

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

Oclaris Lopes Munhoz

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE, ESTRESSE  
OCUPACIONAL E BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE  
PERIOPERATÓRIO**

Santa Maria, RS  
2018

**Oclaris Lopes Munhoz**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE, ESTRESSE OCUPACIONAL E  
BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rafaela Andolhe  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Santa Maria, RS, Brasil  
2018

Munhoz, Oclaris Lopes  
CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE, ESTRESSE  
OCUPACIONAL E BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE  
PERIOPERATÓRIO / Oclaris Lopes Munhoz.- 2018.  
131 p.; 30 cm

Orientador: Rafaela Andolhe  
Coorientador: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem, RS, 2018

1. SEGURANÇA DO PACIENTE 2. SAÚDE DO TRABALHADOR 3.  
PROFISSIONAIS DA SAÚDE 4. ESTRESSE OCUPACIONAL 5.  
SÍNDROME DE BURNOUT I. Andolhe, Rafaela II. Magnago,  
Tânia Solange Bosi de Souza III. Título.

**Oclaris Lopes Munhoz**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE, ESTRESSE OCUPACIONAL E  
BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**

**Aprovado em 07 de dezembro de 2018:**

---

**Rafaela Andolhe, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Dra. (UFSM)**  
(Coorientadora)

---

**Edison Luiz Devos Barlem, Dr. (FURG)**

---

**Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz, Dra. (UNIJUÍ)**

---

**Graziele de Lima Dalmolin, Dra. (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2018

## DEDICATÓRIA

Ao meu papai **Oclaris Camargo Munhoz** e a minha mamãe **Jurema Lopes Soares**, por terem me dado todo o apoio necessário durante minha trajetória, suportando os medos, anseios e as saudades junto a mim. Afinal, não é fácil ver seu filho de 17 anos saindo de casa em busca de um sonho. Peço a Deus todos os dias para que aos poucos eu siga retribuindo tudo o que vocês fizeram, fazem e ainda farão por mim. E que a gente tenha muita saúde, porque tendo saúde enfrentaremos e superaremos o que for preciso.

A vocês, dedico todo meu amor e carinho, dedico todas as minhas conquistas.

Eu lhes amo, e muito!

Ao meu irmão, **Adílio Camargo Munhoz** e a minha cunhada **Talita Soares**. Obrigado por cuidarem dos nossos pais por esse tempo todo em que não estive/estou junto, não é fácil estar distante e ao mesmo tempo querer cuidar. Obrigado por recentemente, terem me dado uma dádiva, a minha sobrinha e afilhada **Agatha**.

Amo vocês!

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a **Deus**, por minha vida, por cada benção, por cada manhã em que acordo, por tudo o que já vivi e ainda tenho para viver! Obrigado!

A minha orientadora **Prof.ª Dr.ª Rafaela Andolhe** que me acompanhou desde o início da minha trajetória no Mestrado e a **Prof.ª Dr.ª Tânia Solange Bosi de Souza Magnago**, que neste ano aceitou ser minha coorientadora. Vocês são exemplos de pessoas, profissionais e docentes. Obrigado por terem me apoiado e por dedicarem o tempo de vocês a mim. Agradeço os conhecimentos e ensinamentos compartilhados e por que não, “puxões de orelha”, foram necessários e fundamentais para minha formação, pessoal e profissional. Obrigado pelo privilégio de poder ter sido orientado por vocês!

Ao **Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem**, a **Prof.ª Dr.ª Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz** e a **Prof.ª Dr.ª Grazielle de Lima Dalmolin**, por terem aceitado contribuir com este estudo. Muito obrigado!

Ao **Grupo de Pesquisa**, o qual me proporcionou conhecimento científico essencial para minha formação e consequente elaboração deste trabalho. Em especial, aos bolsistas e colaboradores que auxiliaram no preparo e tratamento dos dados do estudo.

A **11ª Turma de Mestrado em Enfermagem da UFSM**, pelas trocas de conhecimento compartilhadas e por que não, pelas nossas jantãs espetaculares. Muito obrigado!

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, pelos conhecimentos e vivências compartilhadas. Obrigado pela de minha formação

Às minhas queridas colegas de graduação, **Angélica, Caroline Cruz, Gabriela, Polyana e Thayná**, que se mantiveram próximas mesmo após nos formarmos. Obrigado por me mostrarem que existe sim, amizade entre homem e mulher. Hoje tenho em mim o sentimento que devo protegê-las, e sim, sempre que possível farei isso. Obrigado por sempre estarem comigo, obrigado por sempre estarmos juntos. Um agradecimento especial a minha colega de graduação, mestrado e de apartamento, **Enfª Mda Gabriela Oliveira**. Gabinha, obrigado por estar comigo nessa trajetória, por ser minha família e por escutar minhas angústias e anseios.

Ao **Hospital Universitário de Santa Maria** e às equipes da **Unidade de Cirurgia Geral – Serviço de Internação**, do **Bloco Cirúrgico** e das **Salas de Recuperação Anestésica e Intermediária**. Agradeço por terem permitido e participado do desenvolvimento desse estudo. Muito obrigado!

A **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal (CAPES)**, pela bolsa de estudos.

A todos os meus amigos e aqueles que, de uma forma ou de outra, sempre me apoiaram e torceram por mim. Muito obrigado!

“... ainda que eu andasse pelo vale da sombra da morte, não temeria mal algum,  
porque *Tu* estas comigo...”

**Sl. 23**

“Hoje me sinto mais forte, mais feliz, quem sabe. Só levo a certeza de que muito  
pouco sei, ou nada sei...”

**Almir Sater**

"Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria  
saído do lugar. ”

**Chico Xavier**

## RESUMO

# CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE, ESTRESSE OCUPACIONAL E BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO

AUTOR: Oclaris Lopes Munhoz

ORIENTADORA: Rafaela Andolhe

COORIENTADORA: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

O estresse ocupacional e a síndrome de *burnout* estão diretamente relacionados com o adoecimento do trabalhador, o que pode acarretar em consequências na assistência prestada e repercutir na cultura de segurança do paciente. O objeto deste estudo é a associação entre estresse ocupacional e *burnout* e suas repercussões na cultura de segurança. A partir da questão de pesquisa: existe relação entre o estresse ocupacional e burnout dos profissionais de saúde sobre a percepção da cultura de segurança do paciente em unidades de perioperatório? -, esta pesquisa tem por objetivo avaliar a relação do estresse ocupacional e do *burnout* dos profissionais de saúde com a cultura de segurança em unidades de perioperatório. Desenvolveu-se um estudo transversal, com 146 profissionais de saúde lotados nas unidades: Unidade de Cirurgia Geral – Serviço de Internação; Bloco Cirúrgico; Sala de Recuperação Anestésica e Intermediária. Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento para a avaliação das características biossociais, do trabalho e perfil de saúde dos profissionais estudados, o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) para avaliar a cultura de segurança do paciente, a *Job Stress Scale* (JSS) para o estresse ocupacional e o Inventário *Maslach* de *Burnout* (IMB) para a síndrome de *burnout*. A coleta de dados ocorreu no período de março a julho de 2018. Para a análise dos dados empregou-se estatística descritiva e inferencial, considerando o nível de significância de 5% para todos os testes. Os preceitos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos foram seguidos. Como resultados, houve predomínio de técnicos de enfermagem (50,7 %), seguido de enfermeiros (20,5 %) e médicos (14,4 %), com uma mediana de idade de 41,1 anos. A maioria dos profissionais eram do sexo feminino (n=104; 71,2%), com companheiro (n=112; 76,7%) e com filhos (n=100; 68,5%). A maior formação prevalente foi o ensino médio (n=50; 34,2%). No que se refere a cultura de segurança, os profissionais de saúde das unidades de perioperatório tiveram uma percepção negativa acerca da cultura de segurança do paciente nesses ambientes (média = 63,8). Traçando o panorama do estresse ocupacional, a maioria dos participantes encontrava-se com altas demandas psicológicas (n=93; 63,7%) e baixo controle sobre o trabalho (n=83; 56,8%). Evidenciou-se uma maior prevalência de profissionais de saúde no quadrante de alta exigência (n=59; 40,4%). Quanto ao *burnout*, 15 (10,3 %) profissionais de saúde apresentaram a síndrome. Evidenciou-se que os profissionais de saúde que estão em *burnout* tem altas demandas psicológicas (p=0,049). Em síntese, observou-se correlação baixa e negativa entre despersonalização, demanda psicológica e percepção da cultura de segurança do paciente. Ou seja, quanto melhor o resultado de uma, pior o da outra. Ainda, a variável realização profissional apresentou correlação baixa e positiva com a cultura de segurança. Ou seja, quanto maior a realização profissional, maior a percepção para cultura positiva. Ademais, os dados obtidos revelaram circunstâncias importantes dos agravos ocupacionais a que os profissionais de saúde estão expostos, o que desfavorece a saúde do trabalhador e, conseqüentemente, fragiliza a assistência prestada e compromete a cultura de segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente. Saúde do trabalhador. Profissionais de saúde. Estresse ocupacional. Síndrome de *burnout*.



## **ABSTRACT**

### ***CULTURE OF PATIENT SAFETY, OCCUPATIONAL STRESS AND BURNOUT IN PROFESSIONALS OF PERIOPERATIVE UNITS***

**AUTHOR:** Oclaris Lopes Munhoz

**ADVISOR:** Rafaela Andolhe

**CO-ADVISOR:** Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Occupational stress and burnout syndrome are directly related to worker's illness, which can have consequences on the care provided and affect the safety culture of the patient. The object of this study is the association between occupational stress and burnout and its repercussions on the safety culture. From the research question: is there a relationship between occupational stress and burnout of health professionals about the perception of patient safety culture in perioperative units? -, this research aims to evaluate the relationship of occupational stress and burnout of health professionals with the safety culture in perioperative units. A cross-sectional study was carried out, with 146 health professionals working at the units: General Surgery Unit - Internment Service; Surgical ward; Anesthetic and Intermediate Recovery Room. To collect data, a tool was used to evaluate the biosocial characteristics, the work and health profile of the professionals studied, the Safety Attitude Questionnaire (SAQ) to evaluate the safety culture of the patient, the Job Stress Scale (JSS) for occupational stress and the Maslach Burnout Inventory (IMB) for burnout syndrome. Data were collected from March to July 2018. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics, considering a significance level of 5% for all tests. Ethical precepts involving human research were followed. As results, there was a predominance of nursing technicians (50.7%), followed by nurses (20.5%) and physicians (14.4%), with a median age of 41.1 years. The majority of the professionals were female (n = 104, 71.2%), with companion (n = 112, 76.7%) and with children (n = 100, 68.5%). The highest prevalence was high school (n = 50, 34.2%). Regarding the safety culture, the health professionals of the perioperative units had a negative perception about the safety culture of the patient in these environments (mean = 63.8). Tracing the occupational stress scenario, the majority of participants had high psychological demands (n = 93, 63.7%) and low control over work (n = 83, 56.8%). There was a higher prevalence of health professionals in the high-demand quadrant (n = 59, 40.4%). Regarding burnout, 15 (10.3%) health professionals presented the syndrome. It was evidenced that health professionals who are in burnout have high psychological demands (p = 0.049). In summary, there was a low and negative correlation between depersonalization, psychological demand and perception of the patient's safety culture. That is, the better the result of one, the worse the other. Still, the professional achievement variable presented a low and positive correlation with the safety culture. That is, the greater the professional achievement, the greater the perception for positive culture. In addition, the data obtained revealed important circumstances of the occupational diseases to which the health professionals are exposed, which undermines the health of the worker and, consequently, weakens the care provided and compromises the safety culture of the patient.

**Keywords:** Patient safety. Worker's health. Health professionals. Occupational stress. Burnout syndrome.

## LISTA DE QUADROS E ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b> Modelo Demanda-Control de <i>Robert Karasek</i> .....	27
<b>Quadro 1.</b> Estatísticas da Sala de Recuperação Anestésica e Intermediária do Hospital do Universitário de Santa Maria do ano de 2017. Santa Maria, RS, 2018.....	35
<b>Quadro 2.</b> Estatísticas da Unidade de Cirurgia Geral – Setor de Internação do Universitário de Santa Maria do ano de 2017. Santa Maria, RS, 2018.....	36
<b>Quadro 3.</b> Estatísticas do Bloco Cirúrgico do Hospital do Universitário de Santa Maria do ano de 2017. Santa Maria, RS, 2018.....	37
<b>Figura 2.</b> População elegível para participação no estudo. Santa Maris, RS, 2018.....	38
<b>Quadro 4.</b> Classificação das variáveis dependentes e independentes. Santa Maria, RS, Brasil, 2017.....	40
<b>Quadro 5.</b> Domínios do <i>Safety Attitudes Questionnaire - Short Form</i> , adaptado. Brasil, 2011.....	43
<b>Figura 3.</b> Distribuição dos profissionais de saúde segundo unidade de atuação. Santa Maria, RS, 2018. (n=146).....	47
<b>Figura 4.</b> Frequência dos profissionais de saúde das unidades de perioperatório segundo MD-C. Santa Maria, RS, 2018. (n=144).....	54
<b>Figura 5.</b> Distribuição dos profissionais de saúde segundo presença e ausência de <i>burnout</i> (IMB). Santa Maria, RS, 2018. (n=145).....	55

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição dos participantes, segundo as variáveis biossociais qualitativas. Santa Maria, RS, 2018.....	48
<b>Tabela 2</b> – Distribuição dos participantes conforme variáveis laborais. Santa Maria, RS, 2018.....	49
<b>Tabela 3</b> – Tempo de trabalho, carga horária semanal, dias sem folga, horas de sono e tempo de uso de celular e computador dos profissionais de saúde das unidades de perioperatório. Santa Maria, RS, 2018.....	50
<b>Tabela 4</b> – Análise descritiva do Questionário de Atitude de Segurança (SAQ) segundo a percepção dos profissionais de saúde das unidades de perioperatório. Santa Maria, RS, 2018.....	51
<b>Tabela 5</b> – Frequência de resposta das questões do SAQ. Santa Maria, RS, 2018.....	51
<b>Tabela 6</b> – Distribuição dos profissionais de saúde das unidades de perioperatório segundo grau de demanda psicológica e controle sobre o trabalho. Santa Maria, 2018. (n=144).....	54
<b>Tabela 7</b> – Distribuição dos profissionais de saúde de unidades de perioperatório segundo as dimensões de <i>burnout</i> (IMB). Santa Maria, RS, 2018.....	55
<b>Tabela 8</b> – Correlação entre cultura de segurança do paciente (SAQ total) e variáveis biossociais e do trabalho dos profissionais de saúde. Santa Maria, RS, Brasil.....	56
<b>Tabela 9</b> – Associação entre SAQ e variáveis biossociais e do trabalho dos profissionais de saúde. Santa Maria, RS, Brasil.....	56
<b>Tabela 10</b> – Associação entre os quadrantes do MD-C e SAQ geral. Santa Maria, RS, 2018.....	57
<b>Tabela 11</b> – Associação entre os quadrantes do MD-C e os domínios do SAQ. Santa Maria, RS, 2018.....	58
<b>Tabela 12</b> – Associação entre demanda psicológica (JSS) e desgaste emocional (MBI). Santa Maria, RS, 2018.....	59
<b>Tabela 13</b> – Associação entre demanda psicológica (JSS) e despersonalização (MBI). Santa Maria, RS, 2018.....	59
<b>Tabela 14</b> – Associação entre demanda psicológica (JSS) e realização profissional (MBI). Santa Maria, RS, 2018.....	59
<b>Tabela 15</b> – Associação entre controle sobre o trabalho (JSS) e desgaste emocional (MBI). Santa Maria, RS, 2018.....	60
<b>Tabela 16</b> – Associação entre controle sobre o trabalho (JSS) e despersonalização (MBI). Santa Maria, RS, 2018.....	60
<b>Tabela 17</b> – Associação entre controle sobre o trabalho (JSS) e realização profissional (MBI). Santa Maria, RS, 2018.....	60
<b>Tabela 18</b> – Associação entre as dimensões do MD-C (JSS) e <i>burnout</i> (MBI). Santa Maria, RS, 2018.....	61
<b>Tabela 19</b> – Associação entre o estresse ocupacional (JSS) e <i>burnout</i> (MBI). Santa Maria, RS, 2018.....	61
<b>Tabela 20</b> – Correlação de entre estresse ocupacional, <i>burnout</i> e cultura de segurança (SAQ). Santa Maria, RS, 2018.....	62

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MD-C – Modelo Demanda-Controle.  
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.  
BDENF – Base de Dados Bibliográfica Especializada na Área de enfermagem.  
BVS – Biblioteca Virtual de Saúde.  
JCAHO – Joint Commission on Accreditations of Healthcare Organizations.  
IoM – Instituto de medicina.  
EUA – Estados Unidos.  
ONA – Organização Nacional de Acreditação.  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância.  
OMS – Organização Mundial da Saúde.  
EA – Eventos Adversos.  
NASV – National Agency for Sanitary Vigilance.  
JCI – Joint Commission International.  
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada.  
MS – Ministério da Saúde.  
PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente.  
JCQ – Job Content Questionnaire.  
IMB – Inventário Maslach de Burnout.  
DE – Desgaste Emocional.  
DP – Despersonalização.  
RP – Realização Profissional.  
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo.  
GEP – Gerência de Risco e no Gabinete de Ensino e Pesquisa.  
HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria.  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa.  
UFSM – Universidade Federal de Santa Maria.  
PASW – Predictive Analytics Software.  
UCG/SI – Unidade de Cirurgia Geral – Serviço de Internação.  
BC – Bloco Cirúrgico.  
SRA – Sala de Recuperação Anestésica.  
SRI – Sala de Recuperação Intermediária.  
AGINFO – Aplicativo de Gestão e Integração de Informações.  
AGHU – Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários.  
GAP-CCS – Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde.  
JSS – Job Stress Scale.  
DP – Demanda Psicológica.  
C – Controle.  
HSS – Human Services Survey.  
SAQ – Questionário de Atitudes de Segurança.  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.  
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica.  
DP – Desvio Padrão.  
IC – Intervalo Interquartil.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>19</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>21</b>
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA SEGURANÇA DO PACIENTE .....	21
3.2 CULTURA DE SEGURANÇA .....	23
3.3 ESTRESSE OCUPACIONAL E O MODELO DEMANDA-CONTROLE.....	25
<b>3.3.1 Estresse ocupacional e cultura de segurança: tendências para construção do conhecimento em enfermagem</b> .....	<b>28</b>
3.4 <i>BURNOUT</i> : MODELO SOCIOAMBIENTAL.....	28
3.5 ESTRESSE E <i>BURNOUT</i> EM UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO .....	30
<b>4. MÉTODO</b> .....	<b>33</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO MATRICIAL.....	33
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA .....	34
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	38
4.4 COLETA E REGISTRO DOS DADOS.....	39
<b>4.4.1 Instrumento para o levantamento das características sociodemográficas, de saúde e do trabalho dos profissionais de saúde</b> .....	<b>41</b>
<b>4.4.2 <i>Job Stress Scale</i> (JSS) - Modelo Demanda-Controle</b> .....	<b>42</b>
<b>4.4.3 Inventário <i>Maslach</i> de <i>Burnout</i> (IMB)</b> .....	<b>42</b>
<b>4.4.4 Questionário de avaliação da cultura de segurança (SAQ)</b> .....	<b>43</b>
4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS .....	44
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	45
<b>4.6.1 Riscos e benefícios</b> .....	<b>46</b>
<b>4.6.2 Devolutiva dos dados</b> .....	<b>46</b>
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>47</b>
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DO TRABALHO E PERFIL DE SAÚDE DOS PROFISISONAIS DE SAÚDE.....	47
5.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO .....	50

5.3 ESTRESSE OCUPACIONAL NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO.....	53
5.4 <i>BURNOUT</i> NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO.....	55
5.5 ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS DE INTERESSE .....	56
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>63</b>
6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DO TRABALHO E PERFIL DE SAÚDE DOS PROFISISONAIS DE SAÚDE .....	63
6.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO.....	68
6.3 ESTRESSE OCUPCIONAL NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO.....	71
6.4 <i>BURNOUT</i> NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO.....	74
6.5 ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS DE INTERESSE .....	76
<b>7 CONCLUSÕES.....</b>	<b>81</b>
7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DO TRABALHO E PERFIL DE SAÚDE DOS PROFISISONAIS DE SAÚDE .....	81
7.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO.....	82
7.3 ESTRESSE OCUPCIONAL NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO.....	82
7.4 <i>BURNOUT</i> NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO.....	82
7.5 ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS DE INTERESSE .....	83
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>85</b>
<b>9 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>98</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Aliada ao avanço na assistência em saúde, a saúde do trabalhador tem sido fortemente abordada nos estudos da área de enfermagem. Neste ínterim, apesar dos avanços tecnológicos, o ambiente de trabalho ainda é permeado de fatores que interferem na saúde ocupacional e emocional dos profissionais, o que, muitas vezes, ocasiona o adoecimento destes, interferindo na qualidade da assistência prestada (BENEVIDES PEREIRA, 2010).

Um dos fatores que mais atinge os profissionais de saúde é o estresse. Este pode estar atrelado a um conjunto de forças externas que resultam em efeitos permanentes ou transitórios sobre o indivíduo (OLIVEIRA et al., 2012). Os estudos sobre o estresse seguem três linhas: na primeira, o enfoque está na resposta biológica (aspectos do sistema nervoso central, endócrinos, imunitários e do comportamento em geral), a segunda, nos acontecimentos que desencadeiam o estresse e, em terceiro, nas relações em que as circunstâncias estressantes se estabelecem com indivíduo e meio ambiente (NODARI et al., 2014).

No que concerne ao estresse ocupacional, para *Karasek* (1970), este está relacionado à altas demandas psicológicas, baixo controle sobre o trabalho e baixo apoio social recebido no ambiente de trabalho. Assim, o estresse ocupacional é considerado um dos fatores que mais atinge os profissionais de saúde, influenciando na atuação da equipe durante a prestação dos serviços de saúde, gerando insegurança (BENEVIDES PEREIRA, 2010; ANDRADE; COSTA, 2014).

Para verificar o estresse ocupacional, *Karasek* (1970) propõe o Modelo Demanda-Controle, o qual avalia as demandas psicológicas do ambiente de trabalho e o controle dos profissionais sobre essas demandas. Neste sentido, o desgaste emocional e os distúrbios psíquicos são mais prevalentes em profissionais com demandas de trabalho de alta exigência, ou seja, quanto maior a demanda psicológica, maior é a presença de distúrbios psíquicos (SCHIMIDT, 2013).

Considerando o trabalho em saúde, os profissionais, principalmente em nível hospitalar, executam atividades como o atendimento individual e coletivo, vivenciam relacionamento interpessoal e multiprofissional, muitas vezes, conflitantes. Além disso, atuam em situações de pressão, como em casos de urgência e emergência o que representa fatores que fazem com que estejam mais expostos aos estressores. Ademais, a falta de recursos materiais e humanos, também vivenciada nos ambientes laborais, especialmente nos hospitais públicos, pode resultar em carga de trabalho excessiva, contribuindo para o desenvolvimento

do estresse e conseqüentemente gerando risco para a saúde dos profissionais e dos pacientes que deles necessitam (SILVA; MOURA, 2014).

No que se refere às unidades de perioperatório, estas são campos de atuação em que os profissionais de saúde vivenciam o estresse. No perioperatório constam os períodos pré, intra e pós-operatório, ou seja, desde a notícia de que o paciente precisará de uma intervenção cirúrgica, até o momento da alta hospitalar. Para o paciente, o perioperatório pode ser considerado um momento crítico, visto que será submetido a um procedimento cirúrgico, expondo-o a riscos e diversas complicações (BRANDÃO; GALVÃO, 2013; CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014). Para os profissionais de saúde, os ambientes cirúrgicos exigem alto grau de qualificação e responsabilidade, pois há demanda de procedimentos complexos e a necessidade de lidar com os sentimentos dos pacientes e familiares, o que pode acarretar no esgotamento e no estresse profissional (SCHMIDT et al., 2009; BRANDÃO; GALVÃO, 2013).

Não obstante, situações estressantes podem levar ao cancelamento do procedimento cirúrgico, assim, os profissionais de saúde tem papel fundamental na redução das angústias dos pacientes. Essas particularidades das unidades cirúrgicas exigem enfrentamento do estresse tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde (AMTHAUER; FALK, 2014; GONÇALVES; MEDEIROS, 2016).

Em pesquisa desenvolvida com os profissionais da equipe de enfermagem de uma Unidade de Clínica Cirúrgica, constatou-se que 50% da equipe possuíam médio nível de estresse, 25% nível alto e 25% nível baixo de estresse. Dentre os fatores associados ao estresse, evidenciou-se maior formação, formação em andamento, horário fixo e duplo vínculo empregatício (MUNHOZ, 2016).

Frente a diversas situações adversas é exigido dos indivíduos adaptação, podendo estabelecer-se por meio de estratégias de enfrentamento. Essas estratégias correspondem a respostas aos diferentes processos a fim de manter a integridade física e psíquica do organismo, objetivando neutralizar e/ou eliminar o estressor, para assim restabelecer o equilíbrio interno. Os estressores podem ser entendidos como um desafio, onde os indivíduos acometidos precisam enfrentá-lo, ou em caso contrário, se entendido como ameaça, acabam adoecendo (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; ANDOLHE, 2013). Na perspectiva de *Karasek* (1970), a falta de controle sobre o trabalho e a alta demanda de trabalho são estressores que comprometem a saúde do trabalhador. Por outro lado, é importante que o trabalhador tenha controle sobre os estressores no trabalho para assim ter melhor qualidade de vida no ambiente laboral.



Portanto, se o controle do estresse não for efetivo, as pessoas podem desenvolver a síndrome de *burnout*, que é a resposta do organismo ao estresse crônico. *Freudenberger* (1974), em seu trabalho nomeado “*Staff Burnout*”, definiu como *burnout*, sentimentos como exaustão, incapacidade e fracasso observados em trabalhadores de uma clínica de dependentes de substâncias psicoativas.

Essa perda de entusiasmo no trabalho é considerada negativa, resultado de condições excessivas e estressantes do ambiente de trabalho, refletindo na saúde mental e física do trabalhador e, indiretamente, comprometendo a segurança do paciente. Em vista disso, o estresse e o *burnout* associam-se a características biossociais e do trabalho da equipe de enfermagem, como horas inadequadas de sono dormidas, dupla jornada de trabalho e falta de recursos humanos e de materiais, o que conseqüentemente, além de desfavorecer a saúde do trabalhador, compromete a qualidade da assistência prestada e fragiliza a segurança do paciente (FRANÇA; FERRARI, 2012; ANDOLHE et al., 2015).

Um conceito relevante em segurança do paciente é a cultura de segurança que é entendida como um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (ANVISA, 2013). Assim, o clima organizacional, uma vez mensurado, pode ser considerado como indicador de comportamento, produtividade, motivação e satisfação dos profissionais (CARVALHO, 2012).

