	Nurse perceptions of organizational culture and its association with the culture of error reporting: a case of public sector hospitals in Pakistan.	2016	BMC Health Serv Res	Paquistão
A5	Verbakel NJ, de Bont AA, Verheij TJ, Wagner C, Zwart DL.	Improving patient safety culture in general practice: an interview study	2015	Br J Gen Pract	
A6	Samsuri SE, Pei Lin L, Fahrni ML.	Safety culture perceptions of pharmacists in Malaysian hospitals and health clinics: a multicentre assessment using the Safety Attitudes Questionnaire	2015	BMJ Open	Malasia
A7	Vifladt A, Simonsen BO, Lydersen S, Farup PG	Changes in patient safety culture after restructuring of intensive care units: Two cross-sectional studies.	2016	Intensive Crit Care Nurs	Noruega

QUADRO 2 – Estudos Selecionados para análise

(continuação)

A8	Giménez-Marín A, Rivas-Ruiz F, García-Raja AM, Venta-Obaya R, Fusté-Ventosa M, Caballé-Martín I, Benítez-Estevez A, Quinteiro-García AI, Bedini JL, León-Justel A, Torra-Puig	Assessment of patient safety culture in clinical laboratories in the Spanish National Health System		Biochem Med	Espanha
A9	Webair HH, Al-Assani SS, Al-Haddad RH, Al-Shaeeb WH, Bin Selm MA, Alyamani	Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen.	2015	BMC Fam Pract	YEMEN
A10	Bump GM, Calabria J, Gosman G, Eckart C, Metro DG, Jasti H, McCausland JB, Itri JN, Patel RM, Buchert A.	Evaluating the Clinical Learning Environment: Resident and Fellow Perceptions of Patient Safety Culture.	2015	J Grad Med Educ.	EUA
A11	Aboneh EA, Look KA, Stone JA, Lester CA, Chui MA	Psychometric properties of the AHRQ Community Pharmacy Survey on Patient Safety Culture: a factor analysis	2016	BMJ Qual Saf	EUA
A12	Shu Q, Cai M, Tao HB, Cheng ZH, Chen J, Hu YH, Li G.	What Does a Hospital Survey on Patient Safety Reveal About Patient Safety Culture of Surgical Units Compared With That of Other Units?	2015	Medicine (Baltimore).	China
A13	Tourani S, Hassani M, Ayoubian A, Habibi M, Zaboli R.	Analyzing and Prioritizing the Dimensions of Patient Safety Culture in Emergency Wards Using the TOPSIS Technique.	2015	Glob J Health Sci	Ira
A14	Farup PG.	Are measurements of patient safety culture and adverse events valid and reliable? Results from a cross sectional study.	2015	BMC Health Serv Res	Noruega

QUADRO 2 – Estudos Selecionados para análise

(continuação)

A15	Zhou P, Bundorf MK, Gu J, He X, Xue D.	Survey on patient safety climate in public hospitals in China.	2015	BMC Health Serv Res	China
A16	Gabrani A, Hoxha A, Simaku A, Gabrani JC.	Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: a cross-sectional study.	2015	BMJ Open	Albania
A17	Gehring K, Mascherek AC, Bezzola P, Schwappach DL.	Safety climate in Swiss hospital units: Swiss version of the Safety Climate Survey	2015	J Eval Clin Pract	Suíça
A18	Tomazoni A, Rocha PK, de Souza S, Anders JC, de Malfussi HF	Patient safety culture at Neonatal Intensive Care Units: perspectives of the nursing and medical team.	2014	Rev Lat Am Enfermage m	Brasil
A19	Fujita S, Seto K, Kitazawa T, Matsumoto K, Hasegawa T.	Characteristics of unit-level patient safety culture in hospitals in Japan: a cross-sectional study.	2014	BMC Health Serv Res	Japão
A20	Bondevik GT, Hofoss D, Hansen EH, Deilkås EC	Patient safety culture in Norwegian primary care: a study in out-of-hours casualty clinics and GP practices.	2014	Scand J Prim Health Care	Noruéga
A21	Burström L, Letterstål A, Engström ML, Berglund A, Enlund M	The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean principles: a repeated cross-sectional study	2014	BMC Health Serv Res	Suécia
A22	Sexton JB, Sharek PJ, Thomas EJ, Gould JB, Nisbet CC, Amspoker AB, Kowalkowski MA, Schwendimann R, Profit J	Exposure to Leadership WalkRounds in neonatal intensive care units is associated with a better patient safety culture and less caregiver burnout.	2014	BMJ Qual Saf	EUA

QUADRO 2 – Estudos Selecionados para análise

(continuação)

A23	Profit J, Sharek PJ, Amspoker AB, Kowalkowski MA, Nisbet CC, Thomas EJ, Chadwick WA, Sexton JB	Burnout in the NICU setting and its relation to safety culture.	2014	BMJ Qual Saf	EUA
A24	El-Jardali F, Sheikh F, Garcia NA, Jamal D, Abdo A.	Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement.	2014	BMC Health Serv Res	Líbano
A25	Jaraba Becerril C, Sartolo Romeo MT, Villaverde Royo MV, Espuis Albas L, Rivas Jiménez M.	[Evaluation of patient safety culture among family and community medicine residents in a hospital A& E department	2013	An Sist Sanit Navar	Espanha
A26	Liao JM, Etchegaray JM, Williams ST, Berger DH, Bell SK, Thomas EJ	Assessing medical students' perceptions of patient safety: the medical student safety attitudes and professionalism survey.	2014	Acad Med	Texas
A27	Liu C[1], Liu W, Wang Y, Zhang Z, Wang	Patient safety culture in China: a case study in an outpatient setting in Beijing.	2014	BMJ Qual Saf	China
A28	Wu Y, Fujita S, Seto K, Ito S, Matsumoto K, Huang CC, Hasegawa	The impact of nurse working hours on patient safety culture: a cross-national survey including Japan, the United States and Chinese Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture	2013	BMC Health Serv Res	EUA China Taiwan
A29	Hedsköld M, Pukk-Härenstam K, Berg E, Lindh M, Soop M, Øvretveit J, Sachs MA	Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture, HSOPSC, applied on a large Swedish health care sample.	2013	BMC Health Serv Res	Suecia
A30	Nie Y, Mao X, Cui H, He S, Li J, Zhang M	Hospital survey on patient safety culture in China.	2013	BMC Health Serv Res	China EUA
A31	Wagner C, Smits M, Sorra J, Huang CC	Assessing patient safety culture in hospitals across countries	2013	Int J Qual Health Care	Holanda EUA Taiwan

QUADRO 2 – Estudos Selecionados para análise

(conclusão)

A32	Fujita S, Seto k, Ito S, Wu Y, Huang CC, Tomonori HaS egawa TH	The characteristics of patient safety culture in Japan, Taiwan and the United States.	2013	BMC Health Serv Res	EUA Japão Taiwan
A33	Zwart DL, Langelaan M, van de Vooren RC, Kuyvenhoven MM, Kalkman CJ, Verheij TJ, Wagner C.	Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of 'SCOPE'.	2011	BMC Fam Pract.	Holanda
A34	Deilkås E, Hofoss D.	Patient safety culture lives in departments and wards: multilevel partitioning of variance in patient safety culture	2010	BMC Health Serv Res	Noruega
A35	Kawamoto, AM, Nicola AL, OliveiraJLC, Tonini NS.	Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário /	2016	Rev. Cuidado é fundamenta l	Brasil
A36	Castañeda-Hidalgo, HGS, Fernanda J; Hernández G, PérezRA, Zúñiga AP, Mercedes; Acevedo Porras, Gloria.	Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería / Nursing perception of patient safety culture	2013	Ciencia e Enfermería	México
A37	Gama, ZAS; Oliveira, ACS; Hernández,PJ S.	Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles	2013	Caderno de Saúde Pública	Espanha

Após a análise das publicações, restaram 37 estudos que foram utilizados para a presente revisão. Para análise dos dados, utilizou-se um quadro sinóptico com os seguintes dados: referência do artigo, país de publicação, ano, objetivos, abordagem metodológica, sujeitos, principais resultados e principais conclusões.

Com base na análise dos 37 artigos que compõem o *corpus* do estudo, constatou-se que os Estados Unidos da América (EUA) obteve o maior percentual como país de procedência das publicações (41,17%).Contudo, observa-se uma variedade de países que desenvolveram pesquisas nessa temática, inclusive estudos multicêntricos foram realizados.

Em relação ao ano de publicação dos artigos, tem-se que a maioria dos artigos (27%) foram produzidos no ano de 2015.Contudo, cabe destacar que o artigo mais antigo foi do ano de 2010, o que demonstra que as publicações são recentes, pois a cultura de segurança é uma temática relativamente nova.Uma das explicações seria o fato de, em 2010, a *Joint Commission International* ter lançado as metas internacionais para a segurança do paciente, com ênfase nos ambientes seguros em saúde, por meio do gerenciamento de riscos para evitar o erro. Essa é uma importante organização não-governamental americana, que avalia a qualidade dos serviços de hospitais dentro dos EUA e atualmente no Brasil, recomenda que existam ferramentas para medir e monitorar o desempenho de uma instituição e propõe a utilização de instrumentos de notificação e análise crítica sobre as causas de sua ocorrência e implantação de medidas de qualidade.

Em relação à metodologia utilizada nos estudos, obteve-se o predomínio (90%) de estudos quantitativos, o que demonstra que esse método é o mais utilizado diante desse objeto de estudo. Por outro lado, identifica-se uma lacuna na produção do conhecimento nessa temática, uma vez que a combinação de métodos permite uma melhor compreensão do objeto estudado. Dois estudos descreveram a análise psicométricas de instrumentos.

A maioria das pesquisas(A2,A4)[2] apontam que é relevante analisar a cultura da segurança nas organizações de saúde, a fim de identificar quais as dimensões que precisam ser introduzidas ou melhoradas. Além disso, essa análise pode direcionar a administração para implementar estratégias que fortaleçam e incrementem a questão da segurança nas organizações, especialmente tendo em mente que as mudanças nas percepções de cultura de segurança podem consumir recursos e esforços consideráveis.

De acordo com autores, a cultura de segurança do paciente está associada tanto aos fatores individuais como coletivos, ou seja, o modo de pensar, agir e fazer a segurança no local de trabalho.Assim, a formação dessa perspectiva da cultura é construída coletivamente, como passar do tempo e das experiências no ambiente de trabalho, onde cada um contribui com seus valores e compartilha a prioridade da segurança do paciente. Dessa maneira, a cultura de segurança também pode ser influenciada pelo cargo que o profissional ocupa e pelo seu tempo de trabalho na

[2] Serão indicados em sobrescrito os estudos referenciados no texto e constantes do Quadro 2

profissão, assim como pelo tempo de trabalho em determinada instituição ou unidade, passando a tomar suas decisões de acordo com o clima de segurança predominante em cada local (A18).

Com esse entendimento,estudos(A28, A30, A31, A32) multicêntricos que avaliaram a cultura de segurança, evidenciaram que as dimensões da cultura de segurança do paciente têm valores distintos, nas diferentes organizações hospitalares, e a sua investigação possibilita identificar quais necessitam ser introduzidas ou aprimoradas, para maior segurança do paciente.

Três investigações (A3, A6, A16) encontradas, utilizaram o SAQ como instrumento de pesquisa. Os autores dessas publicações acreditam que os resultados dos estudos permitiram o diagnóstico das atitudes dos profissionais que têm dificultado a formação de uma cultura de segurança positiva, e podem servir de base para que os profissionais da saúde e gestores da unidade investigada elaborem e implementem estratégias eficazes para melhorar a segurança do paciente, com maior foco nas atitudes que não atingiram avaliação positiva.

Atitude profissional frente ao erro/risco foi foco de uma publicação(A14). O estudo aponta a necessidade da opinião dos profissionais para conhecer e avaliar as barreiras e os condicionantes em sua prática clínica, para o pleno desenvolvimento da cultura da segurança na prática cotidiana, assim como os elementos positivos que emergem do sistema e que se apresentam como aliados para favorecer uma mudança organizacional em prol de uma cultura de segurança do paciente.

Entre outras causas que interferem negativamente a cultura de segurança, o "Medo da vergonha" e "medo da culpa", evidenciados como principais (A15). Essas podem ser barreiras importantes para a melhoria da cultura da segurança dos pacientes. Pesquisas sobre o efeito do clima de segurança do paciente sobre os resultados são necessárias para implementar políticas eficazes para melhorar a segurança dos pacientes e os resultados de qualidade na assistência.

Nessa mesma perspectiva, pesquisa realizada na China concluiu que a falta de "abertura de comunicação" foi identificada como um problema importante de cultura de segurança, e a percepção de "penalidade" foi a maior barreira ao estímulo ao relato de erros.(A27) Este estudo demonstra que a abordagem punitiva ao erro ainda é difundida, apesar da crescente conscientização sobre os cuidados

inseguros. Destaca, ainda, que os gerentes têm sido lentos em reconhecer a importância de construir uma cultura positiva de segurança do paciente.

Outro fator que desencadeou um impacto negativo na cultura de segurança foi reestruturação das unidades de terapia intensiva. Para os autores, a gestão deve estar particularmente consciente das mudanças almejadaspelo gestor sobre as dimensões de cultura de segurança e ações que promovem a segurança, trabalho em equipe dentro da instituição(A8).

Pesquisas também verificaram que os fatores humanos foram os mais efetivos e importantes na melhoria na cultura de segurança. Portanto, há uma necessidade de prestar mais atenção a tais fatores na programação de melhoria de segurança do paciente. A capacitação, o trabalho cultural, a preparação de ambientes organizacionais e a motivação são fatores que merecem investimentos quando o assunto é cultura de segurança(A13).

O esgotamento do cuidador foi um fator mencionado que parece ter características "climáticas", é prevalente, e está associado a percepções mais baixas da cultura de segurança. Quando estressado o trabalhador tende a disseminar uma percepção ruim da cultura de sgurança(23).

Entre os limitadores da cultura de segurança pesquisados, verificou-se uma falta de conhecimento sobre os canais de notificação de eventos adversos, bem como uma deficiência de treinamento em cultura de segurança(A26).

A qualidade da assistência está presente nas publicações(A5, A24). Os estudos destacam as relações entre as características organizacionais e culturais dos hospitais, o impacto destes na qualidade dos cuidados de saúde e o enfoque em resultados projetados para ajudar nas decisões políticas, assim como os contribuintes e gestores hospitalares a entender os fatores e processos que permitem alcançar e manter serviços de alta qualidade para seus pacientes.

Dentre algumas recomendações dos estudos dessa revisão, uma pesquisa(A12) sugere que para melhoria da cultura de segurança, destaca-se quatro estratégias devem ser implementadas: aprofundar a compreensão sobre a cultura de segurança dos supervisores, reduzir o hiato de comunicação dentro e entre unidades clínicas, recrutar mais trabalhadores e utilizar o sistema de relatórios de eventos e construir uma cultura não-punitiva, para melhorar a segurança do doente nas unidades.

Outra pesquisa[A34] recomenda que os esforços de melhoria da cultura da segurança do paciente não devem ser limitados a intervenções ou intervenções de todo o hospital destinadas a departamentos inteiros, mas incluem o envolvimento no nível da ala/unidade especifica, e orientado para situações mais necessitadas. A cultura de segurança do paciente deve ser estudada o mais próximo possível do doente, sem esquecer das variações locais importantes pada mudanças.

Capacitação em serviço foi uma das estratégias mencionadas nas publicações. A técnica de gestão de recursos da equipe foi ressaltada como recurso para determinar o custo-eficácia do treinamento da equipe de saúde em relação à atitude, comportamento e organização, incorporando a avaliação de barreiras e facilitadores para estimular o indivíduo, bem como a equipe, a estarem cientes das ameaças e perigos e gerenciar situações de risco de forma eficaz. Independente de evitar os erros, essa técnica pode auxiliar na efetivação da mudança de cultura, produzindo um ambiente mais seguro[A9, A11].

De acordo com os resultados de pesquisa[A1], planos de ação devem ser preparados para melhora da cultura de segurança. A gerência deve garantir uma comunicação aberta entre os gerentes-funcionários e entre os pacientes e fornecer a sua continuidade, identificar as situações de segurança do paciente e delegar a responsabilidade de reduzir erros, alocar recursos e garantir a continuidade do treinamento. Esses planos de ação devem ser executado tanto pela educação como pela prática. Além disso, a segurança do paciente deve ser adicionada aos currículos de escolas de medicina e de enfermagem. Além disso, a questão da segurança do paciente não deve ser um esforço individual, mas um objetivo estruturado organizacional.

Deste modo, foi possível verificar a preocupação emergente quanto às questões de cultura e clima de segurança. No entanto, percebe-se, ainda, uma carência de estudos nessa temática, o que sugere a necessidade do desenvolvimento de outras pesquisas.

3.2 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E A SEGURANÇA DO PACIENTE

Os riscos de eventos adversos na assistência em saúde existem em diferentes ambientes onde essa assistência é oferecida. Dentre esses diferentes ambientes, destaca-se a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que, por suas

características, é considerada um cenário assistencial de alto risco. Essa unidade tem por peculiaridade um cuidado que é intensivo, ou seja, deve ser prestado de forma rápida, envolve muitos procedimentos, produz um grande volume de informações, é realizado por um número grande e variado de profissionais que, em face de gravidade dos pacientes, trabalham sob forte estresse, por lidarem diretamente com situações de vida e morte, em que as decisões devem ser tomadas rapidamente (MELLO; BARBOSA, 2013).

As Unidades de Terapia Intensiva são conhecidas por exigirem do trabalhador alto grau de especialização, treinamento adequado, afinidade para atuar em unidades fechadas, além de uma resistência diferenciada dos demais trabalhadores. Um dos objetivos no cuidado intensivo é centralizar esforços para promoção de práticas seguras, rápidas e efetivas na recuperação do paciente, por meio de uma equipe interdisciplinar.

Para a monitorizaçao e vigilância constante dos pacientes, a UTI agrega, em sua estrutura, recursos humanos qualificados e recursos tecnológicos capazes de garantir a manutenção, suporte à vida e a possibilidade de recuperação de pacientes que se encontram em condições de gravidade.

Em UTI, onde as condições clínicas do paciente oscilam entre limites estreitos de normalidade/anormalidade, em que pequenas mudanças orgânicas podem levar à deterioração grave da função corporal o risco é maior. Nestes setores, a ocorrência de erros não é só indesejável, mas prejudicial, portanto, a questão da segurança na assistência e o contexto no qual ele acontece, remete, inevitavelmente, à avaliação dos serviços de saúde (BARBOSA et al., 2014)

Dentre as profissões que atuam em UTI's, a enfermagem tem participação fundamental nos processos que visam garantir e melhorar a qualidade da assistência prestada, uma vez que esses profissionais permanecem a maior parte do tempo à beira do leito realizando procedimentos e intervenções terapêuticas. Contudo, diversos estudos têm evidenciado elevados percentuais de incidentes de segurança, associados ao trabalho da equipe de enfermagem em UTI.

As pesquisas indicam que estes estão relacionados à administração de medicamentos (CORBELLINI, et al., 2011), procedimentos diagnósticos e terapêuticos e ao cuidado de enfermagem (BATHKE et al., 2013; OLIVEIRA; PAULA, 2013; SANTOS et al., 2013); quedas (HENDRICH et al., 2003), entre outros. Esses dados mostram uma realidade preocupante a ser pesquisada para

implantação de estratégias interventivas, visando prevenir ou reduzir ao máximo possível, tais ocorrências.

Dentre as principais causas de erros tem sido destacada a elevada carga de trabalho, fadiga, alteração do ritmo circadiano, excesso de confiança e a incapacidade de trabalhar juntos como uma equipe (GAWRON, 2006). A interação entre trabalhador, tecnologia e meio ambiente também aumentam o risco de erros e resultados adversos nos pacientes e, em alguns casos, lesões nos profissionais (MAHLMEISTER, 2010). Autores indicam, ainda, que a falta de liderança dentro do ambiente de terapia intensiva contribui para reduzir os resultados desejados para o paciente (MANOJLOVICH; DECICCO, 2007).

Dessa forma, esses estudos confirmam que a prática da cultura de segurança se faz necessária em UTI's, uma vez que tem como pressuposto o conceito de que os seres humanos cometem erros, portanto, a chave consiste em estruturar sistemas que minimizem a oportunidade de os erros acontecerem. Essa premissa se aplica às unidades críticas, uma vez que a própria dinâmica de trabalho nessas unidades e a presença de pacientes instáveis e graves demandam estruturas e processos de trabalho voltados à prevenção e interceptação dos erros antes que aconteçam, em conformidade com as principais recomendações para a segurança do paciente (CLARO; KROCOCKZ; TOFFOLLETO; PADILHA, 2011).

De acordo com Castro (2010) uma UTI segura deve possuir algumas características em sua cultura. Entre elas pode se citar: a liderança firme e respeitosa; a comunicação aberta entre todos os membros da equipe multiprofissional; espírito de equipe entre todos os profissionais que trabalham juntos de forma organizada, cooperativa, complementar e responsável.

Além disso, é necessário que os profissionais tenham uma reação rápida e eficiente aos desafios de mudança na busca de novos resultados estabelecendo uma cultura de prevenção de riscos, por meio da adoção de processos claros e definidos pelos profissionais que executam as ações de saúde. E, quando um evento adverso vier a ocorrer, é importante o relato sistemático e a reação rápida para correção do mesmo, com foco na correção dos processos, baseado no princípio não punitivo, tendo-se em vista que, na maioria das vezes, os erros são consequência de uma sucessão de eventos e não de um único isolado (CASTRO, 2010).

Contudo, observa-se que o ambiente, tarefas, organização, relações interpessoais e tecnologia são elementos do sistema de trabalho em UTI que podem interferir na qualidade da assistência prestada e, consequentemente, na segurança do paciente. Desse modo, dada a complexidade dos tratamentos e a diversidade das intervenções oferecidas em unidades de cuidados intensivos, a atenção à cultura de segurança do paciente é particularmente relevante para o cuidado aos pacientes críticos (ILAN; FOWLER, 2005).

De acordo com alguns estudos (CARAYON; GURSES, 2005; LASCHINGER; LEITE, 2006; MAGALHES, 2013) a carga de trabalho da enfermagem foi evidenciada como o fator que mais interfere na segurança do paciente em UTI. Dessa forma, além de qualificar os profissionais de enfermagem, é necessária a adequação quantitativa desses profissionais, pois, assim, há possibilidades de menores incidentes e agravos à saúde, devido a redução da sobrecarga de trabalho e menores riscos à saúde dos pacientes.

Ainda, a carga de trabalho pode interferir no clima da organização e consequente no clima de segurança, uma vez que, profissionais sobrecarregados possuem a predisposição de terem percepção ruim quanto ao clima de trabalho em equipe, quanto a gerência da unidade e do hospital, condições de trabalho, satisfação no trabalho, percepção do estresse e clima de segurança.

Assim avaliar a carga de trabalho da equipe de enfermagem e, posteriormente, relacionar com a cultura de segurança, é uma estratégia valiosa para melhor qualidade da assistência. Uma equipe superdimensionada implica custos elevados, porém uma equipe reduzida tende a diminuir a qualidade do cuidado, impactando negativamente na cultura de segurança da organização, o que prolonga o tempo de internação, gera um custo maior no tratamento e coloca a vida do paciente em risco.

Diante do exposto, o próximo item dessa revisão de literatura, busca compreender melhor os diferentes aspectos envolvidos na concepção de carga de trabalho, uma vez que faz parte do objeto de pesquisa desta tese.

3.3 CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Nos últimos vinte anos, houve grande evolução tecnológica e científica no campo da saúde, com importantes repercussões nas formas de tratamento e diagnóstico, possibilitando perspectivas para os pacientes críticos, aumentando assim, a demanda de cuidados de enfermagem. Dessa forma, o adequado provimento de pessoal nas unidades de atendimento ao paciente crítico, principalmente nas UTI's, é requisito básico e de muita importância (QUEIJO, 2008).

A avaliação do quantitativo e o qualitativo do pessoal de enfermagem é um processo que oferece suporte, ao enfermeiro, para planejar e distribuir os recursos humanos disponíveis, garantindo a qualidade na assistência prestada e a segurança do paciente (CUCOLO; PERROCA, 2008).

Pesquisa realizada no Canadá apontou que, para reduzir o número de óbitos em pacientes graves, nos trinta dias que seguem a admissão hospitalar, é necessário aumentar a proporção de enfermeiros na equipe e prever um quantitativo adequado do pessoal de enfermagem para oferecer cuidados seguros e eficazes (TOUREANGEAU et al., 2006). Assim, percebe-se que a inadequação de recursos humanos de enfermagem leva o paciente a situações de risco, em decorrência de falhas que podem ocorrer devido a sobrecarga de trabalho e a deficiência na qualidade de assistência prestada.

O dimensionamento de recursos humanos de enfermagem baseava-se, inicialmente, em métodos intuitivos e na relação da proporção entre trabalhadores e as tarefas a serem executadas com os pacientes. Florence Nithtingale, precursora da enfermagem moderna, utilizava seu conhecimento e sua experiência para agrupar os pacientes por tipo e gravidade, definindo as escalas das enfermarias de acordo com as tarefas a serem realizadas. Mesmo carecendo de métodos científicos e sistematizações, essa perspectiva de dimensionar os recursos humanos de enfermagem representou uma tentativa de adequar a força de trabalho aos cuidados requeridos pelos pacientes internados (CONISHI; GAIDZINSKI, 2007).

A partir de 1939, houve a introdução das horas médias de cuidado como variável; em 1947 foi introduzida a variável relativa as ausências e, em 1960, o Sistema de classificação de pacientes, que passou a considerar os diferentes graus

de complexidade assistencial que os pacientes apresentavam em uma mesma unidade de internação (GAIDZINSKI,1991).

Com a tentativa de elaborar propostas de adequação de pessoal, a evolução das investigações, nessa área, aprimorou conceitos e modelos que contemplam a complexidade dos cuidados e dos processos de trabalho em saúde.Atualmente, a adequação quanti-qualitativa da equipe de enfermagem é regulamentada pela Resolução COFEN No. 293/2004 e se baseia nas características da instituição, do serviço de enfermagem e da clientela atendida. Desse modo, o referencial mínimo para o dimensionamento do quadro necessário de profissionais de enfermagem para as 24 horas de cada unidade de internação, considera o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), as horas de assistência de enfermagem, os turnos e a proporção funcionário/leito (COFEN nº 293/2004).

De acordo com a Resolução referida, os pacientes submetidos a cuidados intensivos demandam 17,9 horas de assistência de enfermagem por leito nas 24 horas, e, mesmo quando igualmente categorizados como necessitados de cuidados intensivos podem demandar tempos diferenciados a serem dispensados pela equipe de enfermagem. Por essa razão, em se tratando de UTI, é importante a utilização de instrumentos de medida direta da carga de trabalho de enfermagem, o que possibilita uma aferição mais acurada do fenômeno (COFEN nº 293/2004).

No Brasil, o método de dimensionamento de pessoal de enfermagem desenvolvido por Gaidzinski (1991) tem subsidiado os trabalhos realizados nas unidades de saúde. Esse método possibilita a identificação e a análise das variáveis intervenientes no processo de dimensionamento, tornando-se um instrumento auxiliar no planejamento e na avaliação do serviço de Enfermagem (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2010).

Para aplicação desse método é necessário a identificação das seguintes variáveis: carga de trabalho da unidade, definida como o produto da quantidade média diária de pacientes assistidos pelo tempo médio de assistência de enfermagem utilizada por paciente; índice de segurança técnica, que se refere ao percentual que deve ser acrescido no quantitativo de pessoal de enfermagem para cobertura das ausências no serviço; e tempo efetivo de trabalho, o qual leva em consideração a carga horária da instituição de trabalho, levando-se em conta que nenhum trabalhador é produtivo durante toda sua jornada de trabalho. Os resultados obtidos são inseridos em uma equação, que fornece o quantitativo de pessoal de

enfermagem necessário para prestar o atendimento em uma unidade e/ou instituição (GAIDZINSKI et al., 2008).

Dessa forma, percebe-se que a carga de trabalho é uma das etapas que merece destaque, uma vez que, por meio dela é possível auxiliar na distribuição dos profissionais de enfermagem. Ainda ressalta-se que, de acordo com *American Nurses Association* (ANA, 2008), a carga de trabalho é um dos indicadores de qualidade da assistência, mostrando a situação de um determinado serviço em relação a sua excelência.

Na perspectiva da saúde do trabalhador, a carga de trabalho é definida como uma fração da capacidade de trabalho que o operador investe na tarefa. É dividida em uma parcela física e outra mental que é decomposta em cognitiva e psíquica (GOMES, 1998). Essas se constituem em elementos do processo de trabalho que atuam dinamicamente entre si e com a corporeidade humana, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste. A intensidade das cargas depende da forma de produzir, organização e divisão do trabalho, associadas às relações de força entre capital e trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Em relação ao cuidado prestado, a definição se modifica, sendo pautada no tempo *versus* habilidade requerida para prover o cuidado de enfermagem (HUGUES, 1999). De acordo com Dias (2006), a carga de trabalho da enfermagem é composta pelo tempo despendido pela equipe para realizar as tarefas de sua responsabilidade, e pode sofrer interferência no grau de dependência do paciente, da complexidade da doença, das características da instituição, dos processos de trabalho, da planta física e do perfil dos profissionais da equipe.

Com esse entendimento, a concepção de carga de trabalho incorporou-se nos estudos sobre dimensionamento de pessoal de enfermagem, devido à necessidade de estimar a demanda de trabalho requerida dos profissionais de enfermagem nas atividades de cuidado ao paciente. A carga de trabalho, estabelecida a partir dos escores ou das pontuações que determinam o grau de dependência do paciente em relação aos cuidados de enfermagem, representa o número de horas dedicadas pela equipe de enfermagem a cada paciente.

Segundo a *Canadian Nurses Association* (2003) é necessário medir o tempo de assistência direta e indireta da enfermagem, além de todo o processo de cuidar. Assim, a identificação da carga de trabalho da enfermagem torna-se a chave para

determinar o quadro de pessoal de enfermagem, permitindo uma autonomia e segurança na atuação dos gestores.

Nesse sentido, internacionalmente, alguns instrumentos passaram a ser desenvolvidos, em diferentes UTI's, para quantificar a real carga de trabalho. O *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS) destacou-se como um sistema que classificava a gravidade do paciente e quantificava as intervenções terapêuticas de procedimentos médicos e de enfermagem. Construído por Cullen e colaboradores em 1974, esse sistema merece destaque por ter sido um dos precursores dos instrumentos voltados à mensuração da carga de trabalho de enfermagem especificadamente em UTI, e por ser mundialmente reconhecido pelos intensivistas (TRANQUITELLI; PADILHA, 2007). No entanto, o TISS passou por alguns processos de atualização e reestruturação, cuja versão mais atualizada denomina-se *Nursing Activities Score* (NAS). Este último tem sido considerado o escore mais abrangente no sentido de medir, de forma representativa, a carga de trabalho de enfermagem em UTI (QUEIJO, 2002).

O NAS foi desenvolvido sem representação de nenhuma área geográfica, pois, participaram, voluntariamente, do seu processo de construção, 99 UTI's de 15 países, das quais sete eram do Brasil. Trata-se de um instrumento que considera o tempo despendido para a realização das atividades de enfermagem, independentemente do índice de gravidade dos pacientes (MIRANDA et al., 2003).

A utilização do *Nursing Activities Score* (NAS), no Brasil, nos últimos anos, tem sido crescente nas Unidades de Terapia Intensiva, gerais e especializadas. Nesse sentido, Castro et al. (2009), Conishi e Gaidzinski (2007), Ducci e Padilha (2008), Nogueira et al. (2015) buscaram a partir da aplicação diária e retrospectiva do NAS a avaliação da carga de trabalho em UTI's gerais. Outros autores como Ducci, Zanei e Whitaker (2008) e Queijo (2008) utilizaram o NAS em UTI's cardiológicas e específicas. Ainda, há pesquisas que investigaram a carga de trabalho, por meio do NAS, em Unidade de Nefrologia e Sala de Recuperação Anestésica (GUIRARDELLO et al., 2013; LIMA; RABELLO, 2013).

Especificamente no que tange ao contexto da terapia intensiva, a utilização de escalas que auxiliem a mensurar a carga de trabalho, com vistas a um adequado dimensionamento é essencial. Contudo, a legislação que regulamenta o funcionamento desses setores, apresenta uma normativa especifica para o provimento de pessoal. A RDC nº 7/2010, estabeleceu o quantitativo mínimo de um

enfermeiro para cada oito leitos de UTI ou fração, sendo em 2012 alterada pela RDC nº 26 para um quantitativo de, novamente, um enfermeiro para cada dezleitos ou fração, por turno. O quantitativo de nível médio, segundo a RDC nº 7, que era de um para cada dois leitos, acrescido de um técnico de enfermagem para serviços de apoio assistencial em cada turno, também sofreu redução na RDC nº 26, desconsiderando o técnico para os serviços de apoio e restabelecendo um técnico para cada dois leitos de terapia intensiva. Tanto pelo COFEn, como pela RDC 26, é indicado que os trabalhadores de nível médio, que atuam em UTI, devem ter a formação de técnico de enfermagem, havendo restrições para a atuação de auxiliares de enfermagem.

Todo respaldo legal para a aplicação de um SCP em UTI é tratado pelo COFEn por meio da Resolução nº 293/04 e pela RDC nº 7. A primeira fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados (COFEN, 2004). Já, a segunda estabelece padrões mínimos para o funcionamento das UTIs, visando à redução de riscos aos usuários, visitantes, profissionais e meio ambiente (BRASIL, 2010), visto que o quantitativo mínimo de profissionais de enfermagem é apresentado, agora, pela RDC nº 26 (BRASIL, 2012b).

Considerando a carga de trabalho de enfermagem como horas de assistência requeridas pelos pacientes, também se percebe que, nos últimos anos, têm sido crescentes os estudos verificando a relação entre carga de trabalho de enfermagem e resultados da assistência, uma vez que um quadro de pessoal inadequado afeta, diretamente, a exaustão emocional e, até mesmo, física da equipe, interferindo na segurança do paciente, representada pela ocorrência de eventos adversos assistenciais (CREMASCO, et al., 2009; INOUE; MATSUDA, 2010).

Diante do exposto, observa-se que a abordagem da carga de trabalho ultrapassa a dimensão administrativa do dimensionamento de recursos humanos e materiais necessários à prestação de cuidado, já que pode proporcionar informações relevantes para identificação de riscos no trabalho em saúde, em especial, no trabalho de enfermagem. Neste contexto, o enfermeiro gestor não pode se eximir da compreensão da realidade organizacional quanto à adequação e administração dos recursos humanos, devendo procurar métodos que ajustem o quantitativo de pessoal às necessidades dos pacientes e, ao mesmo tempo, minimizem os custos hospitalares.

Com base nisso, depreende-se que o desenvolvimento de investigações que busquem relacionar a carga de trabalho dos trabalhadores de enfermagem com o clima de segurança, especialmente em UTIs, pode se constituir em importante ferramenta na busca de melhor qualidade nos cuidados prestados aos pacientes. A oferta de subsídios para o debate sobre esse tema tem relevância, particularmente na atualidade, quando mundialmente as instituições de saúde e de ensino tem se debruçado na busca da redução dos índices de incidentes relacionados a assistência a saúde.

3.4 CARGA DE TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Tendo em vista que essa pesquisa tem como um dos focos de investigação a carga de trabalho da equipe de enfermagem por meio do NAS, considerou-se pertinente realizar uma revisão da literatura para identificar e conhecer as publicações nessa temática para melhor aprofundamento do estudo e posteriores comparações de resultados.

Sendo assim, realizou-se uma revisão integrativa com o objetivo de identificar as evidências na literatura sobre a carga de trabalho de enfermagem, a partir da aplicação do instrumento *Nursing Activities Score* (NAS), em pesquisas originais publicadas sob a forma de artigos.

Para guiar a presente investigação, formularam-se as seguintes questões: Quais as evidências científicas sobre carga de trabalho de enfermagem presentes nos estudos que utilizaram o instrumento *Nursing Activities Score* (NAS)? Quais fatores podem ser relacionados à carga de trabalho de enfermagem?

A busca bibliográfica foi desenvolvida nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), US *National Library of Medicine* (PUBMED) e *SciVerse Scopus* (SCOPUS). A estratégia de busca utilizada na base de dados LILACS foi “carga de trabalho” (descritor de assunto) and “enfermagem” or “assistência de enfermagem” or “cuidados de enfermagem” or “equipe de enfermagem” or “recursos humanos de enfermagem” (descritor de assunto). Nas bases de dados PUBMED e SCOPUS foi utilizada a estratégia de pesquisa com as palavras “*nursing activities score*” (*all fields*).

Para selecioná-los foram estabelecidos os critérios de inclusão: artigos de estudos originais que investiguem a carga de trabalho de enfermagem a partir da utilização do NAS, publicados em português, inglês ou espanhol até o ano de 2015, e que estivessem disponíveis online, gratuitamente, na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos de estudos metodológicos. Os artigos duplicados foram considerados apenas uma vez.

Foram inicialmente encontrados 336 estudos, dos quais 156 atenderam aos critérios de inclusão (Figura 1). Frente à exequibilidade analítica, foi estabelecido um recorte temporal dos últimos cinco anos (2011 a 2015), período que concentra o maior número de publicações, constituindo-se 38 estudos cujos resultados serão apresentados na presente revisão. Os artigos foram identificados pela letra A de “artigo”, seguida de uma numeração (A1, A2, A3, sucessivamente).

Após leitura exaustiva dos estudos selecionados, todos os estudos primários foram submetidos à mesma extração e coleta de dados, por meio do preenchimento de um instrumento com informações referentes à identificação do estudo, país/região onde o estudo foi realizado, objetivos, delineamento da pesquisa, população, cenário, variáveis estudadas, tipo de análise e principais resultados. Os estudos foram classificados de acordo com os sete níveis de evidências descritos por Melnyk e Fineout-Overholt (2010).

Quanto à origem dos estudos, o Brasil (65,79%) concentrou a maior parte das publicações, seguido da Espanha (13,17%) e Grécia (7,89%). Referente ao delineamento metodológico houve um predomínio de estudos de coorte(31,58%). Segundo a classificação do nível de evidência proposta, constatou-se: 12 estudos com nível de evidência IV e 26 estudos com nível VI.

O cenário onde foram desenvolvidas as pesquisas foram majoritariamente as Unidades de Terapia Intensiva Gerais (44,74%). A população do estudo contemplou principalmente pacientes adultos (81,59%). Esses dados demonstram que, apesar de o NAS ser um instrumento originalmente criado para verificação da carga de trabalho em adultos internados em UTI, o instrumento tem sido amplamente utilizado em outras populações e cenários.

Quanto ao foco da investigação, as produções contemplaram o objetivo geral do instrumento de avaliação da carga de trabalho (52,63%); utilizaram a carga de trabalho verificada pelo instrumento para avaliar a alocação de pessoal (13,16%); analisaram a carga de trabalho em pacientes com condições específicas (13,16%),

como vítimas de trauma, pacientes submetidos à hipotermia terapêutica, pacientes queimados, entre outros; avaliaram a carga de trabalho para subsidiar uma melhora na organização dos serviços (10,53%), como a identificação de fatores relacionados ao encaminhamento de pacientes para unidades de cuidados intermediários, fatores relacionados a óbitos e readmissões, dentre outros. Também relacionaram a carga de trabalho com a ocorrência de úlcera por pressão (2,63%), com a ocorrência de infecção hospitalar (5,26%) e com a satisfação da família na UTI (2,63%).

Nessa revisão optou-se por apresentar um quadro com os valores do NAS nos estudos utilizados nessa revisão (Quadro 3).

Quadro 3 – Publicações selecionadas para compor a revisão. Santa Maria, 2017.

(continua)

Nº	CENÁRIO	Nº	NAS (%)	OBSERVAÇÃO	REFERENCIA
A1	UTI geral	195	65,9 ± 16,6	Admissão	Siqueira EMP, Ribeiro MD, Souza RCS, Machado FS, Diccini S. Correlação entre carga de trabalho de enfermagem e gravidade dos pacientes críticos gerais, neurológicos e cardiológicos. Esc Anna Nery, 2015; 19(2):233-238.
A2	UTSI pediátrica especial-zada	72	49,5%	Todo período internação	Trettene AS, Luiz AG, Razera APR, Maximiano TO, Cintra FMRN, Monteiro LM. Carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Semiintensiva especializada: critérios para dimensionamento de pessoal. Rev Esc Enferm USP, 2015; 49(6):960-966.
A3	UTI geral	758	72,81%	Admissão	Padilha KG, et al. Nursing Activities Score: an updated guideline for its application in the Intensive Care Unit. Rev Esc Enferm USP, 2015; 49(Esp):131-137.

Quadro 3 – Publicações selecionadas para compor a revisão. Santa Maria, 2017.

(continuação)

A4	Un. Transplante	62	69,7% ±17,4 (geral) 67,3% ±8,2 (autólogos) 72,4% ±13,0 (alogênicos)	Todo período internação	Silva JB, Póvoa VCO, Lima MHM, Oliveira HCO, Padilha KG, Secoli SR.Carga de trabalho de enfermagem em transplante de células-tronco hematopoiéticas: estudo de coorte. Rev Esc Enferm USP, 2015; 49(Esp):93-100.
A5	UTI cirúrgica adulto	187	82,4% ±3,4 (24h) 58,1% ±3,4 (72h)	NAS das primeiras 24h e 72h	Oliveira LB, Rodrigues ARB, Püschel VA A, Silva FA, Conceição SL, Béda LB, Fidelis B, Santana-Santos E, Secoli SR. Avaliação da carga de trabalho no pós-operatório de cirurgia cardíaca segundo o Nursing Activities Score. Rev Esc Enferm USP, 2015; 49(Esp):80-86.
A6	UTI especializada	835	71,3±10,9% 71,6±9,2%.	NAS clínicos NAS cirúrgicos	Nogueira LS, et al. Carga de trabalho de enfermagem: preditor de infecção relacionada à assistência à saúde na terapia intensiva? Rev Esc Enferm USP, 2015; 49(Esp):36-42.
A7	UTI - trauma	200	71,3% ±16,9	Admissão	Nogueira LS, Padilha KG, Silva DV, Lança EFC, Oliveira EM, Sousa RMC. Padrão de intervenções de enfermagem realizadas em vítimas de trauma segundo o Nursing Activities Score. Rev Esc Enferm USP, 2015; 49(Esp):29-35.
A8	UTI especializada	61	47% ±12 (manhã) 48% ±14 (tarde) 46% ±11 (noite)	Por turno	Reich R, Vieira DFVB, Lima LB, Rabelo-Silva ER. Carga de trabalho em unidade coronariana segundo o Nursing Activities Score. Rev Gaúcha Enferm, 2015; 36(3):28-35.
A9	UTI geral	240 registros	62,5 ± 16,8	-	Valls-Matarín J, Salamero-Amorós M, Roldán-Gil C. Análisis de la carga de trabajo y uso de los recursos enfermeros en una unidad de cuidados intensivos. Enferm Intensiva, 2015; 26(2):72-81.

Quadro 3 – Publicações selecionadas para compor a revisão. Santa Maria, 2017.

(continuação)

A10	UTI - trauma	200	71,3 ±16,9	Admissão	Nogueira LS, Domingues CA, Poggetti RS, Sousa RMC. Nursing Workload in Intensive Care Unit Trauma Patients: Analysis of Associated Factors. PLoS ONE. 2014; 9(11): e112125. doi:10.1371/jornal.pone.0112125
A11	UTI geral	46	-	-	Argibay-Lago A, Fernández-Rodríguez D, Ferrer-Sala N, Prieto-Robles C, Río AH, Castro-Rebollo P. Valoración de la carga de trabajo de Enfermería en pacientes sometidos a hipotermia terapêutica. Enferm Clin. 2014; 24(6):323-29.
A12	UTI geral	161	36,1 ±6,2	-	Gerasimou-Angelidi S, Myrianthefs P, Chovas A, Baltopoulos G, Komnos A. Nursing Activities Score as a predictor of Family satisfaction in na adult Intensive Care Unit in Greece. Journal of Nursing Management. 2014; 22: 151-58.
A13	UTI - queimados	50	70,4 (med) 97,0 (max) 52,5 (min)	-	Camuci MB, Martins JT, Cardeli AAM, Robazzi MLCC. Nursing Activities Score: carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de queimados. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22(2):325-31.
A14	UTI geral	437	74,47 ±8,77	-	Altafin JAM, et al. Nursing Activities Score e carga de trabalho em unidade de terapia intensiva de hospital universitário. Rev Bras Ter Intensiva. 2014; 26(3):292-98.
A15	Sala de emergência	229	57,43 ±10,81 110,4 ±6,22	Baixa gravidade Alta gravidade Admissão	Peng L, Mayner L, Wang H. Association between trauma patients' severity and critical care nursing workload in China. Nursing and Health Sciences. 2014; 16:528-33.
A16	UTI geral, neurocirúrgica e cardiológica	5856	65,97 ±2,53	-	Lucchini A, Felippis C, Elli S, Schifano L, Rolla F, Pegoraro F, Fumagalli. Nursing Activities Score (NAS): 5 years of experience in the intensive care units of na Italian University hospital. Intensive and Critical Care Nursing. 2014; 30:152-58.