Implementar a cultura de segurança é um processo que está associado a melhoria da assistência prestada, o que exige mudança de atitudes e padrões comportamentais dos profissionais de saúde e das gerências institucionais. Essas mudanças, se não enfrentadas adequadamente, podem ser interferidas pelo estresse e *burnout*, desfavorecendo a interface saúde do trabalhador e segurança do paciente (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993; RIGOBELLO et al., 2012).

Nesta perspectiva, estudo que objetivou avaliar a cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico, evidenciou que o estresse foi reconhecido por metade dos participantes da pesquisa como sendo uma influência negativa no ambiente de trabalho, comprometendo a segurança do paciente. Contudo, esse resultado indica que metade dos participantes consideram as situações estressantes como pertinentes ao ambiente laboral e os trabalhadores passam a enfrentá-las como sendo situações recorrentes (CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014). Ainda, fatores como a sobrecarga de trabalho e o acúmulo de tarefas são considerados estressores, aumentando a fadiga dos profissionais, dificultando a promoção da

saúde do trabalhador e da segurança do paciente (ANDOLHE, 2013; CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014).

Em estudo de revisão integrativa, realizado em maio de 2017 e atualizado em julho de 2018, na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Base de Dados Bibliográfica Especializada na Área de enfermagem (BDENF), via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que teve como estratégia de busca avançada: ((“cultura organizacional” OR “administração da segurança” OR “gestão do perigo”) AND (“erro humano”) OR (“cuidados terciários de saúde”)), não foram encontrados estudo que avaliem o estresse ocupacional (Modelo Demanda-Controle) e o *burnout* dos profissionais de saúde e suas relações com a cultura de segurança do paciente em unidades de perioperatório, especificadamente.

Ademais, o interesse por desenvolver esta pesquisa pautou-se na busca por dar continuidade aos estudos em ambientes de perioperatório, pois, desenvolveu-se o Trabalho de Conclusão de Curso em uma clínica cirúrgica e, a partir desse, foi possível constatar diagnósticos importantes, principalmente relacionados ao estresse em profissionais de enfermagem. Assim, identificou-se a necessidade de expandir os estudos, com vistas a contemplar todos os profissionais da saúde e todas as unidades de perioperatório em que esses atuam. Aliado a isso, este estudo contribuirá para o fortalecimento do Grupo de Pesquisa Trabalho, Ética, Saúde e Segurança do Paciente, ao qual esta pesquisa está vinculada e que tem desenvolvido pesquisas relacionadas à interface saúde do trabalhador e segurança do paciente. Frente a essas considerações, justifica-se a realização deste estudo.

Com base nessas considerações, emerge a **questão de pesquisa** que orienta esse estudo: existe relação entre o estresse ocupacional e *burnout* dos profissionais de saúde sobre a percepção da cultura de segurança do paciente em unidades de perioperatório? A **hipótese** deste estudo é que a ocorrência de estresse ocupacional e *burnout* possui relação significativa com a avaliação negativa da cultura de segurança do paciente.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a relação do estresse ocupacional e do *burnout* dos profissionais de saúde com a cultura de segurança em unidades de perioperatório.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características biossociais, do trabalho e perfil de saúde dos profissionais de saúde de unidades de perioperatório;
- Mensurar o clima de segurança do paciente na percepção dos profissionais de saúde unidades de perioperatório;
- Verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas, do trabalho e perfil de saúde com a cultura de segurança;
- Identificar nível de estresse ocupacional e presença de *burnout* nos profissionais de saúde de unidades de perioperatório;
- Analisar a relação entre estresse ocupacional e *burnout* dos profissionais de saúde de unidades de perioperatório.



### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

A história da segurança do paciente tem seu início na era de Hipócrates, respeitado médico que embora na sua época sem tecnologias de cuidado em saúde, escreveu “*primeiro não causar dano*”. Hipócrates já elucidava que a segurança do paciente poderia estar comprometida pela assistência prestada. Com os avanços, a assistência ao paciente passou a ser qualificada, entretanto, as chances de ocorrerem erros assistenciais aumentou. Em 1863, *Florence Nightingale*, precursora da enfermagem, ressalta: “*Pode parecer estranho que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes*”. Nessa época, Florence percebera que o cuidado ao paciente ia além da cura de sua patologia e que este cuidado era diretamente influenciado pela maneira como os profissionais de saúde prestavam assistência (BERNARDO; SILVA, 2012).

Por conseguinte, em 1918 surge o primeiro trabalho chamado de *Diseases of Medical Progress*, resultado da *Joint Commission on Accreditations of Healthcare Organizations (JCAHO)*, criada pelo Colégio Americano de Cirurgiões, que mostrou a prevalência e as maneiras de evitar as doenças iatrogênicas, estas relacionadas aos incidentes com danos à saúde dos pacientes (BERNARDO; SILVA, 2012).

Neste contexto histórico, não estava bem definido como deveriam ser abordados os erros humanos envolvendo os cuidados assistenciais. Assim, a teoria de *James Reason* (1990), é considerada a mais adequada, portanto, uma das mais utilizadas para essa análise. Esta teoria considera que o erro humano deve ser analisado sobre duas concepções: a primeira refere-se a uma **abordagem pessoal do erro** - relacionada com os erros cometidos por profissionais que estão prestando assistência direta ao paciente (individual) e, a segunda diz respeito a **abordagem sistêmica do erro** – considerando que qualquer organização é passível de erros e que este deve ser avaliado a partir de todas as barreiras que foram ultrapassadas para que o erro acontecesse, ou seja, a falha foi de um sistema e não apenas responsabilidade de um indivíduo.

Em 1999, o Institute of Medicine (IoM – Instituto de medicina) dos Estados Unidos (EUA) publica o relatório *Errar é humano* (To err is human), no qual destaca que a segurança do paciente está diretamente relacionada com a assistência prestada e ressalta a necessidade da criação de estratégias e medidas protetivas aos pacientes, visando melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Ainda, este relatório trouxe dados alarmantes relacionados aos erros

assistenciais, trazendo à tona que a mortalidade nos hospitais dos EUA, decorrente dos erros na assistência à saúde estava entre 44.000 e 98.000 mortes/ano. Atualmente, nos EUA o erro assistencial é considerado a terceira maior causa de mortes no país, atingindo numerosos 400.000 óbitos por ano, perdendo apenas para o câncer e as doenças cardiovasculares. Ainda, em um panorama mundial, há cerca de 421 milhões de internações hospitalares sendo que destas, ocorrem 42,7 milhões de eventos adversos anualmente (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016).

Nesta perspectiva, visando reduzir os erros assistenciais e a preocupação pela qualidade dos serviços de saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, por meio de processos de acreditação, determinou medidas protetivas para melhorar os parâmetros dos serviços hospitalares da América Latina. Assim, em 1999 surge a Organização Nacional de Acreditação – ONA com o objetivo de administrar o modelo brasileiro de acreditação e, então, em 2002 a Agência Nacional de Vigilância – ANVISA torna oficial o Sistema de Acreditação Brasileiro através da Resolução nº 921/02 (ANVISA, 2004).

A partir dos anos 2000, a segurança do paciente passa a ser interesse de pesquisadores por todo o mundo e começa a ser internacionalmente reconhecida como uma dimensão essencial de qualidade em saúde. Então, em 2004 criou-se a *World Alliance for Patient Safety* pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A partir disso, a OMS definiu incidente como todo evento ou condição que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente, com lesão ou sem lesão. Incidentes com lesão são definidos Eventos Adversos (EA) (ANVISA, 2007). Dentre os elementos centrais da Aliança Mundial de Segurança do Paciente, está a ação nomeada como Desafio Global, pelo qual, a cada dois anos, é lançado um tema prioritário para a adoção pelos membros da OMS e com isso, as instituições de saúde passam a ter metas para atingir visando qualificar a assistência em saúde

Com vistas em ajustar a proposta da OMS, a *National Agency for Sanitary Vigilance* (NASV) (2007) que corresponde à ANVISA no Brasil, instituiu a chamada proposta nacional para a segurança do paciente. Entre os objetivos, o principal foi elencar e identificar os problemas de segurança nos serviços de saúde, no que se refere à especificidade e a natureza dos mesmos (ANVISA, 2007). Neste ínterim, em outubro de 2007 foi promovido pela NASV o *workshop* intitulado Segurança do Paciente: um Desafio Global, o qual buscou subsidiar discussões e o levantamento de sugestões acerca da temática relacionada.

Ainda procurando evoluir na segurança do paciente, a *Joint Commission International* (JCI) lança em 2011 a 4ª edição da *Standards Lists Version*, na qual traz os objetivos internacionais para a segurança do paciente, composto por seis metas: identificar os pacientes

corretamente; melhorar a comunicação eficaz; melhorar a segurança dos medicamentos de alto risco; assegurar sítio, procedimentos e pacientes corretos nas cirurgias; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e; reduzir o risco do paciente de danos resultantes de quedas (BERNARDO; SILVA, 2012).

Acompanhando esse percurso histórico na evolução da segurança do paciente, o Ministério da Saúde, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), mediante portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, considerando a relevância e magnitude que os Eventos Adversos (EA) têm em nosso país. Ainda, adota a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, instituindo ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

Durante este trajeto histórico, percebe-se a crescente modificação na trajetória da segurança do paciente. Contudo, a falta de pesquisas e reflexões sobre a segurança do paciente não evitou que ocorresse, por muito tempo, uma abordagem individual do erro, sem a busca e análise da ocorrência de falhas de maneira sistêmica, o que fortaleceu a cultura punitiva. Por outro lado, a busca por uma assistência de qualidade, isenta de falhas tem sido cada vez mais almejada e estudada. Esses aspectos, fortalecem um conjunto de medidas, que incluem, mudança de atitudes frente aos erros, que caracterizam a cultura de segurança do paciente.

### 3.2 CULTURA DE SEGURANÇA

Na busca por definir e harmonizar conceitos de segurança do paciente, a *World Alliance for Patient Safety*, em 2009, convocou um Grupo de Trabalho, onde o principal objetivo deste grupo era agrupar conceitos que fossem internacionalmente aceitos. Assim, definiram-se 48 conceitos-chave para promover melhoria contínua e compreensão internacional de conceitos acerca da segurança do paciente. Após, em 2011, a Organização Mundial de Saúde permitiu a tradução, validação e publicação de uma edição para a língua portuguesa. Esta instituída, em 2013, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 36 (ANVISA) e implementada por meio da portaria nº 529 do Ministério da Saúde (2013), a qual instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

A seguir, serão apresentados alguns conceitos com vistas a contemplar a temática abordada, segundo portaria Nº 529 do Ministério da Saúde (2013):

- **Paciente:** indivíduo que recebe cuidados de saúde;
- **Segurança:** redução do risco de dano desnecessário a um mínimo aceitável;

- **Segurança do paciente:** redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;
- **Cultura de segurança:** cultura que apresenta cinco atributos de alto nível para que os profissionais de saúde se empenhem em operacionalizar através da implementação de sistemas de gestão da segurança: (1) uma cultura onde todos os funcionários aceitam a responsabilidade ou a segurança deles próprios, dos seus colaboradores, doentes, e visitantes; (2) uma cultura que prioriza a segurança relativamente a fins financeiros e operacionais; (3) uma cultura que estimula e recompensa a identificação, a comunicação e a resolução de questões de segurança; (4) uma cultura que incentiva a aprendizagem organizacional com os eventos adversos; (5) uma cultura que fornece recursos, estrutura e responsabilidade apropriados para manter sistemas de segurança eficazes.

Nesta perspectiva, segundo *Vincent* (2009), a cultura de segurança é estabelecida a partir das atitudes e valores de participantes de um determinado grupo ou instituição, onde cada um contribui com a segurança do seu modo. Então, para que seja efetivo o processo de instauração da cultura de segurança, é necessário comprometimento dos gestores, de modo que exerçam uma liderança clara, envolvendo todos trabalhadores no processo, destacando que a segurança do paciente e dos profissionais é prioridade (CAUDURO, 2013). A cultura de segurança está interligada ao funcionamento das organizações de saúde na busca por uma assistência contínua, de qualidade e visando impactos positivos. Ainda, influencia os profissionais a serem responsáveis por suas atitudes e atos, a partir de uma liderança, que ressalta os benefícios para uma assistência segura (ALVARADO, 2011).

Carvalho (2011) destaca que a cultura de segurança depende da colaboração de todos os membros de uma organização. Assim, implementar estratégias que visem essa cultura requer instauração de políticas institucionais, bem como é essencial que sejam identificados os fatores que impedem essa formação. Neste sentido, a cultura de segurança está associada a componentes comportamentais das equipes de saúde, implicados, por exemplo, pela responsabilidade, conhecimentos, competências, e também às ações das organizações de saúde que promovam a segurança do paciente (ALVARADO, 2011; CAUDURO 2013).

Além disso, compreender a cultura de segurança implica em considerar os Fatores Humanos que envolvem este contexto. As investigações destes fatores discorrem acerca das forças e limitações humanas relacionadas aos sistemas interativos de pessoas, equipamentos e ambiente laboral (HENRIKSEN et al., 2008).

Os principais fatores humanos que influenciam na cultura de segurança do paciente estão relacionados à esfera psicológica, dentre estes o trabalho em equipe, o apoio da



gerência, a resposta punitiva ao erro, as trocas de profissionais entre setores/unidades, a insatisfação profissional, os fatores organizacionais e de infraestrutura e, a falta de incentivos e de motivação (QUES, GONZÁLEZ, 2010; LEFIO; ALVARADO, 2011; CASTAÑEDA-HIDALGO et al., 2013; RAMOS; COCA; KAWAMOTO et al., 2016; ABELDAÑO, 2017). Todos estes fatores podem ocasionar um adoecimento psíquico nos profissionais de enfermagem, desfavorecendo assim, a cultura de segurança do paciente.

Por outro lado, há fatores humanos relacionados à esfera física dos profissionais de enfermagem associados à cultura de segurança, como a falta de pessoal, a necessidade de improvisar frente a falta de recursos materiais e, a assistência a pacientes críticos que demandam cuidados intensivos e frequentes (QUES, GONZÁLEZ, 2010; WEGNER; PEDRO, 2012; GIMENES; CASSIANI, 2013). Estes fatores podem influenciar negativamente na cultura de segurança do paciente, visto que podem gerar alta carga de trabalho nos profissionais da equipe de enfermagem. Também, a comunicação falha e ineficiente está associada a uma percepção negativa acerca da cultura de segurança, já a comunicação efetiva associa-se a uma percepção positiva (QUES, GONZÁLEZ, 2010; LEFIO; ALVARADO, 2011; RIGOBELLO, 2012).

### 3.3 ESTRESSE OCUPACIONAL E O MODELO DEMANDA-CONTROLE

Atualmente, o estresse tem sido estudado na medida em que sua repercussão está diretamente relacionada à saúde das pessoas e às suas implicações no ambiente de trabalho. Desse modo, a temática é destaque em diversas pesquisas, com vistas à identificação dos fatores relacionados aos estressores nos ambientes laborais. Segundo *Hans Selye* (1965, p. 54), o estresse é definido como “o estado manifestado por uma síndrome específica que consiste em todas as mudanças não específicas induzidas dentro de um sistema biológico”, ou seja, é quando o estado de homeostase de um corpo entra em desequilíbrio (BENVENITES PEREIRA, 2010).

Dentre os modelos teóricos desenvolvidos para avaliar o estresse referente ao ambiente de trabalho, de natureza psicossocial, o modelo demanda-controle (MD-C) de *Robert Karasek* (1979) está entre os mais utilizados nas pesquisas. Este modelo busca elucidar as exigências mentais que implicam no trabalho do profissional. Sendo assim, quanto maior as exigências do trabalho, maior é a exigência psicológica do profissional (KARASEK, 1979; ALVES et al., 2015).

O excesso de **demandas psicológicas**, de grande complexidade e que necessitam serem feitas em pouco tempo, aumentam as exigências psicológicas. Tais demandas envolvem: pressão do tempo, nível de concentração, interrupção de tarefas e necessidade de depender de outros. O **controle** no trabalho é a possibilidade que o profissional tem de usar habilidades (criatividade e estratégias) e a tomada de decisão para realizar as suas demandas, combatendo os estressores (KARASEK e THEÖRELL, 1990; ALVES et al., 2015).

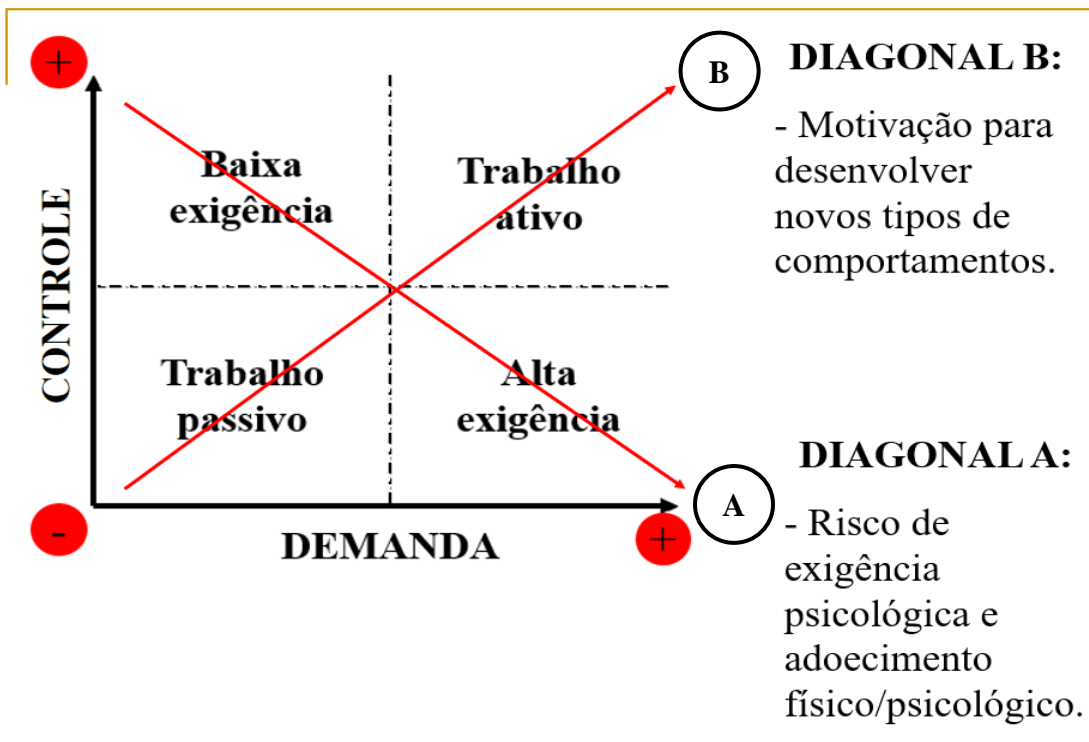
O modelo de *Karasek* está pautado, mais especificadamente, em dois pressupostos. No primeiro, altas demandas psicológicas e baixo controle acerca do processo de trabalho (trabalho de alta exigência) resultam em reações adversas à saúde do profissional. No segundo, há um “efeito favorável” do estresse se existe alta demanda psicológica e alto controle (trabalho ativo), simultaneamente. Por outro lado, quando há baixa demanda e baixo controle (trabalho passivo), resulta em redução de habilidades e desmotivação por parte do profissional (KARASEK, 1979; ALVES et al., 2015).

O MD-C evidencia quatro possíveis experiências do ambiente psicossocial do trabalho (KARASEK e THEÖRELL, 1990):

- **Alta exigência** – corresponde a alta demanda psicológica e baixo controle, podendo levar o indivíduo a tensão laboral. Nessa situação, pode haver desgaste psicológico, fadiga, ansiedade e depressão, enfermidades estas que põem em risco a saúde do indivíduo como consequência de seu ambiente de trabalho.
- **Trabalho ativo** – neste quadrante há alta demanda psicológica e alto controle por parte do trabalhador. Neste contexto o trabalho é enfrentado como um desafio. Assim, tem-se aprendizado, crescimento e alta produtividade.
- **Baixa exigência** – considerada a situação ideal, quando há baixa demanda psicológica e alto controle, correspondendo ao trabalho pouco estressante.
- **Trabalho passivo** – este relacionado à baixa demanda psicológica e baixo controle. Neste caso o trabalho pode resultar em atrofia gradual de aprendizagens e habilidades. Há ausência de desafios e iniciativas.

A Figura 1., elucida as combinações propostas pelo Modelo Demanda-Controle.

**Figura 1.** Modelo Demanda-Controle de *Robert Karasek*.



**Fonte:** Adaptado. *Karasek (1979); Karasek e Theörell (1990)*.

No que se refere às diagonais elucidadas na figura, a diagonal A demonstra o risco de exigência psicológica e adoecimento psíquico e físico para o trabalhador. Na área da saúde, a pressão para fazer muitas atividades/procedimentos em menor tempo e/ou tarefas consideradas monótonas, podem caracterizar essa situação. Já na diagonal B, há uma situação inversa, ou seja, evidencia-se motivação para o trabalhador desenvolver suas atividades. Neste caso, mesmo que o indivíduo tenha altas demandas psicológicas em seu trabalho, essa situação é encarada como um desafio, pois há alto controle sobre as atividades.

O instrumento teórico metodológico para avaliar as dimensões do MD-C foi construído por *Karasek (1985)* e intitulado *Job Content Questionnaire (JCQ)*. No Brasil, *Araújo em 1999*, constituiu a versão traduzida e adaptada para a realidade brasileira, com 49 questões, elaborado a partir do referencial do Modelo Demanda-Controle (MDC). A versão original compreende 49 questões que se subdividem em abordagens referentes ao controle e demanda psicológica, suporte social, demanda física, insegurança no trabalho e nível de qualificação referida.

Posterior a versão original, foi elaborada uma versão reduzida do JCQ, por *Torres Theörell (1988)* e traduzida e validada para o português por *Alves et al (2004)*. O instrumento

em sua versão reduzida possui 17 questões, sendo 5 para avaliar a demanda psicológica, seis para avaliar o controle/habilidades e seis para analisar o suporte social.

### **3.3.1 Estresse ocupacional e cultura de segurança: tendências para construção do conhecimento em enfermagem**

Para este item, realizou-se um artigo de tendências, do tipo revisão narrativa, com abordagem qualitativa. Elaborou-se o manuscrito com vistas a dar fundamentação teórica ao presente estudo e como produto avaliativo da disciplina de Construção do Conhecimento em Saúde e Enfermagem, componente da grade curricular do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. O presente artigo foi publicado em agosto de 2018 na Revista Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde *Health Sciences* (ISSN eletrônico 2357-8114). O artigo na íntegra encontra-se em anexo (ANEXO A).

### **3.4 BURNOUT: MODELO SOCIOAMBIENTAL**

Os ambientes de trabalho são considerados, muitas vezes, locais onde os profissionais necessitam de qualidade de vida. Em vista disso, estudos que abordam o impacto da sobrecarga de trabalho na saúde dos profissionais e sua repercussão nas atividades assistenciais têm crescido nas últimas décadas, visto que além da saúde do trabalhador, a segurança do paciente também é comprometida (FRANÇA; FERRARI, 2012).

Os profissionais de saúde desenvolvem atividades que lhes exigem capacidades técnicas e científicas específicas. Além disso, o seu ambiente de trabalho caracteriza-se por possuir estressores, tais como as situações de pressão como nas urgências e emergências; vivenciam o processo de morte/morrer dos pacientes; envolvem-se em conflitos interpessoais, fatores que podem desencadear o adoecimento psíquico do profissional, como consequência do seu ambiente de trabalho (GUIRADELLO, 2017).

Estudo demonstrou que os níveis de *Burnout* são mais elevados quando há desacordos entre a pessoa e o seu ambiente de trabalho (BENETTI et al., 2009). Além disso, a dinâmica organizacional de unidades fechadas gera tensão e sobrecarga de trabalho ocupacional (JODAS; HADDAD, 2009). Sendo assim, cabe a reflexão acerca dos diferentes ambientes das unidades hospitalares, bem como dos fatores que podem interferir na saúde dos profissionais.

Este adoecimento em decorrência do trabalho, embora já estudado anteriormente, passou a ser conceituado e discutido com mais ênfase a partir da publicação do psiquiatra *Freudenberger*, em 1974, definiu como *Burnout*, sentimentos como exaustão, incapacidade e

fracasso observados em trabalhadores de uma clínica de dependentes de substâncias psicoativas.

O *Burnout* está relacionado às consequências do trabalho na saúde dos profissionais e atinge, principalmente, os trabalhadores que atuam como cuidadores, já que atuam em contato direto com os pacientes. O *Burnout* ficou reconhecido por ser um processo de risco ocupacional para as profissões que envolvem educação, cuidados e serviços com humanos (FRANÇA; FERRARI, 2012; SCHMIDT et al., 2013). A Síndrome de *Burnout* é desencadeada devido ao estresse laboral excessivo, quando o indivíduo não consegue usar estratégias para enfrentar os estressores e, com isso, acaba adoecendo (ANDOLHE et al., 2015).

Dentre as concepções teóricas que definem um modelo explicativo para o *Burnout*, está a Concepção Socioambiental desenvolvida pelas psicólogas *Christina Maslach* e *Susan Jackson* (1977), as quais evidenciaram fatores sócio ambientais como sendo precursores do desenvolvimento de *Burnout*. Assim, fatores oriundos do ambiente trabalho podem fragilizar um indivíduo, fazendo com que este desencadeie a síndrome (MASLACH; JACKSON, 1986; BENVENITES PEREIRA, 2010).

Partindo da concepção socioambiental, *Maslach* e *Jackson* (1986) elencaram fatores multidimensionais do *Burnout*, considerando os aspectos individuais, associados às condições e relações do trabalho. Tais fatores se subdividem em três dimensões: o desgaste emocional, relacionada ao esgotamento físico, mental e emocional, a despersonalização, indicando que a personalidade do indivíduo está sofrendo alterações como consequência do seu trabalho, e por fim, a baixa realização profissional, esta que evidencia a insatisfação com as atividades laborais (MASLACH; JACKSON, 1986; BENVENITES PEREIRA, 2010).

Segundo o modelo socioambiental de *Maslach* e *Jackson* (1986) destacam-se, pautadas nas três dimensões, características particulares dos indivíduos associadas às condições de trabalho, o que favorece o desenvolvimento da síndrome:

- **Desgaste emocional** – nesta situação o indivíduo sente-se sem energia para encarar um novo dia de serviço ou algum problema.
- **Despersonalização** – corresponde a diminuição motivacional para o seu trabalho. Há perda de entusiasmo e interesse pessoal, podendo o indivíduo ficar irritado, ansioso e distanciado de seus objetivos.
- **Realização profissional** – refere-se à reduzida realização profissional. Há falta de suporte social e o indivíduo não se sente com competência suficiente para realizar suas

demandas, podendo ser acometido por depressão e manifestando a vontade de deixar seu emprego.

O modelo teórico-metodológico proposto para avaliar os níveis de *burnout* em suas três dimensões constitui-se do instrumento intitulado *Inventário Maslach de Burnout* (IMB), elaborado por *Christina Maslach* e *Susan Jackson* (1978). A primeira versão do instrumento possui 47 itens, atualmente, 22 itens: nove para avaliar o Desgaste emocional (DE), cinco para Despersonalização (DP) e oito para avaliar a Realização Profissional (RP).

Estudo realizado com enfermeiros de unidades de internação e de Unidades de Terapia Intensiva constatou que a sobrecarga de trabalho e o dimensionamento inadequado de pessoal estão associados ao *burnout*. Os enfermeiros deste estudo admitiram deixar tarefas inacabadas, prejudicando a qualidade da assistência prestada (GARRET, 2008). Esse panorama demonstra uma realidade onde o cansaço pode ser prejudicial ao bem-estar físico e psicológico, resultado de altas demandas de trabalho (GARRET, 2008; ANDOLHE et al., 2013). Assim, um ambiente favorável à prática profissional pode resultar em uma melhor qualidade do cuidado e em baixos níveis de exaustão emocional (GUIRADELLO, 2017).

Outro estudo realizado em um hospital geral de Minas Gerais, constatou que a categoria profissional que apresentou maiores níveis de *burnout* foi a de auxiliares de enfermagem, seguido dos técnicos de enfermagem e enfermeiros. Cabe a reflexão se essa realidade pode estar ou não relacionada aos diferentes níveis hierárquicos da profissão enfermagem (CAMPOS et al., 2015).

Investigação realizada em dois hospitais de Cáceres, no Mato Grosso, evidenciou que os profissionais de enfermagem mais acometidos pela Síndrome de *Burnout* foram àqueles com carga horária semanal de 30 horas, com duplo vínculo empregatício, com pouco tempo de formação e os com cargos administrativos. Nessa perspectiva, destaca-se a necessidade de mudanças do ambiente laboral, com vistas a reduzir tais fatores que podem interferir na saúde do trabalhador (FRANÇA et al., 2012).

No Brasil, pesquisas acerca do estresse e *burnout* têm contribuído para a identificação dos fatores associados ao adoecimento do profissional, o que desfavorece a segurança do paciente. Contudo, são escassos os estudos direcionados a esses fatores em unidades de perioperatório, as quais possuem peculiaridades que exigem preparação profissional para o atendimento aos pacientes cirúrgicos.

### 3.5 ESTRESSE E *BURNOUT* EM UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO

Discorrer acerca da segurança do paciente é considerar o impacto do ambiente de trabalho e os fatores associados a saúde do trabalhador. Neste contexto, os profissionais de saúde encontram-se mais vulneráveis aos transtornos mentais relacionados ao trabalho, uma vez que suas ações são dependentes de seus objetos de trabalho, como o gerenciar, o cuidar e o educar, estes diretamente dependentes de relações interpessoais intensas que transcorrem em ambientes laborais muitas vezes sobrecarregados e que podem ocasionar o adoecimento psíquico dos profissionais (LORENZ; BENATTI; SABINO, 2010). Frente aos diferentes ambientes de trabalho, às unidades de perioperatório estão entre os locais que mais ocasionam o desgaste psicológico dos profissionais que neles atuam, resultado da complexidade e da competência e autonomia exigida neste tipo de ambiente (SCHMIDT et al., 2009).

Estudo constatou que o ambiente da UTI cirúrgica estava associado às variáveis de sinais e sintomas de estresse. Ainda, os resultados demonstraram que os profissionais deste cenário não estavam satisfeitos com o trabalho, não estavam dispostos a trabalhar, estavam cansados, com poucas horas de sono e consideravam os recursos materiais insuficientes, demonstrando assim, uma maior suscetibilidade para o desenvolvimento de estresse e *burnout* (ANDOLHE et al., 2015).

Na investigação desenvolvida por *Lorenz, Benatti e Sabino* (2010), no qual um dos cenários estudados foi uma unidade de clínica cirúrgica, evidenciou-se a presença de *burnout* relacionada ao trabalho e altos níveis de estresse em enfermeiros da amostra estudada. Também, concluiu-se que a sobrecarga psíquica e cognitiva está relacionada à sobrecarga de trabalho e, com isso, deve ser considerada nas avaliações das instituições de saúde (LORENZ; BENATTI; SABINO, 2010).

Outra pesquisa realizada com profissionais de enfermagem dos blocos cirúrgicos de 11 hospitais do Paraná, com amostra composta por 211 participantes, distribuídos entre enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, constatou que 82,4 % destes profissionais encontravam-se estressados e 17,6 % não estavam estressados, dado considerado preocupante. No que se refere a categoria profissional, o mesmo estudo evidenciou que os enfermeiros possuem maior controle sobre suas demandas de trabalho quando comparado às demais categorias (SCHMIDT et al., 2009).

A prevalência do estresse em ambientes de perioperatório também foi constatada no estudo de *Rodrigues et al* (2017), onde a unidade de clínica cirúrgica foi o setor em que predominaram os maiores níveis de estresse entre os profissionais. Embora seja considerada uma unidade de internação aberta, a clínica cirúrgica dispõe de fatores que podem ser visualizados pelos trabalhadores como desencadeadores de estresse (RODRIGUES et al., 2017).





## 4. MÉTODO

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO MATRICIAL

O presente estudo trata-se de um subprojeto da investigação intitulada “Cultura de segurança do paciente e agravos à saúde do trabalhador em ambiente hospitalar”, a qual passou por um processo de tramitação no Gabinete de Ensino e Pesquisa (GEP) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), com posterior encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). A pesquisadora responsável pelo projeto matricial autorizou a utilização do banco de dados da pesquisa (Anexo B).

O Projeto Matricial tem como objeto geral: avaliar a cultura de segurança e os agravos à saúde dos trabalhadores em ambiente hospitalar, a partir deste, têm-se o objetivo específico do presente subprojeto: avaliar a relação do estresse e do *burnout* dos profissionais de saúde com a cultura de segurança em unidades de perioperatório.

No que se refere ao método da investigação matricial, tratou-se de um estudo epidemiológico observacional do tipo transversal. O cenário foi o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) da UFSM, criado em 1970. Este é um hospital público de ensino, de alta complexidade, referência para a região da 4ª Coordenadoria Estadual de Saúde, o qual possui vinculação a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), desde 2014.

A população do projeto matricial compreendeu 1.835 trabalhadores, sendo 824 vinculados à EBSERH e 1.011 vinculados ao regime jurídico único. Participaram do estudo todos os trabalhadores de todos os serviços de saúde oferecidos na instituição, incluindo os serviços de apoio, com tempo mínimo de atuação de quatro semanas e carga horária mínima de 20 horas, por atenderem a requisitos metodológicos dos instrumentos. Foram excluídos os trabalhadores afastados no período da coleta por qualquer motivo. Utilizou-se critério para amostra da população, após cálculo de amostragem, o qual estimou uma amostra mínima de 322 participantes.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: instrumento de caracterização sociodemográfica, laborais e perfil de saúde; *Safety Attitudes Questionnaire - SAQ* (CARVALHO, 2011); *Job Stress Scale*, versão reduzida (THEORELL, 2004); Cortisol salivar através de salivetes, com swab oral; Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares - QNSO (BARROS; ALEXANDRE, 2003); *Maslach Burnout Inventory* –

IMB (MASLACH; JACKSON, 1998); *Stanford Presenteeism Scale* (KOOPMAN et al., 2002) e; *Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT* (LIMA et al., 2005).

A coleta dos dados ocorreu no local de trabalho, no período de março a julho de 2018, após estudo piloto entre os participantes da pesquisa e treinamento de “coletadores” pelos pesquisadores responsáveis. Os instrumentos utilizados são auto preenchíveis, exceto as variáveis peso, circunferência abdominal e pressão arterial, sendo essas verificadas pelos “coletadores”.

A inclusão dos dados foi feita através de planilhas do programa *Microsoft Excel*®, versão 7,0 com dupla digitação independente e checagem de erros e inconsistências. Posterior a isso, utilizou-se o programa *PASW Statistic*® (*Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago, USA*) versão 18.0 para Windows. A análise dos dados foi realizada com estatística descritiva, respeitando-se a distribuição dos dados, sendo que a normalidade foi verificada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* e, estatística inferencial. A análise dos instrumentos seguiu as orientações específicas de cada um.

Enquanto estudante de mestrado, o envolvimento na pesquisa matricial iniciou-se com a elaboração do projeto. Após, houve participação na construção dos blocos a serem utilizados para a coleta dos dados, bem como no preparo do manual do “coletador” e realização de reuniões com voluntários que auxiliaram na pesquisa. Ademais, envolveu-se com a coleta, digitação e análise dos dados coletados.

A partir deste momento, serão descritos os passos do desenvolvimento do presente estudo. Esse que também possui como delineamento metodológico um estudo epidemiológico observacional, transversal, de abordagem quantitativa.

## 4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O presente estudo intitulado “cultura de segurança do paciente, estresse ocupacional e *burnout* em profissionais de saúde de unidades de perioperatório” foi desenvolvido a partir do acesso ao banco de dados, conforme autorização do pesquisador responsável, referente a: Unidade de Cirurgia Geral – Serviço de Internação (UCG – SI), Bloco Cirúrgico (BC), Sala de Recuperação Anestésica (SRA) e Sala de Recuperação Intermediária (SRI). Todas as unidades prestam atendimento de saúde a pacientes com afecções cirúrgicas, de diferentes especialidades.

A UCG – SI atende pacientes em situações de pré-operatório, e pós-operatório. Os leitos são distribuídos conforme necessidade de cada especialidade. Há internações de

pacientes para reintervenção cirúrgica e também para a realização de cirurgias eletivas. Dentre as especialidades que compõem esta unidade estão: traumatologia, ortopedia, urologia, cabeça e pescoço, plástica, gastrenterologia, proctologia e cirurgia geral. Esta unidade conta também com um Grupo de Estudos de Lesões de Pele.

O Bloco Cirúrgico é a unidade hospitalar assistencial onde são realizadas as intervenções cirúrgicas, visando atender intercorrências clínicas, com suporte da ação de uma equipe de profissionais integrada. Cirurgias de pacientes que já estão internados são realizadas no bloco cirúrgico, bem como as cirúrgicas eletivas e de urgência e emergência.

A Sala de Recuperação Anestésica e a Sala de Recuperação Intermediária correspondem às unidades para recuperação pós-anestésica dos pacientes, quando estes terminam os procedimentos a que foram submetidos. Na SRA os pacientes que saem das cirurgias são internados para o pós-operatório imediato, pois necessitam de cuidados e atenção frequentes nas primeiras 24 horas. Logo após, os pacientes são encaminhados para a SRI, unidade destinada ao pós-operatório mediato, que diz respeito às horas seguintes ao imediato, para na sequência retornarem às suas unidades de internação, caso já estejam internados previamente, ou para serem encaminhados à alta hospitalar, dependendo do tipo de cirurgia ou quando esta for possível.

Todas as unidades supracitadas, além de contar com profissionais de enfermagem, médicos, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e assistente social, contam também com a atuação de estudantes dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, porém, no presente trabalho esses profissionais não foram estudados, pois, não houve retorno do de seus órgãos responsáveis em tempo para a coleta dos dados.

A seguir, nos Quadros 2, 3 e 4 estão apresentadas estatísticas das unidades deste estudo no ano de 2017. Esses dados foram disponibilizados pelo AGINFO (Aplicativo de Gestão e Integração de Informações) e pelo AGHU (Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários) do HUSM.

**Quadro 1** – Estatísticas da Sala de Recuperação Pós-Anestésica do Universitário de Santa Maria do ano de 2017. Santa Maria, RS, 2018.

SRA/SRI	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
PACIENTE/MÊS	522	396	509	347	581	492	447	476	382	447	466	382	454
INTERNAÇÕES	112	111	119	132	165	154	147	164	152	172	148	124	142
TRANSFERÊNCIA RECEBIDA	333	314	361	316	422	314	319	318	306	304	314	302	327
ALTAS	144	182	171	157	211	199	178	196	166	196	178	156	178

TRANSFERÊNCIA ENVIADA	280	250	303	305	336	266	283	285	289	274	275	280	286
ÓBITOS ANTES DE 24 hs	0	0	3	1	0	1	2	0	0	1	2	1	1
ÓBITOS DEPOIS DE 24 hs	2	3	4	0	0	0	2	5	3	1	1	1	2
SAÍDAS	426	435	481	463	547	466	465	486	458	472	456	438	466
PAC/DIA	17	14	16	12	19	16	14	15	13	14	16	12	15
MÉDIA DE PERMANÊNCIA	1,23	0,91	1,06	0,75	1,06	1,06	0,96	0,98	0,83	0,95	1,02	0,87	0,97
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	-0,50	-0,27	-0,41	-0,10	-0,50	-0,41	-0,29	-0,34	-0,18	-0,29	-0,36	-0,16	-0,32
ROTATIVIDADE DE LEITOS	42,60	43,50	48,10	46,30	54,70	46,60	46,50	48,60	45,80	47,20	45,60	43,80	46,61
MORTALIDADE INSTITUCIONAL	0,47%	0,69%	0,83%	0,00%	0,00%	0,00%	0,43%	1,03%	0,66%	0,21%	0,22%	0,23%	0,40%
MORTALIDADE GLOBAL	0,47%	0,69%	1,46%	0,22%	0,00%	0,21%	0,86%	1,03%	0,66%	0,42%	0,66%	0,46%	0,59%
Nº DE LEITOS	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Fonte: AGHU/Aginfo. Adaptado.

**Quadro 2** – Estatísticas da Unidade de Cirurgia Geral – Setor de Internação do Universitário de Santa Maria do ano de 2017. Santa Maria, RS, 2018.

UCG – SI	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
PACIENTE/MÊS	1.428	1.263	1.358	1.406	1.582	1.408	1.428	1.428	1.355	1.442	1.442	1.440	1.415
INTERNAÇÕES	46	55	62	44	53	49	57	53	51	64	55	48	53
TRANSFERÊNCIA RECEBIDA	181	157	187	193	184	175	187	189	205	195	174	227	188
ALTAS	129	121	145	141	132	125	144	136	159	141	128	179	140
TRANSFERÊNCIA ENVIADA	86	93	99	86	120	96	93	103	93	106	103	89	97
ÓBITOS ANTES DE 24 hs	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ÓBITOS DEPOIS DE 24 hs	4	5	3	8	6	3	2	5	5	4	7	6	5
SAÍDAS	219	219	247	235	258	224	239	244	257	251	238	274	242
PAC/DIA	46	45	44	47	51	47	46	46	45	47	48	46	47
MÉDIA DE PERMANÊNCIA	6,52	5,77	5,50	5,98	6,13	6,29	5,97	5,85	5,27	5,75	6,06	5,26	5,86
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	0,84	0,88	1,03	0,66	0,12	0,68	0,77	0,75	0,80	0,68	0,50	0,63	0,69
ROTATIVIDADE DE LEITOS	4,21	4,21	4,75	4,52	4,96	4,31	4,60	4,69	4,94	4,83	4,58	5,27	4,66
MORTALIDADE INSTITUCIONAL	1,83%	2,28%	1,21%	3,40%	2,33%	1,34%	0,84%	2,05%	1,95%	1,59%	2,94%	2,19%	2,00%
MORTALIDADE GLOBAL	1,83%	2,28%	1,21%	3,40%	2,33%	1,34%	0,84%	2,05%	1,95%	1,59%	2,94%	2,19%	2,00%
Nº DE LEITOS	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52

Fonte: AGHU/Aginfo. Adaptado.

No que se refere aos números apresentados como mortalidade global e institucional, apresentados nos quadros acima, o cálculo é feito da seguinte forma:

→ Mortalidade Global = ((número de óbitos >24h + número de óbitos <24h)/número de saídas)\*100

→ Mortalidade Institucional = (número de óbitos >24h /número de saídas)\*100

**Quadro 3** – Estatísticas do Bloco Cirúrgico do Hospital do Universitário de Santa Maria do ano de 2017. Santa Maria, RS, 2018.

ESPECIALIDADE	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
CIR. GERAL	221	121	220	151	167	154	237	272	233	219	196	165	196,3
TRAUMATO/ ORTOPEDIA	94	82	98	110	116	109	113	96	93	102	114	103	102,5
GINECO/ OBSTETRÍCIA	40	52	51	42	57	46	40	45	37	40	40	27	43,1
UROLOGIA	32	32	37	32	41	37	38	28	33	43	40	48	36,8
PROCTOLOGIA	37	30	44	60	53	54	31	21	18	36	35	17	36,3
CIR. PEDIÁTRICA	22	31	31	35	32	37	32	43	28	22	25	37	31,3
VASCULAR	33	32	34	29	33	23	20	24	30	33	32	28	29,3
CIR. DIGESTIVA	4	9	21	43	25	31	10	9	7	8	8	90	22,1
CABEÇA E PESCOÇO	20	23	23	22	17	35	22	19	20	23	26	10	21,7
TORÁCICA	23	19	22	21	30	23	12	20	15	21	26	27	21,6
OTORRINO	10	15	12	15	22	21	17	15	14	18	17	15	15,9
CIR. CARDÍACA	11	13	12	10	23	18	10	12	11	12	12	15	13,3
REPARADORA	18	12	11	14	12	15	14	13	12	14	12	9	13
MASTOLOGIA	15	7	15	15	14	11	16	14	6	12	16	11	12,7
ANESTESIOLOGIA	3	1	2	0	1	2	0	0	48	37	18	33	12,1
NEUROLOGIA	14	7	15	5	7	17	13	15	9	11	7	11	10,9
PSIQUIATRIA	0	0	0	0	0	0	0	0	13	35	30	20	8,2
CIR. ONCOLÓGICA	5	7	7	6	12	6	5	3	3	3	4	3	5,3
BUCO-FACIAL	0	3	6	4	7	5	0	2	7	5	6	2	3,9
ODONTOLOGIA	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0,3
OFTALMOLOGIA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0,3
NEFROLOGIA	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0,3
<b>Total</b>	<b>602</b>	<b>496</b>	<b>662</b>	<b>614</b>	<b>670</b>	<b>645</b>	<b>631</b>	<b>651</b>	<b>638</b>	<b>696</b>	<b>666</b>	<b>672</b>	<b>636,9</b>

Fonte: AGHU/Aginfo. Adaptado.

Cabe salientar que nestes dados do Bloco Cirúrgico apresentados estão incluídos: procedimentos cirúrgicos, procedimentos com finalidade diagnóstica, procedimentos clínicos e transplantes de órgãos, tecidos e células e, órteses, próteses e materiais especiais.

#### 4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

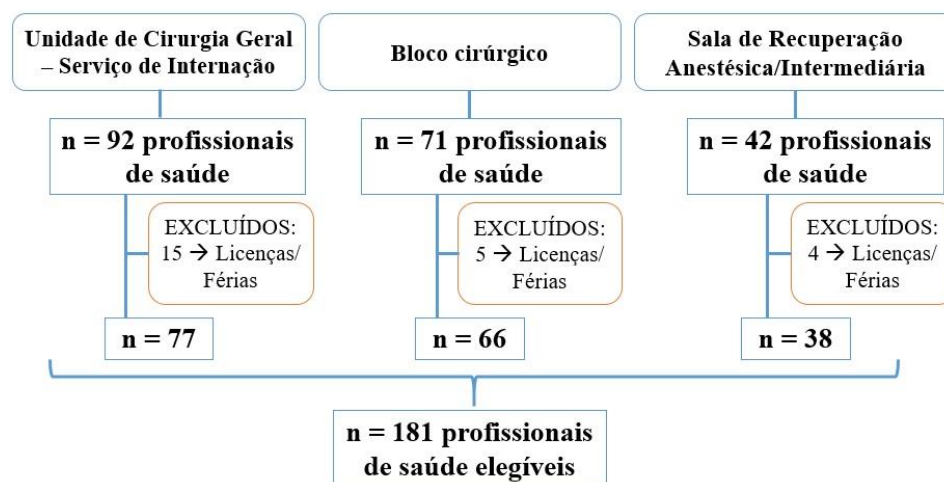
Participaram do estudo os profissionais de saúde das unidades supracitadas, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, nutricionistas e auxiliares de saúde.

A Unidade de Cirurgia Geral – Setor de Internação conta com o seguinte número de profissionais: 17 enfermeiros, 29 técnicos de enfermagem, cinco auxiliares de enfermagem, 31 médicos, dois dentistas, três fisioterapeutas, três nutricionistas, um assistente social e um fonoaudiólogo. Destes, 15 profissionais foram excluídos por não atenderem os critérios de inclusão. Os profissionais médicos, nutricionistas, assistente social e fonoaudiólogo realizam atendimentos em outras unidades também, como no Pronto Socorro e na SRA e SRI, contudo, estão lotados na UCG – SI. O Bloco Cirúrgico conta com oito enfermeiros (que são responsáveis e atuam na SRA e SRI, conforme escala), 35 técnicos de enfermagem, cinco auxiliares de enfermagem, 20 médicos e três auxiliares de saúde. Destes, cinco profissionais foram excluídos por não atenderem os critérios de inclusão. Salienta-se que os médicos da UCG – SI, conforme especialidade, atuam no BC realizando os procedimentos cirúrgicos. Atuam na Sala de Recuperação Anestésica e Intermediária: nove enfermeiros, 29 técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem e um fisioterapeuta. Destes, quatro profissionais foram excluídos por não atenderem os critérios de inclusão.

Esses dados referentes aos profissionais lotados nas unidades de perioperatório foram disponibilizados pelo setor de Recursos Humanos da instituição.

A Figura 2 elucida o a população elegível para a participação no estudo.

**Figura 2.** População elegível para participação no estudo. Santa Maria, RS, 2018.



**Fonte:** Autoria própria. Santa Maria, RS, 2018.

Conforme os critérios de inclusão e exclusão, a população elegível contida nessas unidades foi de 181 profissionais de saúde.

Todos os profissionais de saúde foram convidados a participar da pesquisa, contudo, visando evitar possíveis vieses de pesquisa o critério de amostra mínima foi adotado (HILL; HILL, 2002), conforme o cálculo a seguir:

$$n = \frac{x^2 \cdot N \cdot P(1-P)}{d^2(N-1) + x^2 \cdot P(1-P)}$$

Em que:

n= tamanho da amostra;

X<sup>2</sup>= valor do qui-quadrado para 1 grau de liberdade ao nível de confiança de 0,05 e que é igual a 3,89 (valor fixo pré-determinado)

N= o tamanho da população

P= a proporção da população que se deseja estimar (pressupõe-se que seja de 0,50 uma vez que esta proporção forneceria o tamanho máximo amostral)

d= o grau de precisão expresso em proporção (0,05)

Com base no cálculo, estimou-se uma amostra mínima de 162 participantes.

#### 4.4 COLETA E REGISTRO DOS DADOS

A etapa de coleta de dados ocorreu de março a julho de 2018, após autorização e registro no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde (GAP-CCS), Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria (GEP-HUSM) (Anexo C), seguido de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM (Anexo D).

Os dados foram coletados por “coletadores” treinados e após estudo piloto, esse que foi realizado com os participantes do Grupo de Pesquisa Trabalho, Ética, Saúde e Segurança do Paciente ao qual o projeto matricial pertence. Os objetivos do treinamento e do estudo piloto foram: demonstrar a técnica de coleta das medidas antropométricas; verificar o tempo de preenchimento dos blocos de instrumentos, esse que variou de 15 a 25 minutos e; analisar as questões utilizadas para a coleta, com vistas a adequá-las conforme necessidade. Ressalta-se que os instrumentos coletados no estudo piloto foram descartados da digitação e análise dos dados. Ainda, desenvolveu-se um manual de apoio ao “coletador” (Anexo E), específico para casos de dúvidas referentes aos instrumentos a serem utilizados. As informações

coletadas para o estudo foram digitadas, por dois digitadores independentes em planilhas Excel®, com posterior checagem das inconsistências.

Os profissionais de saúde foram convidados a participar da pesquisa e a preencherem os instrumentos de coleta de dados no local de trabalho, de maneira que cada profissional pode se ausentar por alguns minutos das suas atividades, em local reservado nas suas respectivas unidades. Destaca-se que além da autorização institucional, realizou-se um contato prévio com as chefias das unidades de perioperatório antes do início da coleta de dados.

No Quadro 4 estão apresentadas a classificação das variáveis dependentes e independentes a serem analisadas neste estudo.

**Quadro 4** - Classificação das variáveis dependentes e independentes. Santa Maria, RS, Brasil, 2017.

<b>VARIÁVEL DEPENDENTE</b>		
<b>VARIÁVEL</b>	<b>TIPO</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>
Cultura de Segurança	Quantitativa Discreta	Instrumento SAQ - Escala tipo <i>Likert</i>
<b>VARIÁVEIS INDEPENDENTES</b>		
<b>VARIÁVEL</b>	<b>TIPO</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>
Data de nascimento	Quantitativa Contínua	Dia, mês, ano
Gênero	Qualitativa Nominal	Masculino, feminino, outro
Estado civil	Qualitativa Nominal	Sem companheiro, com companheiro, viúvo, divorciado.
Possuir filhos	Qualitativa Dicotômica	Sim, não
Cargo	Qualitativa Nominal	Enfermeiro, técnico em enfermagem, auxiliar de enfermagem
Tempo de formação	Quantitativa Discreta	Em anos completos
Maior formação completa	Qualitativa Ordinal	Ensino fundamental, ensino médio, graduação, especialização/residência, mestrado, doutorado
Turno de trabalho atual	Qualitativa Nominal	Manhã, tarde, noite, misto
Carga horária semanal	Quantitativa Discreta	Em horas
Dias sem folga	Quantitativa Discreta	Em dias
Possui outro emprego ou vínculo empregatício	Qualitativa Dicotômica/Discreta	Não Se sim, carga horária em horas
Satisfação por trabalhar no setor	Qualitativa Nominal	Sim, não



Se você pudesse, gostaria de deixar o emprego no hospital?	Qualitativa Nominal	Sim, não
Setor	Qualitativa Nominal	Unidade de Clínica Cirúrgica, Bloco Cirúrgico, Sala de Recuperação Intermediária, Sala de Recuperação Anestésica
Regime de trabalho com a instituição	Qualitativa Nominal	Celetista Estatutário
Ganho de peso	Quantitativa Contínua	Em quilos
Horas efetivamente dormidas	Quantitativa Discreta	Em horas
Horas de sono diárias necessárias	Quantitativa Contínua	Em horas
Utilização do computador	Quantitativa Contínua	Em minutos ou horas
Utilização do celular	Quantitativa Contínua	Em minutos ou horas
Prática de atividade física	Qualitativa Nominal	Sim, não, às vezes
Problema de saúde diagnosticado por médico	Qualitativa Dicotômica	Sim, não
Uso de medicação contínua	Qualitativa Dicotômica	Sim, não
Nível de Estresse	Quantitativa Contínua	Instrumento JSS – Escala tipo <i>Likert</i>
<i>Burnout</i>	Quantitativa Contínua	Instrumento IMB – Escala tipo <i>Likert</i>

**Fonte:** autoria própria.

#### **4.4.1 Instrumento para o levantamento das características sociodemográficas, de saúde e do trabalho dos profissionais de saúde**

Esse instrumento (Anexo F) terá como objetivo identificar as características sociodemográficas e do trabalho dos integrantes das equipes de participantes do estudo. As variáveis utilizadas no presente subprojeto serão compostas por questões relacionadas ao sexo, idade, estado civil, possuir filhos, setor, regime de trabalho, cargo, maior formação completa, tempo de formado, tempo de trabalho na instituição, tempo de trabalho na atual unidade, turno de trabalho, carga horária semanal, ganho de peso nos últimos seis meses, dias sem folga, vínculo com mais de um emprego, satisfação em trabalhar na atuação na unidade, intenção de deixar o emprego no hospital, horas efetivamente dormidas, horas de sono necessárias, prática de atividade física, problema de saúde diagnosticado por médico e uso de medicação contínua ou por conta própria, sugestões para melhorar o ambiente de trabalho.