Quadro 3 – Publicações selecionadas para compor a revisão. Santa Maria, 2017.

(continuação)

A17	UTI pediátrica	545	56,0 ±11,0	-	Campagner AOM, Garcia PCR, Piva JP. Aplicação de escores para estimar carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica. Rev Bras Ter Intensiva. 2014; 26(1):36-43.
A18	UTI geral	477	114,3	s/ desvio padrão	Kakushi LE, Évora YDM. Tempo de assistência direta e indireta de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem.014;22(1):doi:10.1590/0101-1169.3032.2381
A19	UTI geral	103 (66 e 37)	122,82 93,39	Mediana	Carmona-Monge FJ, et al. Análisis de la utilización de la escala Nursing Activities Score em dos UCIS Españolas. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(5):1108-16.
A20	UTI geral	563	65,9 ±6,6	Até 30 dias de internação.	Carmona-Monge FJ, et al. Carga de trabajo em tres grupos de pacientes de UCI Española según el Nursing Activities Score. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(2):335-40.
A21	Un. Recuperação Pós-Anestésica	160	76,2 (med) 84,6 (max) 70,47 (min)	Pós cirurgias eletivas	Lima LB, Rabelo ER. Carga de trabalho de enfermagem em unidade de recuperação pós-anestésica. Acta Paul Enferm. 2013;26(2):116-22.
A22	UTI geral	730	67,4	Mediana	Carmona-Monge FJ, Rodríguez GMR, Herranz CQ, Gómez SG, Marín-Morales D. Evaluation of the nursing workload through the nine equivalentes for nursing Manpower use scale and the nursing activities score: A prospective correlation study. Intensive and Critical Care Nursing. 2013; 29:228-33.
A23	UTI geral	160	64,86 ±12,53 61,95 ±11,7	Com UPP Sem UPP	Cremasco MF, Wenzel F, Zanei SSV, Whitaker IY. Pressure ulcers in the intensive care unit: the relationship between nursing workload, illness severity and pressure ulcer risk. Journal of Clinical Nursing. 2012; 22: 2183-91.

Quadro 3 – Publicações selecionadas para compor a revisão. Santa Maria, 2017.

(continuação)

A24	UTI geral	600	68,1 ±24,5 56,0 ±16,1	Admissão – pub. Admissão– priv.	Nogueira LS, Koike KM, Sardinha DS, Padilha KG, Sousa RMC. Carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva públicas e privadas. Rev Bras Ter Intensiva. 2013; 25:225-32.
A25	Unidade de nefrologia.	62	39,4 ±7,4	Internação	Trepichio PB, Guirardello EB, Duran ECM, Brito AP. Perfil dos pacientes e carga de trabalho de enfermagem na unidade de nefrologia. Rev Gaúcha Enferm. 201; 34(2):133-39.
A26	UTI neurológica	100	65,18 ±6,63	-	Queijo AF, Martins RS, Andolhe R, Oliveira EM, Barbosa RL, Padilha KG. Nursing workload in neurological intensive care units: Cross-sectional study. Intensive and Critical Care Nursing. 2013; 29:112-16.
A27	Berçario/ UTI neonatal.	144	86,78±2,34 29,07 ±1,38 – 41,92 ±2,27	UTI Berçarios	Nunes BK, Toma E. Dimensionamento de pessoal de enfermagem de uma unidade neonatal: utilização do Nursing Activities Score. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013; 21(1):[08 telas]
A28	UTI clínica	195	81,2 ±16,2 66,7 ±20,3	C/ infecção S/ infecção	Daud-Gallotti RM, et al. Nursing Workload as a Risk Factor for Healthcare Associated Infection in ICU: A Prospective Study. PLoS ONE. 2012;(12):e52342.doi:10.1371/journal.pone.0052342
A29	UTI geral	66	68,1 (med) 108,3 (max) 51,5 (min)	-	Leite IRL, Silva GRF, Padilha KG. Nursing Activities Score e demanda de trabalho de enfermagem em terapia intensiva. Acta Paul Enferm. 2012; 25(6):837-43.
A30	UTI clínica e UTI pediátrica cirúrgica	255	47,0 (manhã) 46,3 (tarde) 41,6 (noite)	-	Debergh DP, Myny D, Herzeele IV, Maele GV, Miranda DR, Colardyn F. Measuring the nursing workload per shift in the ICU. Intensive Care Med. 2012; 38:1438-44.

Quadro 3 – Publicações selecionadas para compor a revisão. Santa Maria, 2017.

(continuação)

A31	UTI geral	107	62,2 ±20,8	-	Panunto MR, Guirardello EB. Carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino. Acta Paul Enferm. 2012; 25(1):96-101.
A32	UTI cirúrgica cardíaca	313	>61,6 = alta carga	-	Giakoumidakis K, Baltopoulos GI, Charitos C, Patelarou E, Fotos NV, Brokalaki-Pananoudaki H. Risk factors for increased in-hospital mortality: a cohort study among cardiac surgery patients. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2012; 11(1):25-33.
A33	Unidade neonatal	48	66,9	-	Fugulin FMT, et al. Custo da adequação quantitativa de profissionais de enfermagem em Unidade Neonatal. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(Esp):1582-8
A34	UTI geral	235	96,24 ±22,35	-	Stafseth SK, Solms D, Bredal IS. The characterisation of workloads and nursing staff allocation in intensive care units: A descriptive study using the Nursing Activities Score for the first time in Norway. Intensive and Critical Care Nursing. 2011; 27:290-94.
A35	UTI cardiológica	100	66,6 ±5,97	-	Coelho FUA, Queijo AF, Andolhe R, Gonçalves LA, Padilha KG. Carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva de cardiologia e fatores clínicos associados. Texto Contexto Enferm. 2011; 20(4):735-41.
A36	Unidade de internação	156	47,3 ±5,2	-	Brito AP, Guirardello EB. Carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de internação. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19(5):[07 telas]
A37	UTI cirúrgica cardíaca	313	>61,6 = alta carga	-	Giakoumidakis K, Baltopoulos GI, Charitos C, Patelarou E, Galanis P, Brokalaki H. Risk factors for prolonged stay in cardiac surgery intensive care units. Nursing in Critical Care. 2011; 16(5):243-51.

Quadro 3 – Publicações selecionadas para compor a revisão. Santa Maria, 2017.

(conclusão)

A38	UTI geral	600	61,92 ±21,57	Admissão.	Silva MCM, Sousa RMC, Padilha KG. Fatores associados ao óbito e a readmissão em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19(4):[09 telas].

A avaliação da carga de trabalho em UTI geral, exclusivamente com pacientes adultos, por meio da aplicação diária e retrospectiva do NAS evidenciou uma média do NAS que variou de 36,1% a 122,82%(A12, A19)[3]. Entretanto, observou-se que a maioria dos estudos com este delineamento obteve uma média do NAS entre 62,2% e 74,47%(A14, A22, A29, A31). Quando aplicado apenas no primeiro dia de internação em UTI geral, a média do NAS foi comparativamente menor aos estudos que avaliaram a carga de trabalho ao longo de toda internação do paciente, com variação de 56% a 68,1%(A24, A38). Na utilização do NAS em UTI geral com pacientes adultos e crianças, em dois estudos observou-se que as médias do NAS foram elevadas, sendo iguais a 114,3% e 96,24%(A18, A34). Em estudo(A20) realizado na Espanha, em UTI geral com três grupos de pacientes: adultos com Síndrome Coronariana Aguda (SCA), Insuficiência Renal Aguda (IRA) e Sepse, obteve-se uma pontuação média do NAS de 65,9%.

Com o objetivo de verificar a associação entre o desenvolvimento de úlcera por pressão (UPP) e a carga de trabalho de enfermagem, um estudo(A23) realizado no Brasil, em UTI geral, com 160 pacientes, demonstrou que a carga de trabalho se revelou um fator protetor para o desenvolvimento de úlcera por pressão. Nesse estudo, os pacientes que desenvolveram úlcera por pressão não apresentaram valor médio do NAS estatisticamente superior aos pacientes que não desenvolveram. A alta carga de trabalho verificada, de 64,86% para os pacientes que desenvolveram UPP e de 61,65% para os que não desenvolveram, pode indicar que os pacientes receberam cuidados adequados, reduzindo o desenvolvimento de UPP.

Alguns autores(A24) propuseram um estudo que buscou comparar pacientes internados em UTI geral de instituições públicas e privadas, segundo a carga de trabalho de enfermagem requerida. Esse estudo foi desenvolvido no Brasil, em quatro UTI's, com seiscentos pacientes, e verificou que os pacientes internados em

[3] Serão indicados em sobrescrito os estudos referenciados no texto e constantes do Quadro 3

instituições públicas apresentaram maiores cargas de trabalho na admissão na UTI, sendo de 68,1% em hospitais públicos e 56% em hospitais privados. Não houve diferença significativa na alta da UTI, e a carga de trabalho no transcorrer da internação não foi avaliada. Este resultado corrobora com a literatura, a qual têm demonstrado diferenças no perfil de pacientes atendidos em instituições públicas e privadas, sendo que os pacientes internados em instituições públicas apresentaram maiores gravidade e mortalidade e demandaram mais cuidados da equipe de enfermagem [7-8].

A carga de trabalho de enfermagem mensurada pelo NAS em UTI's especializadas foi verificada em diversos estudos[A10, A13, A16, A32, A35]. Na admissão de duzentos adultos, vítimas de trauma em uma UTI especializada nesse tipo de atendimento, um estudo [A10] obteve uma média do NAS igual a 71,3%. De forma semelhante, pesquisadores [A13] verificaram uma média do NAS bastante elevada, 70,4%, em UTI de queimados. Em outros dois estudos realizados em UTI cardiológica cirúrgica[A32] e UTI cardiológica[A35], as médias encontradas foram iguais a 61,6% e 66,6% respectivamente. Já, em duas UTI's neurológicas, a média do NAS verificada foi 65,18% [A26]. Em uma pesquisa realizada na Itália[A7] com 5856 pacientes em UTI's geral, neurocirúrgica e cardiológica, foi constatada uma média do NAS de 65,97%.

Com o objetivo de avaliar o papel da carga de trabalho de enfermagem na ocorrência de infecção hospitalar em UTI clínica, um estudo [A28] constatou que a carga de trabalho excessiva e a gravidade das condições clínicas do paciente foram fatores de risco para infecção hospitalar. Nessa investigação, as médias do NAS foram de 81,2% para pacientes que desenvolveram infecção, e de 66,7% para pacientes que não desenvolveram. De encontro a este estudo, outra produção[A6] sugere que a carga de trabalho de enfermagem não exerceu influência na ocorrência de infecções relacionadas à assistência, o que pode ser compreendido devido à etiologia multicausal das infecções hospitalares, sendo a carga de trabalho uma variável isolada.

Também foram encontrados estudos que utilizaram o NAS para avaliar a carga de trabalho de enfermagem em UTI pediátrica[A17], neonatal[A27] e unidade semi-intensiva pediátrica[A2]. Em UTI pediátrica foi constatada uma média do NAS de 56%, em um estudo com 545 crianças de 29 dias a 12 anos de idade. Já em UTI neonatal, com uma amostra de 144 recém-nascidos, a média do NAS foi de 86,78%

e, finalmente na unidade semi-intensiva pediátrica, em um estudo com 72 crianças de até dois anos de idade com malformações craniofaciais, identificou uma média do NAS de 49,5%. Nestes estudos, destaca-se a carga de trabalho mensurada no ambiente de terapia intensiva neonatal como a maior média verificada nestas populações, com as populações de neonatos e crianças.

Na Bélgica, um estudo(A30) realizado com adultos e crianças em uma UTI clínica e uma UTI pediátrica cirúrgica, buscou avaliar se as diferenças na carga de trabalho de enfermagem entre os turnos consecutivos poderiam ser identificadas por um instrumento de mensuração de carga de trabalho. Verificou-se que os escores foram menores no turno da noite e nos finais de semana. As médias do NAS verificadas foram de 47% para o turno da manhã, 46,3% para o turno da tarde e 41,6% para o noturno. Em estudo com características semelhantes(A8), em cenário de unidade coronariana, as médias do NAS por turno foram 47% pela manhã, 48% no turno da tarde e 46% à noite. As diferenças entre as médias por turno podem ser explicadas pela dinâmica de funcionamento de cada serviço, com rotinas específicas em cada turno de trabalho.

A carga de trabalho mensurada com a utilização do NAS foi objeto de investigação de alguns estudos em unidades diversas, que não de terapia intensiva. Um estudo(A15) com pacientes politraumatizados na admissão na sala de emergência verificou que a carga de trabalho foi de 57,43% para pacientes com baixa gravidade (verificada pelo APACHE II) e de 110,4% para pacientes com alta gravidade. Em outro estudo(A21), realizado com 160 pacientes em pós-operatório de cirurgias eletivas encontrou uma média do NAS de 76,2% em Unidade de Recuperação Pós-Anestésica. Para além do cenário da terapia intensiva adulto, identificou-se estudos realizados em unidades de internação, como nefrologia(A25) onde os pacientes demandaram carga de trabalho média de 39,4% e em neonatologia (A33), com média de 66,9%. Com carga de trabalho de enfermagem próxima às identificadas em cenário de terapia intensiva, uma investigação (A4) com 62 indivíduos submetidos a transplante de células-tronco hematopoiéticas apresentou como média do NAS 69,7%, apontando a gravidade e a alta demanda de cuidados gerados por essa população.

Percebe-se, através da literatura, que a carga de trabalho de enfermagem pode ser mensurada pelo NAS em cenários diversos, considerando a complexidade dos cuidados prestados e a especificidade local.

Ainda, os resultados dos estudos analisados indicam que a carga de trabalho de enfermagem em terapia intensiva é maior no cuidado a pacientes pós-cirúrgicos[A9,A17,A30], e pós cirurgias de urgência[A14] em relação a pacientes clínicos. Em pacientes pós-operatório de cirurgia cardíaca[A5], a carga de trabalho de enfermagem mensurada obteve média de 82,4% nas primeiras 24 horas. Em consonância ao exposto, na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA) houve correlação moderada entre carga de trabalho e porte cirúrgico, indicando que os pacientes submetidos a procedimentos anestésicos e cirúrgicos com tempos prolongados demandam uma maior carga de trabalho de enfermagem no pós-operatório imediato[A21]. Já em Unidade de Nefrologia a carga de trabalho foi maior nos pacientes clínicos[A25].

Em investigação com vítimas de trauma no primeiro dia de internação em UTI, os pesquisadores verificaram que pacientes do sexo masculino com instabilidade fisiológica, trauma com múltiplas injúrias e que desenvolveram insuficiência respiratória tiveram um elevado risco para demandarem uma alta carga de trabalho de enfermagem[A13]. Corroborando com esta investigação, estudo[A7] com a mesma população indicou a média do NAS, nas primeiras 24 horas de internação na UTI, de 71,3% e ainda, identificou o padrão das intervenções de enfermagem realizadas nesta população, de acordo com o NAS. Em outro estudo com pacientes politraumatizados em sala de emergência a carga de trabalho teve correlação forte com a gravidade do estado do paciente medida pelo APACHE II[A15].

Em UTI geral os fatores associados à carga de trabalho foram o tempo de permanência[A14], o óbito como condição de saída da UTI[A14, A29, A32, A38], a gravidade do paciente medida pelo SAPS II[A26, A35] e SAPS3[A1], a idade foi inversamente relacionada[A26], e pacientes em leitos de isolamento apresentaram maior carga de trabalho[A31]. Em URPA também houve correlação entre carga de trabalho e tempo de permanência[A21].

Um estudo[A23] realizado em três UTI's em São Paulo buscou verificar a associação entre o desenvolvimento de úlceras por pressão com a carga de trabalho e gravidade da doença, e se esses são relacionados com os escores da escala de Braden. A carga de trabalho, a gravidade da doença, o sexo do paciente e o tempo de permanência na UTI foram fatores associados com o desenvolvimento de úlcera por pressão, no entanto, a carga de trabalho atuou como um fator de proteção. A carga de trabalho, a gravidade e a idade também foram relacionadas à escala de

Braden, no entanto, carga de trabalho de enfermagem e gravidade da doença explicaram apenas 45% da variabilidade nos escores Braden, sugerindo que outros fatores estão envolvidos com avaliação de risco para o desenvolvimento de UPP em pacientes críticos na UTI. Na Itália, uma investigação(A16) também buscou verificar a associação entre o NAS e a escala de Braden, porém a mesma não foi verificada.

Na Espanha, em um estudo de coorte desenvolvido(A11) com o objetivo de comparar a carga de trabalho de enfermagem em pacientes submetidos à hipotermia terapêutica com os que não receberam esta medida após uma parada cardiorrespiratória, verificou-se que a realização de hipotermia terapêutica não se associou a maior carga de trabalho de enfermagem. Também na Espanha, buscou-se identificar a existência de diferenças na carga de trabalho à admissão e à alta de três grupos de pacientes: com síndrome coronariana aguda (SCA), com insuficiência respiratória aguda (IRA) e com sepse(A20). Encontrou-se uma menor carga de trabalho nos pacientes com diagnóstico de SCA em relação aos com diagnóstico de IRA e sepse. Nesse estudo, os pacientes com os diagnósticos de IRA e sepse permaneceram com valores altos de carga de trabalho mesmo após apresentarem critérios suficientes para alta da UTI, o que, segundo os autores, reforça a importância de unidades intermediárias para receber esses pacientes após a alta da UTI.

Também um estudo de coorte(A24) realizado em São Paulo com seiscentos pacientes buscou comparar aqueles internados em UTI de instituições públicas e privadas, segundo a carga de trabalho de enfermagem requerida. Foi evidenciado que os pacientes das instituições públicas apresentaram maior carga de trabalho na admissão na UTI, e apresentaram diferenças no tipo de intervenções realizadas. A avaliação do papel da carga de trabalho de enfermagem na ocorrência de infecção hospitalar em UTI clínica foi verificada em um estudo(A28) com 195 pacientes maiores de 12 anos. Verificou-se que a carga de trabalho excessiva e a gravidade das condições clínicas dos pacientes foram fatores de risco para infecção hospitalar, sendo que a carga de trabalho foi o principal fator de risco, quando avaliada em conjunto com outros dispositivos invasivos, exceto ventilação mecânica.

Na Grécia, pesquisadores(A32) buscaram identificar os fatores de risco para o aumento da mortalidade intra-hospitalar dos pacientes de cirurgia cardíaca, e concluíram que pacientes com uma alta carga de trabalho medida pelo NAS no primeiro dia de internação tiveram 3,3 vezes maior chance de morte durante sua

hospitalização. Nesse estudo, os autores ressaltam que a associação de uma variável de enfermagem com a hospitalização dos pacientes salienta a importância da profissão e sublinha a necessidade de reconhecer o papel fundamental da equipe de enfermagem no sistema de saúde.

Em São Paulo, também se buscou identificar os fatores relacionados não apenas ao óbito, mas também a readmissões na UTI(A38). Os pacientes com NAS mais elevado no último dia de internação na UTI tiveram maior chance de morrer, entretanto pontuações mais altas do NAS na admissão foram fatores protetores para o óbito na unidade. Também foi verificado que a presença de comorbidades aumentou a chance de readmissão na UTI e que maior pontuação do NAS na alta diminuiu o risco de readmissão. Esses estudos evidenciaram que existem diferenças nas características dos pacientes que morrem, sobrevivem ou são readmitidos na UTI, sendo a carga de trabalho de enfermagem uma variável de destaque em relação aos desfechos analisados. Além disso, evidenciam a importância do trabalho da enfermagem ao sinalizar que na discussão da alta do paciente não basta a melhora da condição clínica do paciente, pois também é necessário analisar a necessidade de cuidados de enfermagem requerida por ele(A38).

Alguns autores(A37) identificaram que a carga de trabalho elevada e o risco perioperatório estão intimamente associados com o aumento da permanência na UTI. Segundo eles, esse conhecimento é relevante, pois permite identificar precocemente os pacientes que tem risco para elevada permanência na UTI, o que contribui para o planejamento cirúrgico tendo em vista o número restrito de leitos em terapia intensiva.

Ainda com relação às contribuições que a avaliação da carga de trabalho pode trazer para a organização do trabalho da enfermagem, em dois estudos buscou-se descrever a carga de trabalho nos diferentes dias da semana e turnos de trabalho. Em São Paulo, um estudo (A18) realizado com a equipe de enfermagem de uma UTI de instituição privada constatou que o tempo de assistência de enfermagem foi maior nos feriados e finais de semana. Diferentemente, um estudo (A30) realizado na Bélgica constatou que os escores do NAS foram menores nos finais de semana e no noturno. Para tanto, mensurar a carga de trabalho de enfermagem se torna indispensável para um provimento adequado de pessoal, de acordo com estudo(A2) realizado no Brasil. Observa-se, nesta revisão, a

particularidade de cada cenário de investigação, uma vez que a carga de trabalho mensurada pelo NAS diverge, muitas vezes, nos estudos.

A fim de minimizar diferentes interpretações do instrumento NAS, estudo[A3] multicêntrico foi desenvolvido, no qual os 23 itens do NAS foram discutidos e adotados consensos, desta forma elaborou-se uma versão atualizada do manual NAS para aplicação na UTI, em 2015. Destaca-se a relevância do manual para a aplicação uniforme do instrumento nestes cenários, evitando viés na aplicação do instrumento.

4 MÉTODO

Este capítulo aborda os procedimentos metodológicos utilizados, a fim de contemplar os objetivos propostos para esta pesquisa.

4.1 NATUREZA DA PESQUISA

O presente estudo corresponde a uma pesquisa delineada com o método misto. Esse desenho de pesquisa é composto por uma parte quantitativa e outra qualitativa, convergindo para um único objeto de pesquisa, por meio da triangulação, como forma de compensar os pontos fortes e fracos inerentes a um método com os pontos fortes de outro método.

O apoio filosófico do método misto fundamenta-se no pragmatismo. O pragmatismo tem seus antecedentes iniciais no pensamento de autores como Charles Sanders Peirce, William James e John Dewey. Por essa corrente, deve-se entender a busca de soluções práticas e trabalháveis para realizar pesquisa, utilizando os critérios e os desenhos mais apropriados para uma formulação, situação e contexto específico. Esse pragmatismo implica uma grande dose de pluralismo, em que se aceita que tanto o enfoque quantitativo como o qualitativo são muito úteis, frutíferos e, principalmente, se complementam (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Os métodos mistos, desenho escolhido nesse estudo, combinam os métodos predeterminados das pesquisas quantitativas com métodos emergentes das qualitativas, assim como questões abertas e fechadas, com formas múltiplas de dados contemplando todas as possibilidades, incluindo análises estatísticas e análises textuais. Os instrumentos de coleta de dados podem ser ampliados com observações abertas, ou mesmo, os dados censitários podem ser seguidos por entrevistas exploratórias com maior profundidade. No método misto, o pesquisador baseia a investigação supondo que a coleta de diversos tipos de dados garanta um entendimento melhor do problema pesquisado (CRESWELL, 2007, p. 34-35).

Os estudos com métodos mistos objetivam utilizar juntos os métodos de diferentes paradigmas, ou seja, representam a condução de, por exemplo, entrevistas semiestruturadas com um número reduzido de participantes e realizar

uma pesquisa de levantamento (“*survey*”), em larga escala, com um maior número de participantes. Os autores indicam, ainda, que, nas pesquisas qualitativas, a ênfase está mais nos significados (“palavras”) do que nas frequências e distribuições (“números”), tanto na coleta, quanto análise dos dados.

É necessário salientar que, ao conjugar os métodos, é possível ocorrer pronunciadas zonas de turbidez, cabendo, aos pesquisadores, realizarem as aproximações metodológicas apropriadas de acordo com as análises realizadas, respeitando a validade e a fidedignidade de seus instrumentos de coleta de dados.

Quatro aspectos importantes precisam ser decididos no planejamento dos procedimentos para métodos mistos: distribuição de tempo, atribuição de peso, a combinação e a teorização.

Na distribuição do tempo, deve-se considerar se os dados qualitativos e quantitativos serão coletados em fases (sequencialmente) ou ao mesmo tempo (concomitantemente). Quando os dados são coletados em fases, a definição de quais vêm primeiro depende da intenção inicial do pesquisador. Dados qualitativos são coletados primeiramente, quando a intenção é explorar o tópico com os participantes. Depois, o pesquisador expande o entendimento por meio de uma coleta com uma população ou amostra representativa da mesma. Quando dados quantitativos e qualitativos são coletados concomitantemente, a implementação é simultânea (CRESWELL, 2010).

A atribuição de peso refere-se à definição da prioridade atribuída a pesquisa quantitativa ou qualitativa no estudo. Pode-se atribuir o mesmo peso aos dados provenientes das duas abordagens ou enfatizar uma ou outra, de acordo com os interesses do pesquisador ou do público ao qual se destina a pesquisa (CRESWELL, 2010).

A combinação compreende o modo como os dados são mixados, ou seja, significa estabelecer se os dados qualitativos e quantitativos serão realmente fundidos, ou serão mantidos separados, ou ainda se estarão de algum modo combinados. Diz-se que os dados na pesquisa de métodos mistos estão conectados quando há uma combinação da pesquisa quantitativa e qualitativa com a análise de dados da primeira fase do estudo e a coleta de dados da segunda fase. Há uma integração quando os bancos de dados qualitativos e quantitativos estão fundidos e produzem informações que se apóiam mutuamente. A incorporação ocorre quando

se coletam dados secundários que têm papel de apoio para as informações de um banco de dados principal (CRESWELL, 2010).

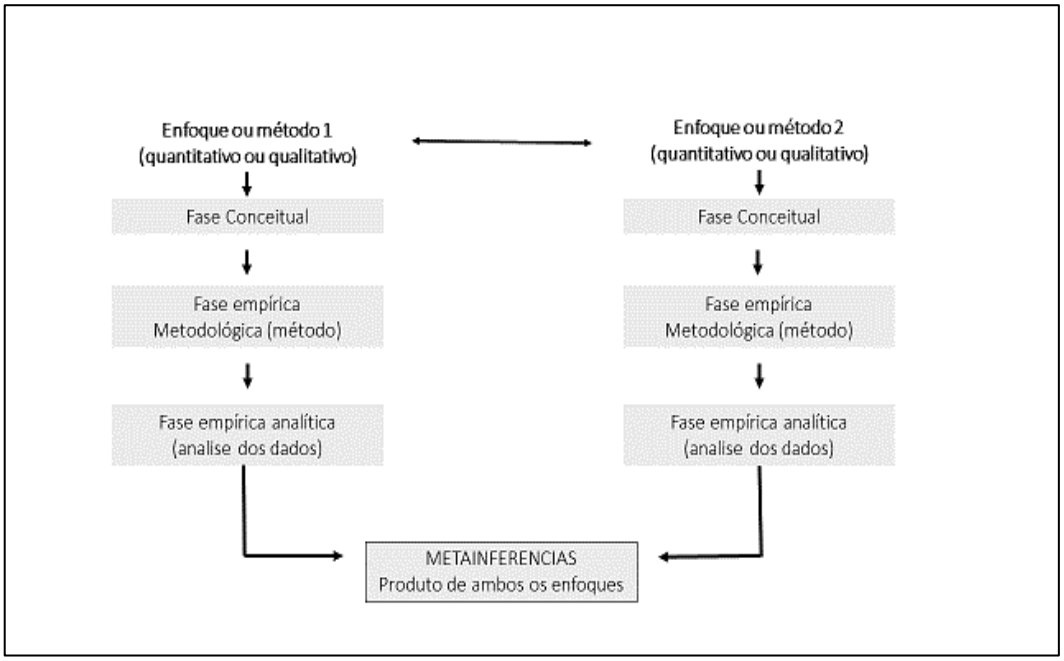
Outro fator a ser considerado é se há uma perspectiva teórica que guia a execução do projeto de método misto. Todos os pesquisadores possuem teorias, hipóteses ou estruturas norteadoras em suas investigações, e tais teorias podem estar explicitadas ou implícitas e não mencionadas (CRESWELL, 2010).

Diante da definição destes quatro fatores, moldam-se as estratégias de um estudo de métodos mistos e define-se uma das seis principais propostas de pesquisa descritas na literatura: explanatória sequencial, exploratória sequencial, transformativa sequencial, triangulação concomitante, incorporada concomitante e transformativa concomitante (CRESWELL, 2010).

Frente as características e estratégias de métodos mistos de pesquisa apresentados, justifica-se a adoção, nesta pesquisa, da estratégia de triangulação concomitante de dados qualitativos e quantitativos, com igual atribuição de peso e mixados mediante integração para determinar convergências, diferenças e combinações (QUAN + QUAL).

A Figura 2 que caracteriza a forma como o método misto foi utilizado nesse estudo.

Figura 2 – Processos dos desenhos mistos concomitantes.



Fonte: Adaptada de Sampieri, Collado e Lucio (2013).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O A presente investigação foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva – Adulta (UTI – A), do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). O HUSM é um órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sendo que a instituição atua como hospital escola, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, pesquisa e assistência em saúde, prestando serviços à população de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um hospital público, considerado referência em média e alta complexidade para 43 municípios da região centro-oeste do Rio Grande do Sul.

A partir do dia 12 de dezembro de 2013 a gestão do HUSM passou a se dar pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A EBSERH é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, criada por meio da lei Nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Dentre as diversas atribuições da empresa, uma delas refere-se a administração de unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011). Dentre as várias metas apontadas pela nova gestão, estão a contratação de novos servidores e a implantação do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente (SVSSP). Diante disso, desde setembro de 2014, o HUSM vem recebendo o aporte de trabalhadores de diferentes áreas, inclusive de enfermagem.

Em relação ao SVSSP, ele é composto por duas unidades: Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais (UGRA) e Unidade de Vigilância em Saúde (UVS), e por quatro serviços: Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIH), Serviço de Vigilância Epidemiológica (SVE), Serviço de gestão de riscos assistenciais (SGRA) e Serviço de Gestão de Risco relacionado às Tecnologias (SGRT). Esse setor vem trabalhando com afinco na avaliação das notificações de incidentes e queixas técnicas, de forma a compreender o porquê e como acontecem. Tem contribuído na elaboração de diretrizes e planos de ação, juntamente com os profissionais das unidades, estabelecendo estratégias para a redução/eliminação dos incidentes. No ano de 2014, aproximadamente 8.133 pessoas (profissionais, estudantes, pacientes e acompanhantes) assistiram ou participaram de alguma atividade em que foram abordados os temas de segurança

do paciente e vigilância em saúde. Incluem-se aí, os mais de setecentos novos funcionários contratados pela EBSERH.

No ano de 2014, também foi criado nesse hospital o Núcleo de Segurança do paciente (NSP), anteriormente denominado Equipe Multiprofissional de Segurança do Paciente. Esse tem como responsabilidade realizar a notificação dos eventos adversos (quedas de pacientes, infecções hospitalares e o agravamento da situação de saúde por falhas ocorridas durante cirurgias, dentre outras) ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária em até quinze dias após a ocorrência, com exceção para os casos que resultar em morte, os quais deverão ser notificados em até 72 horas. Ainda, cabe ao NSP, entre outras funções, desenvolver um Plano de Segurança do Paciente, tendo como princípios norteadores a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde. Nos casos em que se vê o não cumprimento das orientações básicas desse plano, deve ocorrer um registro, por meio do Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares (VIGIHOSP).

O VIGIHOSP é uma ferramenta para notificação de incidentes ou quase incidentes (*near miss*)com os pacientes e queixas técnicas sobre artigos, materiais e equipamentos. Ao fazer uma notificação por essa ferramenta, gera-se um número de protocolo e o profissional que informou o procedimento equivocado vai poder acompanhar o desdobramento da ação, por meio da digitação desse número. Esta proposta de notificação dos incidentes visa fortalecer a cultura de segurança do paciente, por meio das notificações, bem como criação de estratégias para a redução dos incidentes.

A UTI-A dispõe de dez leitos, ativos, e atende a pacientes de todas as especialidades clínicas e cirúrgicas. O quadro de pessoal da UTI-A é composto por 35 trabalhadores de enfermagem, organizados, normalmente, da seguinte forma: dois enfermeiros (nos turnos da manhã e da tarde) ou por um enfermeiro (no período noturno e em dias não úteis); e cinco técnicos de enfermagem, por plantão.

Vale destacar que, atualmente, encontra-se em fase de construção uma Central de Unidades de Tratamento Intensivo, visto a necessidade de uma intervenção na estrutura e na capacidade de leitos das UTI´S desse hospital, que irá aumentar a capacidade do local de 48 para 82 leitos de terapia intensiva, quase o dobro, considerando-se pacientes neonatais, pediátricos e adultos.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por pacientes e trabalhadores de enfermagem.

4.3.1 Pacientes

Os pacientes participaram da pesquisa para obtenção da medida da carga de trabalho dos trabalhadores de enfermagem. Esse dado foi obtido de forma indireta, ou seja, por pesquisa documental, somente por dados obtidos exclusivamente nos prontuários dos mesmos, não sendo realizada nenhuma abordagem direta com os pacientes. Destaca-se, ainda, que os pacientes não foram submetidos a nenhum tipo de tratamento ou exame adicional para fins de pesquisa.

Nesta investigação, foram coletados dados de uma amostra de 73 pacientes, considerando uma população de noventa pacientes (média de pacientes internados nos meses de novembro a abril, dos últimos cinco anos) como uma frequência 50%, um erro aceitável de cinco pontos percentuais e nível de confiança de 95%**.**

Para atingir esse número de pacientes a coleta aconteceu de 1º de novembro de 2014 a 25 de abril de 2015. Foram coletados dados dos pacientes, que obedeceram ao critério de inclusão de internar na UTI'A, no intervalo de tempo da coleta de dados. Foram excluídos os pacientes que não atingiram 24 horasde internação. A coleta se deu diariamente, durante toda a internação dos pacientes.

4.3.2 Trabalhadores

Os trabalhadores de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) da UTI'A participaram do estudo, com a perspectiva de conhecer suas percepções tanto sobre a carga de trabalho a que estão expostos, como sobre a cultura de segurança. Foram incluídos no estudo, os trabalhadores da equipe de enfermagem que estivessem no setor por, pelo menos, três meses, e excluídos os que estavam em licença por qualquer natureza.

No período da coleta de dados, 38 profissionais de enfermagem estavam vinculados a UTI'A do HUSM. Destes, cinco (13,2%) trabalhadores foram excluídos por não atenderem aos critérios previamente estabelecidos: três por estar em

trabalho na unidade há menos de três meses e dois em licença por tratamento de saúde. Assim, o número de trabalhadores elegível para o estudo foi de 33.

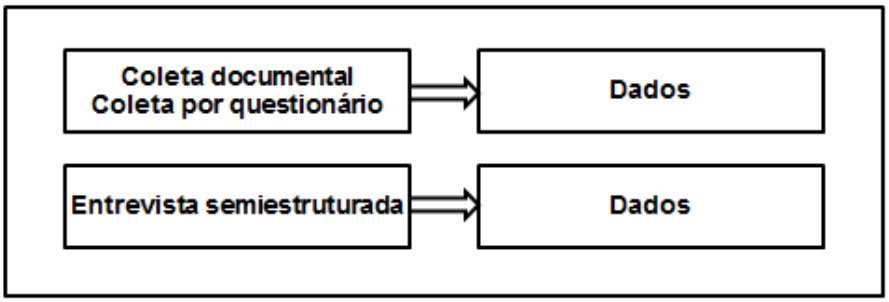
Na etapa quantitativa foram abordados, para responder ao questionário, todos os trabalhadores de enfermagem do setor que atenderam aos critérios acima descritos (N=33). No entanto, três negaram-se em participar do estudo e quatro não devolveram o questionário. Assim, participam da etapa quantitativa, 26 profissionais.

Na etapa qualitativa, relativa à realização de entrevista semiestruturada, foi realizada uma amostragem, por meio de sorteio, entre os 26 trabalhadores que responderam o questionário. Buscou-se manter proporcionalidade entre as categorias profissionais, quais sejam: enfermeiros e técnicos de enfermagem. Assim, responderam a entrevista, 18 trabalhadores, sendo seis enfermeiros e 12 técnicos. O encerramento amostral se deu por saturação teórica.

4.4 COLETA E OPERACIONALIZAÇÃO DOS DADOS

Essa pesquisa contou com três fontes de coleta de dados, que estão organizadas conforme Figura 3.

Figura 3 – Organização da coleta de dados. Santa Maria, RS, 2016.



Fonte: Produção da pesquisadora

Ambas as etapas (quantitativa e qualitativa) aconteceram concomitantemente, sendo que, para os dados quantitativos, primeiro foi realizada a coleta documental e após a coleta por questionário. Cada uma das etapas será melhor detalhada a seguir:

4.4.1 Pesquisa documental – dados dos pacientes e carga de trabalho da enfermagem (NAS)

A obtenção da carga de trabalho dos trabalhadores de enfermagem consiste em medir o tempo de assistência de enfermagem em UTI. Para isso, foi utilizado o instrumento *Nursing Score Activies* (NAS) (Anexo A), o qual compreende 23 procedimentos de enfermagem, cujos pesos variam de 1,2 a 32,0 pontos, dependendo do tempo gasto pela equipe de enfermagem para realizar tais procedimentos. Foi preenchido, diariamente, com base no registro das atividades de enfermagem (colhidas no prontuário do paciente) realizadas nas últimas 24 horas de internação na UTI.

Antes do início da coleta, realizou-se o treinamento dos coletadores (membros do grupo de pesquisa– doutoranda, mestrandos, alunos de iniciação cientifica e voluntários), para que se familiarizassem com os instrumentos e treinassem o preenchimento dos mesmos. O treinamento foi realizado em reuniões previamente agendadas, durante o segundo semestre de 2014.

Após os coletadores sentirem-se habilitados para coleta dos dados documentais, foi realizado um treinamento com os profissionais de enfermagem para o preenchimento da Ficha de controle dos itens 1, 4, 6, 7 e 8 do NAS (Anexo B), a qual tinha o objetivo de melhor descriminar as atividades desenvolvidas, para garantir a fidedignidade dos dados coletados. Essa ficha era preenchida pelos profissionais, a cada plantão (manhã, tarde e noite).

Para sanar as dúvidas que pudessem existir durante a coleta, foi realizado um teste piloto, com 9 pacientes, por sete dias. Esses pacientes não compuseram a amostra do estudo. Os pacientes internados a partir do dia 01/11/2015, começaram a integrar o estudo, de acordo com os critérios previamente descritos.

Além do NAS e da Ficha de controle dos itens 1, 4, 6, 7 e 8 do NAS, foram utilizados outros dois instrumentos, que objetivaram conhecer o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes, bem como o índice de gravidade dos mesmos. Os quatro instrumentos utilizados estão descritos a seguir:

a) **Questionário de dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes** (Apêndice A): visou caracterizar os pacientes quanto aos dados sociodemográficos e clínicos e teve como base os registros referentes as primeiras 24hs na UTI, podendo ser atualizado no decorrer da internação.

b) ***Nursing Activities Scores* (NAS)** (Anexo A): desenvolvido por Miranda e seus colaboradores, traduzido para o português, adaptado transculturalmente e validado para realidade brasileira por Queijo (2008), visou medir o tempo de assistência de enfermagem em UTI.

O NAS divide-se em sete categorias e apresenta um total de 23 itens, são eles: 1. Monitorização e controles; 2. Investigações laboratoriais; 3. Medicação, exceto drogas vasoativas; 4. Procedimentos de higiene; 5. Cuidados com drenos; 6. Mobilização e posicionamento; 7. Suporte e cuidados aos pacientes e familiares; 8. Tarefas administrativas e gerenciais; 9. Suporte respiratório; 10. Cuidados com vias aéreas artificiais; 11. Tratamento para melhora da função pulmonar; 12. Medicação vasoativa; 13. Reposição de grandes perdas de fluidos; 14. Monitoramento do átrio esquerdo; 15.Reanimação cardiorrespiratória; 16. Técnicas de hemofiltração/dialíticas; 17. Medida quantitativa de débito urinário; 18. Medida de pressão intracraniana; 19. Tratamento de acidose/alcalose metabólica; 20. Hiperalimentação intravenosa; 21. Nutrição enteral; 22. Intervenções específicas na UTI; 23. Intervenções específicas fora da UTI.

O NAS pontua o tempo gasto pela enfermagem na realização de 23 procedimentos, cujos pesos variam de 1,2 a 32,0 pontos. É preenchido com base no registro das atividades de enfermagem realizadas nas últimas 24 horas de internação na UTI, e fornece, portanto, informações retrospectivas da carga de trabalho de enfermagem.

A coleta do NAS aconteceu por meio de visitas diárias à unidade, em horários iguais, pré-determinados (das 8h às 11h). Foram utilizados, como base, os registros realizados nas 24 horas que antecederam a coleta de dados nos prontuários dos pacientes e com a utilização do manual do instrumento.

c) **Ficha de controle dos itens 1, 4, 6, 7 e 8 do NAS** (Anexo B): Construído e utilizado por Queijo (2008), tem como finalidade o registro das informações referentes aos itens do NAS que apresentam sub-itens mutuamente excludentes relacionados com o tempo despendido na realização do procedimento ou com o número de profissionais envolvidos no cuidado.

O preenchimento desse instrumento foi feito diariamente, pelos técnicos e enfermeiros de cada plantão. Essas informações eram repassadas para o NAS, pelos coletadores.

d) **Parâmetros de Gravidade** (Apêndice B): O modelo *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS) foi desenvolvido na França por Le Gall et al., do *Hospital Henri Mondor do Credeil*, em 1983. Utiliza a atribuição de pontos a 13 variáveis fisiológicas e à idade (2). Em 1993, o SAPS foi modificado para SAPS II (1,2). O SAPS II foi validado em 13.152 pacientes de 137 UTIs da Europa e Estados Unidos (12 países) e é composto por 12 variáveis fisiológicas, idade, tipo de admissão (cirurgia eletiva, não-eletiva ou internação clínica) e presença de doença crônica (imunodeficiência adquirida, neoplasias metastática e hematológica) (2). O pior valor de todas as variáveis coletadas durante as primeiras 24 horas, após a admissão na UTI, e a soma desses pontos forma o escore SAPS II (3).

Esse instrumento foi preenchido pelos valores máximos, registrados no prontuário do paciente, das seguintes variáveis: Escala de Coma de Glasgow, temperatura corporal, frequência cardíaca, pressão arterial média, leucócitos, sódio, potássio, bicarbonato sérico, creatinina sérica, ureia sérica, bilirrubinas totais, valores da PaO2 (pressão parcial de oxigênio), valores correspondentes da FiO2 (fração inspirada de O2). Essas variáveis tinham como base as informações das primeiras 24 horas de internação, oferecendo subsídios para calcular o índice de gravidade dos pacientes, por meio do SAPSII.

4.4.2 Questionário aplicado aos trabalhadores:caracterização do perfil dos trabalhadores e do clima de segurança (SAQ)

Depois de concluída a coleta documental, foi aplicado um questionário de pesquisa junto aos trabalhadores de enfermagem contendo dois instrumentos: Questionário de dados sociodemográficos e profissionais dos trabalhadores de enfermagem e o Questionário das Atitudes de Segurança (SAQ).

a) **Questionário de sociodemográficos e profissionais dos trabalhadores de enfermagem** (Apêndice C): visou caracterizar a equipe de enfermagem da UTI'A. As variáveis sociodemográficas e profissionais pesquisadas foram: data de nascimento, sexo, estado civil, número de filhos, profissão, especialização e tempo de trabalho na unidade.

b) **Questionário das Atitudes de Segurança (SAQ)** (Anexo C): o *Safety Attitudes Questionnaire* foi criado em 2006 e traduzido para realidade brasileira por Carvalho e Cassiani (2012). O instrumento tem como finalidade avaliar as

percepções de profissionais em relação a questões de segurança do paciente. Possui 41 questões que objetivam medir a percepção do clima de segurança, através de seis domínios: clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gestão da unidade e do hospital, condições de trabalho e reconhecimento de estresse. As respostas a cada uma das questões seguem uma escala Likert de cinco pontos: discordo totalmente (A), discordo um pouco (B), neutro (C), concordo um pouco (D), concordo totalmente e não se aplica (E).