#### 4.4.2 *Job Stress Scale (JSS) - Modelo Demanda-Controle*

Para a coleta dos dados do estresse utilizou-se o instrumento JSS (Anexo G), versão reduzida que foi elaborada por *Töres Theorell* (1998) e adaptada para a realidade brasileira por Alves, et al (2004), com *alpha de Cronbach* variando entre 0,63 e 0,86.

Essa versão possui 17 questões, sendo subdividida em três domínios: demanda psicológica (DP), controle (C) e apoio social (AS):

- **Demanda Psicológica (DP)** – domínio avaliado por 5 questões (1, 2, 3, 4 e 5), a partir de uma escala do tipo *Likert*, com as seguintes pontuações: frequentemente (4 pontos), às vezes (3 pontos), raramente (2 pontos) e nunca (1 ponto). A questão número 4 possui direção reversa, assim, a pontuação das respostas é: frequentemente (1 ponto), às vezes (2 pontos), raramente (3 pontos) e nunca (4 pontos).
- **Controle (C)** – representado por seis questões (6, 7, 8, 9, 10 e 11) e utiliza-se uma escala do tipo *Likert* (1-4) que também varia de frequentemente a nunca. Neste domínio também há uma questão que recebe pontuação reversa, sendo esta a de número 9.

Para a dimensão DP a pontuação pode variar de no mínimo 4 até no máximo 20 pontos (quanto maior o escore maior a demanda psicológica) e, para a dimensão C, a variação pode ocorrer de no mínimo 4 até no máximo 24 (quanto maior o escore maior o controle) (ALVES et al; 2004).

Ressalta-se que o domínio apoio social não foi utilizado nas análises do presente estudo, por esse motivo, não foi descrito.

#### 4.4.3 *Inventário Maslach de Burnout (IMB)*

Para o levantamento do nível de *burnout* utilizou-se o *Inventário Maslach de Burnout - IMB* (Anexo H), versão HSS (*Human Services Survey*), elaborado por *Christina Maslach* e *Susan Jackson* em 1978, traduzido e validado em português por *Lautert* (1995) com *alpha de Cronbach* de 0,89.

O inventário, possui, atualmente, 22 itens distribuídos em três dimensões:

- 1 - Desgaste Emocional (DE), correspondendo a 9 questões (1, 2, 3, 6, 8,13,14,16 e 20);
- 2 - Despersonalização (DP), com 5 questões (5, 10, 11, 15 e 22) e;

- 3 - Realização Profissional (RP) com 8 questões (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, e 21).

Para cada questão existe uma escala do tipo *Likert* que varia de zero “nunca” a quatro “diariamente”, onde o participante assinala a frequência com que se percebe ou sente-se a respeito do enunciado de cada questão. Altas pontuações em DE e DP, associadas à baixa pontuação em RP indicam que o indivíduo está em *burnout*.

#### 4.4.4 Questionário de avaliação da cultura de segurança (SAQ)

Para a avaliação do clima de segurança utilizou-se o Questionário das Atitudes de Segurança - *Safety Attitudes Questionnaire* – SAQ (Anexo I), traduzido e validado para a realidade brasileira por Carvalho (2011), com *Alpha de Cronbach* de 0,89.

Este instrumento é composto por 36 itens, que estão distribuídos em 6 domínios. No Quadro 6 apresentado a seguir, estão elucidados os seis domínios do instrumento, com suas respectivas definições.

**Quadro 5** - Domínios do *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form*, adaptado. Brasil, 2011.

Domínio	Definições	Exemplos de itens
Clima de Trabalho em Equipe Itens 1 ao 6	Compreende a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe.	Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.
Clima de Segurança Itens 7 ao 13	Avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente.	Erros são tratados de maneira apropriada nesta área.
Satisfação no Trabalho Itens 15 a 19	É a visão positiva do local de trabalho.	Eu gosto do meu trabalho.
Percepção do Estresse Itens 20 a 23	Trata do reconhecimento do quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho.	Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.
Percepção da Gerência da Unidade Itens 24 a 29	Refere-se a aprovação das ações da gerência da unidade quanto as questões de segurança.	A administração da unidade está fazendo um bom trabalho.
Percepção da Gerência do	Refere-se a aprovação das	A administração do hospital

Hospital Itens 24 a 28	ações da gerência do hospital quanto as questões de segurança.	(Direção) está fazendo um bom trabalho.
Condições de Trabalho Itens 30 a 32	Refere-se a percepção da qualidade do ambiente de trabalho.	Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.

Fonte: CARVALHO, 2011. Adaptado.

Para a resposta a cada questão, os autores indicam uma escala de *Likert* de cinco pontos, variando de: “discorda totalmente” a “concorda totalmente”. O “X” deve ser utilizado para quando a questão não se aplica. Quanto à pontuação, “discorda totalmente” vale 0, “discorda parcialmente” vale 25, “neutro” vale 50, “concorda parcialmente” vale 75, “concorda totalmente” vale 100, e “não se aplica” que vale 0. Os itens 2, 11 e 36 do questionário são questões reversas e os itens 14, 33, 34, 35 e 36 não se enquadraram em nenhum dos domínios deste instrumento (CARVALHO, 2011).

Para cada dimensão do instrumento, utilizou-se a fórmula  $(m - 1) \times 25$ , onde  $m$  é a média dos itens do domínio em questão. O escore final do instrumento varia de 0 a 100, no qual zero corresponde à pior percepção de atitudes de segurança pelos profissionais de saúde e 100, à melhor percepção. São considerados valores positivos quando o total do escore é igual ou superior a 75 (CARVALHO, 2011).

#### 4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram processados pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0, com validação e checagem da consistência dos dados.

As variáveis demográficas, bem como as características biossociais e do trabalho dos profissionais de saúde foram apresentadas com frequências absolutas, média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. A correlação entre as variáveis quantitativas foi realizada com a correlação de *Spearman*, quando o teste de *Kolmogorov-Smirnov* indicou não normalidade da variável (BISQUERRA; SARRIERA; MARTÍNEZ, 2004). Nos casos em que se obteve normalidade, o teste utilizado foi o teste de correlação de *Pearson*. Neste estudo, considerou-se valor de  $|r| = 1$  uma correlação perfeita;  $0,80 \leq |r| < 1$ , correlação muito alta;  $0,60 \leq |r| < 0,80$ , correlação alta;  $0,40 \leq |r| < 0,60$ , correlação moderada;  $0,20 \leq |r| < 0,40$ , correlação baixa;  $0 < |r| < 0,20$ , correlação muito baixa; e  $r=0$ , correlação nula (PRIETO; MUÑIZ, 2000).

Para a identificação da associação entre: percepção da cultura de segurança do paciente, níveis de estresse, *burnout* e variáveis qualitativas biossociais e do trabalho dos profissionais de saúde utilizou-se o teste do Qui-Quadrado ou Exato de *Fischer*. As associações foram consideradas estatisticamente significantes quando o valor de p foi menor ou igual a 0,05.

Para a dicotomização dos domínios da JSS foi utilizada a mediana, tendo em vista a assimetria dos dados. Conforme a distribuição dos dados, os valores obtidos foram categorizados em quatro quadrantes a partir de cada dimensão, correspondendo a baixo e alta demanda psicológica (7 – 13 pontos = baixa DP; 14 – 19 pontos = alta DP), baixa e alto controle (11 – 18 pontos = baixo C; 19 – 22 pontos = alto C). A formação dos quadrantes do MDC dar-se-á em: baixa exigência ( $\downarrow$ DP e  $\uparrow$ C); trabalho passivo ( $\downarrow$ DP e  $\downarrow$ C); trabalho ativo ( $\uparrow$ DP e  $\uparrow$ C); alta exigência ( $\uparrow$ DP e  $\downarrow$ C). Categoria de referência: baixa exigência.

Para a análise do nível de *burnout*, os pontos de corte para as dimensões foram obtidos por tercís, como recomendado pelo Manual do MBI (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1986). O tercil estabelece o ponto de corte da amostra, em cada subescala (TRIGO, 2010). Os pontos de corte para a amostra estudada foram: Desgaste Emocional: Baixo DE  $\leq$  6; Médio DE = entre 6,1 e 10,9; Alto DE  $\geq$  11; Despersonalização: Baixa DP  $\leq$  1; Média DP = entre 1,1 e 2,9; Alta DP  $\geq$  3; Realização Profissional: Baixa RP  $\leq$  20; Média RP = entre 20,1 e 23,9; Alta RP  $\leq$  24.

Para a análise dos escores dos domínios do questionário de avaliação de cultura de segurança, realizou-se a soma das pontuações para cada questão que compõe o domínio, dividida pelo número de itens que compõe o respectivo domínio (CARVALHO, 2011). Para a análise das variáveis qualitativas e o clima de segurança, o teste Qui-quadrado foi utilizado. Para as correlações entre as variáveis quantitativas utilizou-se a correlação de *Pearson*.

A consistência interna do instrumento de estresse, *burnout* e de cultura de segurança foi analisada com o *Alfa de Cronbach*. Considerou-se inadequados valores de alfa inferiores a 0,60; adequados com algumas carências os coeficientes entre 0,60 e 0,70; adequados entre 0,70 e 0,80; bons entre 0,80 e 0,85; e excelentes os superiores a 0,85 (PRIETO; MUÑIZ, 2000).

O nível de significância adotado para todos os testes foi de 5%.

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O Projeto foi apresentado ao Gabinete de Projetos (GAP), Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do Hospital Universitário de Santa Maria para a autorização, com posterior encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) para análise e aprovação, sob o parecer nº 2.447.277 e CAAE: 80587417.0.0000.5346. Em observância à legislação sobre pesquisa envolvendo seres humanos, nº 466/12, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo J) foi entregue a cada profissional de saúde, em duas vias, assinadas por eles e pelo pesquisador, ficando uma via para cada um dos envolvidos. Também, elaborou-se o Termo de Confidencialidade (Anexo K). O TCLE e os instrumentos da pesquisa foram entregues aos participantes em envelopes individuais, nos três turnos de trabalho. O documento continha os objetivos do estudo, bem como assegurou o sigilo das informações e o direito de desistir da participação da pesquisa em qualquer momento, sem risco de represália. Também, no TCLE constaram os riscos e benefícios do estudo.

#### **4.6.1 Riscos e benefícios**

Os riscos consistiram no cansaço ou desconforto por parte do participante em função da extensão dos instrumentos, mobilização de sentimentos por lembranças de experiências vivenciadas no trabalho. Nesses casos, a coleta de dados foi interrompida, sendo retomada em outro momento ou não, a depender vontade do participante.

Os benefícios oferecidos com esta pesquisa não são diretamente aos participantes, mas os resultados contribuirão para elaborar estratégias de melhoria aos serviços, no que se referem à saúde do trabalhador e segurança do paciente. Contribuirá, também, para a construção do conhecimento em saúde e em enfermagem.

#### **4.6.2 Devolutiva dos dados**

A devolução dos resultados da pesquisa será feita após a finalização do relatório de Dissertação. O retorno acontecerá primeiramente aos gestores da instituição, com posterior encaminhamento às chefias das unidades e, após, os participantes do estudo terão a oportunidade de conhecer os diagnósticos realizados com o estudo. Ademais, pretende-se, além da produção de artigos e trabalhos acadêmicos, elaborar banners com os principais resultados e disponibilizá-los nas unidades estudadas.

## 5. RESULTADOS

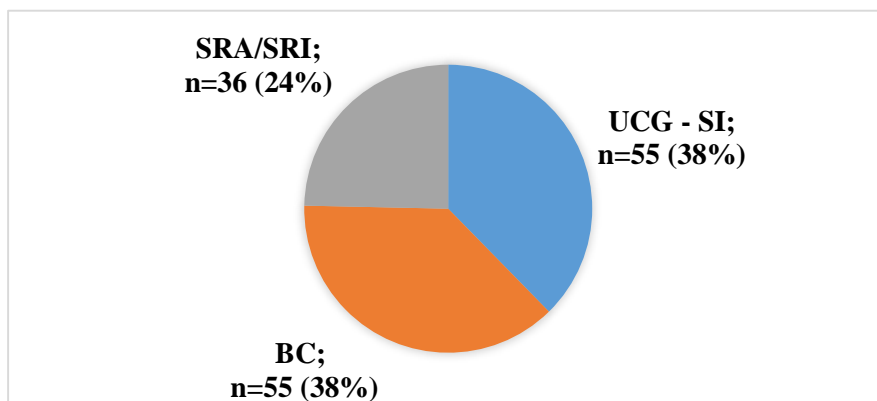
Para facilitar a compreensão dos dados obtidos, os resultados serão apresentados conforme os itens a seguir:

- Características sociodemográficas, do trabalho e perfil de saúde dos profissionais de saúde;
- Cultura de segurança do paciente em unidades de perioperatório;
- Estresse ocupacional nos profissionais de saúde de unidades de perioperatório;
- *Burnout* nos profissionais de saúde de unidades de perioperatório;
- Associações entre as variáveis de interesse.

### 5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DO TRABALHO E PERFIL DE SAÚDE DOS PROFISISONAIS DE SAÚDE

Participaram do estudo 146 (80,7 %) profissionais de saúde. Destes, 74 (50,7 %) são técnicos de enfermagem, 30 (20,5 %) são enfermeiros, 21 (14,4 %) são médicos, 10 (6,8 %) são auxiliares de enfermagem e 11 (7,6 %) corresponderam a outros, representados pelos demais profissionais da saúde, que são: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e auxiliar de saúde. Optou-se por categorizar os demais profissionais dessa forma para não haver o risco de identificação, visto que o quantitativo de profissionais nessas categorias foi menor na amostra estudada. A mediana de idade dos profissionais foi de 41,1 anos (mínimo de 20, máximo de 60 anos).

**Figura 3** – Distribuição dos profissionais de saúde segundo unidade de atuação. Santa Maria, RS, 2018. (n=146).



**Fonte:** Resultados de Pesquisa. Santa Maria, RS, 2018.

**Tabela 1** – Distribuição dos participantes, segundo as variáveis biossociais qualitativas. Santa Maria, RS, 2018.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo (n = 146)</b>		
Feminino	104	71,2
Masculino	42	28,8
<b>Estado Civil (n = 144)</b>		
Sem companheiro (a)	32	22,3
Com companheiro (a)	112	77,7
<b>Filhos (n = 146)</b>		
Sim	100	68,5
Não	46	31,5
<b>Maior formação completa (n = 146)</b>		
Ensino Médio	50	34,2
Graduação	28	19,2
Especialização/Residência	45	30,8
Mestrado	22	15,1
Doutorado	1	0,7

**Fonte:** Resultados de Pesquisa. Santa Maria, RS, 2018.

Conforme exposto na Tabela 1, maior percentual dos profissionais corresponde ao sexo feminino (n=104; 71,2%), com companheiro (n=112; 76,7%) e com filhos (n=100; 68,5%). A maior formação prevalente foi o ensino médio (n=50; 34,2%), seguido de especialização/residência (n=45; 30,8%).

No perfil de saúde dos profissionais das unidades de perioperatório, evidenciou-se que prevaleceram os profissionais de saúde que ganharam peso nos últimos seis meses (n=79; 54,9 %), sem problemas de saúde diagnosticado por médico (n=87; 59,6 %), que não fazem o uso de medicação contínua (n=94; 65,3 %) e que não estiveram afastados do trabalho por problema de saúde (n=100; 68,5 %). Quanto a prática de atividades físicas, 57 (39 %) profissionais afirmam praticar atividades físicas, 47 (32,2 %) não praticam e 41 (28,1 %) praticam às vezes. Também, 136 (93,2 %) não é fumante, 6 (4,1 %) fuma às vezes e apenas 4 (2,7) são fumantes.



No que se refere aos profissionais que fazem uso de medicação conforme prescrição médica (n=52; 35,6 %), maior percentual faz o uso de anti-hipertensivos e diuréticos (n=14; 28 %), seguido de antidepressivos, ansiolíticos e anticonvulsivantes (n=11; 22 %), anticoncepcionais e hormônios de reprodução (n=8; 16 %), hormônios tireoidianos (n=5; 16 %), vitaminas e minerais (n=3; 6,0 %), osteomusculares (n=3; 6,0 %), antidiabéticos (n=2; 4,0 %), estatinas (n=1; 2,0 %), anti-inflamatórios e analgésicos (n=1; 2,0 %), anticoagulantes (n=1; 2,0 %) e antialérgicos (n=1; 2,0 %).

**Tabela 2** – Distribuição dos participantes conforme variáveis laborais. Santa Maria, RS, 2018.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Turno de trabalho (n=146)</b>		
Manhã	38	26,0
Tarde	30	20,5
Noite	44	30,2
Misto	34	23,3
<b>Regime de trabalho (n=146)</b>		
Celetista	85	58,2
Estatutário	53	36,3
Outro	8	5,5
<b>Outro vínculo empregatício (n=146)</b>		
Sim	21	14,4
Não	125	85,6
<b>Qual outro vínculo empregatício (n=21)</b>		
Assistência em saúde	11	52,4
Docência	6	28,6
Autônomo	4	19,0
<b>Satisfação no setor (n=145)</b>		
Sim	137	94,5
Não	8	5,5
<b>Possui intenção de deixar o serviço (n=127)</b>		
Sim	13	10,2
Não	114	89,8

**Fonte:** Resultados de pesquisa. Santa Maria, RS, 2018.

No que se refere as características do trabalho, maior percentual dos profissionais de saúde atuava no turno da noite (n=44; 30,2 %), pertencente ao regime de trabalho celetista (n=85; 58,2 %), sem outro vínculo empregatício (n=125; 85,6%), sendo que daqueles que possuem outro vínculo (n=21; 14,4%), prevaleceram os que trabalham na assistência em saúde (n=11; 52,4 %). Ainda, os profissionais estão satisfeitos em seus setores (n=137; 94,5 %) e não possuem intenção de deixar o serviço (n=114; 89,8 %).

**Tabela 3** – Tempo de trabalho, carga horária semanal, dias sem folga, horas de sono e tempo de uso de celular e computador dos profissionais de saúde das unidades de perioperatório. Santa Maria, RS, 2018.

Variável	Mediana	Intervalo Interquartil	
		25	75
Tempo de formado no cargo que exerce em anos (n=141)	13,0	6,6	20,0
Tempo de trabalho na instituição em anos (n=146)	4,0	3,1	15,6
Tempo de trabalho no setor em anos (n=145)	3,5	2,4	10,0
Carga horária semanal (n=145)	36,0	30,0	36,0
Número de dias sem folga (n=131)	2,0	1,0	4,0
Necessidade de horas de sono por dia (n=143)	8,0	7,0	8,0
Horas efetivamente dormidas diariamente (n=145)	6,0	6,0	7,0
Tempo de uso do computador por dia em horas (n=146)	2,0	1,0	2,0
Tempo de uso do celular por dia em horas (n=141)	2,0	1,0	2,0

**Fonte:** Resultados de Pesquisa. Santa Maria, RS, 2018.

## 5.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO

A consistência interna do Questionário de Atitudes de Segurança, utilizado neste estudo, foi de 0,82. Para os domínios, os valores foram: clima de segurança = 0,561; satisfação no trabalho = 0,736; percepção de estresse = 0,789; percepção da gerência da unidade = 0,727; percepção da gerência do hospital = 0,801; condições de trabalho = 0,675.

Nas tabelas 4 e 5, estão descritos os resultados obtidos acerca da cultura de segurança do paciente na percepção dos profissionais de saúde das unidades de perioperatório.

**Tabela 4** – Análise descritiva do Questionário de Atitude de Segurança (SAQ) segundo a percepção dos profissionais de saúde das unidades de perioperatório. Santa Maria, RS, 2018.

Domínios do SAQ	do	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Cultura de Segurança			
							Positiva		Negativa	
							n	(%)	n	(%)
SAQ Total		114	63,8	14,0	27,0	96,5	29	19,9	85	58,2
Clima de trabalho em equipe		138	67,8	17,2	16,6	100,0	57	39,0	81	55,5
Clima de segurança		139	63,6	17,9	14,2	100,0	39	26,7	100	68,9
Satisfação no trabalho		141	83,0	15,2	30,0	100,0	111	76,0	30	20,5
Percepção de estresse		137	67,6	25,9	0,0	100,0	76	52,1	61	41,8
Percepção da gerência da unidade		136	55,2	20,3	4,1	100,0	27	18,5	109	74,7
Percepção da gerência do hospital		136	47,6	22,0	0,0	100,0	20	13,7	116	79,5
Condições de trabalho		143	61,0	24,3	8,3	100,0	62	42,5	81	55,5

Fonte: Resultados de pesquisa. Santa Maria, RS, 2018.

Segundo a análise do SAQ, os profissionais de saúde das unidades de perioperatório tem uma percepção negativa acerca da cultura de segurança do paciente nesses ambientes (média = 63,8). No que se refere aos domínios, apenas o domínio de satisfação no trabalho obteve percepção positiva (média = 83,0).

**Tabela 5** – Frequência de resposta das questões do SAQ. Santa Maria, RS, 2018.

SAQ	DT (1)	DP (2)	Neutro (3)	CP (4)	CT (5)	NA (9)
N=146	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. As sugestões do(a) enfermeiro(a) são bem recebidas nesta área.	0 (0)	9 (6,4)	13 (9,2)	80 (56,7)	39 (27,7)	5 (3,4)
2.** Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.	37 (26,1)	31 (21,8)	15 (10,6)	44 (31,0)	15 (10,6)	4 (2,7)
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	5 (3,4)	30 (20,7)	22 (15,2)	49 (33,8)	39 (26,9)	1 (0,7)
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	3 (2,1)	18 (12,6)	9 (6,3)	53 (37,1)	60 (42,0)	3 (2,1)
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas	2 (1,4)	10 (6,9)	7 (4,9)	58 (40,3)	67 (46,5)	2 (1,4)

quando existe algo que eles não entendem.							
6. Os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	18 (12,4)	34 (23,4)	11 (7,5)	65 (44,8)	17 (11,7)	1 (0,7)	
7. Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado(a) aqui como paciente.	12 (8,3)	28 (19,3)	17 (11,7)	46 (31,7)	42 (29,0)	1 (0,7)	
8. Erros são tratados de modo adequado nesta área.	12 (8,3)	29 (20,1)	23 (16,0)	52 (36,1)	28 (19,4)	1 (0,7)	
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.	6 (4,2)	12 (8,4)	16 (11,2)	51 (35,7)	58 (40,6)	1 (0,7)	
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.	14 (9,7)	27 (18,6)	18 (12,4)	51 (35,2)	35 (24,1)	1 (0,7)	
11**. Nesta área, é difícil discutir sobre erros.	16 (11,0)	43 (29,7)	21 (14,5)	53 (36,6)	12 (8,3)	1 (0,7)	
12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	3 (2,1)	15 (10,4)	13 (9,0)	54 (37,5)	59 (41,0)	2 (1,4)	
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	7 (4,9)	26 (18,2)	29 (20,3)	52 (36,4)	29 (20,3)	3 (2,1)	
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração.	15 (10,6)	35 (24,6)	38 (26,8)	41 (28,9)	13 (9,2)	4 (2,7)	
15. Eu gosto do meu trabalho	1 (0,7)	1 (0,7)	1 (0,7)	16 (11,1)	125 (86,8)	2 (1,4)	
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	5 (3,5)	13 (9,0)	10 (6,9)	58 (40,3)	58 (40,3)	2 (1,4)	
17. Este é um bom lugar para trabalhar.	2 (1,4)	9 (6,2)	6 (4,1)	55 (37,9)	73 (50,3)	1 (0,7)	
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	0 (0)	0 (0)	5 (3,4)	30 (20,7)	110 (75,9)	1 (0,7)	
19. O moral nesta área é alto.	5 (3,5)	22 (15,4)	25 (17,5)	51 (35,7)	40 (28,0)	3 (2,1)	
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	9 (6,2)	13 (9,0)	7 (4,8)	50 (34,5)	66 (45,5)	1 (0,7)	
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado.	12 (8,4)	16 (11,2)	7 (4,9)	46 (32,2)	62 (43,4)	3 (2,1)	
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	17 (11,9)	15 (10,5)	11 (7,7)	50 (35,0)	50 (35,0)	3 (2,1)	
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorrespiratórias, convulsões).	27 (19,4)	25 (18,0)	10 (7,2)	49 (35,3)	28 (20,1)	7 (4,8)	
24. A administração da unidade apoia meus esforços diários.	12 (8,5)	22 (15,6)	31 (22,0)	52 (36,9)	24 (17,0)	5 (3,4)	
24a. A administração do hospital (direção) apoia meus esforços diários.	28 (20,0)	38 (27,1)	42 (30,0)	25 (17,9)	7 (5,0)	5 (3,4)	
25. A administração da unidade não compromete conscientemente a segurança do paciente.	23 (16,1)	23 (16,1)	46 (32,2)	27 (18,9)	24 (16,8)	3 (2,1)	
25a. A administração do hospital (direção) não compromete conscientemente a segurança do paciente.	19 (13,3)	39 (27,3)	43 (30,1)	25 (17,1)	17 (11,9)	3 (2,1)	
26. A administração da unidade está fazendo um bom trabalho.	3 (2,1)	18 (12,5)	20 (13,9)	65 (45,1)	38 (26,4)	1 (0,7)	
26a. A administração do hospital (direção) está fazendo um bom trabalho.	12 (8,3)	35 (24,3)	34 (23,6)	45 (31,3)	18 (12,5)	2 (1,4)	
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa administração da	31 (21,8)	29 (20,4)	32 (22,5)	30 (21,1)	20 (14,1)	3 (2,1)	

unidade.

27a. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa administração do hospital (direção).	29 (20,4)	30 (21,1)	46 (32,4)	27 (19,0)	10 (7,0)	4 (2,7)
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da administração da unidade.	11 (7,6)	25 (17,4)	21 (14,6)	59 (41,0)	28 (19,4)	2 (1,4)
28a. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da administração do hospital (direção)	18 (12,6)	30 (21,0)	33 (23,1)	44 (30,8)	18 (12,6)	3 (2,1)
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.	38 (26,4)	44 (30,6)	9 (6,3)	33 (22,9)	20 (13,9)	2 (1,4)
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.	18 (12,4)	31 (21,4)	19 (13,1)	47 (32,4)	30 (20,7)	1 (0,7)
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente pra mim.	11 (7,5)	38 (26,2)	19 (13,1)	54 (37,2)	23 (15,9)	1 (0,7)
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.	9 (6,3)	19 (13,3)	19 (13,3)	49 (34,3)	47 (32,9)	3 (2,1)
33. Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área.	3 (2,1)	9 (6,3)	15 (10,4)	55 (38,2)	62 (43,1)	2 (1,4)
34. Eu vivencio boa colaboração com os médicos nesta área.	5 (3,5)	25 (17,4)	11 (7,6)	68 (47,2)	35 (24,3)	2 (1,4)
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área.	4 (2,9)	29 (21,3)	43 (31,6)	43 (31,6)	17 (12,5)	10 (6,8)
36.** Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.	9 (6,2)	18 (12,4)	11 (7,6)	53 (36,6)	54 (37,2)	1 (0,7)

NA= Não se Aplica; DT= Discordo Totalmente; DP= Discordo Parcialmente; Neutro; CP= Concordo Parcialmente; CT=Concordo Totalmente; \*\*itens reversos.