Para aplicação dos questionários, os trabalhadores de enfermagem foram abordados no local de trabalho, individualmente, informados sobre os objetivos, finalidades, riscos e benefícios do estudo e convidados a participar. Mediante a verbalização afirmativa de participação no estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, foi disponibilizado ao participante o protocolo de pesquisa em um envelope codificado. Os trabalhadores, que aceitaram a participar do estudo, responderam ao questionário durante o plantão, sendo recolhido no final do mesmo.

No período da coleta de dados, 38 profissionais de enfermagem estavam vinculados a UTI'A do HUSM. Destes, cinco(13,2%) trabalhadores foram excluídos por não atenderem aos critérios previamente estabelecidos: três por estar em trabalho na unidade menos de três meses e dois em licença por tratamento de saúde. Dentre os trabalhadores que atenderam os critérios de inclusão (N=33; 86,8%), dois negaram-se em participar do estudo e três não devolveram o questionário, resultando em uma perda de 15,2%. Assim, participam do estudo 26 profissionais (83,9%).

4.4.3 Entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada (Apêndice D), realizada com os trabalhadores de enfermagem, visou conhecer a percepção dos trabalhadores de enfermagem quanto à relação entre a carga de trabalho e o clima de segurança em UTI.

Para Minayo (2014) com a entrevista é possível reproduzir, por meio de um sujeito-alvo, as representações de um grupo, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas, revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos. Além disso, a entrevista possibilita, ao participante da pesquisa, ponderar sobre o tema, de forma livre, sem se prender à indagação

formulada e sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2014).

Para seleção dos trabalhadores a serem entrevistados, foi realizado sorteio entre os que preencheram o questionário. Foi observada a proporcionalidade entre as diferentes profissões (técnico e enfermeiro), assim como entre turnos de trabalho. O número de entrevistas obedeceu ao critério de saturação amostral, que consiste em suspender a inclusão de novos participantes, quando os dados obtidos passam a apresentar, na concepção do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta dos dados (FONTANELA; RICAS; TURATO, 2008).

Antes de iniciar essa coleta, a pesquisadora buscou uma ambientação no cenário das entrevistas, estabelecendo uma aproximação com participantes, a fim de obter uma relação de confiança entre entrevistador e possíveis entrevistados. As entrevistas foram pré-agendadas, de acordo com o horário de disponibilidade do entrevistado, e foram realizadas no local de trabalho em uma sala reservada, livre de movimentação, a fim de preservar a segurança das informações.

Para obtenção das informações foi utilizado um roteiro, com questões orientadoras (Apêndice D), que vão ao encontro com os instrumentos de pesquisa quantitativos, visando a integração dos resultados das duas diferentes abordagens. Foi realizado um teste do roteiro, por meio da realização de duas entrevistas com trabalhadores de enfermagem de outras unidades da instituição campo do estudo, com o intuito de analisar se as questões orientadoras estavam apropriadas para responder aos objetivos da pesquisa. Estas entrevistas não compuseram o *corpus* de análise, uma vez que não eram trabalhadores da UTI.

Foram realizadas 18 entrevistas, que duraram de 26 mim à 1h e 8mim. As entrevistas foram gravadas em gravador digital e transcritas. Os participantes tiveram sua identidade preservada, sendo atribuído, para cada entrevista transcrita o código “ENF” para enfermeiro e “TEC” para técnico de enfermagem, seguidas de números cardinais sequenciais, de acordo com a ordem de realização.

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos e qualitativos foram organizados e analisados concomitantemente. Para melhor compreensão dessa etapa, o processo de análise será descrito separadamente, de acordo com a diferente abordagem utilizada.

4.5.1 Etapa quantitativa

Todos os dados coletados foram organizados no programa Epi-info®, versão 6.4, com dupla digitação independente. 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.

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva das variáveis, sendo que as qualitativas foram descritas por meio da frequência absoluta (N) e relativa (%), enquanto que as quantitativas pela média, mediana, desvio padrão, valor máximo e mínimo, de acordo com a normalidade dos dados.

Para testar a hipótese de normalidade da distribuição das variáveis contínuas mensuradas neste estudo, foi realizado o teste de Shapiro Wilk. Para os dados que atenderam à distribuição normal utilizou-se testes paramétricos: Teste t-*Student*e Anova, e para dados com distribuição não normal, os testes não paramétricos como: U de Mann Whitney, Kruskal Wallis, Teste Qui-quadrado, Teste Exato de Fisher.

Para avaliar a relação entre as variáveis Tempo de internação, SAPS II, Probabilidade de morte, Carga de trabalho média (NAS médio), Carga de trabalho do 1º dia (NAS do 1º dia), Carga de trabalho do último dia (NAS do último dia) foi realizado o teste de Correlação de Pearson. Em todas as análises, os resultados foram considerados estatisticamente significantes se $p < 0,05$, com intervalo de 95% de confiança.

4.5.1.1 Análise do NAS

Para avaliar o NAS, tem-se que cada item possui uma pontuação. Portanto, o escore atribuído resulta da soma das pontuações dos itens que correspondem às necessidades de assistência direta e indireta dos pacientes. O escore varia de 0 a 176,8%, e indica a porcentagem de tempo gasto pelo trabalhador de enfermagem na assistência direta de enfermagem. Assim, uma pontuação igual a 100 pontos, por exemplo, significa que o paciente requereu 100% do tempo de um trabalhador de enfermagem no seu cuidado, nas últimas 24 horas (QUEIJO; PADILHA, 2009).

Os dados relativos ao NAS serão apresentados de acordo com a seguinte classificação: NAS médio (Carga de trabalho média), NAS do 1º dia (Carga de trabalho do 1º dia), NAS do último dia (Carga de trabalho do último dia).

4.5.1.2 Análise do SAQ

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 (Avaliação Negativa) e 100 representa a melhor percepção (Avaliação Positiva). A contagem dos escores foi realizada da seguinte forma, de acordo com Carvalho (2012, p.39):

> primeiramente, os itens reversos foram 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.

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. Para calcular o escore de cada domínio, utilizou-se a fórmula (m-1)x25, 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 de uma avaliação positiva, de forte

concordância dos profissionais às questões de segurança do paciente na instituição (SEXTON, 2006; CARVALHO, 2012).

A análise do SAQ foi realizada por domínios, que foram dicotomizados em Baixo (<75) e Alto (≥75), de acordo com o ponto de corte para cultura de segurança positiva (SEXTON, 2006; CARVALHO, 2012). Também foi avaliado como SAQ Total (a partir da pontuação de todos os itens).

Foi aplicado o Coeficiente Alfa de Cronbach a fim de verificar a confiabilidade/fidedignidade do SAQ. Valores maiores que 0,70 são confirmatórios de que o instrumento avalia o que se propõe.

4.5.2 Etapa qualitativa

Para a análise dos dados provenientes das entrevistas, foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), sendo esta uma análise que parte da leitura de primeiro plano, para atingir um nível mais aprofundado, ou seja, aquele que ultrapassa os significados manifestos.

Dessa forma, a análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicação a qual visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens (BARDIN, 2011). Segundo o autor, para isso, é necessário percorrer as seguintes etapas: pré-análise e exploração do material; tratamento dos resultados; inferência e interpretação.

A pré-análise consiste na organização e sistematização das ideias iniciais, cujo objetivo é a escolha dos documentos a serem analisados, retomada dos objetivos e pressupostos iniciais da pesquisa, formulação de hipóteses e a construção de fatores que apontem para a interpretação (BARDIN, 2011).

Essa fase foi iniciada após o término da coleta dos dados, sendo que o primeiro passo após a escuta e transcrição das falas literais das entrevistas, em um editor de textos, foi organizar o material impresso resultante destas e iniciar a leitura flutuante. Assim, o material foi lido e relido, a fim de impregnar-se de seu conteúdo. Ressalta-se que essa leitura foi realizada sem o objetivo de sistematizar os achados, mas sim de apreender de forma mais geral o contexto, emergindo as primeiras impressões, conforme Bardin (2011).Assim, após inúmeras leituras flutuantes, as

entrevistas transcritas foram relidas, sendo destacados com marca texto, os dados que iam ao encontro com a proposta de pesquisa, constituindo o *corpus* da pesquisa e promovendo a formulação e reformulação de pressupostos/hipótese e objetivos.

Posteriormente, foi realizada a construção de um quadro sinóptico de autoria da pesquisadora, no programa Microsoft Word 2010, contendo os elementos a seguir: questão norteadora; trabalhador entrevistado (utilizando o código); fala literal; extrato da fala e percepções da pesquisadora.Na sequência, os trechos das falas colocadas no quadro sinóptico foram assinalados por cores diferentes, de acordo com as ideias semelhantes e/ou que se repetiam. Após estes destaques, as ideias foram organizadas em um caderno de anotações, conforme os objetivos da pesquisa. Assim, o quadro sinóptico e as anotações constituíram o material que foi analisado.

Posteriormente, deu-se início a fase de exploração dos dados, na qual ocorre o recorte de elementos comuns no conteúdo das falas transcritas para a construção das categorias. São elencadas as unidades de registro, que são as palavras, expressões e frases que fornecem sentido ao conteúdo que embasam a determinação das categorias. Esse é o momento da codificação, em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregada em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 2011).

Nesta etapa, foram encontrados os temas que foram se libertando naturalmente do texto, constituindo as Unidades de Registro (UR). A partir da identificação destas unidades, foi possível elencar as categorias que emergiram dos dados coletados. Para Bardin (2011) categorizar significa classificar elementos constitutivos de um conjunto, por meio da diferenciação seguida de reagrupamento, segundo analogia e critérios previamente estabelecidos. Destaca-se que foram considerados, pela pesquisadora, a frequência e a regularidade com que apareciam as UR. No entanto, para a realização da análise, a inferência foi fundamentada na presença de palavras, temas, frases e seus significados e não somente na frequência da sua aparição.

Logo após, iniciou-se a fase de tratamento dos resultados, sendo este o momento em que o pesquisador pode propor inferências e interpretações, a partir dos resultados dos seus achados e de acordo com os objetivos da pesquisa. Na interpretação, os recortes anteriormente realizados, são analisados de acordo com o

referencial teórico adotado. Neste momento, há a indução de significados e a interpretação do conteúdo transcrito de maneira que os resultados sejam o mais fidedigno possível em relação a intencionalidade dos sujeitos da pesquisa (BARDIN, 2011). Dessa forma, as categorias que se agrupavam foram construídas após a definição dos temas, para assim realizar o embasamento com os pressupostos teóricos e dados da literatura.Sendo assim, utilizou-se as falas que permitiram conhecer, analisar e interpretar as percepções dos trabalhadores sobre a carga de trabalho e a cultura de segurança do paciente, a fim de responder os objetivos da pesquisa.

4.5.3 Etapa quali-quantitativa

Tendo em vista o recurso metodológico adotado para essa pesquisa, pautado no método misto com triangulação concomitante de dados, após analisados os dados quantitativos e qualitativos, buscou-se fundi-los e integrá-los, no intuito de evidenciar convergências e divergências entre os mesmos.

Pesquisadores apontam que as integrações dos dados qualitativos e quantitativos se revelam um desafio para os pesquisadores que adotam esse desenho de pesquisa (BRYMAN, 2007). Contudo, acredita-se que a integração de abordagens qualitativas e quantitativas, oportunize não somente o aprofundamento sobre o objeto de estudo investigado, como também confira maior validade e confiabilidade dos resultados e conclusões da investigação.

Nesse relatório, optou-se por fazer essa integração de dados em ambos os capítulos, o que foi denominado, na parte da discussão de: “Integração dos dados quantitativos e qualitativos”.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi registrado no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e no Sistema de Informação para o Ensino (SIE).Posteriormente, submetido à autorização institucional do Hospital Universitário de Santa Maria pela Gerencia de Ensino e Pesquisa (GEP) e a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Santa

Maria. Somente após a tramitação de todos os requisitos exigidos, iniciou-se a coleta de dados.

Primeiramente o projeto foi cadastrado no Sistema de Informação para o Ensino (SIE), no Gabinete de Projetos (GAP) e na Plataforma Brasil, sendo submetido a avaliação da instituição (HUSM) à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM. O Certificado de Apresentação para Apreciação Ética sob o número 45645615.4.0000.5346 (ANEXO A) atende as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012).

Foi utilizado Termo de Confidencialidade ou de Responsabilidade do Pesquisador, em que o anonimato dos participantes foi garantido. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi utilizado para os dados coletados junto aos trabalhadores de enfermagem. Justifica-se a não utilização do TCLE para os pacientes, pelo fato de que os dados utilizados serão obtidos exclusivamente dos prontuários dos mesmos, não sendo realizada nenhuma abordagem direta com os mesmos.

Para garantir o sigilo das identidades dos trabalhadores, os questionários foram enumerados, e as entrevistas foram nomeadas por sílaba da letra ENF para os enfermeiros e TEC para os técnicos de enfermagem, e por números arábicos conforme a ordem das entrevistas, compondo os códigos ENF 1, ENF 2 ENF 3... TEC 1, TEC 2, TEC 3... e assim por diante, no intuito de preservar o caráter confidencial da pesquisa.

Os dados coletados, depois de construção do banco de dados, transcrições e analises, foram guardados, assim como o TCLE, pela coordenadora da pesquisa, na sala 1339 do Centro de Ciências da Saúde, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Após um período de cinco anos, os mesmos serão incinerados, conforme o Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança dos Dados (TCPSD) (Apêndice G).

Convém salientar que, durante esse período, os dados poderão ser acessados para releituras, constituindo assim um banco de dados para futuras pesquisas na temática.

Quanto aos benefícios, serão diretamente a instituição e à equipe de enfermagem, uma vez que as informações coletadas fornecerão subsídios para a reorganização do dimensionamento de profissionais atuantes nas unidades por plantão, melhorando o clima de segurança. Ainda, este estudo trará benefícios

diretos aos pacientes internados nessas unidades, pois a readequação do quantitativo de profissionais pode implicar em uma assistência mais qualificada beneficiando a segurança dos pacientes. Essa pesquisa também contribuirá na construção de conhecimento em Saúde e Enfermagem e poderão servir para novos estudos a serem desenvolvidas sobre essa temática.

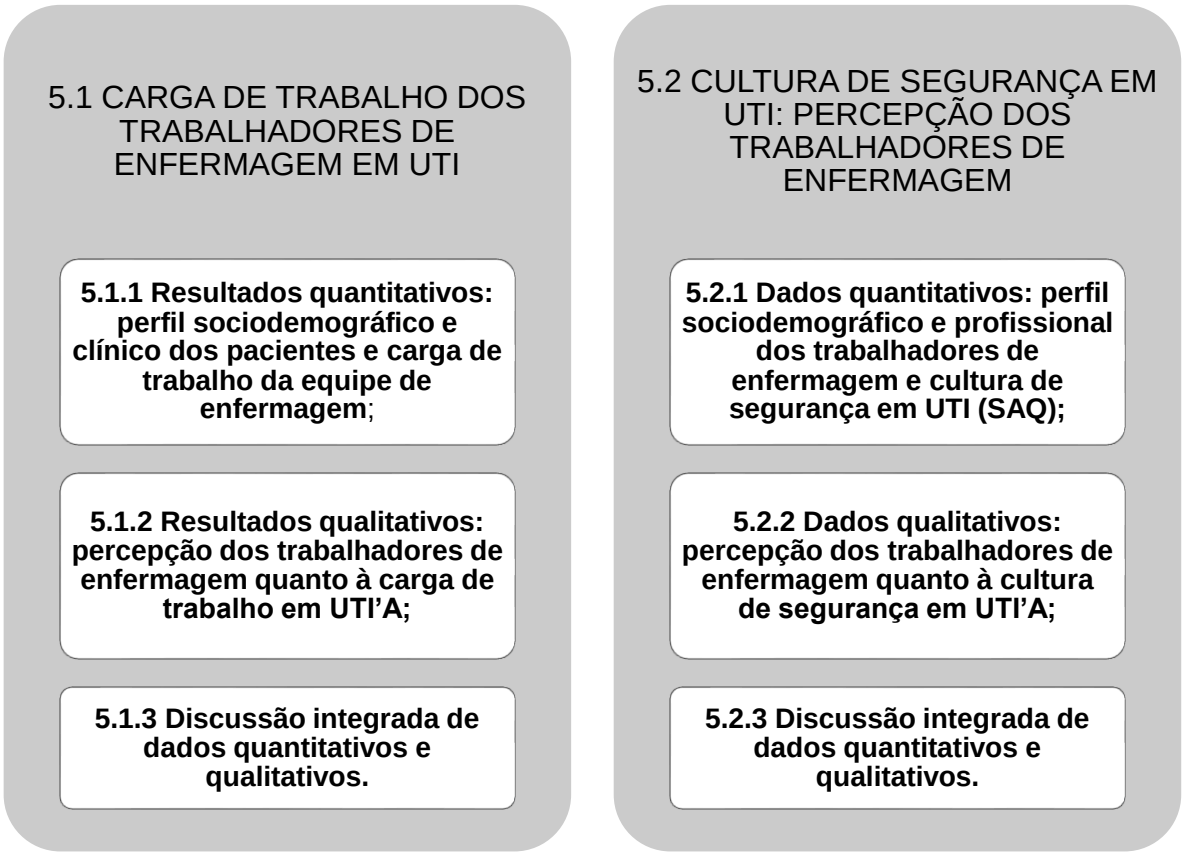
Em relação aos riscos, a pesquisa não proporcionou riscos potenciais ou reais à saúde dos participantes, mas ressalta-se que poderia causar algum tipo de desconforto ao respondente das entrevistas. Caso isso acontecesse, o participante poderia ter interrompido sua participação e optado por retomá-la em outro momento ou mesmo encerrá-la.

Destaca-se, ainda, que a pesquisadora assume o compromisso de, após a elaboração do relatório de pesquisa, retornar à instituição para apresentar os dados, bem como aos trabalhadores envolvidos, assim como divulgar os achados em periódicos científicos e em eventos na área da saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para organização dos dados, a apresentação dos resultados e discussão será realizada conforme os tópicos expostos na Figura 4.

Figura 4 – Apresentação dos resultados e discussão



Fonte: Produção da pesquisadora

5.1 CARGA DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM UTI

Neste capitulo,serão apresentados os resultados quantitativos oriundos do questionário preenchido com base nos prontuários dos pacientes, incluindo o NAS, bem como os achados sobre a carga de trabalho da equipe de enfermagem que emergiram das entrevistas.

5.1.1 Resultados quantitativos: perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes e carga de trabalho dos trabalhadores de enfermagem

Participaram do estudo 73 pacientes, os quais estiveram internados na UTI'A do HUSM, entre o período de 1 de novembro de 2014 e 25 de abril de 2015.

As variáveis qualitativas referentes aos dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes estão apresentadas na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes internados na UTI, segundo variáveis sociodemográficas e clínicas. Santa Maria, RS, 2016.

(continua)

Variáveis	**Frequência Absoluta (N)**	**Frequência Relativa (%)**
Sexo		
Masculino	36	49,3
Feminino	**37**	**50,7**
Estado civil		
Casado ou com companheiro	**44**	**60,3**
Solteiro ou sem companheiro	23	31,5
Viúvo	6	8,2
Procedência		
Santa Maria	**43**	**58,9**
Outra cidade	30	41,1
Unidade de Procedência		
Unidades de Internação	13	17,8
Bloco Cirúrgico	2	2,7
Sala de Recuperação Anestésica (SRA)	26	35,6
Ambulatório Quimioterapia	1	1,4
Pronto Socorro	**27**	**36,9**
Unidade de Nefrologia	2	2,7
Outra instituição	2	2,7
Tipo de internação		
Cirúrgica	34	46,6
Clínica	**39**	**53,4**
Diagnóstico		
Afecções neurológicas	**24**	**32,9**
Afecções digestivas	15	20,6
Afecções hemato-oncológicas	10	13,7
Traumas	10	13,7
Afecções pneumológicas	9	12,3
Afecções nefrológicas	3	4,1
Afecções infectocontagiosas	1	1,4
Afecções auto-imunes	1	1,4

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes internados na UTI, segundo variáveis sociodemográficas e clínicas. Santa Maria, RS, 2016.

(conclusão)

Co-morbidades		
Diabetes Mellitus (DM)	3	4,1
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	2	24,7
DM e HAS	**42**	**57,5**
Não apresenta	10	13,7
Apresentou agravos pós-internação		
Sim	**45**	**61,6**
Não	28	38,4
Apresentou infecção durante a internação		
Sim	**40**	**54,8**
Não	33	45,2
Apresentou Sepse durante a internação		
Sim	30	41,1
Não	**43**	**58,9**
Alta ou Óbito		
Óbito	**40**	**54,8**
Alta	33	45,2

Dos 73 pacientes que compuseram o estudo, 50,7% são do sexo feminino, 60,3% são casados ou possuem companheiro e 58,9% são procedentes de Santa Maria.

Quanto ao perfil clínico dos pacientes, 36,9% internaram procedentes do Pronto Socorro da instituição, sendo 53,4% com internação do tipo clínica; estando 32,9% dos diagnósticos relacionados a afecções neurológicas, e 57,5% dos pacientes com morbidades associadas, principalmente, diabetes Mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Ainda, 61,6% apresentaram agravos após a internação, 54,8% apresentaram algum tipo de infecção, durante a internação, sendo que 41,1% evoluíram para sepse e 54,8% foram a óbito.

Na Tabela 2, estão apresentadas as variáveis quantitativas referentes aos dados sociodemográficos e clínicos, assim como, a carga de trabalho avaliada pelo NAS.

Tabela 2 – Medidas descritivas das variáveis sociodemográficas e clínicas quantitativas e da carga de trabalho (NAS). Santa Maria, RS, Brasil, 2016. (n=73)

Variáveis	**Média**	**Desvio Padrão**	**Máximo**	**Mínimo**
Idade (anos)	52,6	17,5	82	15
Tempo de internação (dias)	20,2	15,5	86	2
SAPS II (escore)	34,6	12,9	60,0	8,0
Probabilidade de mortalidade*	0,2	0,2	420,0	1,0
NAS médio dos pacientes durante a internação (%)	70,0	13,5	127,5	20,9
NAS médio dos pacientes do 1º dia de internação (%)	87,2	11,7	122,9	58,2
NAS médio dos pacientes do último dia de internação (%)	94,5	22,5	143,6	58,2

A média de idade dos pacientes foi de 52,6 (DP= 17,5) anos. Os mesmos ficaram internados em média 20,16 dias (DP=15,5), com um escore médio do SAPS II de 24,56 (DP=.12,9), e 22% de probabilidade de morte.

Em relação a carga de trabalho, a pontuação média do NAS durante toda a internação dos pacientes foi de 70,0%, sendo que, no primeiro e no último dia de internação, a pontuação foi de 87,2% e de 94,5%, respectivamente.

Na Tabela 3, estão apresentadas as correlações entre as variáveis: Tempo de internação, SAPS II, probabilidade de morte, NAS médio, NAS do 1º dia, NAS do ultimo dia.

Tabela 3 – Correlação de Pearson entre variáveis clínicas e o NAS. Santa Maria, RS, 2016.

Variáveis	Tempo de internação	SAPS II	Probabilidade de morte	NAS médio	NAS 1º dia	NAS último dia
Tempo de internação	1,000					
SAPS II	-0,009	1,000				
Probabilidade de morte	0,014	0,817*	1,000			
NAS médio	-0,140	0,236	0,138	1,000		
NAS 1º dia	0,009	0,313*	0,228**	0,514*	1,000	
NAS último dia	0,103	0,328*	0,201	0,685*	0,313*	1,000

Teste de Correlação de Pearson. * $p < 0,01$ ** $p < 0,05$

De acordo com a Tabela 3, verifica-se correlação positiva, de intensidade muito alta, entre o SAPS II e a probabilidade de morte. Também se verifica correlação positiva, de intensidade alta, entre o NAS médio com o NAS do primeiro e último dia de internação.

Na Tabela 4, está apresentada a análise descritiva do NAS, segundo as variáveis clínicas.

Tabela 4 - Medidas descritivas do NAS, segundo as variáveis clínicas. Santa Maria, RS, 2016.

Variáveis	**NAS médio**			**NAS 1º DIA**			**NAS ultimo dia**		
	Média	DP	Valor p	Média	DP	Valor p	Média	DP	Valor p
Destino			**<0,001**			0,077			**<0,001**
Óbito	75,9	12,8		89,6	11,9		109,5	18,7	
Alta	64,0	10,7		84,2	10,8		76,3	9,7	
Tipo de internação			0,410			0,094			0,610
Clínica	70,3	14,3		89,5	10,4		95,7	22,8	
Cirúrgica	69,8	12,9		85,2	12,5		93,5	22,6	
Sepse			0,297			0,571			0,012
Sim	71,6	8,8		88,6	10,9		102,0	21,4	
Não	68,9	15,9		86,2	12,2		89,2	22,0	

*Mann-Whitney Test

De acordo com a Tabela 4, verificou-se que os pacientes que evoluíram para o óbito tiveram, significativamente, maiores médias de carga de trabalho (NAS médio e no último dia). Da mesma forma, os diagnosticados com Sepse, apresentaram maior média de carga de trabalho de enfermagem no último dia de internação (NAS último dia).

Na Tabela 5, estão apresentados os itens do NAS e o número de vezes que os mesmos foram pontuados. Destaca-se que nos 73 pacientes o NAS foi aplicado 1472 vezes.

Tabela 5 – Itens do NAS. Santa Maria, 2017.

(continua)

ITENS DO NAS	**Número devezes queforam pontuados**	**%**
1. Monitorização e controles	1472	100,0
1.a Sinais vitais horários, cálculo e registro regular do balanço hídrico.	1097	74,5
1.b Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 2h ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como: VNI, desmame, agitação, confusão mental, posição prona, procedimentos de doação de órgãos, preparo e administração de fluidos ou medicação, auxilio em procedimentos específicos.	338	22,9

Tabela 5 – Itens do NAS. Santa Maria, 2017.

(continuação)

1.c Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 2 a 4 horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como os exemplos acima.	37	2,5
2. Investigações laboratoriais: bioquímicas e microbiológicas.	1300	88,3
3. Medicação, exceto drogas vasoativas.	1331	90,4
4. Procedimentos de higiene	1472	100,0
4.a Realização de procedimentos de higiene tais como, curativo de feridas e cateteres intravasculares, troca de roupa de cama, higiene corporal do paciente em situações especiais (incontinência, vômito, queimaduras, feridas com secreção, curativos cirúrgicos complexos com irrigação), procedimentos especiais (ex. isolamento), etc.	1179	80,1
4.b Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 1 a 2horas, em algum plantão.	188	12,7
4.c Realização de procedimentos de higiene que durem mais de 2 a 3 horas em algum plantão.	105	7,1
5. Cuidados com drenos – Todos (exceto SNG e SNE)	111	7,5
6. Mobilização e posicionamento incluindo procedimentos tais como: mudanças de decúbito, mobilização do paciente, transferência da cama para a cadeira, mobilização do paciente em equipe (ex. paciente imóvel, tração, posição prona).	1472	100,0
6.a Realização do(s) procedimento(s) até 3 vezes em 24 horas.	28	1,9
6.b Realização do(s) procedimento (s) mais do que três vezes em 24 horas ou com dois enfermeiros em qualquer frequência.	55	3,7
6.c Realização do(s) procedimento(s) com três ou mais enfermeiros em qualquer frequência.	1389	94,4
7. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes incluindo procedimentos tais como telefonemas, entrevistas, aconselhamento. Frequentemente, o suporte e cuidado, sejam aos familiares ou aos pacientes, permitem a equipe continuar com outras atividades de enfermagem (ex.: enquanto presente a beira do leito observando o paciente).	1472	100,0
7.a Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por cerca de até 1 h sem algum plantão tais como: explicar condições clínicas, lidar com a dor e angústia, lidar com circunstâncias familiares difíceis.	1421	96,5
7.b Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por 2horas ou mais em algum plantão tais como: morte, circunstâncias trabalhosas (ex: grande número de familiares, problemas de linguagem e familiares hostis).	51	3,5
8. Tarefas administrativas e gerenciais	1472	100,0
8.a Realização de tarefas de rotina tais como: processamento de dados clínicos, solicitação de exames, troca de informações profissionais (passagem de plantão e visitas clínicas).	1296	88,0
8.b Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de x horas em algum plantão tais como: atividades de pesquisa, aplicação de protocolos, procedimentos de admissão e alta.	107	7,3

Tabela 5 – Itens do NAS. Santa Maria, 2017.

(conclusão)

8.c Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de x h ou mais tempo em algum plantão tais como: morte e procedimentos de doação de órgãos, coordenação com outras disciplinas.	69	4,7
SUPORTE VENTILATÓRIO		
9. Suporte respiratório: Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva, com ou sem relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem pressão expiratória final positiva (ex: CPAP ou BiPAP), com ou sem tubo endotraqueal; oxigênio suplementar por qualquer método.	1254	85,2
10. Cuidado com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia.	1145	77,8
11. Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia inalatória, aspiração endotraqueal.	1273	86,5
SUPORTE CARDIOVASCULAR		
12. Medicação vasoativa independente do tipo e dose.	508	34,5
13. Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos. Administração de fluidos >3 l/dia, independente do tipo de fluido administrado.	28	1,90
14. Monitorizarão do átrio esquerdo. Cateter da artéria pulmonar com ou sem medida de débito cardíaco.	0	0
15. Reanimação cardiorrespiratória nas últimas 24h (excluído soco precordial).	14	0,95
SUPORTE RENAL		
16. Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas.	164	11,1
17. Medida quantitativa do débito urinário (ex. sonda vesical de demora).	1420	96,5
SUPORTE NEUROLÓGICO		
18. Medida de Pressão Intracraniana (PIC).	0	0
SUPORTE METABÓLICO		
19. Tratamento de acidose/alcalose metabólica complicada.	305	20,7
20. Hiperalimentação intravenosa.	462	31,3
21. Alimentação enteral. Através de tubo gástrico ou outra via gastrintestinal (ex: jejunostomia).	109	7,4
INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS		
22. Intervenções específicas na UTI. Intubação endotraqueal, inserção de marcapasso, cardioversão, endoscopias, cirurgia de emergência no último período de 24 h, lavagem gástrica. Não estão incluídas intervenções de rotina, sem consequências diretas para as condições clínicas do paciente (ex: raio-X, ecografia, eletrocardiograma, curativos ou inserção de cateteres).	215	14,6
23. Intervenções específicas fora da UTI. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.	110	7,5

Quanto aos indicadores do NAS, em 100% dos pacientes avaliados, foram realizadas, diariamente, as seguintes intervenções terapêuticas, considerando-se que o NAS foi aplicado 1472 vezes: 1- monitorização e controles (com os subitens 1ª (74,5%), 1b (22,9%) e 1c (2,5%); 4- procedimentos de higiene (com os subitens 4a (80,1%),4b (12,7%);e 4c(7,1%), 6- mobilização e posicionamento(com os subitens 6ª (1,9%),6b (3,7%);e 6c(94,4%), 7- suporte e cuidados aos familiares e parentes (com os subitens 7a (97,1%) e 7b (2,9%) e 8- tarefas administrativas e gerenciais (com os subitens 8a (79,1%), 8b (18,2%) e 8c (2,7%) pontuados.

Os itens menos frequentemente pontuados foram: 14- Monitorização do átrio esquerdo; 18- Medida da pressão intracraniana e 13- Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos.

Além disso, verifica-se um baixo número de reanimações cardiorrespiratórias, frente ao alto índice de mortalidade encontrado nesse estudo. Contudo, deve-se levar em consideração que a situação clínica de muitos pacientes é grave, comprovada pelo SAPS II, ou se agrava muito durante a internação, levando a tomada de decisão de não reanimação, em caso de parada cardiorrespiratória.

Diante dos resultados expostos até o momento, observa-se a diversidade dos quadros clínicos dos pacientes, representado uma variedade de patologias, sintomatologias e, por consequência, cuidados diferenciados. Ainda se destaca o alto nível de gravidade dos pacientes e, principalmente, de demandas de cuidados, o que representa uma carga de trabalho elevada para os trabalhadores, implicando em sobrecarga.

5.1.2 Dados qualitativos: carga de trabalho da equipe de enfermagem em UTI: percepção dos trabalhadores

Embora os dados quantitativos anteriormente apresentados evidenciem um contexto assistencial, na unidade investigada, marcado por altos níveis de gravidade dos pacientes, gerando demandas elevadas de trabalho para a equipe de enfermagem, considera-se essencial, aprofundar a análise desses dados, a partir da voz dos próprios trabalhadores. Nesse sentido, apresenta-se agora a análise dos dados oriundos das entrevistas semiestruturadas realizadas com os trabalhadores, demarcando, especificamente, aspectos relativos a percepção sobre a carga de trabalho na unidade de terapia intensiva onde atuam.

Dos 18 trabalhadores que responderam as entrevistas, cinco eram do sexo masculino e 13 do sexo feminino; caracterizando-se por um grupo predominantemente composto por mulheres, sendo cinco solteiros, 13 casados, com idade entre 26 anos a 52 anos. Entre os participantes, seis são enfermeiros e 12 técnicos de enfermagem. O tempo de serviço na instituição variou entre quatro meses e 34 anos. Com relação ao vínculo empregatício, nove eram servidores públicos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) e nove eram Servidores Públicos Federal regidos pelo regime jurídico único (RJU).

Após análise dos dados oriundos das entrevistas foi possível conhecer a percepção dos trabalhadores sobre a carga de trabalho a que estão expostos, utilizando a metodologia qualitativa. Desse processo de análise, emergiram duas categorias: “Demanda de cuidados dos pacientes atendidos na UTI de um hospital universitário” e “Características e organização do trabalho: repercussões na carga de trabalho da enfermagem e na segurança do paciente”.

5.1.2.1 Demanda de cuidados dos pacientes atendidos na UTI de um hospital universitário

Nessa categoria, os trabalhadores de enfermagem descreveram o perfil do paciente atendido na UTI, a qual constitui o cenário do estudo, bem como os cuidados de enfermagem prestados a esses pacientes, caracterizando a carga de trabalho da enfermagem nesse setor.

Assim, os primeiros depoimentos demostram o perfil de complexidade assistencial dos pacientes internados na UTI, na percepção dos trabalhadores de enfermagem.

> [...] os pacientes são muito graves. Tem épocas que eles estão mais “light,” digamos assim, porque tem menos, eles já estão dando alta, mas isso está bem difícil ultimamente. (TEC 2)

> O paciente do 8, por exemplo. É uma paciente muito obesa, traqueostomizada, tem sonda, tem ventilação mecânica, tem muitos que tem assim... Pacientes que tem drenos bilaterais, várias drogas, muita secreção, tem pacientes que tem curativos grandes. (TEC 1)

De acordo com os depoimentos, depreende-se que o trabalho de enfermagem na UTI desenvolve-se em um cenário de alta complexidade tecnológica, do qual

fazem parte pacientes em estado crítico de saúde, dependentes da assistência de enfermagem. Dessa forma, os trabalhadores podem enfrentar dificuldades relacionadas à complexidade técnica da assistência aos pacientes, o que aumenta as demandas de trabalho. Além disso, a complexificação da assistência resulta em exigência constante de capacitações, para que possam desenvolver um cuidado de qualidade e com segurança para os pacientes.

Nessa mesma perspectiva, os depoimentos dos técnicos de enfermagem 1 e 2, chamam atenção:

> É que eu vejo, assim, já de outras instituições, a gente ficava com dois pacientes na UTI, mas era sempre um entubado e um não. Quando ficava com dois entubado pegava um só. É que o nível da nossa UTI é de pacientes muito graves e sempre os dois pacientes são muito graves.(TEC 1)
>
> Eu já trabalhei em outras UTI´s, mas nenhuma tinha tantos pacientes graves ao mesmo tempo. Aqui eles são muito graves, eles já chegam aqui tarde demais... (TEC 4)

Nesses depoimentos, os trabalhadores comparam a UTI estudada com outros serviços, e ressaltam a gravidade dos pacientes que nessa internam. Para eles, essa UTI é diferenciada por ter muitos pacientes graves internados ao mesmo tempo, o que inviabiliza, inclusive, uma organização de escala de trabalho de forma a distribuir equitativamente pacientes mais graves e menos graves para o trabalhador. Ainda, cabe destaque para fala de Tec 4: "*eles já chegam aqui tarde demais*". Esse depoimento suscita reflexões, uma vez que pode estar relacionado com a alta mortalidade de pacientes nessa UTI.

Quando questionados sobre a carga de trabalho dos pacientes internados na UTI, os trabalhadores mencionam que a mesma está cada vez maior, e atribuem a causa as novas tecnologias e recursos terapêuticos, que vem sendo implementados e utilizados, pela medicina, para facilitar o tratamento e recuperação do paciente em UTI, como pode ser visto no depoimento do Tec 6: "Está aumentando, cada dia é uma coisa a mais que tem que ser feita [...] Eu acho assim, aumentou muito a carga de serviço, talvez pela medicina ter melhorado, ter mais procedimentos..."

Durante a entrevista os participantes relataram as demandas de cuidados que os pacientes que internam nessa UTI exigem, caracterizando a carga de trabalho de enfermagem. Os depoimentos a seguir ilustram esse contexto:

> ...a demanda de trabalho depende da gravidade do paciente. Quanto mais grave, maior é a demanda...porque tu precisa estar praticamente com esse paciente. Pacientes mais graves geralmente estão mais instáveis, tu tem que estar atento aos sinais, a medicação. Aos técnicos, que estão ai sobre tua supervisão, porque querendo ou não, se eles fizerem alguma coisa errada, é sobre ti, você que vai recair, porque eles estão sobre tua supervisão (ENF 2).

> Tem pacientes que tem curativos grandes, e aí tu perde tempo, no banho, às vezes, vai 1 hora. Que nem a paciente do 8, que nós temos ali, nós levamos 1 hora, 2 homens e 1 mulher, assim, lesões na pele, no seio [...]. Tem que cuidar o central [referindo-se ao cateter central], tem que cuidar a traqueo, tentar lateralizar ela, complicado. Então, te exige tempo ali e ali sempre tem que ir dois pelo tamanho dela. (TEC 1).

> É, por mais que a gente fique com dois pacientes, esses dois são muito sobrecarregados, porque tem assim hemodiálise, é difícil de chegar no paciente, tem esse empecilho de chegar no paciente, é bomba de infusão, é fio de hemodiálise...é muita coisa em volta do paciente e daí se tu tem uma paciente que tem um excesso disso daí te dá um estresse. Porque é muita coisa, é muito procedimento, é PIA[pressão intra abdominal], PVC[pressão venosa central], tem mais agora a PAM[pressão arterial média] que também tem ocupa, tem mais aquele.... Então, tem paciente, assim, que tu pega com doze bombas de infusão, máquina de hemodiálise, PAM, três quatro hastes que é com PVC, que é com PIA, que é com PAM tudo ali em cima. Então, é muito procedimento no paciente, então tu fica ali. É dois, é dois! Tu vai para os andares são sete. Só que esses dois são muito cheios de coisas.(TEC 10)

Com base nesses depoimentos, foi possível perceber que a gravidade dos pacientes interfere nas demandas de cuidados. Para os trabalhadores, os pacientes internados possuem um alto grau de dependência dos cuidados de enfermagem, o que contribui para o aumento da carga de trabalho da enfermagem. Esses trabalhadores necessitam realizar diversos procedimentos em um mesmo paciente como: monitorização contínua, procedimentos de higiene, controle e administração de medicações e dietas, mobilização e posicionamento no leito. Destaca-se que, em muitos momentos, são necessários três ou mais profissionais para realização de cuidados específicos, visto as características de cada paciente.

Infere-se ainda que, isso pode implicar em tempo de assistência maior do que é esperado para cuidar de cada paciente, gerando impacto na organização do trabalho da enfermagem, assim como na qualidade do mesmo, uma vez que devido à grande demanda de cuidados, a segurança do paciente pode ficar a desejar.

Tendo em vista essa alta exigência de cuidados de enfermagem prestada nessa UTI, acredita-se que alguns pacientes demandam um tempo maior de assistência. Isso foi expressado pelos trabalhadores nas seguintes falas.

> Eu acho que mais os pacientes da nefro, em função de máquina e cateter...e também os pacientes que já tem ou abriram uma escara [úlcera por pressão] imensa, obesos, falando em geral .... (TEC 6)
>
> ... na verdade são os pacientes que estão bem debilitados, que pode acontecer a qualquer momento uma intercorrência, e os pacientes mais agitados que podem vir a causar uma intercorrência: se levantar da cama, arrancar alguma coisa. E os mais debilitados nos exigem mais atenção, porque pode acontecer alguma coisa organicamente, alguma coisa neles, uma parada [referindo-se a parada cardiorrespiratória].(TEC 7)
>
> Os que estão mais instáveis, em sinais vitais, os que têm possibilidade de parada[referindo-se a parada cardiorrespiratória]. Esses são os pacientes que a gente fica mais tempo. Os politraumas também que, principalmente na hora do banho, é muita coisa para fazer ao redor, é muito curativo, é muito cuidado, tu não pode tracionar, tu não pode às vezes mexer, tem que mexer em bloco. (ENF 3)

Percebe-se, por meio dos depoimentos, diferentes percepções quanto aos pacientes que demandam maior carga de trabalho, como: aqueles instáveis, os obesos, em hemodiálise, os que estão em desmame ventilatório e os que se mantém mais acordados.

Pode-se acreditar que esses pacientes foram eleitos como os que possuem maiores demandas por apresentarem mudanças de quadro clínico quando instáveis, e, consequentemente, mudanças de conduta médica, o que exige, do trabalhador, estar sempre disponível para realizar outras atividades, além das previstas na rotina preestabelecida ou prescrição médica. Destaque especial pode ser dado para o fato de a prescrição médica ser um instrumento norteador para a assistência, sempre com possibilidade de modificação de medicações/procedimentos, ou mesmo com acréscimos em qualquer tempo, tendo em vista a instabilidade dos pacientes. Além disso, o trabalhador de enfermagem deve sempre estar atento a ocorrência de situações de urgência/emergência, o que pode trazer transtornos a sua rotina de trabalho pré determinada. Alguns pacientes foram elencados como os que mais demandam cuidados, tais como os que fazem procedimentos de dialise e hemodiálise, pela monitorização continua durante o procedimento, assim como os cuidados com as máquinas e cateteres; os obesos e com úlceras, provavelmente pelo tempo despendido para higienização, mobilização e curativos, assim como a necessidade de dois ou três profissionais para realização de tais atividades. Também foram citados pacientes que estão “acordando”, em desmame de medicações e aparelhos, por exigirem cuidados diferenciados, muitas vezes, uma

comunicação mais interativa, uma realidade pouco vivenciada por esses trabalhadores.

Ainda foi possível destacar outro depoimento que revela o tipo de paciente que demanda maior carga de trabalho para o trabalhador TEC 12: “[...] é pacientes que ficam mais tempo internados [...] não é esses pacientes corriqueiros que vem interna, dá dois dias e vai embora, é mais pacientes que ficam um tempão ali...

No depoimento acima, é possível evidenciar que,à medida que a internação do paciente vai se prorrogando, a carga de trabalho dos trabalhadores de enfermagem aumenta. Esse dado associa-se ao fato de haver maior incremento de procedimentos/medicamentos, demandando, do trabalhador, a realização de um maior número de atividades, além de haver, nesses casos, maior probabilidade de instabilidade hemodinâmica.

Pelo exposto nos resultados até aqui apresentados, observa-se que na maioria das vezes, os plantões transcorrem em um ambiente de agitação, o que exige atenção e cuidado rigoroso de todos os integrantes dessa equipe. Nos próximos depoimentos observa-se a demanda de trabalhado na admissão dos pacientes.

> Quando eles internam é bem pesado, porque tudo está sendo decidido naquele momento. Os médicos querem tudo que se possa imaginar, exame de sangue, Raio X e tudo mais, e pedem para gente iniciar com mil medicações, tudo ao mesmo tempo...Ainda tem que ver que o paciente está internando, ele não está estável....ele está precisando da gente e nós temos que ficar atentos a qualquer coisa que possa acontecer...Então, a gente fica quase todo tempo daquele plantão no lado do paciente, vendo os sinais vitais, avaliando estímulos e qualquer outra coisa que possa agravar ainda mais o quadro dele.(ENF 1)
>
> Sempre que tem internação a gente mobiliza toda a equipe, médico enfermeiro, fisioterapeuta e nós. O técnico que vai assumir esse paciente não para nunca! (TEC 5)
>
> Eu acho que o paciente em si, de UTI, ele exige. Quando eles vêm de outro lugar, às vezes, eles vêm do pronto-socorro, ficaram lá bastante tempo, então tu tem que ter uma atenção redobrada, cuidar o tempo todo...verificar sinais vitais toda hora, ou que veio do bloco cirúrgico. Então, são pacientes que, às vezes, logo que eles internam, tu tem que ter um cuidado maior. Mas, no geral, eles são bem críticos. A gente, por exemplo, paciente com ferimento por arma branca, que tem bastante. (TEC 9)

Observa-se nos depoimentos dos trabalhadores o quanto as primeiras horas de internação do paciente na UTI são um momento exaustivo para toda equipe. Ainda, percebe-se o quanto esse momento exige agilidade e atenção dos

trabalhadores de enfermagem, a fim de conseguir realizar todas as atividades e estabilizar o paciente, de maneira mais segura para o mesmo. Ressalta-se a importância de uma boa comunicação entre os membros da equipe, pois, qualquer falha, pode implicar em risco para o paciente. Dessa forma, a internação constitui-se um período crítico, de alta demanda de cuidados, e que pode gerar desgaste psíquico e físico para os trabalhadores de enfermagem.

Semelhante ao período da internação, os momentos que antecedem a alta, ou o momento do óbito do paciente também foram referidos pelos participantes da pesquisa, como diferenciados, com demandas específicas. Isso pode ser observado nos próximos depoimentos.

> Nos últimos dias deles aqui, como vou te dizer, varia muito, às vezes é bem tranquilo, porque é um paciente que simplesmente está esperando um leito e está tudo tranquilo, é só o trabalho do transporte do paciente mesmo...claro que esses, geralmente estão acordados, e, querendo ou não, eles te exigem bastante também, te solicitam toda hora...Mas já se é um paciente que morre, daí complica, porque, se ainda estão investindo, tem todas as manobras de ressuscitação, é bastante trabalho e todo mundo se envolve.(TEC 8)

> O momento do óbito sempre dá muito trabalho. Além de ser um momento horrível, independente de quem seja, tem que fazer toda a papelada, tem que lidar com a dor dos familiares, toda equipe fica diferente. Nossa, é um trabalho que me consome. Aqui até que não é muito, mas, quando temos o processo de doação de órgãos também. Nossa é muita burocracia, além de muito cuidado com esse paciente, porque qualquer falha nossa pode-se perder um doador. Complicado mesmo! (ENF 1).

Notadamente, nos depoimentos, observa-se o aumento da demanda de trabalhado causado pelo óbito do paciente em UTI. Apesar dos trabalhadores relatarem demanda física exigida nesse momento, identifica-se um sofrimento psíquico por parte desses profissionais. Com isso, o clima gerado na equipe e os sentimentos dos trabalhadores, podem tornar mais difícil a realização das atividades.

De acordo com os resultados expostos nessa categoria, percebe-se que os pacientes internados na UTI que constitui o cenário do estudo, encontram-se em uma situação difícil e delicada. Estão graves e instáveis, às vezes, pioram rápido e precisam de uma intervenção imediata. São doentes críticos, com disfunções orgânicas, precisando de cuidados específicos.

Frente a esse perfil de pacientes, a demanda de cuidados de enfermagem é grande, implicando em uma alta carga de trabalho. Para dar conta dessas atividades, de maneira segura, o trabalhador necessita de conhecimento, habilidade,

tomada de decisão e, principalmente, responsabilidade para realizar seu trabalho da melhor forma, amenizando os riscos para sua saúde bem como para a segurança do paciente.

No entanto, sabe-se que a forma como está organizado o trabalho interfere no ritmo de trabalho, no modo como profissional vai desenvolver suas tarefas, revelando indícios de carga de trabalho, assim como nas repercussões para o trabalhador e para a assistência. Esse assunto também emergiu nas entrevistas realizadas, e os resultados estão expostos na próxima categoria.

5.1.2.2 Organização do trabalho: repercussões na carga de trabalho da enfermagem e na segurança do paciente

A outra categoria que emergiu, a partir da análise das entrevistas, foi "organização do trabalho: repercussões na carga de trabalho da enfermagem e na segurança do paciente". Nessa categoria, os trabalhadores relatam características inerentes da organização do trabalho, no ambiente estudado, que interferem na carga de trabalho dos mesmos e apresentam implicações para segurança do paciente.

Ao serem questionados sobre o cotidiano de trabalho, descreveram como se desenvolve o trabalho no plantão em que estão escalados.

> Eu chego, recebo plantão, umas 6:50 por ai, troco a roupa, e ai inicio primeiro as coisas básicas, lavar a mão e tal, vou fazer a verificação dos sinais inicial, e já preparar a medicação do próximo horário. Depois do primeiro horário controlado e medicado do paciente, a gente dá uma revisada se tem alguma medicação, em bomba ou alguma intercorrência, se não tiver a gente passa para o próximo passo que é banho, a gente já vê os próximos que tem horário de banho, realiza o banho e quando terminou já tem o próximo horário para controle. A gente realiza o próximo controle, a próxima medicação. É um ciclo, e daqui a pouco a gente vai lidar com outro paciente, ajudar o colega, é mais ou menos assim.(TEC 7)

> Ah, aqui na Uti é uma rotina, já tem uma rotina pré-estabelecida. Chega, vê sinais, medica, banho...tem uma rotina, aqui tem uma rotina. (TEC 10)

Notou-se, claramente, nas falas, a prevalência da dimensão técnica do cuidado, mostrando a vivência diária na assistência em terapia intensiva. As práticas de enfermagem envolvendo cuidados técnicos como: higiene, hidratação, medicação entre outros, tornam-se rotineiras. Destaca-se o risco de um trabalho mecanicista, apesar de toda discussão em torno de uma assistência de enfermagem que respeite

a individualidade do paciente. Com isso, apesar de se ter uma alta demanda de trabalho, é necessário uma vigilância constante e força de vontade do profissional para não se deixar alienar pela tecnologia, uma vez que a rotina diária da monitorização favorece o mecanicismo, tornando o paciente um conglomerado paramétrico, o que vai de encontro as ações que vem sendo discutidas e implementadas para segurança do paciente

Nos próximos depoimentos, é possível identificar como os trabalhadores percebem o ritmo de trabalho na UTI.

> Na verdade, na UTI, tu não para nunca. Tu só para se tu deixar de fazer alguma coisa naquele momento, mas depois tu vai ter que fazer dobrado o teu trabalho, porque é um trabalho continuo, de duas em duas horas tu vai... verificar sinais, fazer medicações, virar, trocar, e aquele trabalho, aquela rotina ela se segue todo o plantão. Então, a todo o momento tu estás trabalhando na UTI assim. O tempo que tu tem para dar uma descansada ou fazer algum outro procedimento é, às vezes, quando tu deixa mesmo de fazer alguma coisa e faz depois, mais rápido, em um outro momento. Mas não para de trabalhar nenhum minuto. (TEC 2)

> Na maioria das vezes, é desumano o jeito que a gente trabalha. Essa segunda mesmo eu saí daqui desnorteada que eu fui até para outro lado ao invés de ir para uma parada de ônibus, sabe? Saí desasada daqui de dentro. É muita coisa para fazer num dia só. Segunda a gente levou três pacientes para o bloco cirúrgico, teve uma traqueostomia, duas tomografias, mais um paciente foi levado para o Raio X. É muita coisa para o turno da tarde, porque o round[4] é realizado 12h, daí, então, os exames ficam à tarde. Só que tem vezes que eles[os médicos] querem tudo ao mesmo tempo. (TEC 4)

Conforme o exposto, os trabalhadores entrevistados caracterizaram praticamente todo o trabalho na UTI como desgastante. Destacaram a sobrecarga de trabalho e o ‘ambiente pesado’ da UTI, o qual gera cansaço, estresse, desgaste físico e mental.

Cabe destacar, também, o acúmulo de cuidados a serem realizados em um só plantão. Isso revela o quanto a organização do trabalho ainda está pautada no modelo biomédico/médico centrado, ou seja, as atividades de enfermagem se acumulam para depois do “round médico”.

Os profissionais também apontaram outros momentos, durante o turno de trabalho em UTI, em que se sentem mais sobrecarregados, conforme depoimentos a seguir.

---

[4] Momento em que a equipe médica se reúne para discutir os casos clínicos de cada paciente.

> Me sinto sobrecarregada, também, quando eu estou sozinha na unidade. Eu tenho 10 pacientes para evoluir, além das coisas que tem para fazer. E na UTI, não é paciente de andar que tem 1 bomba [de infusão], são várias bombas, são ventilação mecânica, são drenos, as vezes, são curativos que tu tem que fazer, são procedimentos da enfermagem que tu tem que fazer. Tu tem que dar conta do andamento da unidade. E isso se tu entrega sem cumprir alguma coisa, tua colega já não vai te... "bah tu não fez isso?" Então, me sinto sobrecarregada nessas ocasiões, nessas situações. (ENF 3)

> Eu acho que, assim, paciente bem agitado, que precisa tu estar com ele e daí tu precisa atender o outro também, e quando tu sai e tu precisa estar com os dois ao mesmo tempo, e aí tu não consegue. Um exemplo bem claro para nós, hoje, embora os pacientes estejam bem tranquilos hoje. Agora, eu estou com o paciente do leito 10 e do leito 1, então, por exemplo, eu estou lá no 10 e não tenho a mínima ideia do que está acontecendo com o do 1, claro hoje eles estão bem tranquilos mas pode acontecer de não estar, e se eu for atender o 1 eu não vou saber o que está acontecendo com o 10, e deixa de ser intensivismo, porque na verdade não tem, não tem, o cuidado fica mais em um. Esse é um problema estrutural. Ou, um outro exemplo, coisas que não são, não é que não são da enfermagem, mas que parecem menos prioritárias, por exemplo, eu estou com o paciente x e y e também tenho que descer[3] na farmácia buscar medicação, ou então eu tenho que levar o exame.(TEC 11)

> É como eu estava te falando, quando um [paciente] tem, por exemplo, que descer[5] para uma tomo[tomografia], o outro tem um procedimento, daí parece que tu não vai dar conta, tu não vai vencer e daí tu faz uma coisa e tu faz outra e te chamam aqui, sabe? Daí entra geralmente sempre tem um [referindo-se a um colega] que está mais folgado ou que está... vem que te dá uma mão. Mas, às vezes, parece que é pouco tempo que tu tem para fazer as tuas coisas, tem dias que parece que tu não vai conseguir vencer fazer tuas coisas, mas aí no fim dá sabe, sempre dá uma aliviada tu consegue fazer, tu vai adiantando o que dá e vai levando... A gente aprende com o tempo a meio que a gerenciar o teu tempo. Quando não dá para ti fazer uma coisa, tu vai fazendo outra. (TEC 6)

Percebe-se, por meio dos depoimentos, que o fato de não estar em tempo integral ao lado dos pacientes pelos quais é responsável, é um dos fatores que mais sobrecarrega os trabalhadores. Isso pode estar relacionado a um problema gerencial, no que diz respeito à divisão de escala diária, assim como um problema estrutural quando se verifica a disposição física dos leitos da UTI, e localização de unidades de exames, por exemplo. Outro fator de sobrecarga, citado nos depoimentos, refere-se ao número de profissionais enfermeiros escalados por plantão, retratando uma dificuldade no dimensionamento de pessoal.

Frente a essa alta demanda de trabalho, os trabalhadores entrevistados descrevem como se organizam para realização do seu trabalho.

---

[5] A palavra 'desce' é utilizada pelos depoentes em referência a localização do setor de radiologia, que fica no andar térreo da instituição.

> Olha, eu tento fazer o mais rápido possível para dar conta. Sabe? (ENF 3)
>
> É bem exaustivo, a gente dá foco nos mais graves, no que te solicita mais. Mas é bem estressante. Eu saio daqui como se estivesse vazia, bem esgotada mesmo. (ENF 4)
>
> Eu consigo fazer, porque eu tenho que parar, por mais que esteja um monte de coisa acontecendo ao mesmo tempo, eu me organizo. Tenho que parar, ver o que é prioridade e ver o que eu tenho que fazer primeiro, porque se eu começar a fazer exatamente na ordem que eles me pedem eu já esqueço de fazer outra coisa. Então, eu tenho que parar e ver o que é prioridade para eu traçar, para eu fazer, senão eu me perco e não consigo fazer as coisas direito. E tenho medo de esquecer, porque medicação ali se falta uma ampola eu posso estar lá [refere-se ao local onde estaria após o plantão] que vão me ligar para saber daquela ampola de medicação. Então, eu tenho responsabilidade em cima de um monte de coisa, eu não posso fazer tudo estabanada, quebrar uma ampola e depois como vou dar conta daquela ampola? Onde é que estava? Tem que ver a via que vou colocar a medicação, não é só pendurar e deu. Então, diante disso tudo, eu tenho que parar, porque eu sou muito agitada. Então, por eu ser muito efusiva em tudo que eu faço, eu tenho que parar e me concentrar, senão eu me perco e já não sei o que eu tenho que fazer. Tem que ser tudo com calma para me focar nas coisas que eu tenho que fazer, senão eu não consigo fazer. (TEC 4)

Com base nesses depoimentos, verifica-se que há elevada carga de trabalho para os profissionais de enfermagem, o que traz implicações para eles próprios e, inevitavelmente, para os pacientes atendidos no setor. O profissional tem que ser rápido e, dessa forma, o ambiente pode tornar-se mais propício aos incidentes.

Quanto ao quantitativo de pessoal de enfermagem, nessa UTI, sabe-se que as escalas são compostas por cinco técnicos de enfermagem e, na maioria das vezes, (não sempre) dois enfermeiros por turno, e um enfermeiro durante a noite. Em relação a isso, os participantes manifestaram sua opinião, conforme apresentado a seguir:

> A gente tem 5 técnicos, 1 para cada 2 pacientes...eu acho que é bom e é o suficiente...Eu acho que 2 enfermeiros também está ótimo. Pena que, às vezes, acontece as falhas e a gente fica sozinho. Mas está bem bom assim... Mas eu achava interessante se tivesse mais um profissional, de repente, não precisava nem ser da enfermagem, de apoio...tipo farmácia, laboratório, de segunda a sexta a gente tem, 1 da farmácia, mas nem sempre está disponível, ali, a hora que tu precisa. Às vezes tu precisa de alguma coisa urgente, ele não é exclusivo nosso. Então, se tivesse um de apoio, daí ele vai ao laboratório, vai na farmácia. Então, tu não precisa estar toda a hora pedindo para secretária chamar esse funcionário. Seria bom, claro, seria ótimo. (ENF 5)
>
> Eu acredito que falta um técnico de enfermagem, falando da equipe técnica, para os serviços gerais, que seria farmácia, laboratório, para auxiliar também os outros técnicos. Eu vejo que deu bastante sobrecarga quando

> abriu o 10º leito, que aí ficou todos os técnicos com dois leitos. Então sobrecarregou e repercutiu no enfermeiro, porque o que acontece? Tu vê aquele técnico ali correndo atrás do tempo, então tu acaba entrando junto, no final de turno sempre é bem pesado, lateralizar os pacientes, fazer mudança de decúbito e aí tu vai ver está evacuado, daí tem toda aquela mudança, é uma correria sempre e se surgir uma intercorrência então.... E quando a gente tinha um técnico que ficava somente com um leito, ficava no auxílio, isso era mais tranquilo. Eu acho que falta um técnico para ficar no auxílio. (ENF 4)

> Hoje está bom, depois que entrou os funcionários novos melhorou. Porque está a demanda de 1 funcionário para 2 pacientes. O único problema é de dia mesmo que não tem aquele funcionário extra, até porque foi aberto outro leito e prometeram um funcionário a mais, justamente para ajudar nesses exames, aí levar o paciente, trazer de volta e nós não temos. Daí, por exemplo, tu estás com dois pacientes, tu tem que sair, deixa os teus e por mais que te ajudam não é a mesma coisa, sempre fica até porque os outros estão sempre cheios de coisas para fazer também (TEC 8)

De acordo com os depoimentos, para a maioria dos entrevistados, o número de trabalhadores está bom, mas, além dos cinco técnicos e dois enfermeiros, seria importante um profissional a mais para o apoio, para ajudar quando precisa, levando pacientes para exames, indo na farmácia e auxiliando nos demais cuidados. Pode-se entender que, dessa forma, o trabalho seria melhor organizado, otimizaria tempo, e os trabalhadores de enfermagem poderiam realizar seu trabalho de forma mais segura para os pacientes.

Contudo, mesmo que o número de funcionários esteja de acordo com a resolução vigente(RDC Nº 26/2012),alguns trabalhadores discordam e não acham apropriado o número de pessoas frente às demandas dos pacientes, quando se pensa em assistência de excelência. “Profissionais, profissionais pouco. Eu acho que tinha que ter mais para excelência do serviço, entendeu? Para melhorar a qualidade. Com o que temos dá para fazer, mas fazer o básico”. (TEC 1) e “Eu acho que assim, a quantidade se torna suficiente, às vezes, mas qualidade da assistência fica a desejar...” (ENF 6).

Percebe-se que os trabalhadores têm um olhar crítico em relação ao quantitativo de pessoal, assim como, o quanto esse fator influencia a qualidade da assistência, haja vista o destaque para a realização apenas de atividades básicas. Segundo os participantes, a qualidade da assistência é prejudicada. Isso se deve ao fato que quando se pensa em saúde, deve-se pensar em fazer o melhor para o paciente, vê-lo como um todo, integralmente, e executar uma assistência livre de incidentes, o que, com o quantitativo de trabalhadores e as demandas especificas do setor, nem sempre é possível.

Em relação a distribuição de pessoal por paciente, com frequência, não é feita de acordo com a necessidade de cuidado e sim com o quantitativo numérico, o que pode acarretar desigualdades nessa distribuição e carga de trabalho mais elevada para alguns profissionais. Isso pode ser comprovado pelo seguinte depoimento:

> Depende muito, porque a gente assume dois pacientes, mas dependendo dos pacientes pode ser um plantão muito calmo, assim como pode ser os dois pacientes ou até apenas um deles te deixar bem agitado e estressado durante a noite. Depende muito, acho que essa coisa de quantidade de paciente não significa muito, porque a gente não pode ficar com mais de dois pacientes, mas, às vezes, tu fica com um paciente que te toma muito mais tempo do que três, se tu ficasse. Ás vezes, tu estás com dois e um só te dá um serviço bem estressante durante a noite. Então, não quer dizer muito a quantidade, não sei se tem como medir, em princípio não, mas a demanda então depende do paciente, porque tem paciente que tem noite muito tranquila, tu consegue ter o cuidado que ele precisa. Agora, tem alguns pacientes que tu não consegue vencer e ofertar para ele o cuidado que ele realmente necessita, às vezes, não consegue mesmo. (TEC 7)

O depoimento exposto acima, expressa a importância de medir a carga de trabalho de cada paciente, de forma prospectiva, a fim de distribuir os trabalhadores de enfermagem em cada plantão de forma justa, de acordo com as demandas de cada paciente, sem gerar sobrecarga de trabalho maior para alguns.

Com os resultados expressados nessa categoria é possível inferir que a organização do trabalho da enfermagem, nessa UTI, pode implicar em sobrecarga de trabalho para os trabalhadores. Diante dessa demanda, os trabalhadores desenvolvem cansaço, estresse, que podem resultar em problemas de saúde para si mesmos e, principalmente, interferir na forma como desenvolvem o cuidado, consequentemente, podendo gerar riscos à segurança dos pacientes.

5.1.3 Discussão integrada de dados quantitativos e qualitativos

O propósito desse item é realizar a integração dos resultados oriundos da etapa quantitativa com os resultados advindos da etapa qualitativa, conforme o desenho adotado nesse estudo. Dessa maneira, buscar-se-á estabelecer linhas de convergência e/ou divergência entre os achados, os quais têm como foco a análise da carga de trabalho da enfermagem em unidade de terapia intensiva. Por oportuno, será efetivada a discussão dos achados, com base na literatura cientifica pertinente.

Quanto ao **perfil sociodemográfico** da população estudada, verificou-se convergências e divergências com a literatura. O predomínio do **sexo feminino (50,7%)** entre a população dos pacientes, por exemplo, foi diferente dos resultados encontrados em outros estudos, onde há um maior percentual do sexo masculino com resultados que variam entre 55,8% a 66,7% (BALSANELLI; ZANEI; WHITAKER, 2006; CONISHI; GAIDZINSKI, 2007; DUCCI; PADILHA, 2008; PANUTO; GUIRARDELLO, 2009).

No entanto, observa-se, em algumas outras pesquisas nacionais, uma distribuição bastante equilibrada, como nos estudos de Leite, Silva e Padilha (2012), realizado com amostra de 66 pacientes de uma UTI adulto, no qual houve igual distribuição entre os sexos masculino e feminino, ambos com 50%. Salgado et al. (2012), ao realizarem estudo em duas UTIs adulto, durante três meses, observaram, na UTI cirúrgica, que, 64% dos pacientes eram do sexo feminino, enquanto que, na UTI clínica, 54% eram do sexo masculino. O sexo dos pacientes em unidades intensivas varia muito, de acordo com a epidemiologia do local onde as instituições de saúde se encontram, bem como os tipos de terapias oferecidas.

Quanto a idade, verificou-se um média de 52,6 (17,5) anos, sendo que 41,9% possuem mais que sessenta anos. Cabe ressaltar um percentual de 24,6% de adultos jovens (menores de quarenta anos). Esse resultado é semelhante a outros estudos nacionais que mostram maior proporção de idosos em terapia intensiva (DUCCI; PADILHA, 2008; PADILHA et al., 2010; PANUNTO; GUIRARDELLO, 2009; SOUSA et al., 2009). Ainda, estão em consonância com dados do Ministério da Saúde que revelam um aumento do envelhecimento da população brasileira, com consequente crescimento de afecções crônico-degenerativas, o que reflete necessidades frequentes de intervenções terapêuticas intensivas. As possíveis justificativas para alta prevalência de adultos jovens entre 18 e 40 anos estariam relacionadas ao elevado número de internações de pacientes em pós-operatório imediato decorrentes, em maioria, de politraumas, no que concerne principalmente o envolvimento dos mesmos em acidentes automobilísticos e violência urbana, bem como a elevação da incidência das doenças crônicas progressivas, das doenças cardiovasculares e Acidente Vascular Encefálico (AVE), nessa faixa de idade.

Quanto à **procedência dos pacientes**, observou-se que 36,9% dos pacientes vieram do pronto socorro, e 35,6% da sala de recuperação, corroborando com outras pesquisas(NOGUEIRA et al, 2015; VALLS-MATARÍN;SALAMERO-AMORÓS;

ROLDÁN-GIL, 2015). Isso mostra certo equilíbrio entre pacientes clínicos e cirúrgicos, o que é confirmado com a variável tipo de internação, em que 53,4% internaram por uma causa clínica e 46,6 por uma causa cirúrgica.

Em estudo realizado por Ducci (2007), em São Paulo, evidencia-se que a maior procedência dos pacientes também foi do Pronto Socorro. Para essa autora, isso decorre do perfil dos pacientes hospitalizados, com idade avançada e doença crônica e que dão entrada no serviço com quadros de instabilidade grave, necessitando, portanto, de cuidados intensivos.

Quantitativamente, as **características clínicas** dos pacientes apontam para um perfil de pacientes graves. Entre a população investigada, 57,5% dos pacientes tinham, como comorbidades associadas, o diabetes Melittus e hipertensão arterial sistêmica, sendo que 61,6% apresentaram agravos após a internação, 54,79% apresentaram infecção, 41,1% evoluíram para sepse e 54,8% foram a óbito.

Nesse estudo o SAPS II foi escolhido para medir a gravidade dos pacientes, considerando a simplicidade e a rapidez para o uso prático. Nas primeiras 24 horas de internação dos pacientes, na UTI, a média de pontuação do SAPS II foi de34,6 (+12,9), enquanto que para o Risco de Mortalidade (RM), observou-se média de 20,0% (+ 20,0). Nesta investigação, a pontuação média do SAPS II quando comparada às demais pesquisas nacionais e internacionais revela valor ora semelhante (STRAND; SOREIDE; AARDAL; FLAATTEN, 2009), ora mais baixo(QUEIJO,2008) ou mais elevado(PARK et al., 2009). Entre os estudos que utilizaram o SAPS II, destacam-se duas investigações que analisaram grandes amostras: uma com 16.646 pacientes admitidos em 17 UTI inglesas que revelou SAPS II médio de 34 pontos(PARK et al., 2009) e outra, com um grupo de 14.400 pacientes admitidos na UTI, além de 780 readmitidos na unidade; na qual os valores do SAPS II foram de 25 e 28, respectivamente (METNITZ et al., 2003). Portanto, o risco médio de 20,0% observado na admissão na UTI dos participantes da atual investigação e equivalente a 34 pontos do SAPS II, foi semelhante aos resultados dos estudos realizados com grandes amostras.

Quanto ao tempo de internação, verificou-se que o tempo médio de internação foi de 20,2(+ 15,5) dias na UTI, sendo o tempo mínimo de doisdias e o máximo de 86 dias. As médias relativas a essa variável foram superiores a outras pesquisas. Em estudo realizado em uma UTI adulto de um hospital de ensino do interior do Estado de São Paulo, durante dois meses, a média de internação dos 107

pacientes pesquisados foi de 6,5 dias (PANUNTO; GUIARDELLO, 2009). Resultado semelhante foi encontrado pelo Censo Brasileiro de UTIs, realizado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), no qual o tempo médio de permanência variou de um a seis dias (AMIB, 2002/03).

Sabe-se que a permanência na UTI depende de vários fatores que vão desde a severidade da doença e as exigências terapêuticas decorrentes das complicações, até questões econômicas. O indicado é que o tempo de permanência nas UTI's seja o mínimo necessário para atingir um grau de estabilidade, que permita a transferência do paciente para outra unidade hospitalar. Além disso, a alta prévia da UTI permite oferecer um ambiente mais agradável ao paciente, onde a interação do doente com seus familiares é maior. Dessa forma, essa variável constitui-se em um problema na UTI investigada. Cabe lembrar que a instituição estudada é referência em cuidados de média e alta complexidade no centro do estado do Rio Grande do Sul, atendendo inúmeras cidades da região, convivendo assim, diariamente, com a superlotação em todas as unidades de internação. Logo, muitas vezes os pacientes permanecem internados na UTI por falta de leitos nas unidades de internação como clínica médica e unidade internação cirúrgica.

Uma alternativa que cabe como reflexão, a fim otimizar o uso e racionalizar a quantidade de leitos de UTI's, seria a implantação de unidades de cuidados intermediários, também denominadas cuidados semi-intensivos. Essa, constitui-se em uma iniciativa essencial para a atender a elevada demanda do sistema de saúde na atenção especializada. Essas unidades são áreas com estrutura para atender indivíduos que ainda requerem alta densidade de assistência de enfermagem e, assim, propiciam a utilização de espaço e serviços de forma mais econômica e eficiente (SILVA;SOUSA; PADILHA, 2011).

Nessa mesma perspectiva, outro dado preocupante nesse estudo é o percentual de mortalidade (54,8%), a qual também supera a maioria das outras pesquisas. A alta taxa encontrada, situa-se não só acima da verificada em estudos brasileiros como o de Siqueira (2015), como também estrangeiros que oscilaram entre 8% à 19% (VALLS-MATARÍN;SALAMERO-AMORÓS; ROLDÁN-GIL, 2015).

Contudo, a constatação da elevada mortalidade entre pacientes analisados, neste estudo, talvez se justifique pela associação de diferentes fatores, destacando-se a existência de estados mórbidos pré-existentes, doença atual e gravidade clínica, não se podendo descartar as admissões, na UTI, de pacientes fora de

possibilidades terapêuticas. No entanto, esse resultado merece reflexões, uma vez que o índice de mortalidade é um indicador de qualidade da assistência e segurança do paciente (DEBERGH et al., 2012).

Delinear o perfil dos pacientes é uma sistemática racional e proveitosa, pois norteia as tomadas de decisões, tanto no campo administrativo quanto no assistencial. Com esse estudo, foi possível perceber que a UTI investigada possui um perfil de pacientes graves, com diferentes patologias, com tempo prolongado de internação. De acordo com estudo chinês, quanto maior a gravidade, maior a carga de trabalho, e maior o número de profissionais necessários para realizar os cuidados (PENG, MAYNER; WANG, 2014).

Nesse contexto, essa pesquisa também buscou avaliar a carga de trabalho da equipe de enfermagem. Para isso, utilizou-se o *Nursing Score Actives* (NAS) e uma entrevista aplicada aos trabalhadores, com o intuito de obter informações quantitativas e qualitativas sobre o tema. Cabe lembrar que, a carga de trabalho de enfermagem é composta pelo tempo despendido, pela equipe, para realizar as atividades de sua responsabilidade, que, direta ou indiretamente, se relacionam ao atendimento do paciente.

Com os dados da entrevista realizada a fim de conhecer a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a carga de trabalho foi possível construir duas categorias: A primeira denomina-se: “Demandas de cuidados dos pacientes atendidos na UTI de um hospital universitário”, apontando as percepções dos trabalhadores sobre as demandas de cuidados exigidas, pelos pacientes, durante a internação na UTI.

Segundo os trabalhadores entrevistados, os pacientes possuem alta demanda de cuidados de enfermagem, devido ao perfil de complexidade assistencial, o qual está relacionado ao grau de dependência do paciente aos cuidados de enfermagem. Esse grau de dependência dos pacientes foi caracterizado, pelos trabalhadores, pelas atividades diretas de cuidados mais complexas como: as medicações, os banhos, os curativos, os transportes para exames, a admissão de pacientes e os cuidados com os óbitos. Os participantes enfatizaram que são pacientes muito graves que “tem tudo”, se referindo a tubos, cateteres, drenos, curativos.

A avaliação da carga de trabalho da enfermagem no setor, por meio da aplicação do NAS, possibilitou confirmar a alta demanda de cuidados de enfermagem. O escore médio do NAS, obtido durante toda a internação do paciente,

foi de 70,0, indicando que os pacientes ocupam, em média, 70,0% do tempo de um trabalhador de enfermagem, durante um plantão, para realização de atividades de cuidado. Destaca-se que, esse escore, considerado alto, resulta em ainda maior sobrecarga, uma vez que cada trabalhador é responsável pelos cuidados de dois pacientes.

A carga de trabalho de enfermagem mensurada pelo NAS, em UTI's especializadas. Na admissão de 200 adultos vítimas de trauma em uma UTI especializada nesse tipo de atendimento, um estudo obteve uma média NAS igual a 71,3% (GOULART et al., 2014). De forma semelhante, pesquisadores verificaram uma média NAS bastante elevada, 70,4%, em UTI de queimados (CAMUCI et al., 2014). Em outros dois estudos realizados em UTI cardiológica cirúrgica (GIAKOUMIDAKIS et al., 2012) e UTI cardiológica (COELHO et al., 2011) as médias encontradas foram iguais a 61,6% e 66,6% respectivamente. Já, em duas UTI's neurológicas, a média do NAS verificada foi 65,18%(QUEIJO et al., 2013). Em uma pesquisa realizada na Itália, com 5856 pacientes em UTI's geral, neurocirúrgica e cardiológica, foi constatada uma média NAS de 65,97% (LUCCHINI, 2014).

Foram citados, pelos entrevistados, como pacientes com maiores demandas de cuidados os instáveis, os obesos, os que fazem uso de hemodiálise assim como os que estão em desmame de aparelhos e medicações sedativas. Isso, por serem pacientes que necessitam de monitorização mais frequente, cuidados de higiene e curativos mais demorados, e ainda uma atenção diferenciada naqueles que estão acordados, lúcidos e que querem atenção. Esses resultados corroboram com os dados quantitativos, uma vez que dentre os indicadores do NAS que foram pontuados todas as vezes estão: monitorização e controles 4- procedimentos de higiene, 6- mobilização e posicionamento.

Contudo, outros dois indicadores que caracterizam uma assistência indireta ao paciente também foram pontuados em 100% das vezes que o NAS foi aplicado: 7- suporte e cuidados aos familiares e parentes e 8- tarefas administrativas e gerenciais. Isso mostra que a carga de trabalho também é caracterizada por ações indiretas de cuidado ao paciente, mas com o mesmo fim, a sua recuperação.

Esse resultado vai ao encontro de investigação belga, na qual, após revisão de literatura, os autores concluíram que o conceito de carga de trabalho de enfermagem é complexo, e possui etiologia multicausal. Em consenso entre as pesquisas analisadas, a carga de trabalho da enfermagem compreende mais do que

as atividades realizadas à beira-leito do usuário, sendo mencionada como quantidade total de trabalho a ser realizado por pessoa ou grupo, durante um período de tempo, estando incluídas as atividades diretas, indiretas da assistência, atividades de organização do setor e atividades de gestão (DEBERGH et al*.,* 2012).

Outro fator pontuado pelos trabalhadores, que interfere na carga de trabalho dos mesmos, foi o momento de internação do paciente. Segundo eles, é um período crítico de alta demanda de cuidados, pois, geralmente, o paciente que está internando, está instável e necessita realizar exames, ajustar medicações, e precisa de procedimentos de enfermagem, como sondagens, e monitorizações. Em consonância com esse dado, quantitativamente, o NAS no primeiro dia de internação apresentou um escore maior que o NAS médio, mostrando que realmente o primeiro dia de internação possui uma carga de trabalho mais elevada.

Nogueira et al. (2013) descrevem diferenças na mensuração do NAS entre os pacientes de instituições públicas e privadas, sendo que os pacientes em instituições públicas apresentavam média do NAS de admissão maior (68,1) comparados aos pacientes em instituições privadas (56,0).Os pacientes desse estudo estavam internados em instituição pública e apresentaram elevada média do NAS de admissão (87,2 ±11,7), sendo esse achado consistente com os dados de literatura**.**Quanto ao último dia de internação, verificou-se um NAS médio ainda maior de 94,5(±22,5), isso quer dizer que no último dia de internação os pacientes exigem em média 94,0% do tempo de um trabalhador. Cabe destacar que, essa variável apresentou diferença estatística significativa com a variável “destino”, mostrando que os pacientes que evoluíram para óbito(109,5±18,7) tem uma carga de trabalho significativamente maior do que os tiveram alta da unidade(76,3±9,7).

Dessa forma, conclui-se que a carga de trabalho mostrou ser influenciada, diretamente, pela condição de saída do paciente. Os que evoluem a óbito, em sua grande maioria, apresentam instabilidade hemodinâmica, gravidade aumentada e acabam pontuando alguns itens do instrumento NAS, que, em outras condições, poderiam não pontuar, justificando, então, os valores maiores do NAS e, consequentemente, da carga de trabalho. Esse resultado é esperado uma vez que se considera que, à medida que o paciente apresenta piora das condições clínicas, intensificam as ações sobre ele como: monitorização de dados, exames laboratoriais, intervenções médicas, entre outros, que determinam um aumento da carga de trabalho da enfermagem. Além disso, o acréscimo de tarefas

administrativas e a demanda de suporte aos familiares, inerentes à situação de morte do paciente, também podem contribuir para esse resultado.

Ressalta-se que, qualitativamente, o óbito também foi percebido, pelos trabalhadores, como um momento de alta exigência de cuidados, para com o paciente, tendo em vista atividades burocráticas inerentes a essa situação, além da necessidade de lidar com sentimentos manifestos pela família, pela equipe e por si próprios.A morte representa a impotência, o sofrimento e a perda. Quando algum paciente morre, a equipe se sente impotente e fracassada. Não há tempo para a vivência desse luto, dada a demanda de cuidados ser intensa. Assim, para suportarem a dor, o sofrimento, a morte e o luto não elaborado, os profissionais utilizam vários mecanismos de defesa. Embora esses mecanismos ajudem, não são totalmente eficazes, forçando o trabalhador a absorver grande carga de sofrimento, visto que não há tempo nem espaço na instituição para a assimilá-los (RODRIGUES, 2012)

De acordo com o exposto até o momento, verifica-se que os pacientes atendidos nessa UTI apresentam elevada demanda de cuidados, o que implica em alta carga de trabalho para os trabalhadores de enfermagem. No entanto, sabe-se que demandas de cuidados necessárias para melhores condições de recuperação do paciente, podem sofrer a interferência do grau de dependência do indivíduo, da complexidade da doença, das características da instituição, dos processos de trabalho e do perfil dos profissionais que compõem a equipe (FERREIRA et al., 2014).

Com esse entendimento, outra categoria que emergiu das entrevistas foi: “Características e organização do Trabalho: repercussões na carga de trabalho da enfermagem e na segurança do paciente”.Nessa categoria os trabalhadores, em geral, caracterizam o trabalho de enfermagem em UTI como rotineiro, assistencialista e tecnicista. Ao mesmo tempo, evidenciam fatores que interferem, particularmente, no aumento da carga de trabalho no setor.

O assistencialismo na UTI ocorre com maior frequência quando comparado a outras unidades hospitalares, por apresentar situações mais complexas de cuidado. Segundo Nascimento (2004), a característica da atividade assistencial presente e fortemente implantada, provem do modelo biomédico presente em vigor no processo de trabalho na UTI, caracterizando a técnica assistencial como fator peculiar da

atuação, voltado apenas para reabilitação física e controle de sinais vitais (JANTSCH et al., 2011).

Contudo, independente do local que o paciente recebe os cuidados de enfermagem existe a necessidade de considerar as singularidades e subjetividades dos indivíduos. Assim, a enfermagem deve buscar certo equilíbrio na assistência prestada dentro da UTI, no sentido de se conseguir uma gratificação e prazer nesta prática de cuidado, amenizando a alta carga de trabalho exigida pelos pacientes lá assistidos, e proporcionando-os uma assistência mais humanizada e segura (BOMFIM; SOARES, 2011).

Nesse sentido, vale lembrar que uma assistência que priorize a segurança do paciente não deve estar focada somente em uma assistência à saúde livre de danos, mas, também, à sua realização no momento certo, de um modo eficaz e equânime, baseada na melhor informação científica e suprindo as necessidades integrais e individuais, tanto do paciente como de sua família.

Os trabalhadores relataram que, a alta demanda de cuidados e a forma como o trabalho é organizado, com acúmulo de cuidados solicitados ao mesmo tempo, implicam em um ritmo de trabalho intenso, acelerado e, na maioria das vezes, exaustivo. Isso pode levar o trabalhador ao cansaço, desgaste e estresse, o que por sua vez, pode influenciar na qualidade da assistência.

Em estudos realizados, foi identificada a sobrecarga de trabalho como fator altamente estressante (PRETO; PEDRÃO, 2009; RODRIGUES, 2012). A jornada diária de seis horas e o piso salarial da categoria facilita o acúmulo de empregos, sobrecarregando os profissionais de saúde. O número reduzido de funcionários e de material, a sobrecarga de tarefas, a pouca experiência profissional, os muitos dias de trabalho sem folga e a falta de assiduidade e pontualidade dos profissionais exigem que realizem inúmeras tarefas que deveriam ser divididas com outros membros da equipe. Isso implica no aumento das exigências físicas e emocionais, o que pode gerar o estresse físico e/ou mental e influenciar na qualidade do cuidado e, consequentemente, na segurança do paciente (RODRIGUES, 2012).

Investigações também apontam que a rotina de trabalho dos profissionais de enfermagem é desgastante. O intenso ritmo de trabalho, a exigência do conhecimento, de criatividade, de iniciativa e critérios rígidos de avaliação leva o profissional a queixar de dores de cabeça e nas costas, dificuldade de dormir e

cansaço que não melhora com o descanso. O desânimo sentido pode se somar ao estado de cansaço ou fadiga, tornando-se importante fator de desgaste mental.

Outra pesquisa realizada com 8670 enfermeiros de unidades de internação e de UTI verificou associação positiva entre níveis de Burnout, dimensionamento inadequado da equipe de enfermagem e sobrecarga de trabalho. Em média os enfermeiros admitiram deixar 2,1 tarefas inacabadas e, 40% informaram deixar três ou mais tarefas incompletas, com prejuízo para assistência prestada (ANDOLHE et al., 2015). Esses resultados chamam atenção, uma vez que, a sobrecarga de trabalho pode ser geradora de doenças para o trabalhador e influenciar significativamente na qualidade da assistência prestada.

Nessa categoria, também foi possível identificar aumento da carga de trabalho quando os trabalhadores não podem permanecer na totalidade do seu tempo trabalhado perto dos pacientes, os quais estão sob seus cuidados. Isso ocorre por ter que levar algum paciente para exame, estar com dois pacientes em salas diferentes ou, ainda, quando somente um enfermeiro fica responsável pelos dez pacientes. Quando isso acontece, foram identificados sentimentos de impotência e insegurança nos depoimentos dos trabalhadores, uma vez que os pacientes podem ficar desassistidos.

Em vista disso, percebe-se que essas situações ocorrem devido a problemas estruturais, falta de pessoas e problemas gerenciais. No entanto, isso deve ser considerado, uma vez que podem se constituir causas de possíveis incidentes.Dessa forma, com o intuito de tornar o cuidado mais seguro, faz-se necessário discutir tais aspectos de maneira que se possa identificar e reconhecer as falhas, a fim de incidentes.

Com esse entendimento cabe retomar considerações de Reason, proposto no modelo do queijo Suiço. Para esse autor as falhas podem ser ativas ou latentes. As primeiras são consideradas atos inseguros (erros e violações) cometidos por aqueles que estão na “ponta afiada” do sistema, cujas ações podem ter consequências adversas imediatas (como por exemplo, médico, enfermeiros, fisioterapeutas e demais membros da equipe de saúde). Já, as segundas, são resultado de decisões tomadas pela organização (REANSON, 2000).

Nesse sentido, sabe-se que os problemas identificados, conforme exposto acima, constituem-se limitações institucionais, ou seja, possíveis falhas latentes. Suas consequências prejudiciais podem permanecer de forma latente, por um longo

período de tempo, tornando-se evidente apenas quando se combinam com falhas ativas e fatores locais desencadeantes para violar o sistema de defesa (FERNANDES et al., 2014).

De acordo com Fernandes et al. (2014), os “furos” na assistência sempre existirão. Cabe, então, buscar maneiras de evitar que estes se enfileirem e cheguem ao cliente. A enfermagem, por estar na “ponta afiada” do sistema, em contato direto com o paciente, deve acarretar uma atenção especial, pois as falhas podem atingir mais rapidamente e com maior notoriedade o paciente (FERNANDES et al., MENEZES, 2014).

Frente a uma alta demanda de trabalho, os trabalhadores tentam desenvolver suas atividades da forma mais rápida possível, elencando prioridades, e atendendo primeiramente os pacientes mais graves. Sendo assim, essas práticas profissionais são consideradas preocupantes, pois favorecem as ocorrências de incidentes e comprometem a assistência segura e de qualidade.

Apesar de toda essa discussão do papel da instituição frente aos problemas organizacionais, cabe destacar também a responsabilidade pessoal dos profissionais frente a prevenção de incidentes. Ao considerar que o ser humano é falível, especialmente se atua em ambientes que exigem complexos processos cognitivos, como é o caso das UTIs, é necessário compreender que os erros derivam também de processos de adaptação a esse ambiente ou à realização de tarefas. Nessa direção, a cultura justa, preconiza que os erros derivam de falhas do sistema, ao mesmo tempo em não se coíbe de assegurar que o indivíduo é responsável por suas ações(FERNANDES et al., 2014).

Apesar da alta demanda de trabalho, comprovada pelo NAS e relatada pelos trabalhadores, o quantitativo de pessoal de enfermagem, por plantão, não foi percebido como o maior problema. Para os trabalhadores, com o número de técnicos de enfermagem e enfermeiros é possível desempenhar as atividades necessárias. No entanto, houve destaque para a importância de melhor distribuição dos pacientes por técnico, para que um não fique mais sobrecarregado que outro e, principalmente, para a inserção de um funcionário a mais, em toda a escala, para estar disponível para qualquer procedimento, atividade fora da UTI e ou intercorrências que acontecem durante o plantão.

Quanto a distribuição dos funcionários por paciente, os dados qualitativos confirmam o que vem sendo produzido na literatura. Considerar somente contagem

de profissionais por leito trata-se de um método retrógrado para o dimensionamento de pessoal, exigindo-se a utilização de métodos que avaliam a demanda de assistência de enfermagem de cada paciente.

Umas das estratégias para resolver esse problema pode ser o cálculo do número de horas de assistência de enfermagem, o qual tem sido introduzido, no dimensionamento de pessoal, o chamado Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) que permite considerar a gravidade do paciente internado no cálculo de pessoal de enfermagem para o setor (GAIDZINSKI, 1991).

O SCP foi estudado inicialmente e apresentado como proposta a ser utilizada no cálculo de pessoal de enfermagem, por Ribeiro, em 1972.Hoje, existem várias propostas de SCP. Elas se diferenciam na forma de avaliação e no número de categorias que são avaliadas, mas todas são baseadas no cuidado progressivo ao paciente. Perroca (1996), por exemplo, utiliza um instrumento com 13 indicadores de cuidados, com pontuação de um a cinco, conforme a complexidade do paciente. Por meio desse instrumento, o paciente recebe uma pontuação que indica a posição em que ele se enquadra no SCP.