Fonte: Resultado de Pesquisa. Santa Maria, RS, 2018.

Conforme tabela acima, evidencia-se que os maiores percentuais estão concentrados para as opções de resposta “concordo parcialmente” e “concordo totalmente”. Ainda, as questões de número 1, 15, 17 e 18 foram as que obtiveram maior consenso de resposta entre os participantes (> 50%).

### 5.3 ESTRESSE OCUPACIONAL NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO

A consistência interna dos itens da JSS foi de 0,56. Já para os itens relacionados a demanda psicológica foi de 0,73 e para os do controle sobre o trabalho foi de 0,55. A frequência dos profissionais de saúde de acordo com a demanda psicológica e com o controle sobre o trabalho, conforme o Modelo Demanda-Controle, estão apresentadas na Tabela 6 e na Figura 4:

**Tabela 6** – Distribuição dos profissionais de saúde das unidades de perioperatório segundo grau de demanda psicológica e controle sobre o trabalho. Santa Maria, 2018. (n=144).

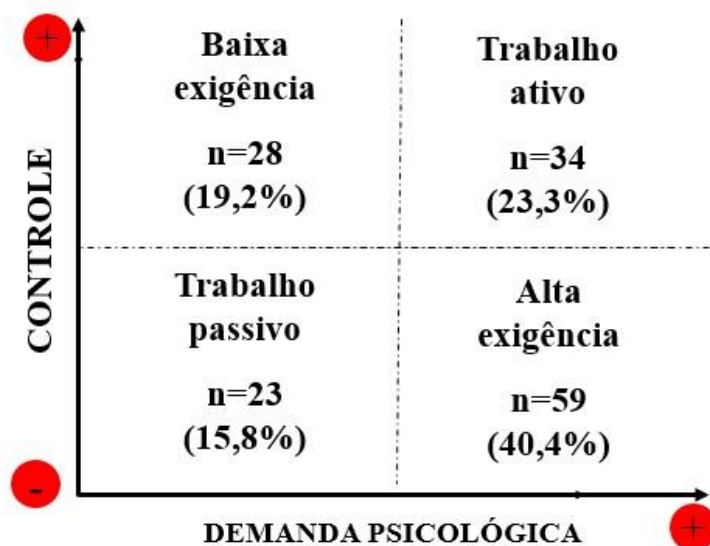
Dimensões da <i>Job Stress Scale</i>		Frequência	Percentual (%)
<b>Demanda psicológica</b>	Baixa	51	34,9
	Alta	93	63,7
<b>Controle sobre o trabalho</b>	Baixo	83	56,8
	Alto	62	42,5

**Fonte:** Resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Conforme o apresentado na Tabela 6, maior percentual dos profissionais de saúde das unidades de perioperatório encontram-se com altas demandas psicológicas (n=93; 63,7%) e baixo controle sobre o trabalho (n=83; 56,8%).

A frequência dos profissionais de saúde segundo os quadrantes do Modelo Demanda-Controle está distribuída conforme Figura 4:

**Figura 4** – Frequência dos profissionais de saúde das unidades de perioperatório segundo Modelo Demanda-Controle (MD-C). Santa Maria, RS, 2018. (n=144).



**Fonte:** Resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Conforme a combinação das dimensões demanda psicológica e controle sobre o trabalho, verificou-se uma maior prevalência de profissionais de saúde no quadrante de alta exigência (n=59; 40,4%). No quadrante Baixa Exigência, foram classificados 28 profissionais de saúde (19,2%), sendo que esse é considerado o quadrante ideal, conforme o MD-C.

#### 5.4 BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO

A consistência interna do *Inventário Maslach de Burnout*, foi de 0,73.

**Tabela 7** – Distribuição dos profissionais de saúde de unidades de perioperatório segundo as dimensões de *burnout* (IMB). Santa Maria, RS, 2018.

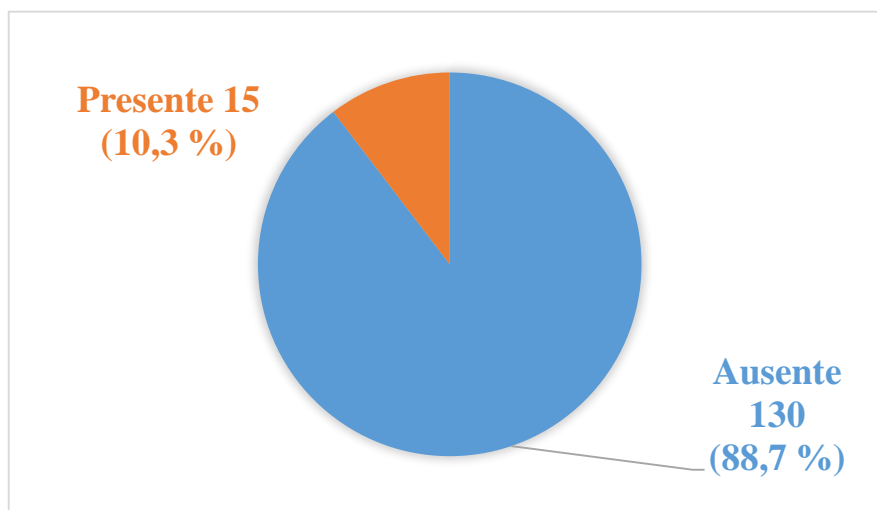
Variáveis	Baixo	Médio	Alto
	n (%)	n (%)	n (%)
Desgaste Emocional (n=144)	47 (32,2 %)	46 (31,5 %)	51 (34,9 %)
Despersonalização (n=145)	46 (31,5 %)	34 (23,3 %)	65 (44,5 %)
Realização Profissional (n=145)	43 (29,5 %)	43 (29,5 %)	59 (40,4 %)

**Fonte:** Resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Segundo a Tabela 7, prevaleceram os profissionais de saúde com alto desgaste emocional (n=51; 34,9 %), com alta despersonalização (n=65; 44,5 %) e com alta realização profissional (n=59; 40,4 %).

No que se refere ao *burnout*, conforme os critérios descritos anteriormente, os participantes considerados em *burnout* foram aqueles que apresentaram alto desgaste emocional e despersonalização associado a baixa realização profissional. A Figura 4 elucida a prevalência de *burnout* na amostra estudada.

**Figura 5** – Distribuição dos profissionais de saúde segundo presença e ausência de *burnout* (IMB). Santa Maria, RS, 2018. (n=145).



**Fonte:** Resultados de Pesquisa. Santa Maria, RS, 2018.

Ao analisar a presença de *burnout* entre os profissionais de saúde das unidades de perioperatório, observou-se que 15 (10,3 %) apresentaram a síndrome.

## 5.5 ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS DE INTERESSE

As análises de associações entre cultura de segurança do paciente, estresse ocupacional, *burnout* e variáveis biossociais e do trabalho dos profissionais de saúde das unidades de perioperatório estão apresentadas a seguir.

**Tabela 8** – Correlação entre cultura de segurança do paciente (SAQ total) e variáveis biossociais e do trabalho dos profissionais de saúde. Santa Maria, RS, Brasil.

Variáveis	r	p*
Idade	<b>0,241</b>	<b>0,031</b>
Tempo de formação do atual cargo	0,107	0,257
Tempo de trabalho da instituição	0,137	0,142
Tempo de trabalho no setor	0,056	0,547
Carga horária semanal	0,271	0,292
Dias sem folga	0,119	0,217

\*Teste de correlação de *Spearman*

Fonte: Resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

A idade dos participantes apresentou correlação diretamente proporcional com a cultura de segurança do paciente. Ou seja, quanto maior a idade, maior a pontuação para cultura positiva ( $p=0,031$ ).

**Tabela 9** – Associação entre SAQ e variáveis biossociais e do trabalho dos profissionais de saúde. Santa Maria, RS, Brasil.

Variável	Cultura de segurança*				p†
	Percepção Negativa		Percepção Positiva		
	n	%	n	%	
<b>Gênero</b>					
Masculino	25	69,4	11	30,6	0,394
Feminino	60	76,9	18	23,1	
<b>Estado civil</b>					



Com companheiro	66	75,9	21	24,1	0,694
Sem companheiro	18	72,0	7	28,0	
<b>Filhos</b>					
Sim	53	68,8	24	31,2	<b>0,043</b>
Não	32	86,5	5	13,5	
<b>Regime de trabalho</b>					
Celetista	52	74,3	18	25,7	0,774
Estatutário	27	73,0	10	27,0	
Outro	6	85,7	1	14,3	
<b>Maio formação completa</b>					
Ensino médio	22	61,1	14	38,9	0,110
Graduação	17	89,5	2	10,5	
Mestrado	13	68,4	6	31,6	
Doutorado	1	100,0	0	0,0	
<b>Satisfação em trabalhar no setor</b>					
Sim	77	73,3	28	26,7	0,092
Não	8	100,0	0	0,0	
<b>Intenção de deixar o trabalho</b>					
Sim	9	81,8	2	18,2	0,815
Não	68	74,7	23	25,3	

\* Ponto de corte para a percepção positiva  $\geq 75$ . † Teste Qui-quadrado de *Pearson*.

Fonte: Resultados de pesquisa. Santa Maria, RS, Brasil, 2018.

Os trabalhadores com filhos tiveram maior percentual para percepção positiva da cultura de segurança do paciente ( $p=0,043$ ).

**Tabela 10** – Associação entre os quadrantes do MD-C e SAQ geral. Santa Maria, RS, 2018.

Quadrantes MD-C	Cultura de Segurança do Paciente* (SAQ)			
	Percepção negativa		Percepção positiva	
	n	%	n	%
<b>Trabalho Passivo</b>	9	75,0	3	25,0
<b>Alta Exigência</b>	37	80,4	9	19,6
<b>Baixa Exigência</b>	17	68,0	8	32,0
<b>Trabalho Ativo</b>	22	71,0	9	29,0

\* Ponto de corte para a percepção positiva  $\geq 75$ .  $p=0,656$  (Qui-quadrado de *Pearson*).

Fonte: Resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Conforme exposto acima, não houve associação estatisticamente significativa entre os quadrantes do MD-C e SAQ geral.

**Tabela 11** – Associação entre os quadrantes do MD-C e os domínios do SAQ. Santa Maria, RS, 2018.

Domínios SAQ	Percepção*	Quadrantes MD-C								p†
		Trabalho Passivo		Alta Exigência		Baixa Exigência		Trabalho Ativo		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Clima de Trabalho em Equipe</b>	Negativa	9	39,1	37	69,8	14	50,0	20	60,6	0,065
	Positiva	14	60,9	16	30,2	14	50,0	13	39,4	
<b>Clima de Segurança</b>	Negativa	13	65,5	47	81,0	18	66,7	22	64,7	0,250
	Positiva	7	35,0	11	19,0	9	33,3	12	35,3	
<b>Satisfação no Trabalho</b>	Negativa	2	9,5	12	21,1	5	17,9	11	32,4	0,222
	Positiva	19	90,5	45	78,9	23	82,1	23	67,6	
<b>Percepção de Estresse</b>	Negativa	13	59,1	23	41,8	10	37,0	15	46,9	0,436
	Positiva	9	40,9	32	58,2	17	63,0	17	53,1	
<b>Percepção da Gerência da Unidade</b>	Negativa	16	84,2	46	82,1	20	74,1	26	78,8	0,803
	Positiva	3	15,8	10	17,9	7	25,9	7	21,2	
<b>Percepção da Gerência do Hospital</b>	Negativa	16	84,2	53	94,6	21	80,8	25	73,5	<b>0,045</b>
	Positiva	3	15,8	3	5,4	5	19,2	9	26,5	
<b>Condições de Trabalho</b>	Negativa	9	39,1	34	59,6	16	57,1	21	61,8	0,329
	Positiva	14	60,9	23	40,4	12	42,9	13	38,2	

\* Ponto de corte para a percepção positiva  $\geq 75$ . † Teste Qui-quadrado de *Pearson*.

Fonte: Resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Conforme Tabela 11, observa-se que no domínio de percepção da gerência do hospital, os participantes que apresentaram alta exigência (n=53; 94,6 %) tem uma percepção negativa da gerência do hospital (p=0,045).

**Tabela 12** – Associação entre demanda psicológica (JSS) e desgaste emocional (MBI). Santa Maria, RS, 2018.

Demanda Psicológica	Desgaste Emocional						p
	Baixo		Médio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Baixa Demanda	27	54,0	16	32,0	7	14,0	<b>0,0001†</b>
Alta Demanda	20	21,5	29	31,2	44	47,3	

†Teste Qui-quadrado de *Pearson*.

Fonte: Resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Conforme a Tabela 12, houve associação estatisticamente significativa entre alta demanda psicológica e alto desgaste emocional ( $p=0,0001$ ).

**Tabela 13** – Associação entre demanda psicológica (JSS) e despersonalização (MBI). Santa Maria, RS, 2018.

Demanda Psicológica	Despersonalização						p
	Baixa		Média		Alta		
	n	%	n	%	n	%	
Baixa Demanda	21	41,2	16	31,4	14	27,5	<b>0,007†</b>
Alta Demanda	25	26,9	17	18,3	51	54,8	

†Teste Qui-quadrado de *Pearson*.

Fonte: Resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

De acordo com a Tabela 13, houve associação estatisticamente significativa entre alta demanda psicológica e alta despersonalização ( $p=0,007$ ).

**Tabela 14** – Associação entre demanda psicológica (JSS) e realização profissional (MBI). Santa Maria, RS, 2018.

Demanda Psicológica	Realização Profissional						p
	Baixa		Média		Alta		
	n	%	n	%	n	%	
Baixa Demanda	13	25,5	14	27,5	24	47,1	0,540†
Alta Demanda	29	31,2	29	31,2	35	37,6	

†Teste Qui-quadrado de *Pearson*.

Fonte: Resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Não houve associação estatisticamente significativa entre demanda psicológica e realização profissional.

**Tabela 15** – Associação entre controle sobre o trabalho (JSS) e desgaste emocional (MBI). Santa Maria, RS, 2018.

Controle sobre o Trabalho	Desgaste Emocional						p
	Baixo		Médio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Baixo Controle	30	36,1	23	27,7	30	36,1	0,393†
Alto Controle	17	27,9	23	37,7	21	34,4	

†Teste Qui-quadrado de *Pearson*.

Fonte: Resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Não se evidenciou associação entre controle sobre o trabalho e desgaste emocional.

**Tabela 16** – Associação entre controle sobre o trabalho (JSS) e despersonalização (MBI). Santa Maria, RS, 2018.

Controle sobre o Trabalho	Despersonalização						p
	Baixa		Média		Alta		
	n	%	n	%	n	%	
Baixo Controle	31	37,3	19	22,9	33	39,8	0,215†
Alto Controle	15	24,2	15	24,2	32	51,6	

†Teste Qui-quadrado de *Pearson*.

Fonte: Resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Não se evidenciou associação entre controle sobre o trabalho e despersonalização.

**Tabela 17** – Associação entre controle sobre o trabalho (JSS) e realização profissional (MBI). Santa Maria, RS, 2018.

Controle sobre o Trabalho	Realização Profissional						p
	Baixa		Média		Alta		
	n	%	n	%	n	%	
Baixo Controle	24	28,9	26	31,3	33	39,8	0,878†
Alto Controle	19	30,6	17	27,4	26	41,9	

†Teste Qui-quadrado de *Pearson*.

Fonte: Resultados de pesquisa. Santa Maria, 2018.

Conforme a Tabela 17, não houve associação estatisticamente significativa entre o controle sobre o trabalho e realização profissional.

A Tabela 18 demonstra a associação entre o estresse ocupacional e *burnout*.

**Tabela 18** – Associação entre as dimensões do MD-C (JSS) e *burnout* (MBI). Santa Maria, RS, 2018.

Dimensões MD-C		<i>Burnout</i>				p
		Presente		Ausente		
		n	%	n	%	
Controle sobre o Trabalho	Baixo	7	8,4	76	91,6	0,273†
	Alto	8	12,9	54	12,9	
Demanda Psicológica	Baixa	2	3,9	49	96,1	<b>0,049</b> ‡
	Alta	13	14,0	80	86,0	

†Teste Qui-quadrado de *Pearson*.

‡Teste exato de Fischer.

Fonte: Resultados de Pesquisa. Santa maria, 2018.

Evidenciou-se que os profissionais de saúde que estão em *burnout* tem altas demandas psicológicas ( $p=0,049$ ).

**Tabela 19** – Associação entre o estresse ocupacional (JSS) e *burnout* (MBI). Santa Maria, RS, 2018.

Estresse Ocupacional	<i>Burnout</i>				p
	Presente		Ausente		
	n	%	n	%	
<b>Trabalho Passivo</b>	1	4,3	22	95,7	0,088†
<b>Alta exigência</b>	6	10,2	53	89,8	
<b>Baixa Exigência</b>	1	3,6	27	96,4	
<b>Trabalho Ativo</b>	7	20,6	27	79,4	

†Teste Qui-quadrado de *Pearson* com correção.

Fonte: Resultados de Pesquisa. Santa maria, 2018.

Em conformidade com o exposto acima, não houve associação estatisticamente significativa entre estresse ocupacional e *burnout*.

**Tabela 20** – Correlação de entre estresse ocupacional, *burnout* e cultura de segurança (SAQ). Santa Maria, RS, 2018.

Variáveis	SAQ Geral	Desgaste Emocional	Desperso- nalização	Realização Profissional	Demanda Psicológica
1. SAQ Geral					
2. Desgaste Emocional	-,389**				
3. Despersonalização	-,254**	,597**			
4. Realização Profissional	,256**	-,332**	-,331**		
5. Demanda Psicológica	-,246**	,491**	,366**	-,155	
6. Controle sobre o Trabalho	,175	,066	,139	,139	-,151

\*\*Correlação é significativa no nível 0,01 (bicaudal)

**Fonte:** Resultados de Pesquisa. Santa maria, 2018.

Conforme a Tabela 20, observa-se correlação baixa e negativa entre as seguintes variáveis: desgaste emocional, despersonalização, demanda psicológica e percepção da cultura de segurança do paciente. Ou seja, quanto melhor o resultado de uma, pior o da outra.

A variável realização profissional apresentou correlação baixa e positiva com a cultura de segurança. Ou seja, quanto maior a realização profissional, maior a percepção para cultura positiva.

## 6. DISCUSSÃO

Neste capítulo será apresentada a discussão dos resultados encontrados neste estudo, seguindo os seguintes itens:

- Características sociodemográficas, do trabalho e perfil de saúde dos profissionais de saúde;
- Cultura de segurança do paciente em unidades de perioperatório;
- Estresse ocupacional nos profissionais de saúde de unidades de perioperatório;
- *Burnout* nos profissionais de saúde de unidades de perioperatório;
- Associações entre as variáveis de interesse.

### 6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DO TRABALHO E PERFIL DE SAÚDE DOS PROFISISONAIS DE SAÚDE

Os resultados obtidos a partir da análise das características sociodemográficas, do trabalho e perfil de saúde dos profissionais de saúde das unidades de perioperatório vão ao encontro de outra pesquisa que teve maior participação de técnicos e auxiliares de enfermagem (51 %), seguido de enfermeiros (18,3 %) e médicos (10,3 %) (CARVALHO et al., 2017). Esse panorama está em consonância com a realidade brasileira, pois a equipe de enfermagem compõe a maior parte dos profissionais das instituições de saúde. Entretanto, ressalta-se que no presente estudo não se obteve uma maior adesão dos profissionais médicos devido ao fato de muitos terem se recusado a participar da pesquisa e por alegar falta de tempo para preencher os instrumentos.

No que se refere ao **sexo** e a **idade**, a maioria dos profissionais corresponde ao gênero feminino (n=104; 71,2 %) com uma mediana de 41,1 anos. Outros estudos apontaram média de idade dos profissionais de 41, 35 e 40 anos (SCHMIDT et al., 2009; MAGNAGO et al., 2010; RODRIGUES et al., 2017). Esse perfil de gênero corrobora o estudo de Carrilo-Garcia et al., (2013), no qual 73,4 % dos respondentes eram mulheres. Essa “feminização” dos profissionais de saúde pode estar ligada a dois pontos: o primeiro diz respeito aos profissionais de enfermagem, que são a maioria e também por essa profissão estar atrelada a um pensamento ultrapassado de que deva ser exercida por mulheres. O segundo ponto refere-se à categoria médica, na qual o número de mulheres tem crescido, desfazendo o paradigma de que médicos precisam ser homens (CARRILO-GARCIA et al., 2013; MUNHOZ et al., 2016).

No que diz respeito ao **estado civil e possuir filhos**, se sobressaíram os profissionais com companheiro (n=112; 76,7%) e com filhos (n=100; 68,5%). Quando comparado a outras investigações, esses dados são maiores do que os achados de Rodrigues et al (2017), no qual os percentuais para os profissionais com companheiro (a) atingiram 59,3 % e com filhos 52,6 % e, vão ao encontro do estudo de Silva, Batista e Grazziano (2014), sendo representado por profissionais com companheiro (a) (72,4 %) e com filhos (65,5 %). A estabilidade familiar pode representar uma importante forma de enfrentamento dos estressores laborais, por outro lado, muitos dos profissionais precisam realizar os afazeres domésticos após seu trabalho, caracterizando uma dupla jornada, fator que pode se tornar desgastante ao profissional (BENEVIDES-PEREIRA, 2010; ANDOLHE, 2013).

A prevalência de **maior formação completa** dos profissionais de saúde foi o ensino médio (n=50; 34,2%), seguido de especialização/residência (n=45; 30,8%) e graduação (n=28; 19,2 %). Essa prevalência de profissionais de nível médio é menor se comparada a outros estudos em que os percentuais atingiram 51,7 % e 76,6 % para essa categoria (ANDOLHE, 2013; SILVA; BATISTA; GRAZZIANO; 2014). A predominância de profissionais com ensino médio também é relativa ao fato de a maioria dos participantes da pesquisa serem técnicos de enfermagem. Porém, percebe-se que muitos dos técnicos de enfermagem estão buscando cursar ensino superior (ANDOLHE, 2013; MUNHOZ, 2016). Essa crescente busca por qualificação, seja em nível de graduação e/ou especialização entre os profissionais de saúde, pode estar relacionada a planos de carreira, com a busca por uma melhor remuneração salarial e também devido ao fato de que muitas seleções para os cargos de saúde exigem maior qualificação.

Sobre o **perfil de saúde** dos profissionais das unidades de perioperatório, a maioria afirmou ter ganho peso nos últimos meses. Este ganho de peso pode estar ligado à rotina agitada dos profissionais, o que faz com que eles optem por lanches prontos e rápidos que no geral são os que mais contém açúcares e gorduras (RECH, 2015). Somado a isso, o estado de sobrepeso está relacionado com alguns distúrbios metabólicos, dentre eles, o aumento dos níveis de cortisol, esse que se associa ao estresse (BORGES, 2012).

Também, 57 (39 %) referiram praticar atividades físicas e 136 (93,2 %) não é fumante. Esses dados vão ao encontro do estudo de Vidotti et al (2018), nos quais os percentuais de profissionais que realizam atividades físicas atingiram 34,3 % e também prevaleceram os não tabagistas (94,6 %). Nesse sentido, percebe-se que há uma manutenção positiva por parte dos profissionais de saúde com vistas a reduzir os desfechos desfavoráveis a sua saúde, visto que eles estão evitando fumar e procuram realizar atividades físicas.



No que diz respeito aos profissionais que fazem uso de medicação conforme prescrição médica (n=52; 35,6 %), a maioria dos profissionais faz o uso de anti-hipertensivos e diuréticos (n=14; 28 %), seguido de antidepressivos e ansiolíticos (n=11; 22 %). Assim, percebe-se que um percentual importante dos profissionais é hipertensos e está em tratamento conforme prescrição médica. Em vista disso, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um problema de saúde pública e está entre as principais doenças crônicas não transmissíveis. Ainda, na maioria dos casos a HAS está relacionada a outros fatores, como a obesidade. Essa, no presente estudo não foi constatada; contudo, prevaleceram os profissionais que ganharam peso nos últimos meses. Tendo em vista a gravidade da HAS, segundo o Plano Municipal de Saúde de Santa Maria (2018), as doenças que envolvem o sistema circulatório foram as principais causas de óbitos no município no período de 2011 a 2015.

Outrossim, destacaram-se neste estudo os profissionais que fazem uso de antidepressivos e ansiolíticos. No trabalho de Schmidt et al (2011), o qual objetivou avaliar a ansiedade e a depressão entre profissionais de enfermagem de um bloco cirúrgico, constatou-se uma prevalência de 31,3 % de trabalhadores com sintomas de ansiedade e 24,2 % com sintomas de depressão. A literatura destaca que dentre os fatores associados a ansiedade e a depressão dos profissionais de saúde, estão: conflitos interpessoais, sobrecarga de trabalho, desgaste emocional, falta de apoio familiar e social e situações tensas como as emergências (MANETTI; MARZIALE, 2007). Nesse contexto, além da saúde do trabalhador ser prejudicada, a segurança dos pacientes que desses necessitam também pode estar fragilizada.

Ao delinear o panorama das características do trabalho, maior percentual dos profissionais de saúde atua no **turno** da noite (n=44; 30,2 %), corroborando achados de Magnago et al (2015). Esses resultados vão de encontro da pesquisa de Vidotti et al (2018), que evidenciou prevalência de profissionais de saúde desenvolvendo suas atividades no diurno (53,9 %). O trabalho a ser desenvolvido à noite exige adaptação, visto que neste período, teoricamente, o indivíduo deveria utilizá-lo dormir e recompor suas energias, por outro lado, neste estudo, constatou-se que os profissionais estão dormindo menos do que o desejado. Ainda, os profissionais que atuam em hospitais necessitam ficar aproximadamente doze horas em alerta durante à noite, o que acaba interferindo no ritmo biológico, resultando em oscilação do ciclo circadiano (SILVA et al., 2011). Neste sentido, estudo desenvolvido em um Hospital do Norte de Minas – MG comprovou que o trabalho à noite influenciou na piora de saúde dos profissionais com mais idade, que trabalham a mais tempo na profissão e que são interrompidos com frequência no trabalho (ANDRADE et l., 2015).

Do mesmo modo, predominou o **regime de trabalho** celetista (n=85; 58,2 %), divergindo de outra pesquisa na qual 48,7 % dos profissionais pertence ao regime estatutário (CARVALHO et al., 2017). Contudo, salienta-se que essa característica relacionada ao regime de trabalho do presente estudo pode estar relacionada ao fato de que desde 2014 a gestão da instituição foi assumida por uma empresa brasileira de administração de hospitais universitários. Essa empresa abriu novos editais para a seleção de novos profissionais para a área da saúde, substituindo os profissionais terceirizados que atuavam anteriormente.