Nesse contexto, a aplicação do NAS pode ser uma estratégia de grande utilidade. No entanto, embora a aplicação do NAS, de forma retrospectiva, seja útil como instrumento gerencial, a limitação imposta por esta forma de aplicação dificulta a distribuição profissional de enfermagem por paciente, por turno de trabalho, aspecto relevante para a realização dos cuidados que, efetivamente,o paciente demanda. Na prática diária em UTI, esse dado é de fundamental interesse, pois a utilização da pontuação obtida de forma retrospectiva não reflete, em tempo real, a carga de trabalho de enfermagem que se julga necessária para atender as demandas de cuidados nas horas subsequentes.

Sendo assim, a partir dos resultados desta pesquisa, julga-se oportuno a aplicação do NAS, na instituição estudada, como estratégia para medir a carga de trabalho de cada paciente e sugerir a relação profissional/paciente de acordo com as demandas dos doentes. Dessa forma, o NAS contribuirá, em tempo real, para melhor distribuição da carga de trabalho por trabalhador e, consequentemente, podendo evitar a sobrecarga e o risco de incidentes.

No que se refere a inserção de um profissional a mais na equipe de enfermagem, sabe-se que o cenário atual está de acordo com a lei que atualmente nos ampara, RDC 26. No entanto, os depoimentos dos trabalhadores aderem às

manifestações contrárias à vigência da RDC nº 26, entendendo o método e o quantitativo de pessoal de enfermagem indicado para o dimensionamento de pessoal insuficiente, sendo considerado “um retrocesso, uma violação ao cuidado do paciente crítico”, assim como, pode ser dificultador da qualidade da assistência de enfermagem e da segurança do usuário (BRASIL, 2012b).

A indignação dos trabalhadores pode estar relacionada ao fato que anteriormente a RDC 26, a RDC 07/2010 apontava o número de técnicos de enfermagem de no mínimo um para cada dois leitos em cada turno, além de um técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno. Contudo, essa lei não é mais vigente, dando lugar à nova lei RDC n.26, na qual foi extinguida a necessidade desse último profissional.

Finalizando a discussão deste capítulo, observa-se, com esses resultados, que a determinação da carga de trabalho do pessoal de enfermagem permite a implantação de medidas que visam um melhor desempenho das atividades, com base na redefinição das prioridades assistenciais, aumento de produtividade e racionalização do uso de recursos, entre outras medidas administrativas.

A existência de situações reveladoras de um ritmo acelerado de trabalho, de uma alta demanda de trabalho exigida pelos pacientes, um insuficiente número de trabalhadores e de excesso de tarefa por indivíduo, representa uma elevada carga de trabalho para os profissionais. Isso acarreta desgastes físicos e mentais para os mesmos, comprometendo o desempenho das tarefas e qualidade da assistência. Portanto,a recomendação é repensar a estrutura organizacional dos serviços de saúde, tendo em vista que uma alta carga de trabalho possui várias implicações negativas, para instituição, trabalhador e, sobretudo, o paciente.

5.2 CULTURA DE SEGURANÇA EM UTI: PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Para descrever e discutir os resultados referentes a Cultura de segurança em UTI, este capitulo foi organizado da seguinte forma: 1º) Resultados quantitativos: os quais compreendem dados referentes a caracterização sociodemográfica e profissional dos trabalhadores de enfermagem e dados oriundos da mensuração da cultura de segurança por meio do SAQ. 2º) Resultados qualitativos: nessa seção aborda-se os resultados sobre cultura de segurança oriundos da entrevista realizada

com os trabalhadores de enfermagem. 3º) Discussão integrada de dados quantitativos e qualitativos: nesse momento buscou-se integrar os resultados quantitativos e qualitativos referentes a cultura de segurança, demonstrando convergências e divergências entre os mesmos, bem como buscou-se fazer inferências acerca da relação entre a carga de trabalho(assunto foco do 1º capitulo) e a cultura de segurança.

5.2.1 Resultados quantitativos

Nesse item, serão apresentadas as características sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores de enfermagem participantes do estudo, a confiabilidade da escala (SAQ), assim como os resultados oriundos da aplicação do SAQ na população do estudo.

5.2.1.1 Dados sociodemográficos e profissionais dos trabalhadores de enfermagem e clima de trabalho da equipe de enfermagem em UTI

Na Tabela 6, estão apresentados os dados referentes à caracterização sociodemográfica dos trabalhadores de enfermagem da UTI'A do HUSM, participantes deste estudo.

Tabela 6 – Distribuição dos trabalhadores, segundo variáveis sociodemográficas qualitativas. Santa Maria, RS, 2016. (N=26)

(continua)

Variáveis	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Sexo		
Feminino	**19**	**73,1**
Masculino	7	26,9
Idade		
24 à 37 anos	**14**	**53,8**
38 à 57 anos	10	38,5
N responderam	2	7,7
Procedência		
Santa Maria	**15**	**57,7**
Outra cidade	11	42,3
Raça		
Branca	**21**	**80,8**
Negra	3	11,5
Parda	2	7,7

Tabela 6 – Distribuição dos trabalhadores, segundo variáveis sociodemográficas qualitativas. Santa Maria, RS, 2016. (N=26)

(conclusão)

Estado Civil		
Casado ou com companheiro	**18**	**69,2**
Solteiro	8	30,8
Tem filhos		
Sim	**19**	**73,1**
Não	7	26,9

De acordo com a Tabela 6, verifica-se prevalência de profissionais do sexo feminino (73,1%), com 24 a 37 anos (53,8%), procedentes de Santa Maria (57,7%), brancos (80,8%), casados ou com companheiro (69,3%) e com filhos (73,1%).

Na Tabela 7, estão apresentadas a distribuições dos trabalhadores segundo as variáveis qualitativas, profissionais.

Tabela 7 – Distribuição dos trabalhadores, segundo variáveis profissionais qualitativas. Santa Maria, RS, Brasil, 2015. (N=26)

Variáveis	**Frequência Absoluta (N)**	**Frequência Relativa (%)**
Pós Graduação		
Especialização	7	26,9%
Mestrado	1	3,8%
Nenhuma	**18**	**69,2%**
Turno de Trabalho		
Diurno	**16**	**61,5%**
Noturno	10	38,5%
Categoria Profissional		
Enfermeiro	6	23,1%
Técnico de Enfermagem	**20**	**76,9%**
Vínculo Empregatício		
RJU	13	50%
CLT	13	50%
Quanto ao trabalho você considera		
Sem desgaste	1	3,8%
Pouco Desgastante	10	38,5
Muito desgastante	**15**	**57,7%**
Número de Vínculos empregatícios		
Um Vínculo	**24**	**92,3%**
Dois Vínculos	2	7,7%

Observa-se, na Tabela 7, que 69,2% dos trabalhadores não possuem pós-graduação, 61,5% trabalham em turno diurno, 76,9% são técnicos de enfermagem, 50% dos trabalhadores tem, como vínculo empregatício,o Regime Jurídico Único

(RJU), 57,7 % consideram o trabalho na UTI'A muito desgastante e 92,3% apresentam um único vínculo empregatício.

As variáveis quantitativas sociodemográficos e profissionais dos trabalhadores estão apresentadas na Tabela 8.

Tabela 8 – Medidas descritivas das variáveis quantitativas sociodemográficos e profissionais. Santa Maria, RS, Brasil, 2016.

Variáveis	Média	Mediana	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo
Idade (anos)	37,7	37,0	9,2	57	24
Tempo de formação (anos)	12,2	11,0	8,5	36	3
Tempo de serviço (meses)	62,2	15,5	71,6	240	3
Tempo de atuação (meses)	63,5	14,5	92,7	420	3
Carga horária semanal	34,2	36,0	4,7	40	20

Os profissionais de enfermagem possuem em média 37,7 anos(DP=9,2), 12,2 anos de formados(DP=8,5), 5,2 anos de serviço(DP=71,6), 5,3 anos de atuação na enfermagem(DP=92,7) e uma carga horária média de 34,2 horas semanais(DP=92,7).

A análise de confiabilidade do SAQ foi realizada por meio da análise da consistência interna dos domínios, empregando-se o coeficiente Alfa de Cronbach (Tabela 9).

Tabela 9 – Coeficiente de Alfa de Cronbach do SAQ, e seus respectivos domínios. Santa Maria, RS, 2016. (N=26)

SAQ Total e Domínios	Nº de itens	Alfa de Cronbach
SAQ Total	36	0,90
Clima de Trabalho em Equipe	6	0,69
Clima de Segurança	7	0,77
Satisfação no Trabalho	5	0,79
Percepção de Estresse	4	0,68
Percepção Gerencia da Unidade	6	0,74
Percepção Gerencia do Hospital	5	0,56
Condições de Trabalho	3	0,70

Neste estudo, o valor do Coeficiente Alfa de Cronbach geral do SAQ foi de 0,90, atestando a fidedignidade da escala para avaliação dos construtos a que se propõem. Contudo, para melhor avaliação da escala para essa população,

prosseguiu-se com o cálculo do Alfa de Cronbach por domínio, verificando-se valores abaixo de 0,7.

Dessa forma, fez-se uma análise de cada item, buscando-se uma consistência interna satisfatória para os mesmos. No entanto, constatou-se que a remoção de quaisquer itens dos domínios não aumentaria os valores do Coeficiente Alfa de Cronbach. Assim, optou-se por manter todos os itens para análises posteriores, pois, para alguns constructos, valores abaixo de 0,70 podem ser esperados, devido à diversidade do que está sendo medido (CORTINA, 1993; FIELD, 2009).

A fim de verificar a distribuição dos dados referentes ao SAQ foi realizado o teste de Shapiro-Wilk (Tabela 10).

Tabela 10 – Teste de Normalidade dos domínios do SAQ.

Domínios do SAQ	Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig
Clima de Trabalho em Equipe	,892	25	,012
Clima de Segurança	,954	25	,306
Satisfação no Trabalho	,832	25	,001
Percepção de Estresse	,932	25	,094
Percepção de Gerencia Unidade	,949	25	,235
Percepção de Gerencia do Hospital	,967	25	,570
Condições de Trabalho	,910	25	,031

Conforme teste de normalidade, os domínios: Clima de trabalho em equipe, Satisfação no trabalho e condições de trabalho tiveram distribuição assimétrica ($p<0,05$) e devem ser discutidas pela mediana. As demais pela média ($p>0,05$).

As análises descritivas das pontuações do SAQ Total e seus domínios estão apresentadas na Tabela 11.

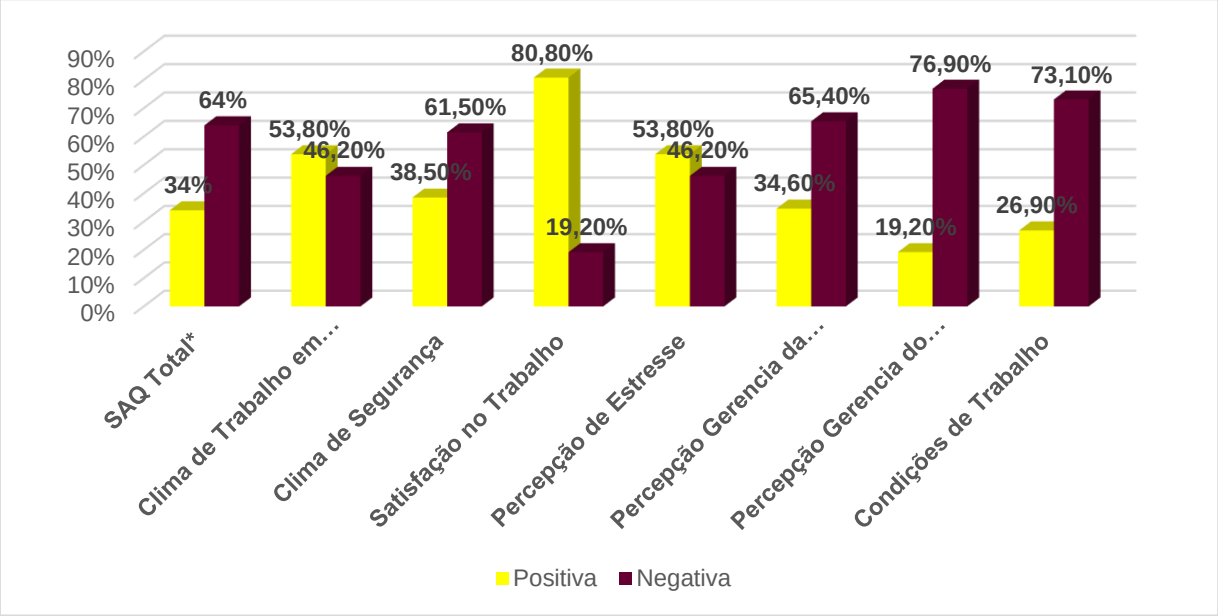
Tabela 11– Análise descritiva dos domínios do Questionário de Atitude de Segurança (SAQ). Santa Maria, RS, Brasil, 2016. (N=26)

Domínios do SAQ	Média	Mediana	Desvio Padrão	Intervalo IQ			Pontuação	
				25	50	75	Máx.	Min.
SAQ Total	67,4	66,6	14,1	57,9	66,6	79,5	28,3	88,2
Clima de Trabalho em Equipe	72,4	75,0	16,7	65,2	75,0	80,2	100,0	20,8
Clima de Segurança	64,6	60,7	18,7	53,6	60,7	82,1	100,0	17,9
Satisfação no Trabalho	86,3	92,5	15,1	75,0	92,5	100,0	100,0	50,0
Percepção de Estresse	75,0	78,0	22,0	54,7	75,0	93,7	100,0	25,0
Percepção Gerência da Unidade	60,4	62,5	20,8	45,8	62,5	76,0	91,7	16,7
Percepção Gerência do Hospital	52,2	50,0	20,5	37,5	50,0	70,0	85,0	10,0
Condições de Trabalho	59,9	54,2	24,4	41,7	54,2	79,2	100,0	25,0

Conforme os resultados apresentados na Tabela 11, dos seis domínios do SAQ, três apresentaram a mediana maior ou igual a 75 pontos, sendo considerada avaliação positiva, quais sejam: o domínio Clima de trabalho em equipe (mediana 75), o domínio Satisfação no Trabalho (mediana 92,5) e o domínio Percepção de Estresse (média 75). 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 50).

A descrição da frequência de trabalhadores, de acordo com a percepção satisfatória ou insatisfatória, em cada domínio do SAQ, encontra-se na Figura 5.

Figura 5– Distribuição dos trabalhadores de acordo com a avaliação da cultura de segurança, segundo os domínios do Questionário de Atitude de Segurança (SAQ). Santa Maria, RS, 2016. (N=26)



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

De acordo com a Figura 5 dentre os trabalhadores que responderam ao SAQ, 53,8% apresentaram cultura de segurança positiva para o Clima de trabalho em equipe, 80,8% cultura positiva para Satisfação no trabalho e 53,8% cultura positiva para percepção de estresse. E, cultura negativa para 61,5% dos trabalhadores em clima de segurança, 65,4% em Percepção da gerência da unidade, 76,9% Percepção da gerência do hospital e 73,1% Condições de Trabalho.

A seguir será apresentada uma análise por domínio do SAQ.

5.2.1.1.1 Clima de Trabalho em Equipe

A frequência das respostas de cada item do domínio Clima de Trabalho em Equipe está disposta da Tabela 12.

Tabela 12 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo as respostas que compõem a Escala Clima de Trabalho em Equipe. Santa Maria, RS, 2016.(N=26).

Itens do domínio Clima de Trabalho em Equipe	**0***		**1***		**2***		**3***		**4***		**5***	
	F	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%
1.A contribuição do (a) enfermeiro (a) é bem recebida nesta área	0	0	0	0	3	11,5	1	3,8	**13**	**50**	9	34,6
2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	0	0	3	11,5	9	34,6	2	7,7	9	34,6	3	11,5
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	1	3,8	0	0	4	15,4	2	7,7	11	42,3	8	30,8
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	0	0	0	0	2	7,7	1	3,8	10	38,5	13	50
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.	0	0	0	0	3	11,5	0	0	8	30,8	15	57,7
6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	0	0	0	0	2	7,7	6	23,1	11	42,3	7	26,9

0* Não se aplica, 1*Discordo Totalmente, 2* Discordo Parcialmente, 3* Neutro, 4* Concordo Parcialmente, 5*Concordo Plenamente.

Na percepção dos trabalhadores quanto ao clima de trabalho em equipe, destaca-se o item 4 em que 50% dos respondentes concordam totalmente na seguinte afirmação: “Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes”. O item 5 também se destacou positivamente uma vez que 57,7 % dos trabalhadores concordam totalmente que: “É fácil para os

profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem”.

A Tabela 13apresenta a distribuição da cultura de segurança no domínio Clima de Trabalho em equipe, segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Tabela 13 – Distribuição da cultura de segurança no domínio Clima de Trabalho em Equipe segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais.Santa Maria, RS, 2016.(N=26).

VARIÁVEL	**Clima de Trabalho em Equipe**				p
	BAIXO		ALTO		
	N	%	N	%	
SEXO					
Feminino	9	47,4%	10	52,6	
Masculino	3	42,9	4	57,1	0,33
FAIXA ETARIA					
24 à 37 anos	4	28,6	10	71,4	
38 à 57 anos	7	70,0	2	30,0	**0,04***
PÓS- GRADUAÇÃO					
Especialização	4	57,1	3	42,9	
Mestrado	1	100	0	o	
Não possui	7	38,9	11	61,1	0,11
CATEGORIA PROFISSIONAL					
Enfermeiro	4	66,7	2	33,3	
Técnico de Enfermagem	8	40,0	12	60,0	0,19
TIPO DE VÍNCULO					
CLT	4	20,8	9	69,2	
RJU	8	61,5	5	38,5	0,09
DESGASTE NO TRABALHO					
Sem desgaste	0	0	1	100,0	
Pouco desgaste	6	60,0	4	40,0	
Muito Desgaste	6	40,0	9	60,0	0,24
TURNO DE TRABALHO					
Diurno	7	43,8	9	56,3	
Noturno	5	50,0	5	50,0	0,29

(Teste Qui-quadrado)

De acordo com a Tabela 13 foi possível perceber diferença estatística para a cultura de segurança no domínio Clima de trabalho em equipe entre as diferentes faixas etárias, sendo que os trabalhadores com idade entre 24 a 37 anos apresentaram maior percentual de cultura positiva para clima de trabalho em equipe. As demais variáveis não apresentaram diferença estatística.

5.2.1.1.2 Clima de Segurança

As frequências das respostas de cada item do domínio Clima de Segurança estão apresentadas na Tabela 14.

Tabela 14 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo as respostas que compõem a Escala Clima de Segurança. Santa Maria, RS, 2016. (N=26).

Itens do domínio Clima de Segurança	**0***		**1***		**2***		**3***		**4***		**5***	
	f	%	F	%	F	%	f	%	f	%	f	%
7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.	0	0	1	3,8	2	7,7	**5**	**19,2**	8	30,8	10	38,5
8.Erros são tratados de modo apropriado nesta área.	0	0	1	3,8	3	11,5	**7**	**26,9**	6	23,1	9	34,6
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	0	0	1	3,8	0	0	**6**	**23,1**	11	42,3	8	30,8
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu empenho.	0	0	2	7,7	5	19,2	**7**	**26,9**	4	15,4	8	30,8
11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros.	0	0	2	7,7	3	11,5	**6**	**23,1**	11	42,3	4	15,4
12. Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente.	0	0	1	3,8	3	11,5	**4**	**15,4**	6	23,1	**12**	**46,2**
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	0	0	1	3,8	3	11,5	**8**	**30,8**	9	34,6	5	19,2

0* Não se aplica, 1*Discordo Totalmente, 2* Discordo Parcialmente, 3* Neutro, 4* Concordo Parcialmente, 5*Concordo Plenamente.

Quanto ao Clima de Segurança percebido pelos trabalhadores, destaca-se 46,2% dos participantes assinalaram “concordo totalmente” no item 12: “Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente”. Ressalta-se também o grande percentual de trabalhadores que marcaram a opção “neutro”, em todos os itens que compõe o domínio.

A Tabela 15 apresenta a distribuição da cultura de segurança no domínio Clima de Segurança segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Tabela 15 – Distribuição da cultura de segurança no domínio Clima de Segurança segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais.Santa Maria, RS, 2016.(N=26).

VARIÁVEL	**Clima de Segurança**				P
	BAIXO		ALTO		
	N	%	N	%	
SEXO					
Feminino	10	52,6	9	47,4	
Masculino	6	85,7	1	14,3	0,12
FAIXA ETARIA					
24 à 37 anos	8	57,1	6	42,9	
38 à 57 anos	7	70,0	3	30,0	0,27
PÓS- GRADUAÇÃO					
Especialização	6	85,7	1	14,3	
Mestrado	0	0	1	100	
Não possui	10	55,6	8	44,4	**0,05***
CATEGORIA PROFISSIONAL					
Enfermeiro	5	83,3	1	16,7	
Técnico de Enfermagem	11	55,0	9	45,0	0,19
TIPO DE VÍNCULO					
CLT	4	30,8	9	69,2	
RJU	12	92,3	1	7,7	**0,00**
DESGASTE NO TRABALHO					
Sem desgaste	1	100,0	0	0,0	
Pouco desgaste	4	40,0	6	60,0	
Muito Desgaste	11	73,3	4	26,7	0,17
TURNO DE TRABALHO					
Diurno	10	62,5	6	37,5	
Noturno	6	60,0	4	40,0	0,31

(Teste Qui-quadrado)

Com relação ao domínio Clima de Segurança pôde-se observar na Tabela XX diferença estatística da Cultura de Segurança na variável Pós Graduação e na variável Tipo de vínculo. Destaca-se que o maior percentual dos servidores com vínculo RJU possuem uma percepção negativa da cultura de segurança nesse domínio ao contrario dos servidores com vínculo CLT uma percepção positiva ($p<0,05$)..

5.2.1.1.3 Satisfação no Trabalho

As frequências das respostas de cada item do domínio Clima de Segurança estão apresentadas na Tabela 16.

Tabela 16 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo as respostas que compõem o domínio Satisfação no Trabalho. Santa Maria, RS, 2016.(N=26).

SATISFAÇÃO NO TRABALHO	**0***		**1***		**2***		**3***		**4***		**5***	
	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%
15. Eu gosto do meu trabalho	0	0	0	0	0	0	0	0	6	23,1	20	**76,9**
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	0	0	0	0	1	3,8	3	11,5	6	23,1	1	61,5
17. Esteé um bom lugar para trabalhar.	0	0	0	0	1	3,8	1	3,8	8	30,8	16	61,5
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	0	0	0	0	1	3,8	1	3,8	6	23,1	18	69,2
19. O moral nesta área é alto.	0	0	0	0	3	11,5	4	15,4	8	30,8	11	42,3

No que diz respeito à Tabela 16 cabe destacar que, exceto o item 19, todos os demais itens desse domínio obtiveram maior frequência de resposta “ Concordo Totalmente”, sendo o item 15: “Eu gosto do meu trabalho” com o maior percentual. Esses resultados confirmam a cultura de segurança positiva evidenciada nesse domínio.

A Tabela 17apresenta a distribuição da cultura de segurança no domínio Satisfação no Trabalho segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Tabela 17– Distribuição da cultura de segurança no domínio Satisfação no Trabalho segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais. Santa Maria, RS, 2016, (N=26).

VARIÁVEL	Satisfação no Trabalho				P
	BAIXO		ALTO		
	N	%	N	%	
SEXO					
Feminino	3	15,8	16	84,2	
Masculino	2	28,6	5	71,4	0,30
FAIXA ETARIA					
24 à 37 anos	2	14,3	12	85,7	
38 à 57 anos	3	30,0	7	70,0	0,25
PÓS- GRADUAÇÃO					
Especialização	2	28,6	5	71,4	
Mestrado	0	0	1	100	
Não possui	3	16,7	15	83,3	0,26
CATEGORIA PROFISSIONAL					
Enfermeiro	1	16,7	5	83,3	
Técnico de Enfermagem	4	20,0	16	80,0	0,44
TIPO DE VÍNCULO					
CLT	1	7,7	12	92,3	
RJU	4	30,8	9	69,2	0,14
DESGASTE NO TRABALHO					
Sem desgaste	0	0,0	1	100	
Pouco desgaste	2	20,0	8	80,0	
Muito Desgaste	3	20,0	12	80,0%	0,33
TURNO DE TRABALHO					
Diurno	3	18,8	13	81,3	
Noturno	2	20,0	8	80,0	0,38

(Teste Qui-quadrado)

Com base na Tabela 17, nesse domínio nenhuma variável apresentou diferença estatística na cultura de segurança.

5.2.1.1.4 Percepção de Estresse

As frequências das respostas de cada item do domínio Percepção de Estresse estão apresentadas na Tabela 18.

Tabela 18– Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo as respostas que compõem o domínio Percepção de Estresse. Santa Maria, RS, 2016. (N=26).

Percepção de Estresse	**0***		**1***		**2***		**3***		**4***		**5***	
	f	%	f	%	f	%	F	%	F	%	f	%
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	0	0	0	0	1	3,8	4	15,4	8	30,8	**13**	**50**
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado(a).	0	0	0	0	3	11,5	4	15,4	8	30,8	11	42,3
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	0	0	3	11,5	1	3,8	2	7,7	8	30,8	12	46,2
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorrespiratória, convulsões).	0	0	**7**	**26,9**	1	3,8	1	3,8	11	42,3	6	23,1

Ao observar a Tabela 18, percebe-se que o item 20: “Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado” se destaca, por possuir 50% de frequência para a resposta “Concordo totalmente”. Cabe ainda dar importância ao item 23: “O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorrespiratória, convulsões)” em que 26,9% discorda parcialmente com essa afirmação.

A Tabela 19apresenta a distribuição da cultura de segurança no domínio Percepção de Estresse segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Tabela 19– Distribuição da cultura de segurança no domínio Percepção de Estresse segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais.Santa Maria, RS, 2016. (N=26).

VARIÁVEL	Percepção de Estresse				P
	BAIXO		ALTO		
	N	%	N	%	
SEXO					
Feminino	9	47,4%	10	52,6	
Masculino	3	42,9	4	57,1	0,33
FAIXA ETARIA					
24 à 37 anos	6	42,9	8	57,1	
38 à 57 anos	6	60,0	4	40,0	0,23
PÓS- GRADUAÇÃO					
Especialização	2	28,6	5	71,4	
Mestrado	1	100	0	0	
Não possui	9	50	9	50	0,10
CATEGORIA PROFISSIONAL					
Enfermeiro	1	16,7	5	83,3	
Técnico de Enfermagem	11	55,0	9	45,0	0,10
TIPO DE VÍNCULO					
CLT	5	38,5	8	61,5	
RJU	7	53,8	6	46,2	0,22
DESGASTE NO TRABALHO					
Sem desgaste	1	100	0	0,0,	
Pouco desgaste	5	50,0	5	50,0	
Muito Desgaste	6	40,0	9	60,0	0,16
TURNO DE TRABALHO					
Diurno	7	43,8	9	56,3	
Noturno	5	50,0	5	50,0	0,29

(Teste Qui-quadrado)

Conforme Tabela 22, nenhuma das variáveis sociodemograficas e/ou profissionais estudadas apresentou diferença estatística na cultura de segurança, no domínio percepção de estresse.

5.2.1.1.5 Percepção da Gerência

As frequências das respostas de cada item do domínio Percepção da Gerência (unidade ou instituição) estão apresentadas na Tabela 20.

Tabela 20– Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo as respostas que compõem o domínio Percepção da Gerência. Santa Maria, RS, 2016. (N=26).

(continua)

Percepção da Gerencia da Unidade	0*		1*		2*		3*		4*		5*	
	f	%	F	%	f	%	F	%	f	%	F	%
24a. A administração apoia meus esforços diários. (Administração da unidade)	0	0	0	0	5	19,2	3	11,5	**14**	**53,8**	4	15,4
24b. A administração apoia meus esforços diários. (Administração do hospital)*	3	11,5	1	3,8	5	19,2	**8**	**30,8**	5	19,2	3	11,5
25 a. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente. (Administração da unidade)	1	3,8	3	11,5	4	15,4	5	19,2	**8**	**30,8**	**5**	19,2
25b. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente. (Administração do hospital)*	0	0	3	11,5	5	19,2	9	34,6	6	23,1	2	7,7
26a. A administração está fazendo um bom trabalho. (Administração da unidade)	1	3,8	0	0	1	3,8	5	19,2	**9**	**34,6**	**10**	**38,5**
26b. A administração está fazendo um bom trabalho. (Administração do hospital)*	2	7,7	1	3,8	2	7,7	5	19,2	10	38,5	5	19,2
27a. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa. (Administração da unidade)	0	0	3	11,5	4	15,4	4	15,4	9	34,6	6	23,1
27b. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa. (Administração do hospital)*	0	0	3	11,5	5	19,2	7	26,9	5	19,2	5	19,2

Tabela 20 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo as respostas que compõem o domínio Percepção da Gerência. Santa Maria, RS, 2016. (N=26).

(conclusão)

28a. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a). (Administração da unidade)	**0**	**0**	**3**	**11,5**	**6**	**23,1**	**5**	**19,2**	**7**	**26,9**	**5**	**19,2**
28b. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a). (Administração do hospital)*	1	3,8	3	11,5	3	11,5	7	26,9	7	26,9	4	15,4

De acordo com a Tabela 20, o item que se destacou em relação a percepção dos trabalhadores sobre a gerência da Unidade foi o 26: “A administração está fazendo um bom trabalho”, em que a maioria dos trabalhadores assinalaram “concordo totalmente” ou “concordo parcialmente”. No que se refere a gerência do hospital, destaca-se alto percentual de respostas “Neutro”, principalmente para os itens 24 e 25.

A Tabela 21apresenta a distribuição da cultura de segurança no domínio Percepção da Gerência segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Tabela 21– Distribuição da cultura de segurança no domínio Percepção da Gerência da Unidade segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais. Santa Maria, RS, 2016. (N=26).

VARIÁVEL	Percepção da Gerencia da Unidade				P
	BAIXO		ALTO		
	N	%	N	%	
SEXO					
Feminino	12	63,2	7	36,8	
Masculino	5	71,4	2	28,6	0,33
FAIXA ETARIA					
24 à 37 anos	7	50,0	7	50,0	
38 à 57 anos	9	90,0	1	10,0	**0,04***
PÓS- GRADUAÇÃO					
Especialização	7	100	0	0,0	
Mestrado	0	0	1	100	
Não possui	10	55,6	8	44,4	**0,01***
CATEGORIA PROFISSIONAL					
Enfermeiro	5	83,3	1	16,7	
Técnico de Enfermagem	12	60,0	8	40,0	0,24
TIPO DE VÍNCULO					
CLT	4	30,8	9	69,2	
RJU	13	100	0	0,0	**<0,001***
DESGASTE NO TRABALHO					
Sem desgaste	1	100	0	0,0	
Pouco desgaste	6	60,0	4	40,0	
Muito Desgaste	10	66,7	5	33,3	0,27
TURNO DE TRABALHO					
Diurno	10	62,5	6	37,5	
Noturno	7	70,0	3	30	0,30

(Teste Qui-quadrado)

Em relação a Percepção da Gerência da Unidade, percebeu-se diferenças estatísticas significativas de cultura de segurança entre as diferentes faixas etárias, sendo que, o maior percentual dos trabalhadores entre 38 e 57 anos percebeu a cultura de segurança negativa nesse domínio e 50% de trabalhadores entre 24 à 37 anos percebeu positiva. Ainda, a pós-graduação e o tipo de vínculo também apresentaram diferenças estatísticas significativas. A maioria dos servidores com vinculo CLT apresentaram avaliação positiva, e 100% dos trabalhadores do RJU apresentaram avaliação negativa, nesse domínio.

A Tabela 22apresenta a distribuição da cultura de segurança no domínio Percepção da Gerência do Hospital segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Tabela 22– Distribuição da cultura de segurança no domínio Percepção da Gerencia do Hospital segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais. Santa Maria, RS, 2016. (N=26).

VARIÁVEL	Percepção da Gerencia do Hospital				P
	BAIXO		ALTO		
	N	%	N	%	
SEXO					
Feminino	15	78,9	4	21,1	
Masculino	5	83,3	1	16,7	0,43
FAIXA ETARIA					
24 à 37 anos	10	71,4	4	28,6	
38 à 57 anos	8	88,9	1	11,1	0,26
PÓS- GRADUAÇÃO					
Especialização	7	100	0	0	
Mestrado	0	0	1	100	
Não possui	13	75,5	4	23,5	**0,04***
CATEGORIA PROFISSIONAL					
Enfermeiro	5	83,3	1	16,7	
Técnico de Enfermagem	15	78,9	4	21,1	0,43
TIPO DE VÍNCULO					
CLT	8	61,5	5	38,5	
RJU	12	100	0	0	**0,02***
DESGASTE NO TRABALHO					
Sem desgaste	1	100,0	0	0,0	
Pouco desgaste	8	80,0	2	20,0	
Muito Desgaste	11	78,5	3	21,4	0,32
TURNO DE TRABALHO					
Diurno	13	81,3	3	18,8	
Noturno	7	77,8	2	22,2	0,37

(Teste Qui-quadrado)

Assim como na avaliação da percepção dos trabalhadores sobre a Gerência da Unidade, em relação a Gerencia do Hospital as variáveis pós-graduação e tipo de vínculo apresentaram diferença estatística significativa, sendo que o mestrado e o vínculo CLT contribuíram para um maior percentual de profissionais que avaliaram a cultura como positiva para esses domínios.

5.2.1.1.6 Condições de Trabalho

As frequências das respostas de cada item do domínio Condições de Trabalho estão apresentadas na Tabela 23.

Tabela 23– Distribuição dos trabalhadores de enfermagem segundo as respostas que compõem o domínio Condições de Trabalho.Santa Maria, RS, 2016. (N=26).

Condições de trabalho	**0***		**1***		**2***		**3***		**4***		**5***	
	F	%	F	%	f	%	F	%	f	%	f	%
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de paciente	0	0	3	11,5	8	30,8	2	7,7	10	38,5	3	11,5
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.	0	0	1	3,8	8	30,8	5	19,2	6	23,1	6	23,1
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticos e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	0	0	1	3,8	7	26,7	5	19,2	8	30,8	5	19,2
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados	0	0	1	3,8	6	23,1	4	15,4	8	30,8	7	26,9

De acordo com a Tabela 23, os itens que compõe o domínio Condições de Trabalho apresentou certo equilíbrio na distribuição das respostas, exceto na resposta “não se aplica” que não apresentou nenhuma marcação. Ainda que esse domínio apresente uma mediana inferior a 75, houve um grande percentual de respostas positivas, como é o caso dos itens 29, com 38% que concordam parcialmente.

A Tabela 24 apresenta a distribuição da cultura de segurança no domínio Condições de Trabalho segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Tabela 24– Distribuição da cultura de segurança no domínio Condições de Trabalho segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais.Santa Maria, RS, 2016. (N=26).

VARIÁVEL	Condições de Trabalho				P
	BAIXO		ALTO		
	N	%	N	%	
SEXO					
Feminino	13	68,4	6	31,6	
Masculino	6	85,7	1	14,3	0,28
FAIXA ETARIA					
24 à 37 anos	9	64,3	5	35,7	
38 à 57 anos	9	90,0	1	10,0	0,14
PÓS- GRADUAÇÃO					
Especialização	7	100	0	0	
Mestrado	1	100	0	0	
Não possui	11	61,1	7	38,9	**0,04***
CATEGORIA PROFISSIONAL					
Enfermeiro	6	100	0	0	
Técnico de Enfermagem	13	65	7	35	0,11
TIPO DE VÍNCULO					
CLT	6	46,2	7	53,8	
RJU	13	100	0	0,0	**0,00***
DESGASTE NO TRABALHO					
Sem desgaste	1	100	0	0,0	
Pouco desgaste	6	60,0	4	40,0	
Muito Desgaste	12	80,0	3	20,0	0,23
TURNO DE TRABALHO					
Diurno	12	75,0	4	25,0	
Noturno	7	70,0	3	30,0	0,33

(Teste Qui-quadrado)

De acordo com a Tabela24as variáveis que demonstraram diferenças estatísticas no percentual de trabalhadores com cultura de segurança positiva e negativa no domínio condições de trabalho foram pós-graduação e o tipo de vínculo.

Verificou-se uma percepção de cultura de segurança positiva para clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho e percepção de estresse. Por outro lado, os trabalhadores apresentaram uma percepção negativa para clima de segurança, percepção da gerência unidade/hospital e condições de trabalho. Quando relacionadas as variáveis sociodemográficas e profissionais com os domínios do SAQ, verificou-se que as variáveis idade, pós-graduação e tipo de vínculo foram as que apresentaram diferença estatística significativas ($p<0,05$).

5.2.2 Resultados qualitativos

A caracterização dos trabalhadores que responderam as entrevistas já foi descrita nos dados qualitativos do item 5.1. Sendo assim, nesse capitulo,será apresentada a análise qualitativa sobre a percepção dos trabalhadores sobre a cultura de segurança no setor investigado.

Dessa forma, após a leitura e análise do material resultante das entrevistas foi possível apreender a percepção dos profissionais da UTI'A sobre a cultura de segurança no seu ambiente de trabalho. Assim, os resultados das entrevistas constituíram a seguinte categoria: "Cultura de Segurança em UTI – percepção dos trabalhadores de enfermagem", a qual abarca aspectos atinentes a cada domínio do SAQ, de acordo com questões previamente elencadas no instrumento de coleta de dados qualitativos.

5.2.2.1 Cultura de Segurança em UTI – percepção dos trabalhadores de enfermagem

Conforme descrito anteriormente, essa categoria está composta por temas previamente definidos no roteiro de entrevistas, os quais guardam convergência com os domínios do SAQ. São eles: clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção de estresse, condições de trabalho, clima de segurança e percepção da gerencia.

5.2.2.1.1 Clima de Trabalho em Equipe

No ambiente de trabalho, as relações interpessoais se estabelecem a partir de um processo de interação entre os membros de uma mesma equipe. A fim de alcançarem um objetivo em comum criam-se vínculos profissionais, os quais podem ser positivos, de ajuda, cooperação, solidariedade refletindo em um clima de trabalho em equipe ideal e saudável.Por acreditar que essas relações interferem significativamente na qualidade e na segurança do cuidado prestado aos pacientes, construiu-se a subcategoria intitulada Clima de Trabalho em Equipe, na qual os trabalhadores responderam questões sobre a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros da equipe.

Assim, os trabalhadores foram questionados sobre esse aspecto e mencionaram majoritariamente fatores positivos do trabalho em equipe desenvolvido na UTI estudada, como pode ser observado nos extratos, a seguir:

> Aqui é, assim, fora do normal. Eu, como te digo, já trabalhei em outros lugares, e tu ficar abaixo do mal tempo sozinho, aqui não tem isso. E, se chegar alguém, assim: “olha gurias vai faltar água no hospital e tem que dar banho em todos pacientes em meia hora”, todo mundo vai em todos os banhos e em meia hora a gente dá todos os banhos. Todo mundo junto e as enfermeiras pegando junto. (TEC 4)

> Olha de zero a dez, eu, posso dizer que é dez. Hoje em dia é assim. Antigamente não era tanto para dez, seria oito, sete e meio, mas hoje melhorou bastante com os funcionários novos. Todos os que vieram, que eu trabalhei não há problema, todo mundo ajuda, se ajuda. (TEC 8)

De acordo com os depoimentos acima, percebe-se que os trabalhadores de enfermagem colaboram entre si, para desenvolver as atividades de sua competência. Esses resultados refletem que os profissionais possuem interação entre si, se apóiam, trocam informações e trabalham pelo mesmo objetivo: o paciente. Destaca-se, também, a ênfase dada por TEC 4 ao mencionar que os enfermeiros os auxiliam sempre que necessário. Além disso, observa-se nas falas certo entusiasmo, por parte dos trabalhadores, ao falar sobre a sua equipe de trabalho, demonstrando “orgulho”, comprometimento e boas relações entre si, o que favorece a comunicação e, consequentemente, tornam o trabalho mais seguro.

No próximo depoimento é possível perceber que isso acontece também com trabalhadores de diferentes profissões.

> É tudo junto, tudo feito meio junto....porque a gente tenta trabalhar junto com a fisio [referindo-se ao profissional de fisioterapia]. Por exemplo, agora de manhã tem duas, é uma coisa inédita ter duas fisio de manhã, um de tarde e um de noite. Então, a gente está conseguindo “ah vamos colocar [o paciente] para a cadeira” e aí vamos, todo mundo junto. Tu aspiras ele e tu prepara nebulização para eu fazer. Pessoal da fono [referindo-se ao profissional fonoaudiólogo] também. Até o pessoal dos residentes da medicina a gente sabe como o pessoal é tratado. Acho que ficam.... (TEC 6)

A fala acima demonstra que o trabalho na UTI investigada acontece de forma multiprofissional, de modo que cada profissional atua como colaborador no seu núcleo de atuação, mas em conjunto com as diferentes profissões, em prol do paciente.

Contudo, sabe-se que trabalhar em equipe pode resultar em algumas dificuldades, as quais foram citadas por alguns trabalhadores.

> ... eles sempre tendem a formar grupos, tem uma tendência maior a colaborar com um e com outro. Isso existe em outros setores e tem que lidar com isso. Então, depende muito da liderança, de quem está ali, para eles atuarem de uma forma ou de outra. Tem gente que trabalha de uma forma comigo e de outra forma com ela. A gente sabe direitinho. (ENF 6)

> De uma maneira geral, eu acho que as pessoas, procuram se ajudar porque, se eu estou num pesado hoje, amanhã pode ser meu colega, então eu tenho que ajudar, porque amanhã pode ser eu. Então, eles procuram se ajudar. Claro, às vezes, tem uns atritos entre a equipe, mas a gente procura não levar adiante, tenta resolver ali mesmo.(ENF 3)

Observa-se nos depoimentos acima, que apesar da boa relação e cooperação citadas pelos trabalhadores existem situações potencialmente conflituosas, as quais podem interferir no clima de trabalho.

Durante as entrevistas foi possível destacar, também, o quanto a carga de trabalho pode influenciar na colaboração entre os membros da equipe, evidenciando diferentes pontos de vista entre os profissionais. Há aqueles que consideram que uma alta demanda pode unir ainda mais a equipe para desempenhar as atividades, como pode ser visto nos depoimentos abaixo.

> Sabe que quando tem bastante demanda de trabalho, eles se colaboram mais... tenho certeza que sim. Daí o pessoal se determina mais. Quando tem menos serviço, pior. (ENF 6)

> ...quando está mais pesado... é mais unido. Saí todo mundo ‘podre’, mas a coisa se une mais ainda, os dias que parece que está mais ‘light’ o pessoal fica tomando um chimarrãozinho, o outro vai no banheiro com calma, aquela coisa fica mais dispersa, mas quando a coisa está pegada, a coisa fica mais uníssona mesmo, dá para ver na pegada que o pessoal se une. A gente consegue ter percepção que o colega está mais apertado que a gente no serviço, então “ah o que tu está precisando?”. (TEC 6)

Outros profissionais possuem opinião diferente, consideram que o excesso de carga de trabalho pode influenciar, negativamente, na colaboração entre os trabalhadores.

> É porque eu acho que quando tu tens muito trabalho, uma que tu fica mais cansada e isso muda, às vezes, o humor da pessoa. Ela acaba que... agindo diferente com os colegas, e também essa parte do coleguismo, quando tem muita coisa e tu está sobrecarregada, as vezes, tu vê que o colega não te deu atenção, não te ajudou. (ENF 2)

> Tem... tem porque, por exemplo, às vezes, acontece de um colega estar trabalhando dezoito horas. Com certeza ele não vai ter o mesmo pique que eu, que estou chegando de casa. Então, a gente vê bastante isso e, a pessoa está cansada, quer fazer serviço de uma vez, quer sentar, quer

> tomar um café. É diferente, sabe? A mesma coisa quando tu estás de doze horas, chega uma hora que tu já estás cansada, tu já não... já quer fazer as coisas para ver se termina logo o plantão, para ti ir embora descansar. Isso influencia muito [...].(TEC 9)

Dessa forma, percebe-se que, na visão dos trabalhadores de enfermagem, a sobrecarga de trabalho influencia o clima de trabalho em equipe, seja de forma positiva unindo ainda mais os trabalhadores para o desenvolvimento de suas atribuições, ou, acarretando cansaço no trabalhador e, por consequência, intolerância para com o colega, o que diminui o ato de ajuda e coleguismo.