Ainda, os profissionais deste estudo não possuem **outro vínculo empregatício** (n=125; 85,6%) em sua maioria, sendo que daqueles que possuem outro vínculo (n=21; 14,4%), prevaleceram os que trabalham na assistência em saúde (n=11; 52,4 %). Essa dado se contrapõem a outras pesquisas, em que o percentual de profissionais com outro vínculo empregatício atingiu 21,9 % e 53,4% (ANDOLHE, 2013; PAGLIONE et al., 2016). Assim como a busca por qualificação profissional, a escolha pela dupla jornada de trabalho é uma alternativa na busca por uma melhor remuneração, por conseguinte, pode desfavorecer a interface saúde do trabalhador e segurança do paciente. Por outro lado, infere-se que a segurança do paciente nas unidades de perioperatório está sendo favorecida devido ao fato de a maioria dos profissionais de saúde não possuir outro emprego.

No âmbito da **satisfação com o trabalho**, os profissionais estão satisfeitos em seus setores de atuação (n=137; 94,5 %) e não possuem intenção de deixar o serviço (n=114; 89,8 %). Dados que vão ao encontro de outras pesquisas que também evidenciaram profissionais satisfeitos, com percentuais de 71,9 % e 90,1 % (ANDOLHE et al., 2015; GUIRARDELLO et al., 2017). Estudo de revisão sobre a satisfação profissional evidenciou que as equipes estão satisfeitas com seu trabalho, porém, a desvalorização profissional e social é considerada um fator de insatisfação profissional (MELO; BARBOSA; SOUZA; 2011). Por outro lado, os profissionais destacam que a autonomia é o principal componente da satisfação profissional (PAGLIONE et al., 2016).

No que concerne ao **tempo de formado no cargo que exerce**, os profissionais de saúde têm uma mediana de 13 (IQ = 6,6-20) anos de formados, dado superior ao estudo de Guirardello (2017) com uma média de 10,4 anos de formação (DP = 6,2). Nesse ínterim, ressalta-se a experiência dos profissionais em sua atuação, fator que pode estar relacionado ao enfrentamento dos estressores laborais (ANDOLHE, 2013; GUIRARDELLO, 2017). Também, quanto ao **tempo de trabalho na instituição** e ao **tempo de trabalho no setor**, a mediana foi de quatro anos de trabalho na instituição e três anos e meio atuando no setor. Esses resultados são inferiores a outras pesquisas em que as médias foram de 7,7 e 7,9 anos de

atuação na instituição e de 5,2 e anos de atuação no setor (GUIRARDELLO et al., 2017; SCHOLZE et al., 2017). Ou seja, esses trabalhadores são jovens e com pouco tempo de atuação no serviço, o que pode dificultar a percepção da cultura de segurança. Assim, infere-se que seja necessário um tempo maior de atuação na instituição para conhecer a cultura.

Os achados demonstraram que os profissionais têm uma mediana de **36 horas semanais** trabalhadas, de dois **dias sem folga**, de oito **horas necessárias de sono** por dia e de seis **horas efetivamente dormidas** diariamente. Evidencia-se que a carga horária é compatível ao estudo de Cruz et al (2018), que identificou uma média de 37,8 horas semanais e, é inferior quando comparado a pesquisa de Vidotti et al (2018), que obteve uma média de profissionais com 42 horas semanais. Com relação às horas de sono, verificou-se que os achados deste estudo se assemelha com outra pesquisa em que 52,7 % dos profissionais de saúde não está satisfeita com o sono (VIDOTTI et al., 2018). Nesse mesmo trabalho evidenciou-se que a insatisfação com o sono está associada a alta exaustão emocional e à alta despersonalização, contemplando duas das três condições para o desenvolvimento de *burnout*. Ademais, a falta de qualidade no sono está associada ao estresse ocupacional e a síndrome de *burnout* (DALL'ORA et al., 2015; FERNANDES et al., 2017).

No que diz respeito às horas de **uso do computador** e do **celular** diariamente, a mediana foi de duas horas para ambas as variáveis, sendo que 100% utiliza computador e 96,6 % o celular. Quanto ao uso do computador, na instituição pesquisada o prontuário do paciente é online para prescrições médicas e de enfermagem, para os registros das condutas realizadas com os pacientes. Ou seja, usar o computador se faz necessário em seu trabalho. Já no que se refere ao uso do celular, questiona-se se essa ação pode ou não interferir no desenvolvimento das atividades laborais, uma vez que o celular pode ser uma distração. Em entrevista ao Jornal O Globo (2013), especialistas apontam que o uso do celular está relacionado com dores na região da nuca e do pescoço causadas pelo tempo de inclinação e posição indevida para visualizar a tela do celular. Ainda, de acordo com a psicóloga do Programa de Transtornos do Impulso do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo, Dora Goes, o uso de celular pode se tornar um transtorno, chamado de nomofobia (medo de ficar sem o celular). O excesso não está relacionado ao tempo em que a pessoa fica no aparelho, mas aos prejuízos que o uso acarreta na vida e na segurança dos pacientes, por exemplo, o desenvolvimento de ansiedade, a transmissão de germes durante a assistência caso não haja a devida higienização do aparelho e das mãos.

## 6.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO

A **consistência interna** do Questionário de Atitudes de Segurança, utilizado neste estudo, foi de 0,82, valor considerado bom, segundo Prieto e Muñiz (2000). Resultado que corrobora com outras pesquisas em que também se utilizou esse questionário para avaliar a cultura de segurança do paciente, demonstrando-se adequado para a avaliação deste constructo (CARVALHO; CASSIANI, 2012; KOLANKIEWICZ et al., 2017).

No que concerne à **cultura de segurança do paciente**, segundo a análise do SAQ, os profissionais de saúde das unidades de perioperatório demonstraram uma percepção negativa acerca da cultura de segurança do paciente nesses ambientes (média = 63,8; DP = 14). Ainda, conforme o panorama dos domínios do SAQ, apenas o referente a satisfação no trabalho obteve percepção positiva (média = 83,0; DP = 15,2). Exemplo dessa satisfação com seu trabalho é evidenciada quando 75,9 % dos profissionais concorda totalmente quando questionados “Eu me orgulho de trabalhar nesta área? ”. Por outro lado, evidenciou-se que os participantes desta investigação têm altas demandas psicológicas e baixo controle. Ou seja, deduz-se que os ambiente não são favoráveis à sua saúde do trabalhador. Talvez isso possa ser motivo de, apesar das dificuldades, os profissionais verem o trabalho como um desafio.

Pesquisa que objetivou avaliar a cultura de segurança do paciente em três hospitais públicos do Brasil, na análise geral do SAQ, também evidenciou uma percepção negativa das três instituições, com médias entre 65 e 69 (CARVALHO et al., 2017). Esse mesmo estudo constatou que dois dos três hospitais tem percepção positiva para o domínio clima de trabalho em equipe (média=75) e os três hospitais tem percepção positiva para o domínio satisfação no trabalho, com médias de 80, 81 e 83, sendo que os demais domínios obtiveram percepção negativa (< 75).

Outro estudo que buscou analisar as atitudes e percepções dos profissionais que atuam direta ou indiretamente no cuidado ao paciente nas instituições hospitalares de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, acerca da cultura de segurança, também demonstrou uma percepção negativa para o SAQ total, com um média 68,3. Nesse, dois dos seis domínios apresentaram media maior ou igual a 75: o domínio satisfação no trabalho e o domínio clima de trabalho em equipe (BARATTO, 2015). A satisfação profissional está relacionada a um bom relacionamento interpessoal, a um diálogo aberto e a ter suporte quando necessário. Assim, as ações desenvolvidas pelos profissionais e a segurança do paciente são favorecidas (CARVALHO; CASSIANI, 2012; MATIELLO et al., 2016).

Segundo o Núcleo de Educação Permanente do Hospital Universitário de Santa Maria, em parceria com o Núcleo de Segurança do Paciente, foram desenvolvidas ações voltadas a segurança do paciente na instituição no período de 2013 a 2018. Ademais, os profissionais de saúde dos ambientes de perioperatório foram contemplados por essas ações. Nesse contexto, percebe-se que há uma preocupação da instituição em manter seus profissionais atualizados e em educação continuada. Contudo, reflete-se acerca da efetividade das ações desenvolvidas, pois, por mais que fora proporcionado educação em saúde sobre segurança do paciente, ainda assim os profissionais têm uma percepção negativa da cultura de segurança do paciente nas unidades de perioperatório. Cabe a reflexão se essa realidade pode estar relacionada com a metodologia que foram realizadas essas ações, com a importância que os profissionais dão à segurança do paciente, com questões éticas, valores morais e/ou crenças, visto que esses fatores podem estar relacionados ao ambiente de trabalho com conseqüente influência na percepção da cultura de segurança do paciente.

Quanto aos domínios percepção da gerência da unidade e percepção da gerência do hospital, estes foram os que obtiveram os piores escores, com médias de 55,2 e 47,6, respectivamente. Dados que corroboram outras investigações em que se evidenciou semelhante resultado (RIGOBELLO et al., 2012; BARATTO, 2015; MATIELLO et al., 2016; CARVALHO et al., 2017). Essa realidade pode refletir a forma como as gerências institucionais estão desenvolvendo suas ações. Nesta tangente, questiona-se a gestão e se a tomada de decisões está sendo compartilhada e envolvendo os profissionais de saúde. Infere-se que ao haver horizontalidade e diálogo aberto entre gestores e assistentes, haverá um bom relacionamento interpessoal e a interface saúde do trabalhador e segurança do paciente será favorecida.

Quanto às respostas das questões do SAQ, percebe-se que há uma certa divergência de opiniões entre os profissionais de saúde no que se refere aos domínios supracitados. Por um lado, 45,1 % dos profissionais quando questionados “A administração da unidade está fazendo um bom trabalho?” e 31,3 % “A administração do hospital está fazendo um bom trabalho?”, responderam concordar parcialmente. Por outro lado, prevaleceu a resposta “neutro” seguida de “discordo parcialmente” quando indagados “A administração da unidade (do hospital) não compromete conscientemente a segurança do paciente?”.

Ainda, 30,0 % respondeu “neutro” e 27,1 % “discordo parcialmente” para a afirmativa “A administração do hospital apoia meus esforços diários?”. Para essa última questão, destaca-se dois pontos: primeiro, percebe-se que os profissionais entendem que seus esforços não são valorizados pela direção da instituição; segundo, talvez os profissionais ficaram

receosos em responder essa questão e preferiram manter a neutralidade, embora tenha sido explicado durante a coleta sobre o sigilo das informações. Cabe refletir se essa resposta pode estar relacionada com o receio de comprometer o seu trabalho.

Nesse contexto, a gestão, seja do hospital ou de uma unidade em específico, é essencial para que a segurança do paciente seja favorecida. Outrossim, infere-se que deve haver transparência e horizontalidade para um bom relacionamento interpessoal, favorecendo o vínculo entre profissionais que possuem diferentes atribuições (MELLO; BARBOSA, 2013; MATIELLO et al., 2016). Entende-se que ao ter uma percepção positiva acerca da gerência do hospital e da unidade, a cultura de segurança do paciente poderá ser favorecida e positiva na avaliação dos profissionais de saúde.

Para o questionamento: “Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes?”, 57,0 % discorda parcialmente ou totalmente, por outro lado, 36,8 % concorda parcialmente ou totalmente. Ou seja, quase metade dos participantes acredita que é necessário aumentar o número de profissionais. Nesse contexto, a sobrecarga de trabalho caracteriza um estressor laboral que interfere na saúde do trabalhador e compromete as atitudes de segurança do paciente (ANDOLHE, 2013; MATIELLO et al., 2016). O dimensionamento inadequado de pessoal é considerado fator determinante para o desgaste psíquico do trabalhador (CARVALHO et al., 2017).

Estudo evidenciou que a carga de trabalho excessiva tem influência negativa na saúde do trabalhador. A exemplo disso, surgem os afastamentos do trabalho que estão relacionados aos distúrbios osteomusculares, principalmente. Também, o estresse e a síndrome de *burnout* podem ser consequências de altas demandas de trabalho (ADOLHE, 2013; CARVALHO et al., 2017). Nessa perspectiva, percebe-se que a saúde do trabalhador, a segurança dos pacientes que desses dependem e a instituição são desfavorecidas.

Destaca-se ainda questões com escores positivos na avaliação individual dos itens. Para a afirmativa “Eu tenho o apoio que necessito da equipe para cuidar dos pacientes? ”, 42,0 % dos participantes respondeu concordar totalmente e 37,1 % concorda parcialmente. Também, na questão “Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente? ”, 31,7 % concorda parcialmente e 29,0 % concorda totalmente. Percebe-se que os profissionais valorizam o trabalho de seus colegas bem como se auxiliam uns aos outros durante o trabalho, evidências que também foram encontradas em outros estudos (BARATTO, 2015; MATIELLO et al., 2016).

Nesse sentido, buscando aproximar os achados supracitados com a realidade dos profissionais e de suas unidades de perioperatório, destaca-se que embora a percepção da

cultura de segurança do paciente seja negativa, há uma preocupação tanto desses profissionais quanto das gerências em buscar subsídios que favoreça a segurança do paciente. Contudo, infere-se que a rotina de trabalho dessas unidades, caracterizada por ter pacientes muitas vezes graves, que necessitam de cuidados intensos, com procedimento complexos e que exigem habilidades específicas, acaba interferindo diretamente na saúde desses profissionais e consequentemente na cultura de segurança.

Neste contexto, essa realidade das unidades de perioperatório desta pesquisa é evidenciada ao passo que, por exemplo, a média de internação na sala de recuperação pós-anestésica é de 454 pacientes ao mês, sendo que há dez leitos. Ainda, na unidade de cirurgia geral – serviço de internação, que possui 52 leitos, a média é de numerosos 1415 paciente internados por mês. Quantos ao bloco cirúrgico, neste, são realizados em média 636,9 procedimentos cirúrgicos mensalmente. Frente a este panorama, é notória a alta carga de trabalho a que os profissionais de saúde estão submetidos, o que faz com que tenham altas demandas psicológicas, desfavorecendo a sua saúde.

Complementando, a prevalência do turno de trabalho evidenciada nesta pesquisa foi de profissionais atuantes à noite seguido do turno da manhã. Assim, reflete-se acerca desse resultado, pois, no Bloco Cirúrgico, por exemplo, é à noite em que acontecem o maior número de cirurgias de emergência, fato que exige preparo e agilidade dos profissionais em um curto período de tempo, situação que se caracteriza por ser estressante. Também, na Unidade de Clínica Cirúrgica – Serviço de Internação, além de ser a maior unidade de internação da instituição, o turno da manhã é o que concentra o maior número de procedimento, exigindo novamente de seus profissionais. Esses fatores corroboram para a realidade encontrada sobre a cultura de segurança.

### 6.3 ESTRESSE OCUPACIONAL NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO

Neste estudo, os profissionais de saúde das unidades de perioperatório encontram-se com altas **demandas psicológicas** (n=93; 63,7%) e baixo **controle sobre o trabalho** (n=83; 56,8%). Esses achados divergem do encontrado por Brum (2014), no qual prevaleceram os profissionais com baixa demanda e alto controle sobre o trabalho. Por outro lado, esse mesmo estudo constatou a unidade cirúrgica como sendo a segunda com maior prevalência de profissionais estressados, quando comparada à unidade de tratamento intensivo e à unidade de pronto atendimento.

Em outra investigação, os profissionais demonstraram ter altas demandas psicológicas, contudo, tinham alto controle sobre o trabalho (SILVA; YAMADA, 2008). Isso equivale ao trabalho ativo, em que os profissionais possuem autoridade de decisão e que apesar das altas demandas o alto controle traz benefícios à saúde deles. Esse panorama diverge do encontrado na população estudada, pois, ao passo que os profissionais de saúde estão com baixo controle sobre as atividades laborais, evidencia-se que não estão conseguindo enfrentar os estressores das unidades de perioperatório, o que resulta em risco de adoecimento ocupacional.

No que tange as categorias profissionais, pesquisa evidenciou que os enfermeiros apresentaram tanto maior controle sobre o trabalho quanto maior demanda psicológica, quando comparados aos técnicos e auxiliares de enfermagem (MAGNAGO, 2008). Assim, reflete-se sobre as diferentes responsabilidades que envolvem essas categorias profissionais. Nesse contexto, os enfermeiros desenvolvem ações de maior responsabilidade, o que inclui o gerenciamento e a supervisão do cuidado, sendo assim, enfrentam maior estresse (ANDOLHE, 2013). Da mesma forma, os técnicos e auxiliares de enfermagem estão envolvidos com o cuidado direto ao paciente, o que lhes estabelece maiores demandas de trabalho (MAGNAGO et al., 2010).

Ainda no que diz respeito às demandas psicológicas e ao controle sobre o trabalho evidenciado nos profissionais de saúde do estudo, é sabido que as unidades em que esses atuam envolvem altas demandas psicológicas, visto que há uma grande rotatividade de pacientes, das mais diversas complexidades, bem como o número de procedimentos realizados é alto. Essa realidade vai ao encontro do que propõem *Karasek e Theörell* (1990), dado que o excesso de demandas de trabalho e de alta complexidade, aumentam as exigências psicológicas por parte dos profissionais. Por conseguinte, autores destacam que o controle está diretamente relacionado com a possibilidade que o profissional tem de usar habilidades (criatividade e estratégias) para dar conta de suas demandas e combater os estressores. Contudo, percebe-se que os profissionais em um percentual considerável foram classificados em baixo controle sobre as suas demandas de trabalho (KARASEK e THEÖRELL, 1990; ALVES et al., 2015).

No que se refere ao **estresse ocupacional** a partir das quatro possíveis experiências laborais, conforme o proposto por *Karasek e Theörell* (1990), prevaleceram os profissionais de saúde com alta exigência no trabalho, ou seja, com altas demandas psicológicas e baixo controle sobre o trabalho. Essa situação indica que a população estudada estava com sua saúde em risco, resultado das atividades laborais desenvolvidas nas unidades de



perioperatório. Somado a isso, infere-se que fatores como o desgaste emocional, o cansaço e a ansiedade eram vivenciados por estes profissionais, levando-os a tensão laboral.

Depreende-se que, a alta exigência evidenciada nas unidades de perioperatório desta pesquisa, além de relacionar-se com a demanda de trabalho manual/procedimentos assistenciais, também está associada às exigências psicológicas a que os profissionais de saúde estão submetidos. A exemplo disto, sabe-se que os pacientes que são submetidos a cirurgias, relatam ter angústias, medo de não sobreviver a até mesmo desconhecem a forma como será realizado determinado procedimento (CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014; MUNHOZ, 2016). Isto caracteriza-se como um estressor laboral e exige dos profissionais um preparo emocional para enfrentar tal situação, ou seja, requer que se tenha controle sobre o trabalho, o que não foi constatado na maioria da população estudada.

Nesta tangente, chama a atenção o fato de que, dos 146 profissionais, 34 encontrarem-se em trabalho ativo, pois é neste contexto em que o trabalho é enfrentado como um desafio, podendo proporcionar crescimento e aprendizado pessoal e profissional. Ainda, outros 23 profissionais estão trabalhando com ausência de desafios e iniciativas (trabalho passivo), o que pode resultar em atrofia gradual de aprendizagem e desenvolvimento.

Souza e Araujo (2015), ao estudar profissionais de saúde atuantes em uma instituição de ensino superior da região Centro-Oeste do Brasil, constatou que 37,3 % dos participantes encontravam-se com alta exigência e 33,9 % em trabalho ativo, resultados que convergem com o presente estudo. Já na pesquisa de Brum (2015), observou-se que a prevalência da amostra se deteve no quadrante de trabalho passivo (30,0 %), seguido de trabalho ativo (23,3 %). Comparando com Silva (2015), que objetivou avaliar o estresse ocupacional de enfermeiros atuantes em hospitais privados, encontrou resultados similares, pois 56,5 % dos profissionais possuía trabalho de alta exigência. Outro estudo evidenciou que os trabalhadores de enfermagem se encontravam predominantemente no quadrante de trabalho passivo (29,9 %), seguido de trabalho ativo (28,5 %), alta exigência (21,2 %) e baixa exigência (20,4 %) (MAGNAGO et al., 2010).

Caracterizando as diagonais propostas por *Karasek* e *Theörell* (1990), evidencia-se que um percentual considerável de participantes do presente estudo está em risco de adoecimento psíquico e físico e, se encontram com pouca motivação para desenvolver suas atividades. Em face desses resultados, supõem-se que essa realidade se relaciona com o perioperatório e as demandas psicológicas encontradas nesses ambientes. Ademais, cabe a reflexão se a experiência dos profissionais na atuação em unidades de perioperatório, evidenciada neste estudo, favorece o enfrentamento do estresse ocupacional.

#### 6.4 *BURNOUT* NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO

A **consistência interna** do *Inventário Maslach de Burnout* observada nesse estudo foi de 0,73, valor que também é considerado adequado para a avaliação desse constructo. Resultado que corrobora outros estudos em que os valores da consistência interna foram de 0,61, 0,79 e 0,76 (LORENZ; BENATTI; SABINO, 2010; ANDOLHE, 2013; DALMOLIN et al., 2014).

No que se relaciona com a avaliação individual das **dimensões do IMB**, se sobressaíram os profissionais de saúde com alto desgaste emocional (n=51; 34,9 %), com alta despersonalização (n=65; 44,5 %) e com alta realização profissional (n=59; 40,4 %). Aproximando esses resultados com o proposto por *Maslach e Jackson* (1986), evidencia-se que a maioria dos profissionais de saúde das unidades de perioperatório deste estudo sentem-se sem energia para trabalhar e com perda de entusiasmo e interesse pessoal, porém, estão tendo competência para dar conta de suas tarefas.

Os achados acima divergem dos encontrados por Carvalho et al (2016), que buscou avaliar a síndrome de *burnout* em profissionais da área da saúde atuantes em Minas Gerais e constatou níveis médios para as três dimensões de *burnout*. Os autores destacaram ainda que cinco profissionais da amostra estudada estavam com altos níveis de desgaste emocional e despersonalização e, outros 47 com níveis altos de despersonalização, resultados que demonstram que os profissionais apresentaram algum tipo de sofrimento (CARVALHO et al., 2016).

Outro estudo desenvolvido com profissionais de saúde de um hospital oncohematológico do estado de São Paulo, constatou níveis médios para as dimensões do IMB, resultado que vai de encontro aos achados nesta investigação, pois, na análise das dimensões, muitos dos participantes atenderam o critério de duas dimensões, ou seja, podem estar sujeitos ao *burnout* (ZANATTA; LUCCA, 2015). Ainda, os autores evidenciaram que dentre as categorias profissionais, os médicos apresentaram maiores prevalências para alto desgaste emocional e para sentimentos de baixa realização profissional, enquanto para os enfermeiros destacou-se o alto nível de despersonalização.

Nesta pesquisa, 15 (10,3 %) profissionais de saúde apresentaram a síndrome de *burnout*. Esse achado aproxima-se aos de outras pesquisas nas quais a prevalência de *burnout* na amostra estudada foi menor, atingindo percentuais de 12,5 %, 14,4 % e 10,2 % (LORENZ;

BENATTI; SABINO, 2010; ANDOLHE et al., 2015; ZANATTA; LUCCA, 2015). No entanto, é um número importante. Se os profissionais não mantiverem o controle do estresse ocupacional, talvez a prevalência de *burnout* aumente. Assim, é relevante que a instituição mantenha estratégias de valorização profissional, bem como oportunize espaços de promoção ao enfrentamento do estresse.

Silveira et al (2016), destacam que o *burnout* pode desencadear consequências individuais, de trabalho, de organização de trabalho e sociais. Na esfera individual, há o desenvolvimento de dores, alergias, distúrbios gastrointestinais, falta de concentração, agressividade e baixa autoestima. No que se refere ao trabalho, o *burnout* aumenta as chances de erros assistenciais e compromete o relacionamento entre os membros da equipe. No que tange a organização do trabalho, gera aumento dos gastos em tempo e dinheiro, resultado da rotatividade dos profissionais adoecidos. Por fim, a esfera social é fragilizada, dado que o *burnout* leva à desarmonia familiar e torna o profissional menos satisfeito em sua relação com paciente (SILVEIRA et al., 2016).

Considerando que o *burnout* é uma forma de estresse crônico e que muitas vezes o profissional não percebe que está acometido por essa síndrome, existem fatores desfavoráveis e que predis põem para o desenvolvimento no *burnout* e outros protetivos que auxiliam no enfrentamento e prevenção. Aqueles desfavoráveis são, principalmente, falta de reconhecimento profissional, relações interpessoais conflituosas e com a gerência direta, duplo vínculo empregatício e carga horária de trabalho elevada (MACHADO et al., 2011; FERREIRA, 2012; FRANÇA et al., 2012; NEVES; OLIVEIRA; ALVES, 2014; CAMPOS et al., 2015). Os fatores de proteção estão relacionados a um ambiente de trabalho organizado e com apoio das instituições, ao diálogo aberto e ao apoio da chefia direta. Profissionais casados, com filhos e mais jovens estão menos propensos a desenvolver a síndrome (JODAS; HADDAD, 2009; MACHADO et al, 2011).

Corroborando, no que se direciona a interface saúde do trabalhador e segurança do paciente no cenário hospitalar, Rodrigues e Souza (2017), destacam fatores e estratégias de melhorias para esse contexto. Segundo os autores, as ações devem ser voltadas para três pilares: o primeiro relaciona-se com melhorias no ambiente de trabalho, como o suporte para as atividades laborais; o segundo refere-se aos aspectos de gestão, visando comportamento organizacional direcionado a segurança do paciente; o terceiro pilar está intrinsecamente associado aos profissionais de saúde, com relação ao trabalho em equipe, comunicação efetiva, qualificação profissional e estratégias de enfrentamento para os estressores laborais.

Por fim, reflete-se sobre os ambientes de perioperatório e sua relação com o *burnout*, pois, mesmo com avanços na perspectiva da saúde do trabalhador, percebe-se que esses cenários interferem na saúde ocupacional e emocional dos profissionais. Depreende-se que essas circunstâncias estão relacionadas com o perfil de pacientes atendidos pelos profissionais de saúde, uma vez que em todos os cenários estudados, inclusive na unidade de internação (em menor proporção), há pacientes críticos, com um ou mais sistemas fisiológicos comprometidos, geralmente sedados e em uso de ventilação mecânica. Ou seja, além da capacidade técnica e científica, exige que os profissionais tenham preparo emocional para atender esses pacientes, o que reflete em um indivíduo desgastado emocionalmente e despersonalizado, indo ao encontro do evidenciado na amostra estudada (MASLACH; JACKSON, 1986; BENVENITES PEREIRA, 2010; ANDOLHE et al., 2015).

Nessa perspectiva, embora a prevalência de *burnout* tenha sido baixa, há uma preocupação com essa realidade, pois, essa síndrome repercute em um profissional exausto, que se sente incapaz de realizar suas tarefas e que evita o relacionamento interpessoal. Isso é inquietante ao passo que esses profissionais podem não saber da sua condição de saúde, tão pouco conseguir utilizar estratégias de enfrentamento, sendo assim, podem acabar adoecendo e mais uma vez a cultura de segurança do paciente torna-se fragilizada.

## 6.5 ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS DE INTERESSE

No que se refere à **relação entre características biossociais e do trabalho dos profissionais de saúde**, a variável idade obteve correlação ( $p=0,031$ ) e a variável ter filhos obteve associação ( $p=0,043$ ) com a percepção da cultura de segurança do paciente. Ou seja, profissionais de maior idade e que possuem filhos tem uma percepção negativa acerca da segurança do paciente. Depreende-se que a população estudada está caracterizada por profissionais adultos e que possuem filhos, predominantemente. Nessa perspectiva, infere-se sobre os profissionais mais jovens e os mais experientes e quais deles estão mais preparados para enfrentar os estressores laborais. Por um lado, cabe a reflexão se profissionais mais jovens estão mais dispostos a trabalhar ou mais tensos por não ter tanta experiência. Por outro lado, se questiona os profissionais mais experientes e se eles estão mais desgastados ou acostumados com a rotina. Assim, indaga-se qual a repercussão desses diferentes panoramas sobre a cultura de segurança do paciente. Somado a isso, destaca-se a importância que o suporte familiar tem para o profissional de saúde, contudo, as demandas familiares podem influenciar no desempenho do profissional, o que desfavorece a segurança do paciente.

Quanto à **associação entre os quadrantes do MD-C e os domínios do SAQ**, constatou-se que no domínio de percepção da gerência do hospital, os participantes que apresentaram alta exigência (n=46; 82,1 %) tem uma percepção negativa da gerência do hospital, sendo que houve relação estatisticamente significativa (p=0,045). Esse domínio relaciona-se com a aprovação das ações desenvolvidas pela gerência do hospital quanto questões de segurança. Assim, nota-se que os profissionais desaprovam o gerenciamento hospitalar dessas ações. Essa situação representa um estressor laboral que ocasiona desgaste psicológico, o que corrobora para que os profissionais estejam com alta exigência em seu trabalho e conseqüentemente avaliem negativamente as ações da gerência hospitalar.

Ainda no que se relaciona a situação acima descrita, embora não tenha significância estatística, dos profissionais que se encontravam em trabalho ativo, predominou os que avaliaram cultura de segurança como negativa. Nessa tangente, infere-se que além dos profissionais divergirem das ações desenvolvidas pela gerência hospitalar, isso está interferindo no enfrentamento dos profissionais que, por mais que estejam em trabalho ativo, não o reconhecem como uma forma de aprendizado e crescimento profissional.

Entende-se que os profissionais estão com alta demanda psicológica e baixo controle sobre o trabalho, sendo que a atuação da gerência hospitalar se apresenta como um fator relacionado, o que repercute em uma avaliação negativa (KARASEK; THEÖREL, 1990). Nesse sentido, a percepção dos profissionais sobre o gerenciamento de seu ambiente de trabalho reflete diretamente em sua saúde. Ademais, essa percepção negativa pode estar relacionada com situações conflitantes com a gerência, o que configura um estressor que ocasiona o desgaste psicológico do trabalhador, tornando o seu trabalho de alta exigência (KARASEK; THEÖREL, 1990; ANDOLHE, 2013; MATIELLO et al., 2016).

Constatou-se, no que diz respeito as **análises entre demanda psicológica e as dimensões do *burnout***, que houve associação estatisticamente significativa entre os profissionais de saúde com alta demanda psicológica e alto desgaste emocional (p=0,0001) e; alta demanda psicológica e alta despersonalização (p=0,007). Esses achados convergem com o proposto por *Karasek e Theörel* (1990) e por *Maslach e Jackson* (1986), uma vez que um profissional desgastado emocionalmente e que se afasta dos colegas terá altas demandas psicológicas de trabalho, pois, caracteriza-se por uma pessoa sem energia, sem motivação para trabalhar e que evita o relacionamento interpessoal, principalmente com os colegas de trabalho.

Depreende-se que o desgaste emocional e a despersonalização podem estar envolvidos com a autonomia do profissional e o seu controle sobre o trabalho, o que na população

estudada caracterizou majoritariamente profissionais com baixo controle. Por outro lado, caso esses profissionais tenham controle sobre o seu ambiente de trabalho, enfrentarão os estressores laborais com mais autonomia, o que corrobora para que não tenham exaustão emocional (GUIRARDELLO, 2017).

Alguns estudos evidenciaram fatores que estão associados ao alto desgaste emocional, a alta despersonalização e a altas demandas psicológicas. Fabichak et al (2014), constataram que o excesso de demandas é um fator organizacional negativo que predispõem o desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Em outro estudo, o desgaste emocional e a despersonalização estiveram associados a fatores intrínsecos no trabalho, com papéis estressores na carreira e com relações interpessoais conflitantes (LORENZ; BENATTI; SABINO, 2010). Ainda, a atuação em unidades assistenciais com pacientes críticos, o que também é vivenciado pelos profissionais da amostra estudada, reflete em um trabalho de alta exigência e desfavorece qualidade de vida do trabalhador (AZEVEDO; NERY; CARDOSO, 2017).

Não houve associação estatisticamente significativa entre o **controle sobre o trabalho e as dimensões de *burnout***. Cabe a reflexão acerca desse resultado, pois embora o profissional tenha controle sobre o trabalho, nota-se que há ocorrência de *burnout*. É possível que dentre os profissionais estudados, ter controle sobre o trabalho, não se constitui para um único fator relacionado ao desgaste emocional, à despersonalização e à realização profissional. Além disso, sentem-se satisfeitos no trabalho e não têm intenção de deixar o emprego, o que sugere, que, embora tenham dificuldades, eles ainda acreditam no que realizam dentro da instituição.

Também, evidenciou-se que os profissionais de saúde que estão em *burnout* tem altas demandas psicológicas ( $p=0,049$ ). Esse achado vai ao encontro do proposto pelos autores desses constructos, uma vez que o *burnout* está relacionado às consequências que o trabalho traz para os profissionais, nesse caso, as altas demandas psicológicas. No que converge aos referenciais, na concepção de *Maslach e Jackson* (1986), fatores oriundos do ambiente de trabalho fragilizam o indivíduo e predispondo-o a síndrome de *burnout*. Para *Karasek e Theörel* (1990), altas demandas de trabalho favorecem o desenvolvimento do estresse ocupacional. Nesse sentido, a vulnerabilidade para o desenvolvimento do *burnout* é potencializada pelos estressores laborais que provocam altas demandas psicológicas no trabalhador (LORENZ; BENATTI; SABINO, 2010).

Por fim, observou-se correlação negativa entre as seguintes variáveis: despersonalização, demanda psicológica e percepção da cultura de segurança do paciente. A

variável realização profissional obteve correlação positiva com a cultura de segurança. Comprovou-se que: quanto maior a despersonalização, menor é a percepção positiva da segurança do paciente ( $r = -0,254$ ); quanto maior a demanda psicológica, menor é a percepção positiva da segurança do paciente ( $r = -0,246$ ); quanto maior a realização profissional, maior é a percepção positiva da segurança do paciente ( $r = 0,0256$ ). Em vista disso, constatou-se que profissionais com síndrome de *burnout* e estresse ocupacional avaliam a cultura de segurança do paciente negativamente. Destarte, uma vez que se tenha profissionais acometidos por *burnout* ou estresse, caso esses não utilizem estratégias de enfrentamento, haverá desacordos entre a pessoa e o seu ambiente de trabalho. Assim, a cultura de segurança do paciente também poderá estar comprometida (CARVALHO, 2011).

Nesse contexto, a cultura de segurança do paciente está relacionada, dentre outros fatores, com o comportamento dos profissionais que atuam no ambiente de trabalho, esse que pode ser influenciado pelo estado de saúde. Assim, entende-se que os profissionais que estão em *burnout* e em estresse ocupacional, encontram-se fragilizados emocionalmente, desgastados, com sua realização profissional em baixa e com altas demandas psicológicas no trabalho, o que repercute em um profissional com pouco controle sobre o trabalho e que, conseqüentemente, avalia a cultura de segurança do paciente de forma negativa (ALVARADO, 2011; CAUDURO 2013). O estresse ocupacional e a síndrome de *burnout* estão diretamente relacionados com as conseqüências do trabalho na saúde do trabalhador (MASLACH; JACKSON, 1986; KARASEK; THEÖREL, 1990; SCHMIDT et al., 2013).

Em suma, além do estresse ocupacional e do *burnout*, denota-se que o perfil dos pacientes que são atendidos nos ambientes de perioperatório também fragiliza a percepção da cultura de segurança. Essa realidade não sofrerá grandes mudanças, ou seja, as demandas de trabalho continuarão nessa tendência. Porém, é indispensável que esses profissionais busquem ter mais subsídios para assim ter controle sobre suas demandas laborais e com isso favorecer a cultura de segurança do paciente. A exemplo disso, deve-se dar seguimento com as ações de ensino aprendizagem, desde que essas ações sejam avaliadas constantemente, com *feedback* a equipe. Com isso, será possível constatar o que precisa mudar no ambiente de trabalho e o que pode ser mantido.





## 7 CONCLUSÕES

O presente estudo analisou a cultura de segurança do paciente e sua relação com o estresse ocupacional e a síndrome de *burnout* em profissionais de saúde das unidades de perioperatório do Hospital Universitário de Santa Maria. Os resultados encontrados permitiram elaborar as seguintes conclusões que foram sintetizadas e serão apresentadas a seguir.

### 7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DO TRABALHO E PERFIL DE SAÚDE DOS PROFISISONAIS DE SAÚDE

- ✓ Participaram do estudo 146 profissionais de saúde, predominantemente técnicos de enfermagem (50,7 %), seguido de enfermeiros (20,5 %) e médicos (14,4 %), com uma mediana de idade de 41,1 anos;
- ✓ Quanto as unidades do estudo, 55 (38,0 %) dos profissionais pertence a Unidade de Cirurgia Geral – Serviço de internação, 55 (38,0 %) ao Bloco Cirúrgico e 36 (24,0 %) atua na Sala de Recuperação Anestésica e Intermediária;
- ✓ A maioria dos profissionais corresponde ao gênero feminino (n=104; 71,2%), com companheiro (n=112; 76,7%) e com filhos (n=100; 68,5%). A maior formação prevalente foi o ensino médio (n=50; 34,2%), seguido de especialização/residência (n=45; 30,8%);
- ✓ Prevaleram os profissionais de saúde que ganharam peso nos últimos seis meses (n=79; 54,9 %), sem problemas de saúde diagnosticado por médico (n=87; 59,6 %), que não fazem o uso de medicação contínua (n=94; 65,3 %) e que não estiveram afastados do trabalho por problema de saúde (n=100; 68,5 %);
- ✓ A maioria dos profissionais (n=57; 39,0 %) afirma praticar atividades físicas e 136 (93,2 %) não é fumante;
- ✓ No que se refere aos profissionais que fazem uso de medicação conforme prescrição médica (n=52; 35,6 %), maior percentual faz o uso de anti-hipertensivos e diuréticos (n=14; 28 %);
- ✓ No que tange as características e satisfação no trabalho, os profissionais de saúde atuam no turno da noite (n=44; 30,2 %), pertencente ao regime de trabalho celetista (n=85; 58,2 %), sem outro vínculo empregatício (n=125; 85,6%). Estão satisfeitos em seus setores (n=137; 94,5 %) e não possuem intenção de deixar o serviço (n=114; 89,8 %);

- ✓ Os profissionais de saúde possuem uma mediana de 13,0 anos de formação, 4,0 anos de trabalho na instituição e 3,5 anos de trabalho no setor. Ainda, têm uma mediana de 36,0 horas semanais e 2,0 dias sem folga;
- ✓ Esses profissionais necessitam de 8,0 horas de sono diariamente, porém, dorme apenas 6,0 horas diárias. Ademais, a mediana de uso do computador e do celular é 2,0 horas diárias;

## 7.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO

- ✓ A consistência interna do Questionário de Atitudes de Segurança foi de 0,82;
- ✓ Os profissionais de saúde das unidades de perioperatório tem uma percepção negativa acerca da cultura de segurança do paciente nesses ambientes (média = 63,8; DP = 14);
- ✓ No que se refere aos domínios, apenas o domínio de satisfação no trabalho obteve percepção positiva (média = 83,0; DP = 15,2);

## 7.3 ESTRESSE OCUPACIONAL NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO

- ✓ A maioria dos profissionais de saúde das unidades de perioperatório encontram-se com altas demandas psicológicas (n=93; 63,7%) e baixo controle sobre o trabalho (n=83; 56,8%);
- ✓ Evidenciou-se uma maior prevalência de profissionais de saúde no quadrante de alta exigência (n=59; 40,4%);
- ✓ Somente 28 profissionais de saúde (19,2%) encontram-se no quadrante de baixa exigência, sendo que esse é considerado o quadrante de referência;

## 7.4 BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UNIDADES DE PERIOPERATÓRIO

- ✓ A consistência interna do *Inventário Maslach de Burnout* foi de 0,73;
- ✓ Se sobressaíram os profissionais de saúde com alto desgaste emocional (n=51; 34,9 %), com alta despersonalização (n=65; 44,5 %) e com alta realização profissional (n=59; 40,4 %);

- ✓ 15 (10,3 %) profissionais de saúde apresentaram a síndrome de *burnout*;

## 7.5 ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS DE INTERESSE

- ✓ No que se refere à correlação entre características biossociais e do trabalho dos profissionais de saúde, as variáveis que obtiveram associação com a percepção da cultura de segurança do paciente foram: idade ( $p=0,031$ ) e ter filhos ( $p=0,043$ );
- ✓ No que tange a associação entre os quadrantes do MD-C e os domínios do SAQ, constatou-se que no domínio de percepção da gerência do hospital, os participantes que apresentaram alta exigência ( $n=46$ ; 82,1 %) tem uma percepção negativa da gerência do hospital, sendo que estatisticamente significativa ( $p=0,045$ );
- ✓ No que se refere as análises entre demanda psicológica e as dimensões do *burnout*, houve associação estatisticamente significativa entre os profissionais de saúde com alta demanda psicológica e alto desgaste emocional ( $p=0,0001$ ) e; alta demanda psicológica e alta despersonalização ( $p=0,007$ );
- ✓ Não houve associação estatisticamente significativa entre o controle sobre o trabalho e as dimensões de *burnout*;
- ✓ Evidenciou-se que os profissionais de saúde que estão em *burnout* tem altas demandas psicológicas ( $p=0,049$ );
- ✓ Observou-se correlação negativa entre as seguintes variáveis: desgaste emocional, despersonalização, demanda psicológica e percepção da cultura de segurança do paciente;
- ✓ A variável realização profissional teve correlação positiva com a cultura de segurança;
- ✓ Comprovou-se que: quanto maior a despersonalização menor é a percepção positiva da segurança do paciente (inversamente proporcional;  $r= -0,254$ ); quanto maior a demanda psicológica menor é a percepção positiva da segurança do paciente (inversamente proporcional;  $r= -0,246$ ) e; quanto maior a realização profissional maior é a percepção positiva da segurança do paciente (diretamente proporcional;  $r= 0,256$ );



## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando todos os avanços que a saúde do trabalhador e segurança do paciente tiveram no Brasil e no mundo, percebe-se o crescente número de estudos que estão sendo realizado sobre essas temáticas. Nessa abordagem, passou-se a investigar, entre os profissionais de saúde, fatores que pudessem estar associados na interface saúde do trabalhador e segurança do paciente, dentre eles, o estresse ocupacional e a síndrome de *burnout*. Nesse ínterim, percebe-se que os estudos têm buscado identificar os estressores laborais nos mais diferentes cenários com vistas a favorecer o profissional de saúde e o paciente que depende de seu cuidado. Contudo, ressalta-se que são poucos os estudos direcionados aos ambientes de perioperatório, especificadamente.

No que tange aos achados desse estudo, evidenciou-se que a população estudada tem uma percepção negativa da cultura de segurança do paciente nas unidades de perioperatório. Também, prevaleceu o número de profissionais de saúde em estresse ocupacional e o *burnout* estava presente em um percentual pequeno.

Em suma, a hipótese desse estudo foi confirmada, pois constatou-se que a ocorrência de estresse ocupacional e *burnout* possui correlação inversa e significativa com a cultura de segurança do paciente. Ademais, os dados obtidos revelaram circunstâncias importantes dos riscos ocupacionais a que os profissionais de saúde estão expostos, o que desfavorece a saúde do trabalhador e, conseqüentemente, fragiliza a assistência prestada e compromete a segurança do paciente.

Além disso, foi possível caracterizar os profissionais de saúde das unidades de perioperatório estudadas, bem como avaliar e apropriar-se dos fatores relacionados a cultura de segurança do paciente, ao estresse ocupacional e a síndrome de *burnout*, contemplando os objetivos do estudo. Ademais, destaca-se que não somente a enfermagem avalia negativamente a cultura de segurança do paciente, conforme a maioria dos estudos, mas todas as categorias profissionais estão diretamente relacionadas com a organização do trabalho, o que reflete na cultura de segurança nos ambientes laborais.

Pode-se perceber ainda que os ambientes de perioperatório caracterizam-se por ser estressantes e por originar um trabalho em que os profissionais têm altas demandas psicológicas. Outrossim, esses profissionais exercem suas atividades com pouco controle sobre o trabalho. Essa realidade interfere diretamente na interface saúde do trabalhador e segurança do paciente.

Algumas limitações podem ter dificultado o desenvolvimento deste estudo, tais como o número de participantes, que mesmo sendo um senso, foi pequeno. Isso pode ter fragilizado a realização de análises inferenciais mais robustas e restringe a generalização dos achados. Ademais, foi difícil encontrar outras pesquisas com as variáveis e a população estudadas, pois, no geral, os estudos tendem a ser desenvolvidos com apenas um dos constructos e direcionados para a equipe de enfermagem, especificadamente, o que dificultou a comparação e discussão dos dados. Outra limitação foi o tamanho dos blocos de instrumentos utilizados nesse estudo, o que segundo alguns participantes caracterizou-se como cansativo.

Por fim, acredita-se que os achados desse estudo irão contribuir para a construção do conhecimento, para a saúde dos profissionais e para a segurança do paciente, visto que se evidenciou fatores associados ao desenvolvimento de estresse ocupacional e *burnout*. Outrossim, além da percepção acerca da cultura de segurança de unidades de perioperatório, foi possível evidenciar a presença de estresse do momento atual (estresse ocupacional) e crônico (*burnout*) dos profissionais de saúde. O estudo da associação entre essas variáveis permitirá o desenvolvimento de estratégias para fortalecer a cultura de segurança, a partir de ambiente de trabalho favorável à saúde do trabalhador. Além do sobredito, defende-se que à medida que os resultados forem encaminhados aos responsáveis pelas unidades estudadas e pelo hospital, bem como para os participantes, isso contribuirá para uma reflexão que favoreça a saúde do trabalhador e a segurança do paciente.

Não obstante, é importante considerar que sejam desenvolvidas outras pesquisas identifiquem mais fatores que estão relacionados ao estresse ocupacional, ao *burnout* e suas implicações na cultura de segurança do paciente, no que tange aos aspectos sócio demográficos, laborais e perfil de saúde dos profissionais. Outrossim, sugere-se que seja desenvolvido um estudo qualitativo, pois, acredita-se que com esse tipo de estudo será possível compreender como os profissionais sentem-se com relação ao seu ambiente de trabalho e ao paciente que nele interna. Assim, possibilitar-se-á ter uma perspectiva mais ampliada acerca do que está relacionado com a cultura de segurança do paciente nas unidades de perioperatório.

A partir dos resultados encontrados, propõem-se ações que favorecem a saúde o trabalhador e a segurança do paciente em unidades de perioperatório, dentre elas: manutenção das capacitações desenvolvidas direcionadas a segurança do paciente e reavaliação da metodologia utilizada nessas ações; realização de intervenções voltadas a saúde do trabalhador com a finalidade que esse tenha maior controle sobre o seu trabalho, tais como identificação de estressores laborais e estratégias de enfrentamento; promover campanhas de

conscientização sobre a importância de o trabalhador prevenir as doenças ocupacionais; estimular o trabalhador a manter-se saudável e; incentivar os profissionais a participar ativamente das atividades de educação em saúde. Ademais, infere-se que o uso de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde possa ser uma estratégia para auxiliar os profissionais de saúde de perioperatório no enfrentamento dos estressores laborais, uma vez que podem favorecer o controle sobre o trabalho. Somado a isso, essas práticas têm se mostrado eficientes para a redução do estresse laboral.





## 9 REFERÊNCIAS

- ALVARADO, A.L.M. Cultura de seguridad. **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Organización Panamericana de La Salud. Oficina Regional de La Organización Mundial de La Salud. Whashington, D.C, p, 99-106, 2011.
- ALVES, M. G. M. et al. Modelo demanda-controle de estresse no trabalho: considerações sobre diferentes formas de operacionalizar a variável de exposição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 208-212, 2015.
- ALVES, M. G. M. et al. Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 164-71, 2004.
- AMTHAUER, C.; FALK, J. W. O enfermeiro no cuidado ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev. de Enf. FW**, v. 10, n. 10, p. 54-59, 2014.
- ANDOLHE, R. et al. Estresse, coping e burnout da Equipe de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: fatores associados. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 49(Esp), p. 58-64, 2015.
- ANDOLHE, R. **Segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: estresse, coping e burnout da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos e incidentes**. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2013.
- ANDRADE, D. L. B. et al. Trabalho noturno: repercussões na saúde do profissional de enfermagem. **J Health Sci Inst**, vol. 33, n. 2, p. 164-71, 2015.
- ANDRADE, R. V. da S.; COSTA, O. R. S. Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com a equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva – UTI. **Rev. Ciências em Saúde**, v. 4, n. 4, p. 11, 2014.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 335-336. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19800.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2017. 2004.
- ANVISA. Anvisa promove debate sobre segurança do paciente no Brasil. Ministério da Saúde. 2007 [internet]. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/noticias/2007/171007.Htm>>. Acesso em: 28 ago. 2017.
- ANVISA. RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - **RDC Nº 36**, DE 25 DE JULHO DE 2013 (Publicada em DOU nº 143, de 26 de julho de 2013), 2013.
- AZEVEDO, B. D. S.; NERY, A. A.; CARDOSO, J. P. Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 1:e3940015, 2017.
- BARATTO, M. A. M. **Cultura de segurança do paciente: percepções e atitudes dos trabalhadores nas instituições hospitalares de Santa Maria**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. 2015.

BARROS, E.N.C.; ALEXANDRE, N.M.C. Cros-cultural adaptation of Nordic musculoskeletal questionnaire. *IntNurs Rev.*, v. 50, n. 2, p. 101-8, 2003.

BBC NEWS. **Quão perigosa é a radiação de celulares e como você pode se proteger.** Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/curiosidades-37981911>. Acesso em: 03 de novembro de 2018.

BENETTI, E. R. R. et al. Variáveis de Burnout em profissionais de uma unidade de emergência hospitalar. *Cogitare Enferm*, v. 14, n. 2, p. 269-77, 2009.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. 280 p.

BERNARDO, A. A. B.; SILVA, C. F. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. *Rev. Rede de Cuidados em Saúde.* UNIGRANRIO, RJ, v. 6, n. 1, 2012.

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

BORGES, F. Z. et al. Síndrome de Cushing subclínica relacionada à hipertensão arterial secundária e tireoidite autoimune. Relato de caso. *Revista Brasileira de Clínicas Médicas,* Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 361-366, 2012.

BRANDÃO, D. E. C.; GALVÃO, C. M. O estresse da equipe de enfermagem que atua no período perioperatório: revisão integrativa. *Rev. Rene,* v. 14, n. 4, p. 836-44, 2013.

BRASIL. Ministérios da Saúde. **Portaria N° 529,** de 1º de abril de 2013 – Instituí o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), Distrito Federal, 2013.

BRUM, A. P. S. **Avaliação do estresse na equipe de enfermagem do turno diurno de um hospital universitário.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS. Brasil. 2014.

CAMPOS, I. C. M. et al. Fatores Sociodemográficos e Ocupacionais Associados à Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem. *Rev. Psic. Reflexão e Crítica,* v. 28, n. 4, p. 764-771, 2015.

CARRILO-GARCIA, C. et al. Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem,* v. 21, n. 6, p. 1314-20, 2013.

CARVALHO, R. E. F. L. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,** p. 143, 2011.

CARVALHO, R. E. F. L. et al Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem,* vol. 25, n. e2849, 2017.

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. Enfermagem,* v. 20, n. 3, 2012.

CASTAÑEDA-HIDALGO, H. et al. Percepção da cultura de segurança do paciente por profissionais de enfermagem. **Cienc. enferm**; v. 19, n. 2, p. 77-88, 2013.

CAUDURO, F. L. F. **Avaliação da cultura de segurança em unidades cirúrgicas**. [Dissertação]. Curitiba. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, 2013.

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

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; MARIO, B. R. **Erros acontecem** – a força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados: construindo um sistema de saúde mais seguro. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, Belo Horizonte, 2016.

CRUZ, E. D. de A. et al. Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospitais de ensino. **Cogitare Enferm**, vol. 23, n. 1:e50717, 2018.

DALL'ORA, C. Association of 12h shifts and nurses job satisfaction, Burnout and intention to leave: findings from a crosssectional study of 12 European countries. **BMJ Open**, vol. 5, n. 9:e008331, 2015.

DALMOLIN, G. L. et al. Sofrimento moral e síndrome de burnout: existe relações entre esses fenômenos nos trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 22, n. 1, 2014.

DUCCI, A. J. **Segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva: fatores dos pacientes, estresse, satisfação profissional e cultura de segurança na ocorrência de eventos adversos** [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2015.

FABICHAK, C. et al. Síndrome de Burnout em médicos residentes e preditores organizacionais do trabalho. **Rev Bras Med Trab**, v. 12, n. 2, p. 79-84, 2014.

FERNANDES, J. C. et al. Working hours and health in nurses of public hospitals according to gender. **Rev Saúde Pública**, vol. 51, p. 63, 2017.

FERREIRA, T. C. Enfermagem em nefrologia e síndrome de burnout. **Cogitare Enferm**, v. 17, n. 1, p. 44-9, 2012.

FRANÇA, F. M.; FERRARI, R. Síndrome de burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v, 25, n. 5, p. 743-8, 2012.

FREUDENBERGER, H. J. Staff Burnout. **Journal of Social Issues**, v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974.

GARRET, C. The effect of nurse staffing patterns on medical errors and nurse burnout. **AORNJ**, v. 87, n. 6, p. 1191-204, 2008.

GIMENES, F. R. E.; CASSIANI, S. H. de B. Segurança no preparo e na administração de medicamentos, à luz da pesquisa restaurativa em saúde. **REME**; v. 17, n. 4, p. 966-974, 2013.

GONÇALVEZ, T. F.; MEDEIROS, V. C. C. A visita pré-operatória como fator atenuante da ansiedade em pacientes cirúrgicos. **Rev. SOBECC**, v. 21, n. 1, p. 22-27, 2016.