5.2.2.1.2Satisfação e estresse no Trabalho

O estresse e a satisfação no trabalho são condições relacionadas entre si. A insatisfação no trabalho somada a situações consideradas estressantes pelos profissionais pode, além de desencadear problemas de saúde ao trabalhador, repercutir na qualidade da assistência prestada e comprometer a cultura de segurança do paciente.

A satisfação no trabalho e o estresse constituem duas dimensões avaliadas pelo SAQ. No entanto, devido a relação entre os construtos optou-se por fundi-los em uma só subcategoria na análise qualitativa.

Quanto a satisfação no trabalho a análise dos dados qualitativos explicitou dados positivos, para os participantes. Abaixo, alguns depoimentos exemplificam esse achado.

> Eu estou bem satisfeita...estou gostando bastante, estou me sentindo bem enfermeira agora, fazendo o papel do enfermeiro mesmo. Tem dia que a gente fica um pouquinho mais estressada, mas acho que ambiente hospitalar é assim mesmo. Mas, é como eu falei no início, eu tento manter a calma, ver as prioridades, fazer uma coisa de cada vez, mas estou satisfeita. (ENF 5)

> Assim, o ambiente é maravilhoso, a gente vem porque gosta, porque quem está na UTI gosta, senão dá um jeito de sair. (TEC 6)

> Eu gosto de trabalhar aqui, eu me sinto realizada. Esses tempos estavam me falando que depois do passar do tempo, a gente já não vem com o mesmo ânimo de antigamente. Mas a gente vem e quando a gente está aqui, nossa, é bom, trabalhar, fazer e tu ver que tu consegue fazer uma coisinha bem para o próximo, “bah olha, fiz essa medicação hoje” fiquei feliz, menos ruim. A gente deixou que ela[referindo-se a paciente] se acalmasse mais. São coisas que a gente vai fazendo, um [paciente] já dilatou pupila, a gente já desce para a tomo [setor de tomografia]. Tu te sente gratificante, entende? Por mínimas ações que a gente tem, por mais que a gente saiba a gravidade do caso, no caso de uma captação, teve uns pacientes parando que quase que a gente

> leva para o bloco [cirúrgico] massageando. Isso que é gratificante. A gente conseguiu manter mais uns minutinhos, a tempo do pessoal da Central [Central de Captação de Órgãos] chegar. São coisas assim...(ENF 7)
>
> Eu me sinto ótima... eu adoro, eu gosto do setor, gosto do serviço, gosto das pessoas por mais dificuldade que tenha... me dou bem com todo mundo. As pessoas, não sei se pela idade, me respeitam. Eu me considero satisfeita. Se tivesse que voltar, eu ficava aqui, tanto é que não saí... eu tinha oportunidade. (ENF 6)

A satisfação no trabalho foi um ponto forte evidenciado no grupo analisado. Neste sentido, é importante destacar que os profissionais se sentem satisfeitos. Os principais fatores de satisfação no trabalho relatados foram: gratificação pelo trabalho realizado, somados aos sentimentos de felicidade, possibilidade de exercer suas funções previstas para o cargo, do prazer e reconhecimento pelo trabalho efetuado e as relações no trabalho.

Contudo, apesar da satisfação demonstrada pelos trabalhadores por meio dos depoimentos, a sobrecarga de trabalho foi descrita como um obstáculo no trabalho, a qual pode comprometer o sentimento de satisfação dos trabalhadores.

> Não, aqui na UTI não vejo ninguém insatisfeito. A única coisa que eu sinto é a sobrecarga, os meus colegas reclamar. Eu mesma me sinto sobrecarregada, mas eu acho que faz parte do serviço. Nada que tu não consiga dominar e enfrentar o trabalho. Para mim é tranquilo. (TEC 10)
>
> Eu me sinto satisfeita porque, não sei se é um pouco do meu perfil eu, eu gosto de trabalhar lá, eu me sinto realizada trabalhando aqui, então eu me sinto satisfeita...Eu não me queixo do trabalho e quando tem bastante trabalho eu me sinto sobrecarregada às vezes, mas não que isso me torne insatisfeita, talvez eu pense: ai se pudesse ser um pouco menos cansativo.(TEC 9)

Como se pode observar,a sobrecarga de trabalho foi lembrada pelos trabalhadores. Para os mesmos, isso não interfere na sua satisfação, no entanto foi enfatizada como causadora de cansaço.

Contudo, a sobrecarga também foi apontada, pelos respondentes, como um fator estressor. Os trabalhadores relatam ser um trabalho muito desgastante, implicando em estresse para os mesmos.

> Às vezes eu saio daqui bem cansado. Na maioria das vezes cansado, e poucas vezes tranquilo, mas, na maioria das vezes, sai cansado, esgotado, é muito cansativo. (TEC 7)
>
> Bem estressante. Porque eu, como profissional, quero deixar tudo certinho. No momento que tu queres deixar tudo certinho, como tem que ser, tu

> acabas se estressando muito e trabalhando mais, as vezes. Mas, eu prefiro ser assim. (TEC 2)
>
> Quando está pesado aqui é estressante porque é muito procedimento, é muito curativo, é muita coisa e daí sobrecarrega mesmo e eu sinto que o pessoal fica mesmo estressado. Eu me estresso. Aí tem coisas que tu se passa pelo excesso de trabalho, pelo excesso de procedimento que tu tens que fazer, coisas que não deveriam passar, às vezes, acabam passando. (TEC 10)

Por meio dos depoimentos, percebe-se que os trabalhadores reconhecem que o trabalho realizado demanda atenção e, geralmente, suas atividades são de alto grau de dificuldade e responsabilidade. Isso, aliado ao ritmo acelerado de trabalho, condicionam a presença do estresse no trabalho.

Destaca-se que, segundo os trabalhadores, esse estresse, quando não controlado, pode desencadear falhas na assistência, como explicitado nos depoimentos abaixo.

> O problema maior do estresse e do cansaço que a gente vive aqui dentro é o que pode a vir acontecer de falha para o paciente. Nós, que trabalhamos aqui, a gente descansa em casa, as vezes até toma um remedinho para melhorar, mas aqui dentro que é o problema. Precisamos estar de corpo e mente aqui, e bem presentes… Porque, senão, pode dar coisa errada. Imagina? Cansados, estressado, esgotados, podemos cometer erros...Eu, sinceramente, tenho medo. (TEC 4)
>
> O problema que esse cansaço, essa irritação pelo excesso de coisas para fazer aqui é ruim para o paciente. O maior prejudicado é ele. Ele não tem culpa, mas, muitas vezes, acontece de não conseguir fazer da melhor forma... até coisas básicas, como conversar com os pacientes mais lúcidos, tudo por estresse, cansaço. Sem dúvida, a sobrecarga interfere muito na qualidade nosso trabalho. (TEC 1)

De acordo com as falas acima, percebe-se que além dos trabalhadores reconhecerem que o trabalho na UTI é estressante e cansativo, também enfatizam que isso pode interferir na segurança do paciente, na medida em que o profissional não desempenha suas atividades com condições cognitivas adequadas para tal e pode desenvolver algum procedimento de forma errada. Ainda foi citado pelos trabalhadores, como demonstrado o depoimento do TEC 1, que o estresse e o cansaço interferem na qualidade do trabalho, sendo o paciente o maior prejudicado.

Diante do exposto infere-se que os trabalhadores de enfermagem da UTI convivem diariamente com estressores, e que esses podem interferir na qualidade da assistência e consequentemente na segurança do paciente.

5.2.2.1.3Clima de Segurança

O Clima de segurança refere-se à percepção partilhada entre trabalhadores acerca da segurança do seu ambiente de trabalho, por meio de tomada de decisão gerencial, normas e práticas de segurança, políticas organizacionais que juntos, comunicam o comprometimento organizacional para a segurança (RIBEIRO et al., 2013).

Dessa forma, essa categoria constitui-se de dados que expressam a percepção dos trabalhadores quanto ao comprometimento organizacional para a segurança do paciente.Ao serem questionados sobre o que a instituição tem feito para implementar ações que favoreçam uma cultura de segurança percebe-se que, na visão dos trabalhadores, as questões sobre segurança do paciente são primárias nesta instituição e poderiam ser mais abordadas com as equipes.

> Eles estão implantando cada vez mais. Eu acho que, às vezes, deveria se trabalhar mais até nas unidades. Nós, ali, porque, às vezes, acontecem algumas coisas que podiam não acontecer, sabe? Ter mais cuidado com os equipos, não misturar, como os pacientes são muito aproximado, às vezes, eles colocam aqueles equipos de PVC[referindo-se a pressão venosa central]e de PIA[referindo-se a pressão intra-abdominal] junto. Eu acho errado, deveria ter um suporte para PVC e um para PIA que é para o pessoal não se confundir na hora de coletar. Pega um meio apressadinho, sabe? Quando vê tu conecta um equipo da PIA lá no cateter, contamina tudo, sabe? ter mais palestra e coisa, para o pessoal ficar mais atento com esses tipos de cuidado, sabe?(TEC 3)

> Eu acho que está engatinhando, está começando, recém que está. A gente teve capacitação falando sobre as medicações, sobre as vias, os cuidados que envolvem as medicações. Acho que já é um passo, porque eu escutei muito assim: ah! tudo a gente já conhece, poucas vezes a gente tem uma novidade. Geralmente são coisas que a gente já ouviu lá na faculdade, ou no curso técnico. Mas é bem interessante estar trazendo atenção e algumas drogas mudam, também os cuidados na administração dela. Então, eu acho que é importante isso também. (ENF 4)

> Onde eu trabalhei era muito mais intenso...Era um hospital filantrópico, 60% SUS e o resto convênios particulares. Mas, então, eu trabalhava muito lá que era o fator de risco. Acho que é uma coisa que, aqui, se tem, não é muito divulgado. Então, por exemplo, lá o hospital tinha controle em tudo em relação a isso, medicamentos com nomes parecidos eram grifados já na prescrição automática, dopamina e dobutamina, a parte que fazia diferença na palavra vinha grifada, na própria prescrição. Então, tinha um monte de cuidado em relação a isso, nome de paciente, por exemplo, dona Maria, não ficava lá dona Maria, era o nome completo. Então, tinha um monte, era gestão de risco, que aqui não. Não sei. Se tem, ela é bem primária, não está aparecendo muito. (TEC 7)

Para alguns trabalhadores,a instituição está em uma fase inicial no que se refere a segurança do paciente. Percebe-se que consideram necessárias mais capacitações sobre o tema, nas quais sejam discutidas práticas diárias que podem estar comprometendo a qualidade da assistência.

Contudo, outros entrevistados possuem opiniões diferentes, reconhecendo ações da instituição em prol a segurança do paciente.

> Acredito que estamos evoluindo cada vez mais..., por exemplo, a própria notificação de erros...antes nada disso existia. Agora, a gente já pode notificar quando acontece alguma coisa que não era para ter acontecido com o paciente. Claro, nem sempre é notificado, seja porque não deu tempo, ou por outra coisa, e também acho que o pessoal tem um pouco de receio, mesmo sabendo que nem precisa se identificar quando faz a notificação. (ENF 1)

> Teve, teve na integração nossa, o pessoal da segurança do paciente veio falar com a gente. Teve assim, nos KPC[referindo-se a Klebsiella pneumoniae Carbapenemase], quando teve a crise dos KPC eles passaram por ali. E daí eles começam a analisar sabe, as coisas da rotina que a gente faz. As rotinas da unidade, para ver se é ou não segurança do paciente. (TEC 10)

> Eu acho que o pessoal do núcleo de segurança do paciente, que estão, é bem ativo... eu acho que é bem interessante porque essa é uma coisa que é do cotidiano nosso, só que agora que a gente está dando maior ênfase... tipo as metas de segurança, por exemplo. Erro de medicação, essas coisas que antes,às vezes, antes tu tinha um erro e até diz: “Ah, errou” mas nada era feito, e agora tu tem como fazer uma notificação. Eu acho que isso sempre vem a melhorar. O pessoal, às vezes, reclama: “Ah é alguma coisa a mais para mim fazer.” Mas, no final das contas, é para melhorar, para ti ver o que que está acontecendo. E, eu acho que melhorou muito também para o paciente, que já diz ‘segurança do paciente’, que evitar erros que podem ser às vezes fatais, depende do que eu[referindo-se ao trabalhador]faça. E, desde um erro de medicação até uma cirurgia errada que tu faça ou uma identificação errada, encaminha um paciente que não era é outro para o exame. E, eu acho que a cultura de segurança do paciente está melhorando, mas tem muita gente que ainda ignora. (ENF 2)

As falas acima mostram que, apesar de alguns trabalhadores não reconhecerem o trabalho da instituição, estão sendo feitas mobilizações, seja por capacitações e/ou vigilância, para implementação de uma cultura de segurança na instituição.

A fim de melhorar as ações realizadas por parte da instituição, os trabalhadores também fizeram algumas sugestões, conforme se visualiza a seguir.

> Eu acho que poderiam estar mais presentes na nossa prática mesmo... Então, por exemplo, o controle, cuidados em relação a medicamentos com nomes parecidos. Grifar já na prescrição automática, dopamina e

> dobutamina, a parte que faz diferença na palavra vir grifado, na própria prescrição. Então, tem um monte de cuidado em relação a isso que dá para fazer, nome de paciente, por exemplo, dona Maria, não dona Maria, tem que ser o nome completo,. Isso é gestão de risco. (TEC 7).

> É, nesse ponto sim, eles precisam sensibilizar mais a equipe, e nessas reuniões[momentos de capacitação] seria bem propício porque é um horário destinado para isso. É pouco em vista da alta complexidade que a UTI é. Precisaria de mais tempo, pelo menos um dia inteiro de curso, palestras e oficinas e que incluiria isso, pegava a segurança do paciente e cada vez fazia um tópico, para bater bem na tecla, porque a gente está pensando que segurança do paciente é não infectar o paciente, mas, e o resto?(TEC 6)

> Essa parte de notificação, eu acho que podia melhorar, é só uma opinião!É que podia ser mais abordado com todo mundo...enfermeiros, técnicos...o pessoal está na cabeça que só tem que notificar ulcera por pressão e erro de medicação. Mas, tem outras coisas também, pelo menos eu acho, até uma dificuldade que tu tenha com algum equipamento ou sei lá...para que possa se prevenir que uma coisa pior aconteça. (ENF 5)

De acordo com os dados colhidos nas entrevistas, percebe-se que muitas ações já estão sendo realizadas pela instituição em prol da segurança do paciente e são reconhecidas pelos trabalhadores, dado esse que retrata a realidade. Embora, não fosse o objetivo do estudo, durante o planejamento da pesquisa, foram colhidas informações junto ao setor responsável pela segurança do paciente, e verificou-se que iniciativas como capacitações estão sendo realizadas, assim como implementação de protocolos como: cirurgia segura, prevenção de úlceras por pressão e a consolidação do vigihosp.

5.2.2.1.4 Percepção sobre a Gerência da Unidade e do Hospital

No contexto das instituições de saúde, a percepção da gerência por parte do profissional é um fator importante para garantia da segurança do paciente. Criar uma atmosfera positiva no ambiente de trabalho, proporcionando um diálogo aberto sobre os erros, um ambiente não punitivo e treinamento contínuos dos profissionais são algumas das principais ações da administração do hospital e da unidade que podem causar impacto positivo ou negativo na segurança do paciente.

Com esse entendimento, os trabalhadores foram questionados sobre sua percepção quanto as ações da gerência do hospital e da unidade quanto as questões de segurança do paciente.

> Como eu falei anteriormente, não está sendo conversado com a equipe, está bem complicado essa parte. A gente está tendo treinamento,

> capacitação, tudo. Mas aí o que falta é conversa, entrar mais na UTI, conversar com as pessoas e não simplesmente vim impor situações.(TEC 2)

> Como eu vou dizer, é que eles não tão aí, na rotina, entendeu? Eles não têm essa vivência da rotina. É claro que a gente sabe o que é o que não é segurança do paciente, em determinados momentos, digamos assim. A carga de trabalho está tão pesada que tem que fazer rápido aquilo. Às vezes, depende, por exemplo, em uma parada, não dá tempo de tu lavar as mãos, tu está num outro paciente, tu tem que ir direto. Então, tem coisas que dá muito para aplicar, tem outras que não dá. Por exemplo, agora eles tiraram toda a medicação da cabeceira dos pacientes, está tudo ali, na bancada. Como é que esse pessoal vai pegar a pastinha, que está na cabeceira, conferir, ir lá. Não, tu vai lá, tu vê a medicação que tem que ser feita, tu retira... Eu não sei, os técnicos, eles tão muito descontentes com a ida da medicação para a bancada. Eles estão achando que não vai funcionar, que não vai dar certo, e isso não tem como mudar. (ENF 3)

Nos depoimentos apresentados acima,os trabalhadores relatam certo desconforto em relação a tomada de decisão por parte dos gestores. Os mesmos expressam, também, o desejo de dialogar mais sobre o tema, participando das decisões. Para eles, por eles estarem da linha de frente da assistência, tem potencial para contribuir com mudanças específicas na prática assistencial e, consequentemente, com a segurança do paciente.

Abaixo outros relatos quanto percepção da gerência.

> Quanto a nossa chefia, assim, está bom, mas acho que poderia ser mais presente sim, nessa fase de transição, que a gente recebeu bastante funcionários novos. Eu acho que a gente se sente pouco amparado, a gente já fez avaliação dos funcionários que tem que fazer, e aí a gente vê que continua o mesmo (ENF 7)

> Uma pessoa esteve aqui, já falou, nos colocou, toda essa parte de infecção, essa parte de contagio, de contato, das precauções que a gente tem que ter para preservar ele [o paciente], para segurança dele. Essa parte mais que ela colocou porque ela estava no CCIH. Mas acho que precisa mais... Aqui acho que colocando um encontro mensal, ajuda, pelo menos esclarece um pouco, fala um pouco. Mas não pode ser como essa pessoa falou, não num sentido de cobrança. Tem que colocar muito mais de uma forma como se fosse um benefício para o paciente, de uma forma não de cobrança. Não que ela não tinha tido má intenção, porque era necessário. Estava precisando daquilo mesmo, de certas atitudes. Mas, seria bom colocar de uma forma mais construtiva. (ENF 6)

De acordo com os depoimentos, os participantes relatam a necessidade de maior ênfase, por parte da gerência da instituição, em relação à temática segurança do paciente. Destacam que algumas ações estão sendo realizadas, mas que há necessidade de implementar outras estratégias de abordagem dos trabalhadores, além dos treinamentos e capacitações que já vem sendo realizados.

Importante destacar que, por conta do ingresso de um número significativo de trabalhadores novos no serviço, em decorrência da adesão da instituição a EBSERH, foi instituído um programa sistemático de treinamentos, no qual estão inseridos assuntos diversos, inclusive relativos à segurança do paciente. Além disso, a chefia da UTI instituiu um programa de capacitações, com encontros mensais, para todos os trabalhadores, versando sobre diferentes assuntos que envolvem a assistência em terapia intensiva, incluindo, também, assuntos relativos à segurança do paciente.

5.2.2.1.5 Condições de Trabalho

As condições de trabalho têm 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. Sabe-se que,melhores condições de trabalho, repercutem na qualidade de vida do trabalhador e,principalmente,na qualidade da assistência prestada ao paciente.

Com esse entendimento, essa subcategoria se formou a partir de percepções dos trabalhadores sobre as condições de trabalho na UTI'A, tendo em vista que esse fator interfere na cultura de segurança da instituição.Assim, pode-se observar que vários pontos foram citados como sinônimos de condições de trabalho, algumas destacadas como fatores positivos dentre o ambiente estudado, outros poucos como fatores negativos.

Destaca-se que, os trabalhadores, quando questionados sobre suas condições de trabalho para desenvolver um cuidado seguro,descreveram a seguinte opinião.

> Mas, tu tens tudo muito a mão do que tu precisa. Material não falta. São raras as vezes que falta material, mais nos finais de semana que o pessoal não recoloca mesmo. Tu tem médico para te dar suporte, tem enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta. Eu acho as condições boas de trabalho. (ENF 4)

> Eu acho que o hospital universitário ele é ótimo. Não é100% mas, tem praticamente tudo que a gente precisa, material. É eu acho que é de boa qualidade, as vezes claro ganha na licitação alguma coisa mas, mas logo cai ai vem algo melhor. E aqui a gente tem ainda as questões da infraestrutura, tipo a cama é boa, a gente tem bastante acessórios para usar, tipo aquele guincho que levanta os pacientes e já ajuda, facilita muito

> a gente mesmo. E a gente tem todos os exames aqui, tomografia, raio x eles vem fazer aqui, o laboratório vem coletar, o banco de sangue tudo. (ENF 2)

De acordo com as falas acima, percebe-se que os trabalhadores de enfermagem consideram as condições de trabalho boas na UTI estudada. Para os mesmos, a instituição disponibiliza materiais de qualidade, provê recursos humanos necessários para uma assistência de qualidade e possui aparatos tecnológicos importantes para o tratamentos dos pacientes.

Contudo, foram citadas algumas limitações relativas à estrutura física do setor, que interferem diretamente na segurança do paciente. Tais deficiências são demonstradas nos seguintes depoimentos:

> Olha, eu gosto das condições de trabalho na UTI, a única coisa que eu tenho que te colocar é a questão da logística do leito 10 e do leito 7. Isso realmente acho que não ficou legal.(ENF 1)

> De estrutura acho que ficou um pouco prejudicado que ali entre os leitos seis e sete, ali tinha uma porta antes, a uti tinha duas portas, daí o CCIH resolveu fechar. Para nós é um pouco ruim porque fica longe por que fica[um técnico de enfermagem] no[leito] um e no [leito] dez, e tem que passar todo aquele corredor, fica um pouco cansativo. Se fosse aberto ali no meio como era antes, mas resolveram fechar. E a falta do banheiro para os pacientes que eu acho que falta também. Mas, no mais, eu acho que é bom, o espaço entre os leitos essas coisas, acho bom. (TEC 12)

> Em relação ao espaço, ao excesso de gente. Como eu trabalho a noite, não tenho esse problema do excesso de pessoas, mas, as poucas vezes que eu venho de dia é uma poluição sonora, é muita gente, muita gente em volta de ti. Tu já tem toda aquela parafernalha em volta do paciente, mais quinhentas pessoas em volta de ti, tu trabalha desviando de fio, desviando de máquina, tu não consegue chegar numa bomba de infusão para parar de alarmar porque é muita coisa. Eu acho que o espaço físico ele precisaria ser bem mais ampliado. (TEC 10)

Nas falas dos trabalhadores também veio à tona a questão da sobrecarga de trabalho, e até mesmo essa relação com a segurança do paciente como pode ser observado no depoimento: “Olha, falar de condições de trabalho,é falar em muito trabalho, tipo sobrecarga. Não tem como não falar disso aqui. Talvez seja o principal problema da UTI...e isso interfere direto no cuidado dos pacientes...” (TEC 4).

Outro aspecto lembrado pelos trabalhadores, que está relacionado as condições de trabalho é o número de profissionais.

> Olha, quando tem dois enfermeiros fica muito bom. Porque pela constituição ali se pede 6 pacientes por enfermeiro. Então, quando realmente não tem 2 enfermeiros por turno, fica complicado, mas assim... a gente faz mais na

> corrida mas consegue dá conta. A demanda fica maior, mas se dá conta.(ENF 3)
>
> Hoje de manhã eu estava falando sobre isso, estava falando sobre isso para os meus colegas..., mandaram a gente fechar as escalas com seis técnicos de enfermagem. Mas para cobrir os atestados tu remaneja e remaneja: ah tu não vem hoje, vem amanhã, ficando vários plantões com cinco técnicos de enfermagem. Então acabamos desfazendo aquilo que a gente já tinha conquistado, que era deixar seis funcionários para dez pacientes, que ai ficava dois com um paciente mas, fica lá no isolamento, e ai aquele que está no isolamento ajuda o outro e ficam dois funcionários com três pacientes, tão graves e pesados lá no fundo, e o outro fica ajudando no salão que são sete pacientes. A estrutura física nossa é horrível nesse ponto. Estava bem e aí fecharam onde tinha ligação com os isolamentos e ficou bem pior, para poder abrir um leito que existia. Na verdade, existia esse 10º leito, então tinha que ser aberto, era lei não adianta, ficou uns sete anos fechado eu acho. (TEC 11)

Na avaliação das condições de trabalho, qualitativamente pode-se dizer que os trabalhadores de enfermagem têm uma boa percepção das condições de trabalho. No entanto, observou-se a necessidade de aprimoramento, principalmente em relação parte estrutural da unidade. Ainda, foi relatado que a sobrecarga de trabalho e, por consequência, o quantitativo de pessoal pode influenciar nas condições de trabalho, refletindo em aumento da carga de trabalho e na percepção dos trabalhadores no que tange as condições de trabalho e, por conseguinte, na segurança do paciente.

Nessa perspectiva considerou-se importante trazer alguns depoimentos, que ratificam a relação da sobrecarga de trabalho com a segurança do paciente. Ambas as temáticas foram abordadas, respectivamente no primeiro e segundo capítulo desse estudo.

> É, a alta demanda e a segurança do paciente andam juntos aqui, porque quando o trabalho está muito pesado, quando a demanda é muito alta, tu tem muita tendência ao erro. Não digo só ao erro, mas, a falta do cuidado. Tu vai estar deixando de dar um cuidado àquele paciente quando tu está muito sobrecarregado, quando tem muita coisa para fazer e aí, por ter muita coisa para fazer, de repente, tu não vai estar concentrado para fazer aquilo ali certo e tu é humano, tu pode errar aquilo ali, desde passar a pressão para o computador, tu pode errar um número ali e o médico olhar a pressão, “ah o fulano está hipertenso” e pede para outro “vai lá fulano e administra um anti-hipertensivo”. Uma troca de um número no computador pode acontecer esse tipo de coisa. Então, tudo é muito susceptível ao erro, se não parar assim para fazer é bem provável de acontecerem erros. (TEC 4)

O depoimento acima, demostra que o excesso de carga de trabalho tem relação direta com a maior probabilidade das ocorrências de erros no cuidado ao paciente. Além disso, o discurso do Tec 4, contorna a questão da qualidade do

cuidado quando se está sobrecarregado. Essa questão foi mencionada por outros como pode observar no próximo depoimento.

> Eu acho que, com mais profissionais, a assistência melhoraria, porque quando tem muita coisa para fazer, ao mesmo tempo, é obvio que não vai sair tudo perfeito. Não tem como sair, ou até quando tu vai colocar um paciente correndo em cima de uma maca, o paciente pode sentir até uma dor ali ao colocar, “bota correndo porque tem que descer de uma vez”. Correndo em cima de uma maca, não andando devagar, com respirador e tubo dentro da boca. Imagina? Tu vai estar manuseando tudo, aquele tubo, correndo. Imagina? Vai estar machucando a traqueia do paciente. Quem sai prejudicado? É só o paciente. O funcionário vai sair sobrecarregado, com dor, mas a gente sai daqui vai para casa, toma um banho, deita e pronto. Eles [os pacientes] estão aqui 24 horas. Eu acho que quando está apertado, está sobrecarregado, a margem de erro é bem maior, até na hora de tu ler uma prescrição. Se tu estás na correria, está sujeito a cometer um erro na administração da medicação, a conferir o que vem da farmácia direitinho olhando rótulos, porque a gente tem muito, até há poucos dias estava vindo dipirona, lasix e metroclopramida que mudaram as embalagens.Então, dipirona com cara de lasix, lasix com cara de dipirona, então... mais uma vez falando da medicação. E uma coisa que a gente cuida aqui na UTI, que também envolve segurança do paciente é a questão da mobilização do paciente, evitar as úlceras, as UPP. Isso também tem sido feito um trabalho, a gente está sempre em cima do pessoal e o pessoal já sabe “agora é hora de virar para qual lado”. Então, isso aí eles estão bem doutrinados, na questão da mobilização do paciente, está na cultura deles, da unidade.(ENF 4)

De acordo com os depoimentos, principalmente, a relação entre a carga de trabalho e a segurança do paciente é percebida pelos trabalhadores. A sobrecarga de trabalho é apontada como uma condição de trabalho a que os trabalhadores de enfermagem da UTI’A estão expostos e influencia o modo como os mesmos desempenham o cuidado, tornando-os mais vulneráveis a cometerem erros, gerando incidentes.

Os dados quantitativos expostos nesse capitulo demonstram que os trabalhadores de enfermagem da UTI possuem uma cultura de segurança positiva para clima de trabalho em equipe, percepção de estresse e satisfação no trabalho e uma cultura de segurança negativa para clima de segurança, condições de trabalho e percepção da gerência da unidade e do hospital. Os dados qualitativos referente a cultura de segurança concordaram quase na totalidade com os achados numéricos, confirmando e, até mesmo, explicando alguns resultados quantitativos. Embora o objetivo dessa pesquisa fosse investigar a percepção dos trabalhadores, inevitavelmente há de considerar que nos relatos fica evidente que os profissionais transferem para a gerência da unidade e da instituição a responsabilidade pela

segurança do paciente, fato esse que deve ser considerado na avaliação desses resultados.

5.2.3 Discussão integrada dos dados quantitativos com os qualitativos

Apesar de a ocorrência de um incidente estar, na maioria das vezes, atrelada única e exclusivamente à competência profissional, estudos mostram que aspectos da cultura organizacional tem efeito sobre a segurança do paciente (HOFFMAN; MARKS, 2006; NIEVA; SORRA, 2003). Quando um incidente ocorre, a questão a ser analisada não deve ser quem errou, mas como e porque as defesas falharam. Sob esta ótica, avaliar aspectos que contribuem ou não para uma cultura de segurança, nas instituições, ocupa um papel determinante nas questões relativas à segurança do paciente.

Perante as considerações acima, esse estudo também investigou a cultura de segurança na percepção dos trabalhadores de enfermagem de uma UTI de um hospital universitário, por meio do SAQ e da aplicação de uma entrevista semiestruturada com questões relativas ao tema. Ambos os instrumentos avaliaram a percepção dos trabalhadores sobre: Clima de trabalho em equipe, Clima de segurança, Satisfação no Trabalho, Percepção de estresse, Percepção da gerencia da Unidade e do Hospital e Condições de Trabalho, itens esses que constituem os domínios do SAQ. Assim, na discussão desse capítulo buscou-se comparar os resultados desse estudo com os de outras investigações e fazer uma integração de dados quantitativos e qualitativos, evidenciando convergências e divergências entre os principais resultados. Ainda objetivou-se, nesse capítulo, retomar alguns resultados sobre a carga de trabalho da equipe de enfermagem, a fim de sugerir qualquer possível relação com a cultura de segurança do paciente.

No presente estudo, a maioria dos participantes é do sexo feminino (73,1%) e possuem idades entre 24 à 37 anos (53,8%). Os achados sobre a predominância do sexo feminino vão ao encontro dos resultados de ouras pesquisas,as quais tem mostrado que as mulheres constituem o maior contingente de trabalhadores de enfermagem. (BARATTO, 2015; BARBOSA, 2014). Quanto a idade verifica-se uma população relativamente jovem, semelhante a outros estudos (MACHADO et al., 2015). O perfil da enfermagem brasileira confirma esse achado, tendo em vista que a profissão está em pleno rejuvenescimento, com ¼ do seu contingente com idade

até 20 anos e 61,7% até 40 anos (MACHADO et al., 2015).O achado desse estudo também é similar ao de investigação (PRETO; PEDRÃO, 2009) realizada com enfermeiros de unidade de terapia intensiva, cujos resultados apontaram que a redução do número de enfermeiros com mais de quarenta anos, nestes setores, pode estar relacionada ao indício de que, quando atingem essa idade, são absorvidos em outros setores, procuram cargos administrativos, buscam a área de ensino ou, até mesmo, desistem da profissão.

Verificou-se que a maioria dos investigados é procedente de Santa Maria (57,7%), mas possui um percentual elevado de trabalhadores que vieram de outras cidades (42,3%). Destaca-se que 69,2% dos trabalhadores são casados e 73,1% possuem filhos.Acredita-se que o convívio familiar e social está relacionado a estilos de vida saudáveis, uma vez que pode contribuir para o estabelecimento de relações solidárias que permitem lidar com os problemas de forma mais positiva (OPAS, 2008). Porém, quando há dificuldade para conciliar trabalho, família e vida pessoal, podem ocorrer consequências para os trabalhadores, como sentimentos de desconforto, déficit de atenção e problemas de saúde; com repercussões para a organização, que incluem, risco de acidentes de trabalho e elevação dos índices de absenteísmo (LEITE JR, 2009).

Em relação às variáveis profissionais pesquisadas destaca-se que, 69,2% dos trabalhadores não possuem pós-graduação, 50% dos trabalhadores tem como vínculo empregatício o Regime Jurídico Único (RJU) e 57,7 % consideram o trabalho na UTI'A muito desgastante.

No que se refere a cursos de pós-graduação, notou-se alto percentual de trabalhadores sem pós-graduação. Esse resultado pode estar relacionado ao grande número de profissionais jovens que participaram do estudo. De acordo com Machado et al. (2015), os profissionais com até 25 anos de idade encontram-se no início de sua vida profissional, recém-formados, recém-egressos de escolas técnicas, ou das escolas de enfermagem.Estes jovens estão ainda sem definição clara da área de atuação e como se dará sua inserção no mercado de trabalho. Para o mesmo autor, os profissionais com idade entre 26-35 anos de idade, encontram-se na fase da formação profissional. Dessa forma, enfermeiros, técnicos ou auxiliares, buscam se qualificar para os serviços, especializando-se por meio de uma Pós-Graduação (enfermeiros) ou uma Pós-Formação (para os técnicos). Essa busca por

especialização está diretamente associada à perspectiva de inserção no mercado de trabalho em funções de maior complexidade e destreza cognitiva.

Quanto ao regime de trabalho, metade da população vincula-se ao HUSM pelo Regime Jurídico Único (RJU) e a outra metade pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), constituindo-se, a UTI investigada, em um cenário de composição mista de vínculos empregatícios. Até 2013, o HUSM era administrado pela UFSM, sendo os profissionais contratados por concurso público e regidos pelo RJU. A partir de 2014, a gestão do HUSM passou a ser realizada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Essa é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, criada por meio da lei Nº 125550, de 15 de dezembro de 2011.Após a mudança de administração do HUSM, mais de quatrocentos profissionais de enfermagem foram contratados, por meio de concurso público, porém esses trabalhadores são regidos pelas CLT.

Em relação a variável desgaste no trabalho, 57,7% dos participantes o consideram muito desgastante, o que vai ao encontro da literatura. Esse achado pode estar relacionado as características inerentes do ambiente laboral de unidades de cuidados intensivos.

Frente aos aparatos tecnológicos existentes nas UTI’s e a grande quantidade de procedimentos a que são submetidos os pacientes que ali se encontram, o ambiente é reconhecido como um dos mais traumatizantes e agressivos, tanto pela ótica dos usuários como pelos prestadores de serviços. Além do mais, o estresse que envolve a equipe de saúde, devido ao fator da presença constante da morte, propicia sentimento de sofrimento (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2009). Além disso, os profissionais de enfermagem enfrentam dificuldades relacionadas à complexidade técnica da assistência aos pacientes, estando expostos às solicitações dos pacientes, familiares, médicos e instituição, podendo levá-los ao estresse.

Nessa perspectiva, estudos têm mostrado que os profissionais de enfermagem que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) enfrentam elevados níveis de estresse. A exposição diária a fatores adversos não só do próprio ambiente como também das condições críticas dos pacientes, onde a rapidez na tomada de decisão se torna um fator determinante de sobrevida está fortemente associado com as manifestações neuroendócrinas do estresse. Além destas características de

trabalho, estudos apontam que enfermeiros de UTI apresentam alta prevalência de desgaste no trabalho (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2009).

A seguir será apresentada a discussão dos resultados quantitativos e qualitativos referentes a cultura de segurança, a qual foi organizada de acordo com os domínios do SAQ. Sempre que possível procurou-se estabelecer relação com os dados referentes a carga de trabalho.

5.2.3.1 Clima de trabalho em equipe

As atividades que compõem o trabalho de enfermagem requerem uma elevada interdependência profissional, tanto das diferentes categorias de profissionais de enfermagem quanto dos diversos profissionais de saúde. Nesse contexto, a relação interpessoal surge como um componente fundamental no alicerce da busca por maior eficiência e, consequentemente, da maior qualidade na assistência de enfermagem prestada.

Nesse contexto, uma das questões considerada como fundamental para a segurança do paciente, é o trabalho em equipe e conhecimento de partilha que pode ser considerado, como um dos fatores para a cultura positiva que pode resultar em práticas de segurança.

Neste estudo, o clima de trabalho em equipe mensurado pelo SAQ obteve avaliação positiva pela maior parte dos trabalhadores de enfermagem(mediana de 75). Esse dado se assemelha aos resultados obtidos por Santiago e Turrini (2015) que encontraram mediana de 72 para a UTI-A, e 75 para UTI- A, UTI-N e UTI-P, e difere do resultado obtido por Marinho, Radunz e Barbosa. (2014) que encontrou média de 52,3 em duas unidades de internações cirúrgica, em hospital também localizado na região sul do Brasil.

Em pesquisa realizada na Austrália e Nova Zelândia,o domínio Clima de trabalho em equipe obteve a maior pontuação, mostrando que os respondentes eram mais positivos com relação à colaboração entrea equipe de trabalho do que com os demais domínios (CHABOYER et al., 2013).

De acordo com o levantamento bibliográfico realizado por King, et al. (2011), as equipes cometem menos erros do que os indivíduos, especialmente quando cada membro da equipe sabe as suas responsabilidades, bem como, as responsabilidades dos outros membros.

Qualitativamente, apesar de algumas falas relatarem dificuldades do trabalho em equipe, na maioria dos depoimentos foi observado que o clima de trabalho em equipe constitui-se em uma qualidade da equipe da UTI estudada, demonstrando afinidade entre dados quantitativos e qualitativos. Como observado nos depoimentos, os trabalhadores relatam que há uma relação de cooperação e ajuda entre os membros da equipe, tanto de enfermagem quanto multiprofissional. Para ratificar essas informações, por meio do SAQ, foi evidenciado que 50% dos trabalhadores concordaram totalmente com a afirmação: “Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes”.

Nesse sentido, ressalta-se que as áreas profissionais da saúde são complementares e interdependentes, mas cada categoria profissional tem suas especificidades, saber técnico, instrumentos de trabalho e atividades que o caracterizam, formando uma complexa rede de trabalho. Nesse processo, é fundamental manter ajuda mútua,respeito, comunicação clara e efetiva, a fim de integrar as habilidades individuais na busca por metas e objetivos comuns, no sentido de prestar um cuidado de qualidade e seguro (PATTERSON et al., 2013).

Um estudo de meta-análise que avaliou o desempenho do trabalho em equipe *versus* o desempenho individual, concluiu que o trabalho em equipe resulta em maior produtividade. Evidenciou, também, que aqueles que trabalham em equipe possuem melhor autoestima, bem-estar psicológico e apoio social. Dessa forma,o trabalho em equipe conduz a mudanças para a melhoria da segurança do paciente (WALSHE; BOADEN, 2006).

Assim sendo, os resultados nesse domínio,tanto quantitativamente como qualitativamente, são positivos para essa organização, no caso da UTI estudada, caracterizando um processo de trabalho realizado por uma equipe e não com conjunto de indivíduos. Para Morey et al. (2002) o trabalho em equipe depende de uma vontade de cooperar, coordenar e comunicar com um objetivo comum de alcançar resultados ideais para todos os pacientes. Trabalho em equipe não exige que os membros trabalhem em conjunto de forma permanente, mas exige sim compromisso entre os trabalhadores desta equipe, de maneira a compartilhar seus conhecimentos, habilidades e atitudes.

Essas características foram visualizadas nos depoimentos dos trabalhadores, corroborando os dados numéricos, obtidos por meio do SAC. Com isso, pode-se

constatar que o clima de trabalho em equipe é um fator que contribui para uma cultura de segurança positiva.

Como refere Vincent (2009) uma equipe que não esteja trabalhando de forma eficaz, multiplica as possibilidades de incidentes. No entanto, quando trabalham bem, se sentem mais seguras do que qualquer indivíduo separadamente. As equipes podem criar defesas adicionais contra o incidente, como monitorar possibilidades destes, fazer checagens repetidas e promover apoio mútuo, de maneira que, quando um comete um erro, outro o intercepta. As habilidades específicas de uma equipe, como a priorização de tarefas, monitorização recíprocas do trabalho de cada um e a comunicação efetiva, são efetivadas quando há uma compreensão única das tarefas a serem realizadas, assim como do significado do trabalho em equipe.

De acordo com as falas dos depoentes, também foi possível observar relação entre carga de trabalho e cooperação entre os membros da equipe, sendo que houve diferentes opiniões a respeito. Para alguns trabalhadores o excesso de carga de trabalho tende a unir ainda mais a equipe para desempenhar as atividades, para outros a alta demanda pode influenciar negativamente a colaboração entre os membros da equipe.

Esses resultados permitem algumas reflexões. Se por um lado o excesso de trabalho pode desencadear o sentimento de solidariedade com o outro, fazendo com que o trabalhador ajude, confie e até mesmo desenvolva laços de amizade, nesse caso a sobrecarga de trabalho pode ser uma forma de alivio de tensões e união entre os membros de cada equipe, tornando-se assim saudável. Contrapondo a isso, se a alta demanda puder influenciar no humor do trabalhador, assim como na generosidade, espírito de equipe, cansaço, resultando singularidade em detrimento da coletividade, o excesso de trabalho, pode ser considerado um aspecto negativo para o trabalhador, podendo trazer repercussões também negativas para o cuidado ao paciente.

Tendo em vista esses dois lados evidenciados nesse estudo, como consequência da relação carga de trabalho e trabalho em equipe e a carência de estudos com esse objeto de pesquisa para comparação e discussão desse resultado, sugere-se o desenvolvimento de investigações com esse enfoque.

5.2.3.2 Satisfação no Trabalho

O domínio Satisfação no trabalho obteve avaliação positiva,pela maioria trabalhadores de enfermagem (80,8%), sendo o que obteve maior escore médio (mediana=92,5). Isso demonstra que a satisfação no trabalho contribui para uma cultura de segurança positiva dentro da UTI estudada.

Os resultados encontrados para esse domínio foram mais altos quando comparados aos demais domínios do SAQ,assim como aos achados nesse domínio nos estudos de Baratto (2015), Carvalho (2011), Nordén-Hägg et al. (2010) e Raftopoulos e Pavlakis (2013) com variação de médias/medianas 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.

De acordo com Heinen et al. (2013) a satisfação dos profissionais está, frequentemente, relacionada com boas relações profissionais. Ressalta-se que, nesse estudo, as relações no trabalho avaliadas pelo domínio clima de trabalho em equipe obteve uma avaliação positiva, por parte dos trabalhadores, podendo ser um dos motivos da satisfação sentida pelos mesmos em trabalhar na UTI estudada.

Nessa mesma perspectiva, autores de uma meta análise sobre satisfação no trabalho do enfermeiro identificaram que, além da autonomia, o trabalho colaborativo entre enfermeiro e demais profissionais de saúde como médico fisioterapeuta dentre outros foram fatores associados à satisfação do enfermeiro. Nesta pesquisa, essa interação saudável com outros profissionais também foi relatada nos depoimentos dos participantes, podendo, também, contribuir para a satisfação dos profissionais. Destaca-se, ainda, que o trabalho colaborativo, quando baseado na horizontalidade do poder de decisão e respeito entre as categorias, permite reduzir conflitos, qualificar o cuidado e viabilizar o ambiente de práticas seguras, diminuindo a ocorrências de eventos adversos/incidentes e promovendo a satisfação profissional (RICHARDSON; STORR, 2010).

Os efeitos mais comuns da satisfação no trabalho recaem sobre a produtividade, desempenho, absenteísmo, rotatividade, cidadania organizacional, saúde e bem-estar,satisfação na vida e satisfação dos clientes, por isso, tem se tornado fonte de preocupação das organizações. Na área da saúde, essas preocupações são mais intensas, onde há, de um lado, a satisfação por aliviar o sofrimento alheio e, do outro, a insatisfação coma sobrecarga de trabalho e suas

condições precárias que levam à exaustão física e mental, baixa autoestima e perda de interesse pelo conforto do cliente, desencadeando comportamentos que vão desde atenciosidade, alegria,rapidez e eficiência até irritabilidade, desinteresse, mau humor e indelicadeza (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011).

Contudo, os dados qualitativos evidenciaram que, mesmo discordando de algumas atitudes da gerência do hospital e da unidade e da existência de sentimentos de sobrecarga e cansaço, por parte dos trabalhadores de enfermagem, há grande satisfação em trabalhar nessa UTI, demonstrando afinidade entre dados quantitativos e qualitativos, evidenciados nessa pesquisa. Com base nos depoimentos, foi possível observar adoração, realização e gratificação pelo trabalho desempenhado pelos mesmos, ainda que se sintam sobrecarregados, cansados e exaustos, resultado esse evidenciado no capítulo anterior. Isso demonstra que, mesmo expostos a uma alta carga de trabalho, com repercussão direta na sua saúde, a satisfação gerada pelo trabalho desenvolvido nessa UTI é maior para os trabalhadores.

Alguns autores buscam explicar essa satisfação sentida pelos profissionais que trabalham em UTI's, também evidenciadas em outras pesquisas. O trabalho desenvolvido na UTI, possibilita ao trabalhador, ampliar a compreensão sobre a importância de seu fazer e, também, a descoberta da razão pela qual escolheu fazer parte de uma profissão que tem, como fim de seu trabalho, o cuidado da vida dos seres humanos. Mesmo que exaustivo e cansativo, a clareza em relação à finalidade do trabalho na UTI requer responsabilidade, compromisso e envolvimento com o paciente, conferindo significado a sua existência (CECERE et al., 2010). Assim, a gratificação e a valorização obtidas através do trabalho na UTI podem influenciar a conduta do trabalhador, estimulando-o à satisfação.

Sendo assim, o gosto pelo trabalho, orgulho de pertencer a essa equipe e o sentimento de pertencimento a uma grande família, como citado em alguns depoimentos fizeram com que esta dimensão se destacasse entre todas as demais, nas diferentes abordagens utilizadas nesta pesquisa, o que significa um estado emocional agradável em decorrência do trabalho ou de experiências vividas neste trabalho. Sob esta ótica, podemos afirmar que o exercício profissional no ambiente estudado pressupõe um desafio constante, impondo, a cada um, uma cota significativa de responsabilidade.

Dessa forma, evidencia-se que o resultado obtido, nesta pesquisa, contribui para uma cultura de segurança positiva, no ambiente estudado. A satisfação pode ser percebida “como um dos principais fatores relacionados com a produtividade e a qualidade do trabalho”. Pode, ainda, possibilitar que o trabalhador se torne mais responsável, favorecendo seu reconhecimento e a realização pessoal e profissional (SILVEIRA et al., 2012).

5.2.3.3 Percepção de estresse

O domínio Percepção do estresse, do SAQ, aborda o quanto o profissional consegue perceber que a carga de estresse favorece situações de risco para segurança do paciente. Entende-se que, quanto mais o profissional percebe o estresse no local de trabalho, mais mobiliza estratégias de enfrentamento.

Neste estudo, este domínio obteve média igual a 75 (DP=22), demonstrando uma avaliação positiva do estresse. Ainda, a maioria (53,80%) dos profissionais deste estudo reconheceu o quanto os estressores interferiam na execução do trabalho. Esse resultado vai de encontro com os achados nos estudos de Barbosa et al. (2016), Poley et al. (2011) e Profit et al. (2012), que encontraram média inferiores a 75.

O domínio Percepção do estresse, que compõe a escala SAQ destoa dos demais domínios. Diferentemente dos outros cinco, que tratam a respeito da percepção do respondente sobre seu ambiente de trabalho, sua relação com a equipe e com superiores, o domínio Percepção do estresse tem entonação de auto avaliação, sobre como o respondente se percebe frente às situações de estresse e relaciona isso com situações de vulnerabilidade à segurança do paciente em seu trabalho. Para Santiago e Turrini (2015), a percepção do estresse é uma medida distinta do clima de segurança e mais estudos devem ser produzidos para avaliar a separação deste domínio do restante da escala.

Com base nos resultados qualitativos desta pesquisa, foi possível observar que, os trabalhadores, em muitas situações, percebem a si mesmos e a equipe estressada. Como estressor nesse processo, consideram o próprio processo de trabalho na UTI, que, na visão dos mesmos, é cansativo, desgastante, exige constante concentração, estando associado a um excesso de carga de trabalho.

Estudo chinês, que investigou o ambiente da UTI para identificar os estressores e as estratégias de enfrentamento utilizadas, pelos profissionais, para adaptação, encontrou a carga de trabalho como o maior fator gerador de estresse. A estratégia de gerenciamento foi a mais aplicada entre os enfermeiros no ambiente de UTI para a adaptação ao estressor, bem como o suporte familiar associado a satisfação profissional (LI; LAMBERT, 2008)

Diante do resultado desta e de outras pesquisas, fica clara a relação da carga de trabalho e o estresse dos profissionais, fator esse que influencia a cultura de segurança. Dessa forma, cabe retomar que, de acordo com os resultados do NAS e a própria percepção dos trabalhadores quanto a carga de trabalho no ambiente investigado, os trabalhadores de enfermagem dessa UTI são sobrecarregados, constituindo-se esse um fator de estresse e, consequentemente, que influencia de maneira negativa a cultura de segurança nesse ambiente de trabalho.

Ainda, outras características além da sobrecarga de trabalho contribuem para o estresse. Sabe-se que, entre os ambientes hospitalares, a UTI é conceituada como o mais tenso, traumatizante e agressivo. Sem dúvida, isso é decorrente da rotina de trabalho intensa; dos riscos constantes à equipe de enfermagem por contágio (pacientes em isolamento), exposição a Raios X, acidentes com perfurocortantes; das situações de crises frequentes; dos ruídos intermitentes de monitores, bombas de aspiração, respiradores, circulação de grande número de profissionais (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

Além disso, dada a rotina de situações emergenciais, a concentração de pacientes críticos, com alterações súbitas no estado de saúde, este local de trabalho caracteriza-se como estressante e agressivo. Além disso, trata-se de um ambiente emocionalmente comprometido para a equipe multiprofissional e, principalmente, para a equipe de enfermagem, que tem uma rotina diária de pronto atendimento, pacientes graves, isolamento e morte (RODRIGUES, 2012).

Sendo assim, tanto os dados quantitativos como os qualitativos vão ao encontro de dados da literatura ao identificarem que os profissionais de enfermagem atuantes na terapia intensiva adulta, lidam, permanentemente, com estressores. Esses dados sinalizam que, mecanismos facilitadores no enfrentamento do estressor de forma resolutiva devem ser compartilhados, com os trabalhadores, em prol da saúde do trabalhador de enfermagem e, também, da qualidade do cuidado prestado ao paciente.

De acordo com os depoimentos, também foi possível perceber que o cansaço e o estresse desenvolvido pelos profissionais podem desencadear falhas na assistência ao paciente, podendo vir a ocasionar um incidente. Esse fato, que foi muito bem explicitado, pelos profissionais, nos resultados descritos nesse capítulo e na avaliação da carga de trabalho, é corroborado por com diversas pesquisas (RODRIGUES,2012; PROFIT,2012).

Contudo, esses dados não são em sua totalidade negativos. O simples fato dos profissionais reconhecerem as consequências do estresse para o paciente, pode encorajá-los a procurarem estratégias de enfrentamento resolutivas aos estressores presentes no trabalho, minimizando a probabilidade da ocorrência de incidentes.

Estudo que aplicou o SAQ em 44 UTI-N nos Estados Unidos revelou que profissionais que sofriam de Síndrome de Burnout tendiam a ter pior percepção da cultura de segurança, o que estabeleceria uma relação entre estresse e cultura de segurança (PROFIT et al., 2012). Profissionais de enfermagem, quando estressados, tornam-se mais susceptíveis à ocorrência de acidentes e enfermidades relacionadas ao trabalho. Desta forma, podem desenvolver suas atividades de forma ineficiente, resultando, certamente, em consequências negativas ao indivíduo e/ou à população assistida (MOUSTAKA; CONSTANTINIDIS, 2010).

Nesse sentido, cuidar de profissionais que oferecem serviços de saúde, como os trabalhadores de enfermagem pode ser estratégia fundamental, uma vez que um bom atendimento aos usuários depende, principalmente, de equipes de trabalho saudáveis.

5.2.3.4 Clima de segurança

O domínio clima de segurança obteve média 60,7, demonstrando uma percepção negativa em relação ao comprometimento organizacional para segurança do paciente. Ainda, foi possível verificar que 61,5% dos trabalhadores apresentaram uma percepção ruim. Dentre alguns estudos que utilizaram o SAQ, foram encontradas médias superiores para este domínio, que variaram entre 80,4 e 70,9 (ETCHEGARAY et al.; 2012; POLEY et al., 2011). Poucos estudos foram encontrados com médias do clima de segurança inferiores (GUTIERREZ-CÍA et al., 2010).

Este dado constitui-se em uma informação negativa para a cultura de segurança da instituição estudada, uma vez que instituições com altos níveis de clima de segurança tendem a apresentar menores índices de ocorrência de eventos adversos, maior notificação de erros e incidentes, melhor comunicação entre os gestores e funcionários e maior segurança do paciente (HARTMANN et al., 2009).

Com relação ao domínio Clima de Segurança, também foi observada diferença estatística da Cultura de Segurança na variável Pós Graduação (p=0,05) e na variável Tipo de vínculo (p=0,00). A maioria dos servidores com vínculo RJU possui uma percepção negativa da cultura de segurança, nesse domínio e, a maioria dos servidores com vínculo CLT, uma percepção positiva, sendo essa uma variável que interferiu na percepção do Clima de Segurança, por parte dos profissionais.

Um estudo conduzido por Batalha (2012), em um hospital de ensino no Brasil, demonstrou que 53,6% dos participantes discordam que a administração hospitalar propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente. Este fato desvela um nó crítico no que se refere à administração hospitalar, como motivadora e propiciadora de um clima de trabalho saudável, que favoreceria segurança aos usuários do serviço.

Com base nos depoimentos desta pesquisa, também se percebeu lacunas quanto a percepção dos trabalhadores sobre o comprometimento organizacional da instituição quanto as questões de segurança do paciente. Contudo, vários pontos positivos foram citados pelos trabalhadores. Para os mesmos, as ações da instituição no que tange as questões de segurança do paciente estão em fase inicial.

Diante do panorama trazido pelos trabalhadores, é indispensável dizer que o movimento de segurança do paciente não é novo somente nessa instituição, mas sim no Brasil e no mundo. Alguns países são referências e têm implantado práticas de segurança como política nacional, entre eles: Canadá, Austrália, Inglaterra e Escócia. No entanto, ainda há muitas coisas a fazer, principalmente consolidar uma cultura de segurança, modificando o comportamento dos profissionais de saúde, não culpabilizando-os e sim educando-os.

No Brasil, a preocupação com a segurança do paciente é ainda mais recente, e os hospitais que têm certificação nacional e internacional vem trabalhando a segurança do paciente. As instituições brasileiras foram impulsionadas a começar a trabalhar a questão após a publicação da Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013, que institui a Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), cujo objetivo é

prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde.

Com isso, o debate ainda é insipiente, evidenciando que questões relativas as formações de uma cultura de segurança podem ainda estar em fase inicial ou em consolidação em muitos serviços de saúde. Dessa forma, sabe-se que o caminho rumo a uma cultura de segurança dentro das instituições ainda é longo, e que o importante é que todos, instituição, trabalhadores e paciente/familiares contribuam para com esse processo.

Nesse contexto, o núcleo de segurança do paciente no hospital investigado pode ser considerado realmente “jovem”, no entanto diversas ações já estão sendo desenvolvidas por esse serviço. Exemplo disso é a implementação de Protocolos de Segurança do Paciente, com base os dez passos recomendados pela ANVISA, como: higienização das mãos, cirurgia segura, prevenção de úlceras por pressão, identificação do paciente. Ainda se destaca a implementação do VIGIHOSP e a realização de diversas capacitações, tendo, como uma das metas, a consolidação de uma cultura de segurança positiva.

Tais iniciativas descritas acima foram valorizadas pelos trabalhadores, sendo possível observar, nos depoimentos, medidas positivas por parte da instituição com destaque para as capacitações que tem acontecido e a possibilidade de notificações dos eventos adversos.

Nesse contexto, a cultura de segurança é beneficiada, a contínua promoção de um ambiente seguro é adquirida por meio do indivíduo, todos envolvidos com um objetivo comum. Além disso,através da pronta notificação de erros, eventos adversos *near miss*, poderão ser identificadas e corrigidas as possíveis falhas existentes no processo que estão propiciando suas ocorrências. O *feedback* aos profissionais e o treinamento de toda equipe, independentemente de turno de trabalho e setor de lotação, são essenciais para que haja uma continuidade nas ações que assegurarão a segurança do paciente.

Frente a limitações percebidas pelos profissionais em relação a ações da instituição em relação à segurança do paciente, durante as entrevistas, obteve-se sugestões para que se tenha melhores resultados nesse processo. Destaca-se a importância de ouvir esses trabalhadores, no que se refere a possíveis ações que visam prevenir qualquer incidente, já que os mesmos são os sujeitos que praticam a ação de cuidar e convivem com a possibilidade do erro diariamente.

Quanto as capacitações, foi sugerido, explorar mais temáticas relacionadas às questões da segurança do paciente, visto a complexidade de uma unidade de tratamento intensivos. Nesse contexto, estudos reforçam a importância de processos educativos permanentes, especialmente no cenário de terapia intensiva. Apontam que a formação e a educação são fatores contribuintes para prevenir incidentes, evidenciando, também, que os profissionais de enfermagem manifestam a necessidade de capacitação para o desenvolvimento de técnicas específicas (MELLO; BARBOSA, 2013).

A saúde é um campo em constante mudança e aprimoramento e, a educação permanente se insere como um componente essencial para a formação e desenvolvimento de recursos humanos nas instituições. Estimula os profissionais a se apropriarem do conhecimento necessário para realizarem as tarefas que lhes são atribuídas e para gerenciar os riscos na assistência em saúde. Além disso, assegura a qualidade do atendimento ao paciente e a sobrevivência da instituição neste cenário de mudanças e competitividade onde conhecimentos básicos aprendidos se tornam obsoletos muito rapidamente (CECCIN, 2005).

Sendo assim, entende-se que a educação permanente em saúde constitui-se em uma proposta essencial para as transformações do trabalho e de suas relações no setor, que poderia ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Essa é uma meta a médio e longo prazo para qualificar a atenção por meio da problematização da segurança do paciente (CECCIN, 2005).

Assim, a Educação Permanente em Saúde é uma estratégia fundamental para implementação da cultura de segurança, seja pela sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde, ou, por sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços. A introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise e autogestão, implicam em mudança institucional, enfim, pensamento e experimentação (CECCIN, 2005). Com isso, depreende-se que a educação permanente sobre questões atinentes a segurança do paciente, são essenciais para a promoção de uma cultura de segurança.

Além das ações já citadas, os participantes também sugeriram a criação de estratégias dirigidas a segurança medicamentosa, a fim de prevenir a ocorrência de incidentes relacionados a administração de medicação, com destaque para os nomes de medicamentos com a escrita semelhante, evitando troca dos mesmos.

Esse resultado sugere que a medicação constitui uma possibilidade de erro na visão dos trabalhadores, dado esse que corrobora com a literatura.

Os eventos adversos associados à administração de medicamentos são os mais comuns, e a probabilidade de um indivíduo sobreviver a uma internação hospitalar livre da ocorrência destes eventos poderá variar de acordo com o tempo (DUARTE et al., 2015). Muitos desses erros podem não trazer consequências ou complicações sérias aos pacientes, mas outros podem contribuir para aumentar sua estadia hospitalar, deixar sequelas ou até mesmo levá-los à morte (SILVA; CASSIANI, 2004).

Outro ponto sugerido por um profissional é a identificação completa dos pacientes em quaisquer ações com ele envolvido, ou seja, na beira do leito, na internação, transferência ou alta, em todos exames e procedimentos, entre outras situações. Esse é um dos dez passos para um cuidado seguro, de acordo com a Cartilha que contém os dez passos para segurança do paciente, preconizada pela ANVISA. Contudo, ressalta-se que a instituição já possui um protocolo de identificação dos pacientes, e que os mesmos também já são identificados pelo seu nome completo, ao contrário do depoimento do profissional TEC 7. Nessa perspectiva, cabe ressaltar também a importância de o trabalhador ser um sujeito ativo no processo de segurança do paciente. O envolvimento da gestão faz-se necessário para que as instituições possam alcançar avanços relacionados a segurança do paciente, mas, por outro lado, quando não há comprometimento dos profissionais para com as ações implementadas pela gestão o cuidado também pode ser prejudicado (QUESS; MONTORO; GONZÁLES, 2010).

Outra sugestão por parte dos trabalhadores foi sobre a notificação dos incidentes. Segundo os depoimentos, é necessário que isso seja mais abordado com a equipe de enfermagem, pois há limitações em relação ao que está sendo notificado. Dessa forma, é provável que algumas dificuldades podem interferindo no processo de notificação, por parte dos profissionais.

Para Capucho, Arnas e Cassiani (2013) a principal dificuldade da notificação voluntária é a subnotificação, que ocorre por diversos fatores, entre eles: o medo, aculpa, a vergonha, a autopunição, medo da crítica de outras pessoas e do litígio, o que é muito comum em vários países. Além disso, para estes mesmos autores, há a alegação de dificuldade para realizar uma notificação com a extensão e a natureza

do que deve ser relatado, o tipo de sistema de notificação, a facilidade para enviá-la,a existência de incentivos e de obstáculos.

De acordo com Silva, Souza e Padilha (2011), esse é um problema encontrado nas instituições de saúde, impedindo a avaliação e a discussão das causas que propiciaram a ocorrência de um incidente e as consequências para os profissionais, pacientes e familiares. Isso dificulta a ação dos gestores na realização do planejamento e desenvolvimento de estratégias organizacionais voltadas para a adoção de práticas mais seguras, minimização dos eventos adversos e melhoria da assistência, o que coloca em risco a segurança dos pacientes.

Para tanto, a organização deve aplicar ferramentas e técnicas de identificação de riscos que sejam adequadas aos seus objetivos, capacidades e aos riscos enfrentados, sendo importante que sejam transmitidas aos trabalhadores informações pertinentes e atualizadas na identificação de riscos e sobre os fatos que antecedem os acontecimentos, sempre que possível.

Frente as sugestões realizadas, por parte dos trabalhadores, fica evidente a importância de a instituição olhar suas falhas com clareza e sem juízo de valor, caso contrário a gestão de risco assistencial não será eficaz. Em sua maioria, as falhas e os erros não são causados por culpa de uma pessoa, mas, sim, por problemas sistêmicos que envolvem os processos sobre os quais a instituição se apoia (FRANÇOLIN, 2013).

Assim, abordar as equipes sobre o erro e a culpa no desenvolvimento das atividades assistenciais pode ser uma alternativa para modificar e transformar o equívoco em oportunidade de discutir e desenvolver o pensamento crítico sobre as ações de cuidado e as atitudes frente a própria falha e a falha do colega, ou seja, percebê-la como oportunidade (PAESE; SASSO, 2013). Contudo, também é necessário que o trabalhador reconheça sua responsabilidade nesse processo. A busca e interação com as ações desenvolvidas pela instituição, assim como o comprometimento e cumprimento das normas e regras previstas, bem como a avaliação das ações e participação ativa nas mudanças que são necessárias para garantir o mínimo de risco para com o paciente, são essenciais para a promoção de uma cultura de segurança.

Outra ação que é de responsabilidade do trabalhador é informar qualquer aspecto relacionado a um possível e/ou incidente. De acordo com Françolin (2013) é fundamental a captação de informações completas sobre os eventos adversos, erros

e principalmente *near miss*, de forma que eles possam ser usados como uma fonte de aprendizagem e como base para ações preventivas.

Assim, percebe-se que o clima de segurança é fundamental para implementação de uma cultura de segurança e depende de todos os envolvidos. De acordo com Scharkoski et al. (2012), uma assistência com menos erros poderá ser alcançada por meio de uma mudança no modo de organização do trabalho, do ambiente, na participação mais ativa dos profissionais de saúde e pacientes no sentido de que seja reforçada a participação dos usuários quanto à identificação e prevenção de ocorrências adversas no ambiente hospitalar.

5.2.3.5 Percepção da gerência da unidade e do hospital

No domínio percepção da gerência da unidade e do hospital, observou-se mediana de 62,5 para a unidade e 50 para o hospital. (S=18,8), demonstrando uma visão negativa dos profissionais do estudo quanto às ações da gerência com relação às questões de segurança. Ainda, se observou que 65,4% dos trabalhadores apresentaram percepção de cultura negativa para com a gerência da unidade e 76,9% para com a gerência do hospital.

Este domínio de percepção da gerência pelo profissional reflete a conformidade do profissional quanto às ações da gerência ou da administração do hospital e da unidade relacionadas à segurança do paciente. Em estudo realizado na Suíça, a média para esse domínio foi de 70,2 (S=21,6), demonstrando também uma visão negativa dos profissionais de saúde investigados, porém, bem superior ao resultado encontrado nesse estudo (NORDÉN-HAGG et al., 2010). No estudo de Carvalho (2011), foram identificados os mais baixos escores, nesse domínio, com média de 47,0 e mediana de 50.

Apesar de a maioria dos profissionais de enfermagem concordarem parcialmente ou totalmente que “A administração está fazendo um bom trabalho”, muito trabalhadores se posicionaram como “neutros” nas afirmativas que compõe esse domínio’. Ainda, ressalta-se um percentual de respostas significativo de “discordam parcialmente” e “discordam totalmente”, consideradas negativas na avaliação desses itens.

Os resultados qualitativos desta pesquisa, também foram, em sua maioria, negativos, sugerindo que esse dado deve-se a pouca valorização das opiniões dos

trabalhadores da UTI. Segundo os mesmos, as ações de segurança do paciente, por parte da gestão hospitalar, estão sendo impostas e não pactuadas com os trabalhadores na unidade.

Esses resultados corroboram com pesquisa desenvolvida, em Florianópolis, que avaliou a cultura de segurança em duas unidades de terapia intensiva. Nesse estudo, foram evidenciadas falhas na gestão no que se refere as iniciativas organizacionais de segurança, políticas e expectativas dos profissionais. Considera-se que os gestores têm menos oportunidades de visualizar os riscos de segurança, que, normalmente, fazem parte das situações vivenciadas na assistência. Assim, há a necessidade de uma atitude mais proativa, por parte dos gestores, em busca da melhoria de coordenação entre os trabalhadores que estão na assistência e a gestão (MELLO; BARBOSA, 2013).

O papel dos líderes organizacionais e de enfermagem tem sido apontado como um fator crucial no desenvolvimento de ambientes positivos, para a prática profissional e para a segurança do paciente. Características como acessibilidade, visibilidade, inclusão da equipe nas decisões da unidade, bem como gerentes que oferecem suporte, reconhecimento e que são flexíveis com sua equipe, estão relacionadas ao aumento da satisfação do profissional, aumento da retenção de profissionais qualificados e menor intenção de deixar o emprego (DUFFIELD et al., 2011).

Um estudo realizado com equipes da ESF, no Estado de Goiás, revela que os profissionais percebem que a hierarquia é importante, mas não deve ser estabelecida de forma rigorosa, pois, precisa permitir o compartilhamento das atividades e das obrigações, de modo a possibilitar a complementaridade das ações desenvolvidas. Eles destacam a importância da clareza dos limites das funções de cada um, sem, contudo, perder a liberdade para discutir e dividir as responsabilidades na tomada de decisões (KELL; SHIMIZU, 2010).

Para uma cultura de segurança positiva, faz-se necessário que os gestores da instituição enfatizem a segurança,além de, durante o processo de trabalho, assumirem uma postura de aceitação de críticas e opiniões contrárias, promovendo e incentivando o feedback, estabelecendo parâmetros de segurança e possibilitando o treinamento dos profissionais. Contudo, destaca-se, também, a necessidade, de, por vezes, os gestores tomarem atitudes e decisões, percebidas de forma impositiva pelos trabalhadores, mas, necessárias. Exemplo disso são nos surtos de

contaminação que ocorrem nas UTI´s. Acredita-se, que nessas situações as mudanças devem ocorrer de forma rápida afim de minimizar evento adverso que possa comprometer a saúde do paciente sendo necessária a imposição por parte da gestão.

Estudar como as ações da gerência, relacionadas a segurança do paciente, são percebidas pelos profissionais é determinante, uma vez que assim sãoconhecidas fragilidades da gerência, assim como o que é de responsabilidade e competência dos trabalhadores. Dessa forma, se oferece subsídios para possíveis processos de mudanças nos setores e na instituição como um todo. Nesse estudo, assim como em outros acima relatados, foi visto que as ações da gerência foram alvo de questionamento pelos profissionais de enfermagem. Tal fato pode comprometer diretamente a segurança do cuidado prestado no ambiente em questão, sobretudo quando se leva em consideração a influência dos fatores organizacionais nesse processo.

5.2.3.6 Condições de trabalho

A dimensão “condições de trabalho” relaciona-se com a qualidade percebida quanto ao ambiente de trabalho e apoio logístico, como recursos humanos, equipamentos, entre outros. Neste estudo, verificou-se uma mediana de 54,2 (DP=26,8), representando uma visão negativa dos profissionais quanto à percepção da qualidade de suporte ambiental e logístico no local de trabalho.

Os dados encontrados pelo SAQ, nesse domínio, assemelham-se com estudos brasileiros como o de Barbosa et al. (2016) e Fermo, Radunz, Rosa e Marinho (2015), mas, divergem de pesquisas internacionais Poley et al. (2011) e Profit et al. (2012), em que os autores observaram médias superiores às do presente estudo.

As condições de trabalho, nas instituições públicas, vêm se evidenciando como desfavoráveis à saúde dos profissionais de saúde. A crise no sistema de saúde brasileiro, principalmente nas organizações hospitalares públicas, não é novidade, e está associada à conjuntura econômica do país e ao descaso dos gestores públicos em relação à administração da saúde.

Mundialmente, os trabalhadores da saúde constituem uma categoria profissional numerosa e diversificada, que precisa ser valorizada. No entanto,

inversamente a outros ambientes de trabalho, o setor da saúde tem demonstrado tardiamente seu interesse por temas relativos a cargas de trabalho, obrigações e riscos a que estão expostos os trabalhadores, bem como sua capacidade de suportar as dificuldades decorrentes da atenção àqueles que são objeto de seu cuidado. Além disso, existe uma grande necessidade de humanizar o trabalho do profissional para obter, consequentemente, uma boa atenção aos pacientes, objeto de sua responsabilidade, mas, para isto,é imperioso uma atenção especial à sua própria saúde, que precisa ser valorizada.(MAURO et al., 2010).

Contudo, os dados qualitativos que emergiram desse estudo corroboram em parte com os resultados quantitativos. Apesar de vários depoimentos retratarem as limitações evidenciadas nas condições de trabalho, muitos trabalhadores relataram vários aspectos positivos.

Dentre os aspectos positivos das condições de trabalho, os trabalhadores valorizaram a disponibilidade de recursos tecnológicos e a qualidade dos recursos humanos que possuem para desenvolver seu trabalho, como: materiais, exames e presença constante de todos os membros da equipe de saúde (médico, fisioterapeuta, enfermeiro, técnicos, psicólogo). De acordo com os depoimentos, as limitações das condições de trabalho estão relacionadas ao excesso de pessoas que transitam na UTI durante os plantões diurnos, inadequado número de profissionais designado em alguns plantões, a estrutura física da UTI e a sobrecarga de trabalho.

Os dados qualitativos retratam a realidade. Nas últimas décadas, a assistência à saúde tornou-se cada vez mais sofisticada, complexa, o que confere a necessidade de cada vez mais de equipamentos e materiais de excelência e profissionais especializados e capacitados, para desenvolver um cuidado seguro. Em contraponto, há a redução dos gastos, corte dos recursos humanos, refletindo em involução da estrutura apropriada para o desenvolvimento das atividades e sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde. A distância entre as duas pontas do processo é tão grande que cada um passa a ver apenas a sua atuação, a sua necessidade e a sua realidade (MAURO et al., 2010).

A condição da sobrecarga de trabalho foi um dos fatores que mais se destacou como fator negativo dentro da UTI estudada, e merece atenção por ser também objeto desse estudo. A investigação da carga de trabalho explanada no primeiro capítulo dessa tese apontou o quanto os trabalhadores de enfermagem

estão sobrecarregados. Verificou que os pacientes internados são muito graves e possuem uma alta dependência dos cuidados de enfermagem.

Contudo, a relação da carga de trabalho com a cultura de segurança ficou mais evidente nos dados oriundos das entrevistas, tanto os descritos no primeiro quanto os do segundo capítulo. Ao falar da carga de trabalho, os trabalhadores, em vários momentos, mencionaram as consequências para a segurança do paciente. Além disso, ao se reportarem a alguns componentes da cultura de segurança, como: clima de trabalho em equipe, estresse, satisfação no trabalho e condições de trabalho,mencionavam a carga de trabalho como um fator que de grande influência na segurança do paciente.

Na avaliação das condições de trabalho, a relação da carga de trabalho e segurança do paciente foi muito bem resgata pelos trabalhadores. Eles trouxeram momentos reais da assistência em que a sobrecarga de trabalho deixa-os vulneráveis a cometerem erros e, por conseguinte comprometem a segurança dos pacientes.

Assim, acredita-se que muitos profissionais estão predispostos a cometer erros pela carga de trabalho excessiva. Ainda, muitos deles trabalham quando estão totalmente esgotados. Nesse estado, tendem a trabalhar de modo descuidado e acabam cometendo erros

Essa relação entre carga de trabalho e segurança do paciente também é evidenciada em outros estudos.A sobrecarga tem sido identificada como uma das causas da ocorrência de erros mais citadas por parte dos profissionais de saúde, conforme evidencia de revisão integrativa sobre a produção científica de enfermeiros sobre erros de medicação (SILVA et al., 2012).

Nessa mesma perspectiva, estudo realizado em Porto Alegre relacionou através das falas dos enfermeiros, a ocorrência de eventos adversos à sobrecarga de trabalho. Os discursos indicaram haver poucos profissionais para o excesso de tarefas e falta de atenção na administração de medicamentos. Aos eventos adversos também se relacionou as prescrições médicas ilegíveis e erradas, além dos erros de aprazamento e falta de conhecimento da equipe de enfermagem quanto ao preparo e formas de administração (DUARTE et al., 2015).

Diante do exposto, as instituições, ao se preocuparem com a segurança do paciente, devem viabilizar meios que contribuam para análises dos processos de trabalho. É importante priorizar a segurança do paciente, por meio de boas

condições estruturais de trabalho aos profissionais e conhecimento dos problemas existentes a fim de diminuí-los e evitá-los, quando possível.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta seção, serão retomados os principais achados da pesquisa, pontuam-se algumas limitações do estudo e apontam-se possíveis desdobramentos e aprofundamentos para investigações futuras com relação à problemática em foco.

Duas questões nortearam a realização deste estudo:Qual é a carga de trabalho dos trabalhadores de enfermagem da UTI'A, segundo o NAS? Qual é a percepção dos trabalhadores de enfermagem da UTI'A sobre a carga de trabalho a que estão expostos e sobre cultura de segurança do paciente?

Para responder as questões acima descritas foi traçado o seguinte objetivo. Analisar a carga de trabalho e a percepção da cultura de segurança para os trabalhadores da UTI. A fim de atingir este objetivo foi realizada uma pesquisa de métodos mistos com triangulação concomitante entre dados em um estudo transversal.

A carga de trabalho da equipe de enfermagem foi analisada quantitativamente, por meio do NAS, verificando-se que os trabalhadores de enfermagem da UTI estudada possuem uma alta carga de trabalho, uma vez que cada paciente ocupa em média 70% do tempo de um trabalhador.

Qualitativamente, a sobrecarga mensurada pelo NAS foi expressa nas entrevistas, e foram organizadas em duas categorias: A primeira foi denominada "Demanda de cuidados dos pacientes atendidos na UTI de um hospital universitário". Nessa categoria os trabalhadores caracterizaram os pacientes de acordo com a gravidade e demanda de trabalho exigida pelos mesmos, e foi possível perceber o porque cada paciente demanda tanto tempo de um trabalhador de enfermagem. A segunda categoria:"Organização do trabalho: repercussões na carga de trabalho da enfermagem e na segurança do paciente" foi destacada por momentos, dinâmica, organização e divisão do trabalho que contribuem para sobrecarga do trabalhador.

A percepção da cultura de segurança foi investigada pelo SAQ e por uma entrevista. O instrumento utilizado para avaliar o construto quantitativamente verificou-se uma cultura de segurança negativa para clima de segurança, condições de trabalho e percepção da gerencia da unidade e do hospital e uma cultura de segurança positiva para clima de trabalho em equipe, percepção de estresse e satisfação no trabalho. Os dados qualitativos constituíram uma só categoria

denominada “Cultura de segurança em UTI: percepção dos trabalhadores de enfermagem. Foram organizados nos domínios do SAQ, que constituíram subcategorias. As percepções evidenciadas pelo instrumento quantitativo e pela entrevista foram muito semelhantes, demonstrando afinidade na maioria dos achados. Por meio da integração/discussão foi possível fazer análises, diante das inferências quantitativas e qualitativas, o que concedeu uma maior validade interna e externa na investigação da cultura de segurança e também na carga de trabalho.

Destaca-se que, mesmo não sendo possível identificar relações estatísticas entre os dois construtos estudados, por meio da entrevista depreende-se que,quando sobrecarregados os trabalhadores tendem a ter uma pior percepção da cultura de segurança, seja no trabalho em equipe, no clima de segurança, percepção de gerencia, na percepção do estresse e até mesmo na satisfação no trabalho(domínio o qual teve a melhor percepção da cultura de segurança). Ainda se enfatiza que os profissionais consideram que, quando sobrecarregados, estão mais suscetíveis a cometerem erros na assistência de enfermagem e ocasionar um incidente e, possivelmente, um evento adverso. Assim confirma-se a tese que a carga de trabalho e a cultura de segurança em UTIs são fenômenos interligados.

6.1 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Os resultados apresentados podem contribuir para a organização dos processos de trabalho da equipe de enfermagem da UTI, principalmente no que tange dimensionamento de pessoal e a divisão do trabalho. Sugere-se que essa divisão não seja uma simples rotina, mas que leve em consideração a carga de trabalho exigida por cada paciente, evitando-se assim a sobrecarga de alguns trabalhadores.

Quanto à cultura de segurança, os achados apontam que apesar de esse ser um tema complexo e demorado de ser instituir, medidas/ações já estão sendo buscadas e realizadas pela instituição para sua consolidação. No entanto,algumas limitações dessas ações foram evidenciadas na investigação. Assim, acredita-se que esse é um processo que dever ser, constantemente, avaliado e reavaliado, pelos gestores, buscando ações mais efetivas, construtivas, e que acima de tudo consigam sensibilizar o trabalhador de sua responsabilidade individual enquanto cuidador para uma assistência mais segura.

O estudo evidenciou, também, mesmo com base em inferências qualitativas e não metainferências, que a carga de trabalho em excesso é sim um fator que pode interferir de maneira negativa a percepção da cultura de segurança. Além disso, os achados apontam que, quando sobrecarregados, os trabalhadores ficam mais predispostos ao erro.

Assim, destaca-se a importância de ainda mais investimento em ações que contribuam para uma cultura de segurança, seja por meio de ajustes na carga de trabalho que o profissional está exposto, ou no aprimoramento de atividades/ações que priorizem o clima de segurança, as condições de trabalho e iniciativas da gerência.

6.2 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

O estudo quantitativo apresenta uma das limitações relacionadas ao tamanho da amostra dos trabalhadores de enfermagem que participaram da coleta dos dados quantitativos (responderam o SAQ), que foi pequena (n=26). Estudos com um maior número de participantes e incluindo outros cenários hospitalares poderão gerar informações mais representativas acerca do fenômeno investigado. Ainda se destaca a impossibilidade de comprovar, estatisticamente, a relação da carga de trabalho com a percepção da cultura de segurança. Isso deve-se ao instrumento de carga de trabalho ser aplicado aos prontuários dos pacientes e, a cultura de segurança, aos trabalhadores, impossibilitando qualquer tentativa de cruzá-los com testes estatísticos.

A pesquisa qualitativa apresenta características específicas de um estudo dessa natureza, a qual não pretende generalizações. No entanto, os resultados podem ser transferidos para outras instituições com modelos semelhantes de prática profissional de enfermagem. Além disso, permite-se afirmar que os resultados fornecem explicações e interpretações de um fenômeno que está acontecendo na realidade investigada.

A estratégia de triangulação concomitante de dados possibilitou compensar os pontos fracos inerentes a um método com os pontos fortes do outro, produzindo resultados melhor substanciados e validados. Destaca-se que a mixagem dos dados foi um desafio que exigiu um trabalho minucioso para identificar as convergências, diferenças e/ou combinações entre os resultados quantitativos e qualitativos.

Limitações também podem estar relacionadas à discussão dos resultados com a literatura. Como é escassa a produção científica brasileira sobre a temática, os achados da pesquisa foram discutidos principalmente a partir de estudos internacionais. Assim, a variedade de percepções sobre o tema investigado em função das particularidades da organização profissional da enfermagem e da estrutura dos sistemas de saúde nos países de origem dos estudos, pode ter influenciado na discussão dos dados.

6.3 RECOMENDAÇÕES

Frente aos resultados encontrados, nessa pesquisa, foi possível eleger algumas recomendações, para assistência e para a pesquisa em enfermagem.

- ✓ Realizar a medida da carga de trabalho rotineiramente, a fim de fazer uma distribuição de pacientes por trabalhador mais justa possível, contribuindo, assim, para amenizar a sobrecarga de trabalho,
- ✓ Reavaliar o número de trabalhadores de enfermagem escalado por plantão, baseado na realidade da instituição/unidade estudada,
- ✓ Rever a organização do processo de trabalho e rotinas, a fim de manter um maior equilíbrio de demandas de cuidados em diferentes turnos de trabalho e dias da semana,
- ✓ Promover espaços e estratégias que possibilitem maior participação dos e trabalhadores de enfermagem nos processos decisórios sobre ações que visam a segurança do paciente,
- ✓ Promover mais atividades de ensino/capacitação relacionadas à segurança do paciente, com o objetivo sensibilizar os trabalhadores e potencializar no que tange a corresponsabilização com a promoção de uma cultura de segurança no setor.

Para o âmbito do ensino de graduação/pós-graduação e pesquisa em Enfermagem:

- ✓ Desenvolver tópicos específicos relacionados carga de trabalho e a cultura de segurança, com o objetivo de fomentar discussões entre trabalhadores de enfermagem;
- ✓ Desenvolver instrumentos para mesurar a carga de trabalho na percepção dos trabalhadores;
- ✓ Desenvolver pesquisas que busquem estudar a relação da carga de trabalho e a cultura de segurança do paciente;
- ✓ Investir em novos projetos e consolidar a utilização de métodos mistos como estratégia metodológica.

REFERÊNCIAS

ALVARADO, A.L.M. **Cultura de seguridad**. Enfermería y seguridad de los pacientes. Orgaización Panamericana de La Salud. Whashington, D.C.:Oficina Regional de La Organización Mundial de La Salud.2011. p.99-106.

AMIB. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **2° Anuário Brasileiro de Unidades de Terapia Intensiva**, s.d.t., 2002/03.

ANA. American Nurses Association. **Nursing Quality Indicators**: definitions and implications, 2008. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/>. Acesso em: 12 jul. 2016.

ANDOLHE, R.; BARBOSA, R.L.; OLIVEIRA, E.M.; COSTA, A.L.S.; PADILHA,K.G. Stresse, coping e Burnout da Equipe de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: fatores associados. **Rev Esc Enferm USP**, v.49, n.Esp., p.58-64, 2015.Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 17 jan. 2017.

ARMELLINO, D.; QUINN GRIFFIN, M.T.; FITZPATRICK, J.J. Structural empowerment and patient safety culture among registered nurses working in adult critical care units. **J Nurs Manag**. v.18, n.7, p.796-803, 2010.

BATALHA, E.M.S.S. **A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital universitário**.2012. 154p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BALSANELLI, A.P.; ZANEI, S.S.S.V; WHITAKER, I.Y. Carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a gravidade dos pacientes cirúrgicos em UTI. **Acta Paul Enferm**, v.19, n.1, p.16-20, 2006.

BARATO, M.A.M. **Cultura de segurança do paciente: percepções e atitudes dos trabalhadores nas instituições hospitalares de Santa Maria**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2015.

BARBOSA, T.P.; OLIVEIRA, G.A.; LOPES, M.N.; POLETTI, N.A.; BECCARIA, L.M. Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm**, v.27, n.3, p.243-8, 2014.

BARBOSA, M.H.; ALEIXO, T.C.S.; OLIVEIRA, K.F.; NASCIMENTO, K.G.; FELIX, M.M.S.; BARICHELLO, E.; Clima de segurança do paciente emunidades e clínica médica e cirúrgica. **Rev Eletr Enf** [Internet], v.18, p.e1183, 2016. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.39763>. Acesso em: 17 jan. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATHKE, J. et al. Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios àsegurança do paciente. **Rev Gaúcha Enferm** [online],v.34, n.2, p.78-85, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000200010>. Acesso em 17 jan. 2017.

BOMFIM, R. C.; SOARES, D. A. Percepção de enfermeiros quanto ao trabalho na unidade de terapia intensiva: uma relação de prazer e sofrimento. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.4, n.1, p.130-143, jan./dez. 2011.

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. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução nº 7**, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasil: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/102985-7>. Acesso em 18fev. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529**, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília – DF, 2 de abril de 2013. Seção 1, p. 1-43.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RDC Nº 26**, de 11 de maio de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html>. Acesso em: 28 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde.**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-dezembrode-2012>. Acesso em: 21 set. 2016.

BRYMAN, A. Barriers to integrating quantitative and qualitative research. **Journal of mixed methods research**, v.1, n.1, p.8-22, 2007. Disponível em: <http://mmr.sagepub.com/content/1/1/8.full.pdf+html>. Acesso em 01 fev. 2017.

CAMPONOGARA, S.; SANTOS, T. M. S.; SEIFFERT, M. A.; ALVES, C. N. O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. **Rev Enferm** UFSM, v.1, n.1, p.124-132, jan./abr., 2011.

CAMUCI, M.B.; MARTINS, J.T.; CARDELI, A.A.M.; ROBAZZI,M.L.C.C. Nursing Activities Score: carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de queimados.**Rev Latino-Am Enferm**, v.22, n.2, p.325-31, mar.-abr. 2014. Disponívlel em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 21 set. 2016.

CANADIAN NURSES ASSOCIATION. **Measuring nurses' workload**. Ottawa, 2003. Disponível em: <http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/NN_NursesWorkloadmarch2003_e.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2009.

CAPUCHO, H.C.; ARNAS, E.R.; CASSIANI,S.H.B.D. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v.34, n.1, p.164-172, 2013.

CARAYON, P.; GURSE, A.P. **Nursing Workload and Patient Safety**: A Human Factors Engineering Perspective. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.2005. v.2

CARVALHO, R.E.F.L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil**: Questionário de Atitudes de Segurança. 143 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2011.

CARVALHO, R.E.F.L.; CASSIANI, S.H.B. Questionário de Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil. **Rev Latino-Am Enferm**, v.20, n.3, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2014.

CASSIANI, S.H.B. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. [Editorial]. **Acta Paulista Enferm**, v.23, n.6, p.vii-viii, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/01>.pdf. Acesso em: 07 nov. 2016.

CASTRO, J.E.C.; KNIBEL, M.F.; OLIVEIRA, M.C. **Guia da UTI segura**. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2010.

CASTRO, M.C.N.E. et al. Aplicativo informatizado com o nursing activities score: instrumento para gerenciamento da assistência em unidade de terapia intensiva. **Texto Contexto Enferm**., v.18, n.3, p.577-85, 2009.

CECERE, D.B.B.; SILVEIRA, S.S.; DUARTE, C.R.; FERNANDES, G.F.M. Compromisso ético no trabalho da enfermagem no cenário da internação hospitalar. **Enferm Foco**, v.1, n.2, p.46-50, 2010.

CECCIN, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – ComunicSaúde Educ,** v.9, n.16, p.161-177, set.2004/fev.2005.

CHABOYER, W. et. al. CNE article: safety culture in Australian intensive care units: establishing a baseline for quality improvement. **Am J Crit Care**,v.22, n.2, p.93-102, 2013.

CLARO, C.M.; KROCOCKZ, D.V.C.; TOFFOLLETO, M.C.; PADILHA, K.G. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva Rev Esc Enferm USP, v.45, n.1, p.167-172, 2011. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 17. Nov. 2016.

HEREGATTI, A.L.; AMORIM, C.P. **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo: Martinari, 2010.

COELHO, F.U.A.; QUEIJO, A.F.; ANDOLHE, R.; GONÇALVES, L.A.; PADILHA, K.G. Carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva de cardiologia e fatores clínicos associados. **Texto Contexto Enferm**, v.20, n.4, p.735-741, 2011.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-189/1996**. Revogada pela Resolução COFEN-293/2004. Estabelece parâmetros para Dimensionamento do Quatro de Profissionais de Enfermagem nas instituições de

saúde. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1891996-revogada-pela-resoluo-cofen-2932004_4249.html>. Acesso em: 17. Nov. 2016.

COLLA, J.B.; BRACKEN, A.C.; KINNEY, L.M.; WEEKS, W.B. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Qual Saf Health Care**, v.14, n.5, p.364-366, 2005.

CONISHI, R.M.Y.; GAIDZINSKI, R.R. Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.41, n.2, p.346-364, 2007.

CORBELLINI, V.L. et al. Eventos adversos relacionados a medicamentos:percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem.**Rev Bras Enferm**, Brasília, v.64, v.2, p.241-247, mar. abr. 2011.

CORTINA, J.M. What Is Coefficient Alpha? An Examination of Theory and Applications. **Journal of Applied Psychology**, v.78, n.1, p.98-104, 1993.

CREMASCO, M.F.; WENZEL, F.; SARDINHA, F.M.; ZANEI, S.S.V.; WHITAKER, I.Y. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v.22, n. Esp.(70 anos), p.897-902, 2009.

CRESWELL, J.W.; PLANOCLARK,V.L. **Designing and conducting mixed methods research**. Thousand Oaks: Sage; 2007.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CROW, S.M; HARTMAN, S.J. Organizational culture: its impact on employe relations and discipline in health care organizations. **Health Care Manegemant**, v.21, n.2, p.22-8, 2002.

CUCOLO, D.F.; PERROCA, M.G. Reestruturação do quadro de pessoal de enfermagem e seuimpacto sobre as horas de assistência. **Rev Latino-Am Enferm**, Online, v.18, n.2, 9 telas, mar-abr 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_06.pdf>. Acesso em: 12 set. 2012.

DEBERGH, D.P.; MYNY, D.; HERZEELE, I.V.; MAELE, G.V.; MIRANDA, D.R.; COLARDYN, F. Measuring the nursing workload per shift in the ICU. **Intensive Care Med**, v.38, p.1438-1444, 2012.

DIAS, M.C.C.B. **Aplicação do Nursing Activities Score (NAS) como instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em UTI Cirúrgica Cardiológica**. 2006. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

DUARTE, S.C.M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.68, n.1, p.144-154, 2015.

DUCCI, A.J. **Nursing Activities Score (NAS)**: estudo comparativo dos resultados da aplicação retrospectiva e prospectiva em Unidade de Terapia Intensiva. 2007.

Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

DUCCI, A.J.; PADILHA, K.G. Nursing Activities Score: estudo comparativo da aplicação retrospectiva e prospectiva em unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista Enferm**, São Paulo, v.21, n.4, p.581-587, 2008.

DUCCI, A.J.; ZANEI, S.S.V.; WHITAKER, I.Y. Carga de trabalho de enfermagem para quantificar proporção profissional de enfermagem/paciente em UTI cardiológica. Rev Esc Enferm USP, v.42, n.4, p.673-680, 2008. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 17. Nov. 2016.

DUFFIELD, C.; DIERS, D.; O'BRIEN-PALLAS, L.; AISBETT, C.; ROCHE, M.; KING, M. et al. Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. **Appl Nurs Res**,v.24, n.4, p.244-255,2011.

ERLER, C.; EDWARDS, N.E.; RITCHEY, S.; PESUT, D.J.; SANDS, L.; WU, J. Perceived patient safety culture in a critical care transport program. **Air Med J**, v.32, n.4, p.208-215, 2013.

ETCHEGARAY, J. M. et al. Error disclosure: a new domain for safety culture assessment. **BMJ quality & safety**, London, v.21, n.7, p.594-599, Jul. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22562878>. Acesso em: 29 nov. 2016.

FERMO, V.C.; RADÜNZ, V.; ROSA, L.M.; MARINHO, M.M. Patient safety culture in a bone marrow transplantation unit. **Rev Bras Enferm**,v.68, n.6, p.827-834, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680620i>. Acesso em: 17 jan. 2017.

FERNANDES, L.G.G.; TOURINHO, F.S.V.; SOUZA,N.L. de; MENEZES, R.M.P. Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática de enfermagem. **Rev Enferm UFPE** online, Recife, v.8 (supl. 1), p.2507-2512, jul. 2014.

FERREIRA, P.C.; MACHADO, R.C.; VITOR, A.F.; LIRA, A.L.B.C.; MARTINS,Q.C.S. Dimensionamento de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: evidências sobre o Nursing Activities Score. **Rev Rene**, v.15, n.5, p.888-897, set-out 2014.

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

FLIN, R. et al. Measuring safety climate: identifying the common features. **Safety Science**, v.33,n.1-3, p.177-192, 2000.

FLIN, R. et al. Measuring safety climate in health care. **Quality &Safety in Health Care**, v.15, n.2, p.109-115, abr. 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464831/pdf/109.pdf>. Acesso em 10 nov. 2011.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, jan. 2008.

FRANÇOLIN, L. **Gerenciamento da segurança do paciente nos serviços de enfermagem hospitalar**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo,Ribeirão Preto, 2013.

FRANCO, A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. **Colomb Méd**. p.130-133, abr./jun. 2005.

FUGULIN, F.M.T.; GAIDZINSKI, R.R.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem eminstituições de saúde. In: KURCGANT, P.(Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. 2.ed. Riode Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 121-135.

GAIDZINSKI,R.R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: KURCGANT, P.(Org.). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: E.P.U., 1991. p.91-96.

GAIDZINSKI,S.; LIMA,G.; MONTEIRO C.; ROGENSKI,S. **Diagnósticos de Enfermagem na Prática Clinica**. São Paulo. Artmed, 2008.

GALLOTTI, R.M.D.G. Eventos adversos – o que são? **Rev Assoc Med Bras**, v.50, p.109-126, 2004.

GAWRON, V.J. Medical errors and human factors engineering: where are we now? **American Journal of Medical Quality**, v.21, n.1, p. 57-67, 2006. Disponível em: <http://ajm.sagepub.com/content/21/1/57.long>. Acesso em: 10 nov. 2015.

GINSBURG, L.; CASTEL, E.; TREGUNNO, D.; NORTON, P.G. The H-PEPSS: an instrument to measure health professionals' perceptions of patient safety competence at entry into practice. **BMJ Qual Saf**, v.21, n.8, p.676-684, 2012.

GIAKOUMIDAKIS, K.; BALTOPOULOS, G.I.; CHARITOS, C.; PATELAROU, E.; FOTOS, N.V.; BROKALAKI-PANANOUDAKI,H. Risk factors for increased in-hospital mortality: a cohort study among cardiac surgery patients. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v.11, n.1, p.25-33, 2012.

GOMES, A.M. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. 2.ed. São Paulo: EPU, 1998.

GOULART, L.L.; AOKI, R.N.; VEGIAN, C.F.L.; GUIRARDELLO, E.B. Carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de trauma. **Rev Eletr Enf** [Internet],v.16, n.2, p.346-351,abr. jun. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.22922>. Acesso em: 22 mar. 2017.

GUIRARDELLO, E.B.; TREPICHIO, P.B.; DURAN, E.C.M.; BRITO, A.P. Perfil dos pacientes e carga de trabalho de enfermagem na unidade de nefrologia. **Rev Gaúcha Enferm**, v.34, n.2, p.133-139, 2013.

GUTIÉRREZ-CÍA, I.etal.Percepcióndela culturade seguridad enlosserviciosdemedicina intensive españoles.**MedCli** (Barc) [Internet], n. 35, p.37-

44, 2010. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(10)70019-1>.Acesso em: 31 dez 2015.

HARTMANN,C.W. et al. Relationship of hospital organizational culture to patient safety climate in the Veterans Health Administration. **Med Care Res Ver** [Internet], v.66, n.3, p.320-338, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1077558709331812>. Acesso em: 31 dez. 2015.

HEINEN, M.M.; VAN ACHTERBERG, T.; SCHWENDIMANN, R.; ZANDE, B.; MATTHEWS, A.; KÓZKA, M. et al. Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries. **Int J Nurs Stud**, v.50, n.2, p.174-184, 2013.

HENDRICH, A.L.; BENDER, P.S.; NYHUIS, A. Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: a large concurrent case/control study of hospitalized patients. **Appl Nurs Res**, v.16, n.1, p. 9-21, fev. 2003.

HOFFMAN, D.; MARKS,B. An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. **Personnel Psychol**, v.59, n.2, p.847-869, nov. 2006.

HUGHES, M. Nursing workload: an unquantifiable entity. **Jornal Nurs Manag**, v.7, n.6, p.317-322,1999.

ILAN, M.D.; FOWLER, R. Brief history of patient safety culture and science. JCRC, v.20, n.1, p.2-5, mar. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2005.02.003>. Acesso em: Acesso em: 31 dez. 2015.

INOUE, K.C.; MATSUDA, L.M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. **Acta Paul Enferm**, v.23, n.3, p.379-384, 2010.

INSAG. International Nuclear Safety Advisory Group. **Safety Culture**: A report by the International Nuclear Safety Advisory Group - Safety-Series 75-INSAG-4.International Atomic Energy Agency: Vienna, 1988.

INSAG.International Nuclear Safety Advisory Group. **Safety Culture**: A report by the International Nuclear Safety Advisory Group - Safety-Series 75-INSAG-4). International Atomic Energy Agency: Vienna, 1991.

IOM. Institute of Medicine. **Crossing the Quality Chasm**: A New Health System for the 21st Century. Washington: National Academy Press, 2001.

JANTSCH, L.B. et al. Processo de trabalho da enfermagem em uma unidade de terapia intensiva: a visão do acadêmico.**Rev Contexto & Saúde**, Unijuí, v.10, n.20,p.1259-1264, jan.jun. 2011.

KELL,M.C.G.;SHIMIZU,H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciênc Saúde Coletiva** [online], v.15, n.1, p.1533-1541, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielosp>. Acesso em: 06 mar. 2011.

KOHN, K.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. (Eds). **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academy Press; 2000. Disponível em: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>. Acesso em: 10 dezembro 2014.

KUDO, Y. et al. A pilot study testing the dimensions of safety climate among Japanese nurses. **Industrial Healt**, v.46, n.2, p.158-165,2008.

LASCHINGER, H.K.; LEITER, M.P. The impatct of nursing work environments on patiente safety outcomes: the medianting role of burnout/engagement. **Journ Nurs Adm**, v.36, n.5, p. 259-267, 2006.

LAURELL, A C.; NORIEGA, M. **Processo de Produção e Saúde**: trabalho e desgaste operário. Tradução: Amélia Cohn et. al. São Paulo: HUCITEC: 1989.

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: 30 nov. 2016.

LEITE JR, J, A. P. **Estresse, estratégias de enfrentamento e qualidade de vida no ambiente de trabalho**: um estudo em um instituto de pesquisas. 2009. 219 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional) – Universidade de Taubaté, São Paulo, 2009.

LEITE, I.R.L.; SILVA, G.R.F.; PADILHA, K.G. Nursing Activities Score e demanda detrabalho de enfermagem em terapia intensiva. **Acta Paulista Enferm**, São Paulo,v.25, n.6, 2012.

LI, J.; LAMBERT, V.A. Job satisfaction among intensive carenurses from the people's Republic of China. **Int Nurses Review**, v.55, n.1, p.34-39, 2008.

LIMA, L.B.; RABELO, E.R. Carga de trabalho de enfermagem emunidade de recuperação pós-anestésica. **Acta Paul Enferm**, v.26, n.2, p.116-122, 2013.

LUCCHINI, A.; FELIPPIS, C.; ELLI, S.; SCHIFANO, L.; ROLLA, F.; PEGORARO, F.; FUMAGALL,.I. Nursing Activities Score (NAS): 5 years of experience in the intensive care units of na Italian University hospital. **Intensive and Critical Care Nursing**, v.30, p.152-158, 2014.

MACHADO, M. H.; FILHO, W. A.; LACERDA, W. F. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm Foco**, v.6, n.1, p.11-17, 2015.

MAHLMEISTER, L.R. Human factors and error in perinatal care: the interplay between nurses, machines, and the work environment. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v.24, n.1, p.12-21,jan.mar. 2010.

MANOJLOVICH, M.; DECICCO, M.S. Healthy Work Environments, Nurse-Physician Communication, and Patients' Outcomes. **American Journal of Critical Care**, v.16, p.536-543, 2007. Disponível em:

<http://ajcc.aacnjournals.org/content/16/6/536.full.pdf+html>. Acesso em: 10 nov. 2016.

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

MARTINS, J.T.; ROBAZZI, M.L.C.C.; BOBROFF, M.C.C. Pleasure and suffering in the nursing group: reflection to the light of Dejour psychodynamics. **Rev Esc Enferm USP** [Internet]. v.44, n.4, p:1107-11, 201. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_36.pdf>. Acesso em: o3 ago. 2015.

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. **Rev Latino-Am Enferm** [Internet],v.21, n.Espec, 9 telas. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae>. Acesso em: 10 set. 2014.

MAURO, M.Y.C; PAZ, A.F.; MAURO, C.C.C.; PINHEIRO, M.A.S.; SILVA,V.G. Trabalho da Enfermagem nas Enfermarias de um Hospital Universitário. Esc Anna Nery **Rev Enferm**, v.14, n.1, p.13-18, abr. jun. 2010.

MELLO, J.F.; BARBOSA, S.F.F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.22, n.4, p.1124-1133, 2013.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E.; STILLWELL, S.B.; WILLIAMSON, K.M. Evidence-based practice:step by step: the seven steps of evidence-based practice. **Am J Nurs**, v.110, n.1, p.51-53,jan. 2010.

MELO, M.B.; BARBOSA, M.A.; SOUZA,P.R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev LatinoAm Enferm** [Internet]. v.19, n.4, jul. ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae>. Acesso em: 18 mar. 2017.

METNITZ PG, FIEUX F, JORDAN B, LANG T, MORENO R, LE GALL JR. Critically ill patients readmitted to intensive care units: lessons to learn? **Intensive Care Med**, v.29, n.2, p.241-248, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MIRANDA, D.R.; NAP, R.; RIJK, A.; SCHAUFELI, W.; IAPICHINO, G. Nursing activities score. **Crit Care Med,**. v.31, n.2, p.374-382, 2003.

MOUSTAKA, E.; CONSTANTINIDIS, T.C. Sources and effects of Work-related stress in nursing. **Health Sci J**, v.4, n.4, p.210-216, 2010.

MOREY, J.C.; SIMON, R.; JAY, G.D.; WEARS, R.L.; SALISBURY, M.; DUKES, K.A.; et al. Error reduction and performance improvement in the emergence department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams Project. **Health Serv Res**, v.37, p.1553-1581, 2002.

NASCIMENTO, A. Sécurité dês patients et culture de securité: unerevue de La littérature. **Rev Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, n.8, p.3591-3602, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000900027&script=sci_abstract &tlng=pt>. Acesso em: 22jan. 2015.

NPSA. National Patient Safety Agency. **About Patient Safety**. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/about-us/>. Acesso em: 20 abr. 2015.
NIEVA, F.; SORRA,J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual Saf Health Care**,v.12, suppl III, p.17-23, dez. 2003.

NOGUEIRA L.S et al. Carga de trabalho de enfermagem: preditor de infecção relacionada à assistência à saúde na terapia intensiva?.**Rev Esc Enferm USP** (Online), v.49, p.36-42, 2015.

NOGUEIRA, L.S.; KOIKE, K.M.; SARDINHA, D.S.; PADILHA, K.G.; SOUSA,R.M. Carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva públicas e privadas. **Rev Bras Ter Intensiva**, v.25, n.3, p.225-232, 2013.

NORDÉN-HÄGGA.; SEXTON, J.B.; KÄLVEMARK-SPORRONG, S.; RING, L.; KETTIS-LINDBLAD, A. Assessing safety culture in pharmacies: the psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a nationalsample of community pharmacies in Sweden. **BMC Clin Pharmacol** [Internet], 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186%2F1472-6904-10-8>. Acesso em: 31 dez. 2015.

O'BRIEN-PALLAS, L.; LI, X.M.; WANG, S.; MEYER, R.M.M.; THOMSON, D. Evaluation of a Patient Care Delivery Model: System Outcomes in Acute Cardiac Care. **CJNR**, v.42, n.4, p.98-120, 2010.

OLIVEIRA, A.C.; PAULA, A.O. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. **Rev Mineira Enferm**, v.17, n.1, jan. mar. 2013.

PADILHA, K.G.; SOUSA, R.M.C.; GARCIA, P.C.; BENTO, S.T.; FINARDI, E.M.; HATARASHI, R.H.K. Nursing workload and staff allocation in an intensive care unit: a pilot study according to Nursing Activities Score (NAS). **Intensive Crit Care Nurs**, v.26, n.2, p.108-113, 2010.

PAESE, F.; SASSO, G.T.M.D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.22, n.2, p.302-310, abr. jun. 2013.

PANUNTO, M.R.; GUIRARDELLO, E.B. Carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino. **Acta Paul Enferm**, v.25, n.1, p.96-101, 2012.

PARK, S.K.; CHUN, H.J.; KIM, D.W.; IM, T.H.; HONG, H.J.; YI,H.J. Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II and Simplified Acute Physiology Score II in predicting hospital mortality of neurosurgical Intensive Care Unit patients. **J Korean Med Sci**, v.24, n.3, p.420-426, 2009.

PATTERSON, P.D.; PFEIFFER, A.J.; WEAVER, M.D.; KRACKHARDT, D.; ARNOLD, R.M.; YEALY,D.M. et al. Network analysis of team communication in a

busy emergency department. **BMC Health Serv Res**,v.13, n.109, p.1-12, 2013. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/109>. Acesso em: 30 maio 2015.

PEDREIRA, M.L.G. Erro humano no sistema de saúde. In: PEDREIRA, M.L.G.; HARADA, M.J.C.S. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Paulo: Yendis, 2009. p. 3-22.

PENG, L.; MAYNER, L.; WANG,H. Association between trauma patients' severity and critical care nursing workload in China. **Nursing and Health Sciences**, v.16, p.528-533, 2014.

PERROCA, M.G. Sistema de Classificação de Pacientes: construção e validação de um instrumento. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem/USP, São Paulo (SP), 1996.

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 Med**, Baltimore, v.12, n.6, p.310-316, nov. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21572367>. Acesso em: 8 set. 2016.

PRETO, V.A.; PEDRÃO, L.J. O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.43, n.4, p.841-848, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a15v43n4.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2016.

PROFIT, J. et al. Neonatal intensive care unit safety culture varies widely. **Archives of disease in childhood-fetal and neonatal edition, London**, v. 7, n.2, p.120-126, 2012. Disponível em: <http://fn-bmj-com.ez47.periodicos.capes.gov.br/content/97/2/F120.full.pdf+ html>. Acesso em: 6 ago. 2016.

QUEIJO, A.F. **Estudo comparativo da carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva geral e especializadas, segundo o Nursing Activities Score (NAS)**. 2008. 93 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, SP, 2008.

QUEIJO, A.F.; MARTINS, R.S.; ANDOLHE, R.; OLIVEIRA, E.M.; BARBOSA, R.L.; PADILHA, K.G. Nursing workload in neurological intensive care units: Cross-sectional study. **Intensive and Critical Care Nursing,**.v.29, n.112-116, 2013.

QUEIJO, A.F.; PADILHA, K.G. Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural evalidação para a língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n.esp, p.1018-1025, 2009.

QUEIJO, A.F. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**: Nursing Activities Score (N.A.S.). 2002. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, SP, 2002.

QUESS, A.A.M.; MONTORO, C.H.; GONZÁLES, M.G. Strengths and threats regarding the patient'safety:nursing professionals' opinion. **Rev Latino-Am Enferm**, v.18, n.3, p.339-345, 2010.

RAFTOPOULOS, V.; PAVLAKIS,A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospitalsurvey using the Greek-Cypriot version of the safety attitudes questionnaire. **J Crit Care**, v.28, n.1, p.51-61, fev. 2013.

REBRAENSP. **Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do paciente**: Estratégias para segurança do paciente: manual para profissionais de saúde/ Porto Alegre:EDIPUCRS,2013.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v.320, p.768-770, 2000.

RIBEIRO, P.H.V.; BREVIDELLI, M.M.; TIPPLE, A.F.V.; RIBEIRO, R.P.; GIR, E. Clima de segurança organizacional e a adesão às precauções padrão entre dentistas.**Acta Paul Enferm**,v.26, n.2, p.192-197, 2013.

RICHARDSON, A.; STORR, J. Patient safety: a literative review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration. **International Nursing Review**, v.57, n.1,p.12-21, 2010.

RIGOBELLO, M.C.G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**,v.25, n.5, p.728-735, 2012.

RODRIGUES, T.D.F. Fatores estressores para a equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva. **Rev Min Enferm**, v.16, n.3, p.454-462, jul.set. 2012.

SALGADO, P.O. et al. Identificação e mapeamento das ações de enfermagem prescritaspara pacientes internados em uma UTI de adultos. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.65, n.2, p.291-206, mar. abr. 2012.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTIAGO, T.H.R.; TURRINI, R.N.T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**,v.49, n. esp, p.123-130, 2015.

SANTOS et al. **Erros de Medicação**: Avaliação da Prescrição e Percepção dos Profissionais de Enfermagem. Trabalho de Conclusão (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

SCHATKOSKI, A.M.; WEGNER, W.; ALGERI, S.; PEDRO, E.N.R. Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura. **Rev Latinoam Enferm**, v.18, n.3, p.42-50, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692009000300020&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 jun. 2012.

SCHEIN, E. **Organizational culture and leadership**. 3.ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2004.

SEXTON, J.B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, an merging research. **BMC Health Serv Res**, v.6, 2006.

SHIE, H. G. et al. Patient safety attitudes among respiratory therapists in Taiwan. **Respiratory care, Irving**, v.56, n.12, p.1924-1929, dez. 2011. Disponível em: <http://rc.rcjournal.com/content/56/12/1924.full.pdf+html>. Acesso em: 6 ago. 2013.

SILVEIRA, R.S.; FUNCK, C.R.; LUNARDI, V.L.; SILVEIRA, J.T.; AVILA, L.I.; FILHO, W.D.L.; VIDAL,D.A.S. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da satisfação no contexto do trabalho na Uti. **Enfermagem em Foco**, v.3, n.2, p.93-96, 2012.

SILVA, M.C.M.; SOUSA, R.M.C.; PADILHA, K.G.Fatores associados ao óbito e a readmissão em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Latino-Am Enferm**, v.9, n.4, 2011.

SILVA, A.E.B.C.; REIS, A.M.M.; MIASSO, A.I.; SANTOS, J.O.; CASSIANI, S.H.B. Adverse drug events in sentinel hospital in the State of Goiás, Brazil. **Rev Latinoam Enferm** [Internet],v.19, n.2, p.378-386, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/21.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2014.

SILVA, A.E.B.C.; CASSIANI,S.H.B. Erros de medicação em um hospital universitário: tipos, causas sugestões e providências. **Rev Bras Enferm**, v.57, n.6, p.671-674, 2004.

SORRA, J.S.; NIEVA, V.F. Safety culture assessment: a tool for improving patient safetyin healthcare organizations. **Quality & Safety in Health Care**, London, v.12, Suppl 2, p.ii1723, dez. 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765782/pdf/ v012p0ii17.pdf >. Acesso em: 17 set. 2013.

SOUSA, R. M. C. et al. Carga de trabalho de enfermagem requerida por adulto, idosos e muito idosos em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.43, n.Esp.2, p.1284-1291, 2009.

SOUZA, P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. **Acta Med Port**, p.309-318, 2006.

STRAND, K.; SOREIDE, E.;AARDAL, S.; FLAATTEN, H. A comparison of SAPS II and SAPS 3 in a Norwegian intensive care unit population. **Acta Anaesthesiol Scand**, v.53, n.5, p.595-600, 2009.

TOUREANGEAU, A.E. et al. Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. **Qual Saf Health Care**, v.15, n.1, p.4-8, fev. 2006.

TRANQUITELLI, A. M.; PADILHA, K. G. Sistemas de classificação de pacientes comoinstrumentos de gestão em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.41, n.1, p.141-146, 2007.

TREPICHIO, P.B.; GUIRARDELLO, E.B.; DURAN, E.C.M.; BRITO, A.P. Perfil dos pacientes e carga de trabalho de enfermagem na unidade de nefrologia. **Rev Gaúcha Enferm**, v.34, n.2 p.133-139, 2013.

VALLS-MATARÍN, J.; SALAMERO-AMORÓS, M.; ROLDÁN-GIL, C.Análisis de la carga de trabajo y uso de los recursos enfermeros en una unidad de cuidados intensivos. **Enferm Intensiva**, v.26, n.2, p.72-81, 2015.

VINCENT, C.; AMALBERTI, C.**Cuidado de Saúde mais Seguro**: Estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro: s.d.t., 2016.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente**:orientações para evitar eventos adversos.São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WALSHE, K.; BOADEN,R. **Patient Safety research into practice**. New York (NY): Open University Press. 2006.

WEISSMAN, J.S.; ROTHSCHILD, J.M.; BENDAVID, E.; SPRIVULIS, P.; FACHI, F.; COOK, E.F. et al. Hospital workload and adverse events. **Med Care**, v.45, n.5, p.448-455, 2007.

WHO. World Health Organization. **Guidelines on hand hygiene in health care**. WHO Press, World Health Organization. Geneva, Switzerland, 2009. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf.>. Acesso em: 17 mar. 2016.

WHO. World Health Organization. **Patient Engagement in Reducing Safety Risks in Health Care**. Report of the meeting on patient safety and rights Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 2011. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/153601/e95906.pdf?ua=1>. Acesso em: 17 mar. 2016.

WHO. World Health Organization.**Patient Safety Program**.2008. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/campaigns/en/>.Acesso em: 08 ago. 2012.

WHO. World Health Organization .**World alliance for patient safety**[Internet], Washington DC, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/ patientsafety/enf>. Acesso em: 8 out. 2007.

ZAMBON, L. S. Riscos e eventos adversos: uma realidade alarmante. **MedicinaNet**, 2008. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/ler.vxlpub?codconteudo=901&menu= gerenciamento>. Acesso em: 14 out. 2011.

ZHANG, W.; WIEGMANN, D.A.; VON THADEN, T.L.; SHARMA, G.; MITCHELL, A.A. **Safety culture: a concept in chaos?** In: Proceedings of the 46th Annual Meeting of the Human Factors and Ergonomics Society. Santa Monica, Human Factors and Ergonomics Society, 2002.

ZOHAR, D. Safety climate: conceptual and measurement issues. In: QUICK, J.C.; TETRICK, L.E. (Eds).**Handbook of occupational health psychology**. Washington, DC: American Psychological Association, 2003.p.123-142.

ZOHAR, D.Safety climate in industrial organizations: Theoretical and applied implications. **Journal of Applied Psychology**, v.65, n.1, p.96-102, fev. 1980.

APÊNDICES

APÊNDICE A- FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DO PACIENTE

A.Dados de Identificação	Codificação
1N° de Identificação do paciente	A1:
2 Nome_____	A2:
B.Dados Sociodemográficos	
1Idade:	B1:
2Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	B2:
3Estado Civil: (1) Casado/com companheiro (2) Solteiro/sem companheiro (3) viúvo/divorciado	B3:
4 Procedência (cidade de origem):	B4:
C.Dados clínicos	
1 Data admissão UTI:___/___/___ (mapa)	C1:
2 Data alta/óbito UTI:___/___/___ (mapa)	C2:
3 Data de internação no hospital:____/____/____ (mapa)	C3:
4 Data de solicitação de leito na UTI:____/_____/____(caderno)	C4:
5 Unidade de procedência (unidades que estava):	C5:
6 Diagnóstico na data internação:	C6:
7 Novos Diagnósticos: _____ - ____/_____/_____ _____ - ____/_____/_____ _____ - ____/_____/_____ _____ - ____/_____/_____ _____- ____/_____/_____	
8 Tipo de Internação: (1) cirúrgica (2) clínica (3) trauma	C8:
9 Peso:	C9:
10 Altura:	C10:
11Co-morbidades: (1) Diabetes (2)Hipertenção	C11:
12 Germes: (1) acinetobacter (2) Pseudomona (3) Enterococcus spp (4) Staphylococcus aureus (5) Outra_____	C12

APÊNDICE B – PARÂMETROS DE GRAVIDADE DO PACIENTE – SAPS II

VARIAVEL	DATA:____/____/____
Idade(anos)	
FC(bpm)	
PAS(mmHg)	
PaO2(mmHg/FiO2)	
Uréia Sérica	
Leucócitos	
Potássio Sérico	
Sódio Sérico	
Bicarbonato Sérico	
Bilirrubina	
Escala de Coma de Glasgow	
Doença Crônica	
Tipo de transmissão	
TOTAL ESCORE	
RISCO DE MORTALIDADE	

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

A.Dados de Identificação	Codificação
1N° de Identificação do trabalhador	A1:
2 Nome_____	A2:
B.Dados Sociodemográficos	
1Idade:	B1:
2Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	B2:
3Estado Civil: (1) Casado/com companheiro (2) Solteiro/sem companheiro (3) viúvo/divorciado	B3:
4 Tem filho: (1)sim (2)não	B4:
5 Procedência: (cidade de origem):	B5:
6 Renda:	B6:
C.Dados profissionais	
1 Categoria profissional: (1) enfermeiro (2)técnico (3) auxiliar	C1:
2 Vínculo: (1)CLT (2)estatutário	C2:
3 Carga horária na instituição:	C3:
4 Tempo de serviço na instituição:	C4:
5 Tempo de serviço na unidade:	C5:
6 Pós-graduação: (1) especialização (2)mestrado (doutorado)	C6:
7 Possui outro emprego: (1)sim (2)não	C7:

APÊNDICE D – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Entrevista nº..... Data:.....
Caracterização do participante:

Data de nascimento:_____ Sexo: ( ) F ou ( )M

Estado civil: ( ) solteiro(a) ( )casado(a) ( )viúvo(a) ( )companheiro(a)

Tempo de serviço no hospital:_____

Tempo de serviço nas unidade: _____

Escolaridade:_____

Vínculo empregatício: ( ) Servidor público federal regido pelo regimento jurídico único ( ) Servidor federal regido pela Consolidação das Leis do Trabalho – EBSERH

1. O que você tem a dizer sobre o teu cotidiano de trabalho?
2. Como que é a demanda de trabalho nessa unidade?
3. Como que é pra ti quando tem uma alta demanda?Com que frequência isso acontece?
4. Na tua percepção quais pacientes que exigem maior demanda de trabalho?
5. Em que situação você se sente sobrecarregada?
6. Como que você vê o número de profissionais por turno para dar conta da demanda de trabalho?
7. Como você vê o relacionamento e a colaboração aqui na UTI entre os membros da equipe?
8. O que você pensa ou já ouviu falar sobre segurança do paciente?
9. E o eu você tem a dizer sobre as ações da gerencia aqui da unidade e a gerencia do hospital sobre as questões de segurança do paciente?
10. E o que você pensa quando se fala em demanda de trabalho e segurança do paciente? Você vê alguma relação entre essas duas questões?
11. Que implicações que a demanda de trabalho pode trazer pra qualidade da assistência?
12. E levando em consideração o comprometimento com a assistência como tu avalia a atuação da equipe aqui da uti?
13. E como tu percebe as condições de trabalho aqui na UTI?
14. E do ponto de vista da satisfação do trabalho, como se sente? O que te deixa satisfeita e insatisfeita?
15. Você tem alguma coisa mais que queria dizer?

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO –TCLE

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

PESQUISADORA: Md. Enfª. Etiane de Oliveira Freitas

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Profª. Enfª. Drª. Silviamar Camponogara.

PESQUISA: **"**CARGA DE TRABALHO DA ENFERMAGEM E CLIMA DE SEGURANÇA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**"**

Pelo presente documento, declaro que fui informado de forma clara e detalhada, sem constrangimento ou coerção, sobre a justificativa, os objetivos e a metodologia referentes ao Projeto de Pesquisa intitulado "CARGA DE TRABALHO DA ENFERMAGEM E CLIMA DE SEGURANÇA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**".** Com o objetivo principal de "Analisar as relações/associações entre a carga de trabalho da enfermagem com percepção dos trabalhadores de enfermagem quanto ao clima de segurança em Unidade de Terapia Intensiva Adulto."

Estou de acordo com o uso do gravador durante as atividades, de utilização os dados obtidos através das observações, discussões, dos relatos, experiências do cotidiano e dos encaminhamentos que eventualmente poderão ser propostos, discutidos e apresentados em eventos e divulgados. Fui igualmente informado de:

- Garantir o recebimento de resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a cerca de procedimentos, riscos, benefícios entre outros assuntos relacionados à pesquisa;
- Liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem nenhum tipo de prejuízo;
- Garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados, e as informações obtidas apenas serão utilizadas para fins científicos;
- As respostas terão caráter sigiloso, onde em nenhum momento será exposto o nome do entrevistado;
- As informações colhidas, por meio de entrevistas, serão utilizadas para atender aos fins da pesquisa e servirão para compor um banco de dados para as pesquisadoras;

- Não haverá nenhum risco ou prejuízo direto aos participantes da pesquisa, podendo causar algum desconforto pelas declarações e reflexões decorrentes das respostas do questionário e entrevista;
- Os benefícios para os integrantes desta pesquisa serão diretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios para a reorganização do dimensionamento de profissionais atuantes nas unidades por plantão, melhorando o clima de segurança.
- O material da pesquisa documental, questionários e entrevistas ficarão de posse do pesquisador responsável pelo prazo de cinco anos, na sala 1339, localizada no terceiro andar do Centro de Ciências da Saúde – UFSM, ficando sob responsabilidade das pesquisadoras, e após serão destruídos na forma de incineração.

Após ter tomado conhecimento do conteúdo deste termo, aceito participar da pesquisa proposta e autorizo a gravação de meu depoimento e sua utilização como dado de pesquisa, conforme consta neste documento. Este documento consta de duas páginas e será mantida uma cópia com o participante da pesquisa e uma cópia com o pesquisador responsável. Resguardando às autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Este documento foi revisado e aprovado pela Gerencia de Ensino e Pesquisa do HUSM e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Maria.

Santa Maria/RS _____, _____ de 2015.

Nome do participante:_____

Assinatura:_____.

Assinatura do responsável pela pesquisa:_____.

Em caso de dúvida posso entrar em contato a qualquer momento com a pesquisadora, podendo fazer ligação a cobrar no seguinte telefone: (55)96848331 ou pelo e-mail: pinnocamila@gmail.com.

Também se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: (55) 3220-9362 (Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria).

APÊNDICE F – TERMODE CONFIDENCIALIDADE

Projeto de pesquisa: CARGA DE TRABALHO DA ENFERMAGEM E CLIMA DE SEGURANÇA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Pesquisador Responsável: Enfª. Drª Silviamar Camponogara

Autor: Enfª. Dda. Etiane de Oliveira Freitas

Instituição/departamento: Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGEnf/UFSM)

Telefone para contato: (55) 3020-8029 ou (55)92068401

Local de Coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos cujos dados serão coletados por questionários auto-aplicáveis. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala n° 1306 do Centro de Ciências da Saúde (CCS), por um período de cinco anos, sob a responsabilidade do (a) Sr. (a) Drª Silviamar Camponogara. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../....., com o número do CAAE .....

Santa Maria, ...de .....de 2015.

.....

Drª Silviamar Camponogara

ANEXOS

ANEXO A - *NURSING ACTIVITIES SCORE*

ATIVIDADES BÁSICAS	**Data:**	**%**	**--/--**	**--/--**	**--/--**	**--/--**	**--/--**	**--/--**	**--/--**	**--/--**	**--/--**	**--/--**	**--/--**
1. Monitorização e controles													
1.a Sinais vitais horários, cálculo e registro regular do balanço hídrico.		4.5											
1.b Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por x h ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como: VNI, desmame, agitação, confusão mental, posição prona, procedimentos de doação de órgãos, preparo e administração de fluidos ou medicação, auxilio em procedimentos específicos.		12.1											
1.c Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por x h ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como os exemplos acima.		19.6											
2. Investigações laboratoriais: bioquímicas e microbiológicas.		4.3											
3. Medicação, exceto drogas vasoativas.		5.6											
4. Procedimentos de higiene													
4.a Realização de procedimentos de higiene tais como, curativo de feridas e cateteres intravasculares, troca de roupa de cama, higiene corporal do paciente em situações especiais (incontinência, vômito, queimaduras, feridas com secreção, curativos cirúrgicos complexos com irrigação), procedimentos especiais (ex. isolamento), etc.		4.1											
4.b Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que x h, em algum plantão.		16.5											
4.c Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que x h em algum plantão.		20.0											

5. Cuidados com drenos – Todos (exceto SNG e SNE)	1.8											
6. Mobilização e posicionamento incluindo procedimentos tais como: mudanças de decúbito, mobilização do paciente, transferência da cama para a cadeira, mobilização do paciente em equipe (ex. paciente imóvel, tração, posição prona).												
6.a Realização do(s) procedimento(s) até 3 vezes em 24 horas.	5.5											
6.b Realização do(s) procedimento (s) mais do que 3 vezes em 24 horas ou com 2 enfermeiros em qualquer freqüência.	12.4											
6.c Realização do(s) procedimento(s) com 3 ou mais enfermeiros em qualquer freqüência.	17.0											
7. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes incluindo procedimentos tais como telefonemas, entrevistas, aconselhamento. Freqüentemente, o suporte e cuidado, sejam aos familiares ou aos pacientes, permitem a equipe continuar com outras atividades de enfermagem (ex.: enquanto presente a beira do leito observando o paciente).												
7.a Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem <u>dedicação exclusiva</u> por cerca de x h sem algum plantão tais como: explicar condições clínicas, lidar com a dor e angústia, lidar com circunstâncias familiares difíceis.	4.0											
7.b Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem <u>dedicação exclusiva</u> por x h ou mais em algum plantão tais como: morte, circunstâncias trabalhosas (ex: grande número de familiares, problemas de linguagem e familiares hostis).	32.0											

8. **Tarefas administrativas e gerenciais**												
8.a Realização de tarefas de rotina tais como: processamento de dados clínicos, solicitação de exames, troca de informações profissionais (passagem de plantão e visitas clínicas).	4.2											
8.b Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de x h em algum plantão tais como: atividades de pesquisa, aplicação de protocolos, procedimentos de admissão e alta.	23.2											
8.c Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de x h ou mais tempo em algum plantão tais como: morte e procedimentos de doação de órgãos, coordenação com outras disciplinas.	30.0											
SUPORTE VENTILATÓRIO												
9. Suporte respiratório: Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva, com ou sem relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem pressão expiratória final positiva (ex: CPAP ou BiPAP), com ou sem tubo endotraqueal; oxigênio suplementar por qualquer método.	1.4											
10. Cuidado com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia.	1.8											
11. Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia toráxia, espirometria estimulada, terapia inalatória, aspiração endotraqueal.	4.4											
SUPORTE CARDIOVASCULAR												
12. Medicação vasoativa independente do tipo e dose.	1.2											

13. Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos. Administração de fluidos >3 l/dia, independente do tipo de fluido administrado.	2.5											
14. Monitorizarão do átrio esquerdo. Cateter da artéria pulmonar com ou sem medida de débito cadíaco.	1.7											
15. Reanimação cardiorrespiratória nas últimas 24h (excluído soco precordial).	7.1											
SUPORTE RENAL												
16. Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas.	7.7											
17. Medida quantitativa do débito urinário (ex. sonda vesical de demora).	7.0											
SUPORTE NEUROLÓGICO												
18. Medida de Pressão Intracraniana (PIC).	1.6											
SUPORTE METABÓLICO												
19. Tratamento de acidose/alcalose metabólica complicada.	1.3											
20. Hiperalimentação intravenosa.	2.8											
21. Alimentação enteral. Através de tubo gástrico ou outra via gastrintestinal (ex: jejunostomia).	1.3											
INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS												
22. Intervenções específicas na UTI. Entubação endotraqueal, inserção de marcapasso, cardioversão, endoscopias, cirurgia de emergência no último período de 24 h, lavagem gástrica. Não estão incluídos intervenções de rotina sem conseqüências diretas para as condições clínicas do paciente (ex: raio-X, ecografia, eletrocardiograma, curativos ou inserção de cateteres).	2.8											
23. Intervenções específicas fora da UTI. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.	1.9											

ANEXO B – FICHADE CONTROLE DOS ITENS 1, 4, 6, 7 E 8 DO NAS

Nome:_____Data:__/__/__

ANEXO DO NAS

Plantão		Manha	Tarde	Noite	Manha	Tarde	Noite
1.Monitorização e Controles	Item a						
	Item b						
	Item c						
4. **Procedimentos de higiene**	Item a						
	Item b						
	Item c						
6. **Mobilização e posicionamento**	Item a						
	Item b						
	Item c						
7. **Suporte e cuidado aos familiares e pacientes**	Item a						
	Item b						
8. **Tarefas administrativas e gerenciais**	Item a						
	Item b						
	Item c						

ANEXO C – Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ)

Por favor, responda os itens seguintes relativos às suas experiências no setor/área de atuação. Selecione suas respostas usando a escala abaixo:

A	B	C	D	E	X
Discordo totalmente	Discordo em parte	Neutro	Concordo em parte	Concordo totalmente	Não se aplica

Não se aplica
Concordo totalmente
Concordo parcialmente
Neutro
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

QUESTIONÁRIO

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

Você já havia preenchido este instrumento anteriormente? Sim Não Não sabe

Obrigado por responder este instrumento. seu tempo e sua participação são muito importantes.

ANEXO D – Carta de Aprovação no Comitê de Ética (CEP)

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

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARGA DE TRABALHO DA ENFERMAGEM E CLIMA DE SEGURANÇA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Pesquisador: SILVIAMAR CAMPONOGARA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45645615.4.0000.5346

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.105.926

Data da Relatoria: 16/06/2015

Apresentação do Projeto:

Consiste em um estudo observacional, analítico, longitudinal, com abordagem metodológica qualiquantitativa que será realizado na Unidade de Terapia Intensiva-Adulta (UTI'A) e Unidade de Cardiologia Intensiva (UCI), do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

A população de estudo será composta por pacientes e trabalhadores de enfermagem. Os pacientes participarão da pesquisa para obtenção da medida da carga de trabalho dos trabalhadores de enfermagem, e os trabalhadores de enfermagem para avaliar a percepção dos mesmos quanto ao clima de segurança em UTI. A pesquisa contará com três fontes de dados: 1º) Pesquisa documental: será realizada nos prontuários dos pacientes por meio de quatro instrumentos: Questionário de dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes; Nursing activities scores; Ficha de controle dos itens 1, 4, 6, 7 e 8 do NAS; Parâmetros de Gravidade; 2º) Questionário: será aplicado aos trabalhadores de enfermagem por meio de dois instrumentos: Questionário de sociodemográficos e profissionais dos trabalhadores de enfermagem e o Questionário das Atitudes de Segurança (SAQ); 3º) Entrevista semi-estruturada que será realizada com os trabalhadores de enfermagem e visa conhecer a percepção dos mesmos quanto à relação entre a carga de trabalho e o clima de segurança em UTI. Os dados quantitativos serão organizados, mediante a dupla

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

digitação independente em uma planilha eletrônica sob forma de banco de dados, utilizando-se o programa Epi-info®, versão 6.4. Posteriormente a verificação de erros e inconsistências, a análise dos dados será realizada no programa PASW Statistics.

Os dados qualitativos serão submetidos análise de conteúdo com base no referencial proposto para por Bardin (2009).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as relações entre a carga de trabalho da enfermagem e a percepção dos trabalhadores de enfermagem quanto ao clima de segurança em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A) e Unidade de Cardiologia Intensiva(UCI).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente pesquisa pode apresentar riscos mínimos aos participantes trabalhadores de enfermagem, ou seja, algum desconforto ao responderem a entrevista, porém as dúvidas serão esclarecidas sempre que os sujeitos acharem necessários. Será respeitada a decisão dos participantes de participar ou não da pesquisa, bem como sua desistência a qualquer momento. Aqueles que necessitarem de suporte psicológico serão encaminhados ao Serviço de Psicologia Hospitalar do HUSM.

Os benefícios serão diretamente a instituição e à equipe de enfermagem, uma vez que as informações coletadas fornecerão subsídios para a reorganização do dimensionamento de profissionais atuantes nas unidades por plantão, melhorando o clima de segurança. Ainda este estudo trará benefícios diretos aos pacientes internados nessas unidades, pois a readequação do quantitativo de profissionais pode implicar em uma assistência mais qualificada beneficiando a segurança dos pacientes. Essa pesquisa também contribuirá na construção de conhecimento em Saúde e Enfermagem e poderão servir para novos estudos a serem desenvolvidas sobre essa temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados de modo suficiente.

Recomendações:

Veja no site do CEP - http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 13 de Junho de 2015

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com