HANZELMANN, R. S.; PASSOS, J. P. Imagens e representações da enfermagem acerca do stress e sua influência na atividade laboral. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, 2010.

GUIRADELLO, E. B. Impacto do ambiente de cuidados críticos no burnout, percepção da qualidade do cuidado e atitude de segurança da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, n. e2884, 7 p., 2017.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION (Great Britain). **Organizing for Safety: Third Report of the ACSNI** (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations) - Study Group on Human Factors. Sudbury, England: HSE Books; 1993.

HILL, M.M.; HILL, A. Investigação por questionário. Lisboa: Editora Sílado; 2002.

HUSM. **Hospital Universitário de Santa Maria. EBSERH.** Hospitais Universitários Federais. Ministério da Educação. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm>. Acesso em: 24 set 2017.

Institute of Medicine (IOM). **To err is human: building a health system.** [summary of research]. Unit States of America. Institute of Medicine; 1999. [citado 1999]. Disponível em:[http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is Human /To% 20 Err %20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf](http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is%20Human%201999%20report%20brief.pdf).

JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 2, p. 192-7, 2009.

Joint Commission for Patient Safety. **World Alliance for Patient Safety** [internet]. Disponível em: <<http://www.ccforspatientsafety.org/30730/>>. Acesso: 20 jan. 2015. 2008.

KARASEK, R. A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Adm Sci Q**, v. 24, p. 285-308, 1979.

KARASEK, R. et al. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of swedishmen. **Am J Public Health**, v. 71, p. 694-705, 1981.

KARASEK, R. et al. The Job Content Questionnaire(JCQ): a instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. **J Occup Health Psychol**, v. 3, p. 322-55, 1998.

KARASEK, R. A.; THEÖRELL, T. **Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life.** New York: Basic Books; 1990.

KAWAMOTO, A. M. et al. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. **Rev. Cuid. Fundam (online)**; v. 8, n. 2, p. 4387-4398, 2016.

KOOPMAN, C. et al. Stanford Presenteeism Scale: health status and employee productivity. *J Occup Environ Med.* V.44, n.1, p.14-20, January, 2002. Disponível em: [http://drpelletier.com/chip/pdf/CHIP-stanford\\_presenteeism\\_scale.pdf](http://drpelletier.com/chip/pdf/CHIP-stanford_presenteeism_scale.pdf) Acesso em: 04 jul. 2017.

KOLANKIEWICZ, A. C. B. et al. Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. **Acta Paul Enferm.** vol. 30, n. 5, p. 531-7, 2017.

KUREBAYASHI, L. F. et al. Aplicabilidade da auriculoterapia para reduzir estresse e como estratégia de coping em profissionais de enfermagem. **Rev. Lat-Am Enfermagem**, v. 20, n. 5, p. 980-87, 2012.

LATAACK, J.C. Coping with job stress: measures and future directions for scale development. **J Applied –Psych**, v. 71, n. 3, p. 377-85, 1986.

LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro [tese]**. Salamanca (Espanha): Facultad de Psicologia, Universidade Pontifícia de Salamanca; 1995.

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

LAZARUS, R. S.; LAUNIER, S. Stress related transaction between person and environment. In: Dervin LA, Lewis M. **Perspectives in international psychology**. New York: Plenum; 1978.

LEFIO, A.; ALVARADO, N. Avaliação do processo de um programa de monitoramento de eventos adversos hospital, clínica Dávila, Chile Clínica Dávila, Chile. **Rev. chil. salud pública**; v. 15, n.3, p. 135-145, 2011.

LIMA CT, FREIRE ACC, SILVA APB, TEIXEIRA RM, FARREL M, PRINCE M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. *Alcohol Alcohol*, vol. 40, p. 584-9, 2005.

LORENZ, V. R.; BENATTI, M. C. C.; SABINO, M. O. Burnout e estresse em enfermeiros de um hospital universitário de alta complexidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 6, 8 p., 2010.

MACHADO, R. M. et al. Síndrome de burnout em centro de terapia intensiva infantil da região centro-oeste de minas gerais. **R. Enferm. Cent. O. Min**, vol. 1, n.2, p. 201-209, 2011.

MAGNAGO, T. S. B. de S. **Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem**. [Tese] Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2008.

MAGNAGO, T. S. B. de S. et al. Condições de trabalho de profissionais da enfermagem: avaliação baseada no modelo demanda-controle. **Acta. Paul. Enferm**, vol. 23, n. 6, p. 811-7, 2010.

MAGNAGO, T. S. B. de S. et al. Relação entre capacidade para o trabalho na enfermagem e distúrbios psíquicos menores. **Texto Contexto Enferm**, vol. 24, n. 2, p. 362-70, 2015.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. **Estud Psicol**, vol. 12, n. 1, p. 79-85, 2007.

MASLACH, C. Comprendiendo el Burnout. **Ciencia & Trabajo**, v. 11, n. 32, p. 37-43, abr./jun. 2009.

MASLACH, C.; JACKSON, S. **Maslach Burnout Inventory, Manual**. Palo Alto, University of California. Consulting Psychologists, 1986.

MASLACH C, JACKSON S, LEITER M. **Maslach Inventory Manual**. Consulting Psychologists Press: Palo Alto, Califórnia; 1986.

MATIELLO, R. D. C. et al. A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. esp, p. 01-09, 2016.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto contexto – enferm**, vol. 22, n. 4, 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enferm**; v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MUNHOZ, O. L. **Segurança do paciente: estresse da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos e incidentes em unidade de clínica cirúrgica**. 2016, 86 p. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

MELO, M. B. de; BARBOSA, M. A.; SOUZA, P. R. de. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, 2011.

NEVES, V. F.; OLIVEIRA, A. F.; ALVES, P. C. Síndrome de burnout: impacto da satisfação no trabalho e da percepção de suporte organizacional. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 45, n. 1, p. 45-54, 2014.

NODARI, N. L. et al. Estresse, conceitos, manifestações e avaliação em saúde: revisão de literatura. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 2, n. 1, p. 61-74, 2014.

O GLOBO. **Jornal de notícias**. Uso excessivo de internet e celular pode viciar. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/cuidado-uso-excessivo-de-internet-celular-pode-viciar-8636717>. 2013. Acesso em: 03 de novembro de 2018.

OLIVEIRA, B. et al. Estresse entre graduandos de enfermagem de uma universidade pública federal: um estudo epidemiológico. **J Manag Health Care**, v. 3, n. 2, p. 72-79, 2012.

Organização Pan-Americana de Saúde. **Aliança mundial para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde; 2009.

PAGLIONE, N. L. et al. Satisfação profissional da equipe de enfermagem do centro cirúrgico em hospital público de média complexidade. **Rev enferm UFPE**, vol. 10, n. 3, p. 1080-7, 2016.

PAIXÃO, G. P. do N. Estresse da equipe de enfermagem e sua influência na produtividade. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v. 6, n. 1, p. 79-92, 2013.

PEREIRA, M. das D. P.; SOUZA, D. F. de.; FERRAZ, S. Segurança do paciente nas ações de enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. **Rev. Inova Saúde**, v. 3, n. 2, p. 55-87, 2014.

PINHEIRO, F. A. et al. Mensuração de coping no ambiente ocupacional. **Psic.: Teor Pesq**, v. 19, n. 2, p. 153-58, 2003.

PRIETO, G.; MUÑIZ, J. **Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España**. [Periódico na Internet]. 2000 dez [citado 2000 dez 4]. Disponível em: <http://www.cop.es/tests/modelo.htm>.

RAMOS, F.; COCA, S. M.; ABELDAÑO, R. A. Percepção da cultura de segurança do paciente em uma instituição argentina. **Rev. Enferm. Univ**; v. 14, n. 1, p. 47-53, 2017.

REASON, J.T. **Human Error**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

RECH, D. C. **Obesidade e perfil bioquímico entre escolares de 7 a 17 anos: estudo comparativo de dois municípios da região Centro Oriental do RS**. 2015. Dissertação (PósGraduação em Promoção da Saúde) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2015.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 5, p. 728-35, 2012.

RODRIGUES, C. C. F. M. et al. Estresse entre os membros da equipe de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 2, p. 601-8, 2017.

RODRIGUES, C. C. F. M. Segurança do paciente e enfermagem: interface com estresse e síndrome de burnout. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 5, p. 1141-7, 2017.

QUES, Á. A. M. MONTORO, C. H.; GONZÁLEZ, M. G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Rev Lat Am Enfermagem**; v. 18, n. 3, p. 339-345, 2010.

SANTA MARIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Santa Maria: SMS, julho de 2018.

SCHIMIDT, D. R. C. et al. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto Contexto Enferm**; v. 18, n. 2, p. 290-4, 2009.

SCHOLZE, A. R. et al. Estresse ocupacional e fatores associados entre enfermeiros de hospitais públicos. **Cogitare Enferm**, vol. 22, n. 3:e50238, 2017.

SEXTON, J. B. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Res**, v. 6, n. 44, 2006.

SILVA, A. P. da, QUEIROZ, E. de S. O estresse e sua relação com a jornada de trabalho da enfermagem em unidade hospitalar. **NBC - Periódico Científico do Núcleo de Biociências**, v. 1, n. 1, p. 33-50, 2011.

SILVA, E. F. L.; MOURA, M. L. C. de. Estresse nas relações enfermeiro/paciente: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 8, n. 7, p. 2140-8, 2014.

SILVA, F. H. **Estresse no trabalho de enfermeiros que atuam em hospitais provados Segundo o modelo demanda-controle. Dissertação** (Mestrado em enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

SILVA, L. G.; YAMADA, K. N. Estresse ocupacional em trabalhadores de uma unidade de internação de um hospital escola. **Ciênc Cuid Saúde**, vol. 7, n. 1, p. 98-105, 2008.

SILVA, R. de O. C.; BATISTA, K. de M.; GRAZZIANO, E da S. Personalidade resistente nas equipes médica e de enfermagem em centro cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 214-218, 2014.

SILVA, R. M.; BECK, C. L. C.; MAGNAGO, T. S. B. S et al. Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiro. **Esc Anna Nery**, vol.15, n. 2, p. 270-6, 2011.

SILVEIRA, A. L. P. da. Et al. Síndrome de burnout: consequências e implicações de uma realidade cada vez mais prevalente na vida dos profissionais de saúde. **Rev Bras Med Trab**, n. 14, v. 3, p.275-84, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARIDOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v.10, n.3, supl.3, 2016.

SOUZA, V. F. da S.; ARAUJO, T. C. C. F. de. Estresse ocupacional e Resiliência entre profissionais de saúde. **Psicologia: ciência e profissão**, vol. 35, n. 3, p. 900-915, 2015.

THEORELL, T.; KARASEK, R. A. Current issues relating topsychosocial job strain and cardiovascular diseaseresearch. **J Occup Health Psychol**, v. 1, p. 9-26, 1996.

THEORELL, T. The demand-control-support model forstudying health in relation to the work environment: an interactive model. In: **Orth-Gómer K, Schneiderman N, editors. Behavioral medicine approaches to cardiovascular disease.**Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, p. 69-85, 1996.

TRIGO, T. R. **Validade fatorial do Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) em uma amostra brasileira de auxiliares de enfermagem em um hospital universitário: influência na depressão** [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

VIDOTTI V. et al. Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol. 26, n. e3022, 2018.



VINCENT, C. **Segurança do Paciente**. Orientações para evitar eventos adversos. Ed. Yendis. São Caetano do Sul, v. 1, p. 3-5, 2009.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Rev Lat Am Enfermagem**; v. 20, n. 3, p. 427-434, 2012.

ZANATTA, A. B.; LUCCA, S. B. de. Prevalência da síndrome de burnout em profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil. **Rev Esc Enferm**, v. 49, n. 2, p. 253-260, 2015.

**ANEXOS**

## ANEXO A – ARTIGO DE TENDÊNCIAS

ARTIGO DE REVISÃO



## Estresse ocupacional e cultura de segurança: tendências para contribuição e construção do conhecimento em enfermagem

Occupational stress and safety culture: trends for contribution and construction of knowledge in nursing

Oclaris Lopes Munhoz<sup>1</sup>, Rafaela Andohe<sup>2</sup>, Maria Denise Schimith<sup>2</sup>, Gabriela Oliveira<sup>1</sup>, Polyana de Lima Ribeiro<sup>1</sup>, Thayná Champe da Silva<sup>1</sup>, Lulza Cremonese<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria – (UFSM) - Santa Maria (RS), Brasil.  
<sup>2</sup>Departamento de Enfermagem, (UFSM) - Santa Maria (RS), Brasil.

DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abchs.v43i2.991>

### RESUMO

O estresse é considerado um dos fatores que mais atinge os profissionais de enfermagem, podendo repercutir na cultura de segurança e desfavorecer a assistência prestada. O objetivo do presente estudo foi identificar e caracterizar as tendências das teses e dissertações em enfermagem produzidas no Brasil, acerca da temática do estresse ocupacional da equipe de enfermagem associado à cultura de segurança. Trata-se de um estudo de revisão narrativa. A busca foi realizada no portal de teses e dissertações da CAPES, no mês de maio de 2017, sem recorte temporal. Houve predominância de dissertações, com abordagem quantitativa, no ano de 2015, na região sul. A fragilidade da cultura de segurança foi identificada nos estudos voltados à segurança do paciente. Os resultados apontaram, ainda, fragilidades nas ações desenvolvidas e a necessidade de implantar estratégias que colaborassem para uma melhor assistência em saúde. Ainda, o estresse ocupacional foi reconhecido, por parte dos profissionais como influência negativa no trabalho. Desvendou-se, também, como uma tendência das produções, a predominância de estudos de cultura de segurança em unidades hospitalares fechadas.

**Palavras-chave:** estresse ocupacional; cultura organizacional; segurança do paciente.

### ABSTRACT

Stress is considered to be one of the factors that affect nursing professionals the most and may disturb the safety culture and disfavor the assistance provided. The objective of the present study was to identify and characterize the tendencies of the theses and dissertations in nursing produced in Brazil about the subject of occupational stress of the nursing team associated to the safety culture. It is a narrative review study. The search was carried out in the portal of theses and dissertations of CAPES, in May 2017, without temporal cut. There was a predominance of dissertations, with a quantitative approach, in the year 2015, in the southern region. The fragility of the safety culture has been identified in studies regarding patient safety. The results also pointed to weaknesses in the actions developed and the need to implement strategies that would contribute to better health care. Still, occupational stress was recognized by professionals as a negative influence on work. Therefore, a predominance of safety culture studies in closed hospital units was revealed as a trend of production.

**Keywords:** occupational stress; organizational culture; patient safety.

Recebido em: 25/06/2017

Revisado em: 16/01/2018

Aprovado em: 23/02/2018

Autor para correspondência: Oclaris Lopes Munhoz – Universidade Federal de Santa Maria – Avenida Roraima, 1000 – Camobi – CEP: 97105-900 – Santa Maria (RS) – E-mail: oclaris\_munhoz@hotmail.com

Conflito de Interesses: nada a declarar



## INTRODUÇÃO

Aliada ao avanço na assistência em saúde, a segurança do paciente passou a ser uma das maiores preocupações dos órgãos e instituições de saúde em nível mundial. Essa preocupação iniciou ainda no século XX, com a publicação do relatório do *Institute of Medicine* dos Estados Unidos da América, que divulgou dados alarmantes referentes a erros na assistência em saúde<sup>1</sup>.

No que diz respeito ao ambiente de trabalho e à cultura de segurança, deve-se levar em consideração as ações dos profissionais de saúde frente às suas práticas. Assim, a cultura de segurança provém da cultura organizacional, entendida como o conjunto de valores, normas, crenças e expectativas presentes entre os participantes de uma determinada organização. Neste contexto, o clima organizacional, uma vez mensurado, pode ser considerado como indicador de comportamento, produtividade, motivação e satisfação dos profissionais<sup>2</sup>.

Segundo Karasek<sup>3</sup>, o estresse ocupacional é definido como a relação entre altas demandas psicológicas, baixo controle sobre o trabalho e baixo apoio social recebido no ambiente laboral. Com repercussão na segurança do paciente, o estresse ocupacional é considerado um dos fatores que mais atinge os profissionais de enfermagem e, conseqüentemente, influencia na atuação da equipe de enfermagem na prestação dos serviços de saúde, gerando insegurança na prestação da assistência<sup>4</sup>.

A equipe de enfermagem, principalmente hospitalar, acompanha permanentemente os pacientes durante as 24 horas e está exposta a diversos estressores. Executa diversas atividades, tais como o atendimento individual e coletivo, o relacionamento interpessoal e multiprofissional; atua em situações de urgência e emergência; lida com a falta de recursos humanos e materiais, o que resulta em carga de trabalho excessiva, sendo que estes fatores podem contribuir para o desenvolvimento do estresse ocupacional, o que pode pôr em risco a segurança dos pacientes que dependem destes profissionais<sup>5</sup>.

Um estudo realizado em uma instituição hospitalar identificou que os enfermeiros reconheceram que os estressores do ambiente de trabalho podiam influenciar no desempenho da assistência prestada. Dentre os estressores identificados, estavam a carga de trabalho excessiva e a insatisfação profissional. Com isso, os profissionais trabalhavam com descuidos, ocasionando erros. Nesta perspectiva, percebe-se que o estresse ocupacional tem influência direta na cultura de segurança<sup>6</sup>.

Diante do exposto, o estudo justifica-se na medida em que a enfermagem também é responsável pela cultura de segurança, bem como é atingida pelos estressores do seu ambiente de trabalho<sup>7,8</sup>. Frente às essas afirmações e devido ao aumento das pesquisas a respeito do estresse e da cultura de segurança e a necessidade de conhecimento e aprimoramento dos profissionais da saúde, acerca da temática, o presente estudo teve como questão-guia: qual a tendência das teses e dissertações defendidas pelos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem do Brasil sobre o estresse ocupacional da equipe de enfermagem associado à cultura de segurança?

Entendeu-se que analisar o estresse ocupacional da equipe de enfermagem associado à cultura de segurança, possibilitou o planejamento de estratégias favoráveis à saúde do trabalhador e à segurança do paciente. Buscando responder à questão de pesquisa, elencou-se como objetivo geral, identificar e caracterizar as tendências das teses e dissertações em enfermagem produzidas no Brasil, acerca da temática do estresse ocupacional da equipe de enfermagem associado à cultura de segurança.

## MÉTODOS

Tratou-se de um estudo de revisão bibliográfica, do tipo narrativo, baseado nas tendências nacionais de teses e dissertações acerca da temática descrita. Para a obtenção das publicações foi realizada uma busca no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no mês de maio de 2017. As revisões narrativas são consideradas estudos qualitativos e, que possuem como foco, a descrição e a discussão, de forma ampla, de um determinado assunto, ainda, podendo apresentar uma análise crítica e pessoal do pesquisador<sup>9</sup>.

Como estratégia de busca avançada no Banco de Dissertações e Teses da CAPES, utilizou-se a seguinte palavra-chave: "cultura de segurança", sem restrição de área do conhecimento. Dessa forma, foram encontradas 197 produções, sendo que, após, foi realizada a leitura de título, buscando-se também, a palavra estresse. Cabe destacar que a busca pela palavra estresse aconteceu como uma estratégia para captar maior número de produções, pois alguns estudos abordavam o estresse ocupacional sem nomeá-lo como tal.

Como critérios de inclusão definiu-se que seriam selecionados estudos acadêmicos nacionais, oriundos de Programas de Pós-Graduação em Enfermagem, que abordassem a temática do estresse ocupacional associada à cultura de segurança, como resultados de teses e dissertações, e sem recorte temporal, o que permitiu identificar a tendência das produções na referida temática. Os critérios de exclusão compreenderam estudos que possuíam resumos incompletos ou indisponíveis e estudos metodológicos que envolvessem construção, validação e/ou adaptação de instrumentos. Cabe mencionar que não foram encontrados estudos duplicados. Após a aplicação dos critérios supracitados e leitura das produções, constituiu-se o *corpus* de 27 estudos científicos para a análise, conforme a Figura 1.

Com o objetivo de organizar e compreender a análise dos dados foi elaborado um quadro sinóptico, composto pelas seguintes informações: título, autor (a), ano, nível do estudo (tese ou dissertação) e instituição. Todos os estudos selecionados foram expostos no Quadro 1.

Os dados foram interpretados por uma abordagem qualitativa e com análise crítica pessoal, apresentados por meio de duas categorias, visto que se tratou de uma revisão narrativa.

No que se referiu aos aspectos éticos em pesquisa, as definições e resultados usados pelos autores dos estudos selecionados para a análise foram reproduzidos fidedignamente e sem sofrer alterações.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura, análise e caracterização dos estudos selecionados e da extração dos dados disponibilizados nos respectivos estudos<sup>8-34</sup>, foi possível evidenciar as tendências da produção na enfermagem brasileira, a respeito da temática do estresse ocupacional da equipe de enfermagem associado à cultura de segurança, bem como apresentar categorias para a análise.

### Caracterização das produções relacionadas ao estresse e à cultura de segurança

Conforme o Quadro 1, das vinte e sete produções selecionadas, 9 (33,3%) foram publicadas em 2015; 7 (25,9%), em 2013; 6 (22,2%), em 2014 e 5 (18,6%) no ano de 2016, com uma média de 6,75 pesquisas por ano. Destas, vinte e três (85,2%) eram dissertações (mestrado acadêmico) e 4 (14,8%) teses. Quanto à área do conhecimento, 21 (77,8%) eram da enfermagem<sup>6-10,21-28,34</sup>; 2 (7,4%) correspondiam à enfermagem fundamental<sup>22,33</sup>; 1 (3,7%), à atenção à saúde<sup>20</sup>; 1 (3,7%), à enfermagem na saúde do adulto<sup>26</sup>; 1 (3,7%), às ciências para a saúde<sup>20</sup> e 1 (3,7%) referente à área de saúde, sociedade e ambiente<sup>21</sup>.

Em relação à região geográfica das pesquisas selecionadas, a predominância foi na região sul, com doze (44,5 %) estudos. Dentre as universidades que faziam parte da referida região, 8 estudos foram desenvolvidos pelos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); 1 na Universidade Federal de Rio Grande (FURG); 1 na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS); 1 na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e 1 na Universidade

Federal do Paraná (UFPR). Na sequência, apareceu a região sudeste, com 10 (37%) estudos, destes, 4 foram desenvolvidos na Universidade de São Paulo (USP); 1 na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); 1 na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); 1 na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO); 1 na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e do Mucuri (UFVJM); 1 na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e 1 na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Após, apareceu a região centro-oeste, com 3 (11,1 %) produções; 2 na Universidade Federal de Goiás (UFG) e 1 na Escola Superior de Ciências da Saúde (FEPECS). Por fim, apareceu a região nordeste, com 2 (7,4 %) tendências; 1 na Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e 1 na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Cabe mencionar que não foram encontrados estudos na região norte.

Os dados acima descritos vão ao encontro das estatísticas disponíveis na Plataforma Lattes – CNPq, por meio dos registros do Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, o qual descreve que há predominância de Grupos de Pesquisa (GP) nas regiões sul e sudeste, o que pode justificar o grande número de estudos desenvolvidos nessas regiões, não obstante, a distribuição dos GP por grande área de conhecimento é predominantemente sobre as ciências humanas e da saúde, contemplando a enfermagem. Esses registros corresponderam ao período de 1993 a 2016<sup>35</sup>.

No que concerniu ao tipo de abordagem metodológica das teses e dissertações, 23 (85,2%) utilizaram o método quantitativo<sup>6-16,18,20-30,32-34</sup> e 4 (14,8%), o método quantitativo-qualitativo (misto)<sup>8,17,19,31</sup>. A análise dos dados predominante foi a estatística descritiva e inferencial, representando 19 (70,4%) produções<sup>8,10,11,14,16,20-32,34</sup>, seguida de estatística descritiva, somente, com 4 (14,8%)<sup>22,33,33,33</sup>. Após, a estatística inferencial, somente, com 2 (7,4%)<sup>20,18</sup> e, por fim, 1 (3,7%) estudo utilizou a estatística descritiva junto com a observação não participante<sup>27</sup> e 1 (3,7%), a estatística descritiva, inferencial e análise de conteúdo de Bardin<sup>19</sup>.

Essa predominância de método quantitativo pode ser justificada pelo motivo das pesquisas terem utilizado, ao menos, um instrumento validado para a coleta de dados, característica típica desta abordagem. O delineamento quantitativo pode ser representado pela epidemiologia, área que busca levantar dados, frequências, indicadores e prevalências de determinado problema ou doença<sup>36</sup>.

Ainda, houve o domínio das tendências para a análise estatística, que pode ser descritiva ou analítica, o que também representou estudos quantitativos, pois buscou testar hipóteses e associações entre variáveis de interesse. A análise descritiva visa à obtenção do valor preciso dos parâmetros de uma população; já a analítica, observa as características dos elementos de uma amostra e estima o valor do parâmetro, ou a decisão de rejeição ou não de uma hipótese sobre o mesmo<sup>36</sup>.

Quanto aos instrumentos utilizados para a coleta de dados, apareceu em destaque o Questionário Atitudes de Segurança (SAQ) em 16 (59,2%) tendências<sup>6,17-14,16,17,19-21,24,26,27,30,32-34</sup>, seguido

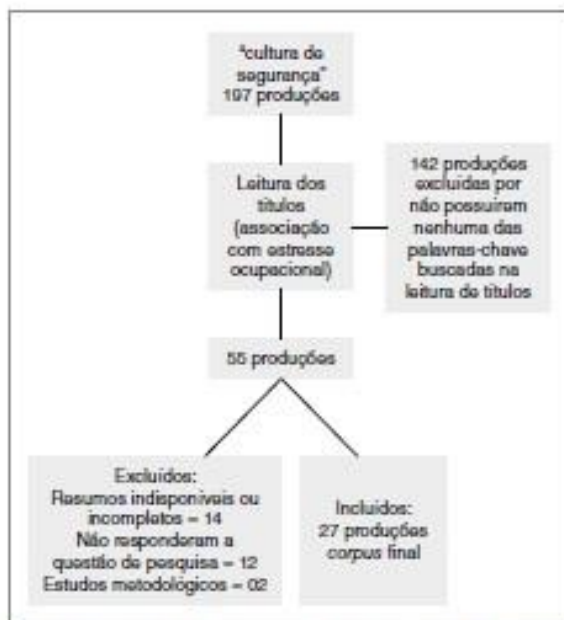


Figura 1: Fluxograma do corpus das produções selecionadas. Santa Maria (RS), 2017.



do questionário *Hospital Patient Safety Culture* (HSOPSC), com 8 (29,7%)<sup>10,11,15,22,23,28,30</sup>. Ainda, em 2 (7,4%) produções foram utilizados o SAQ, mais o questionário semiestruturado<sup>8,18</sup>, e 1 (3,7%) estudo aplicou o questionário HSOPSC, o instrumento Lista de Sinais e Sintomas (LSS) e o Índice de Satisfação Profissional (ISP)<sup>29</sup>.

No que se referiu ao cenário das tendências, 11 (40,8%) foram desenvolvidas em todo o ambiente hospitalar<sup>13,20,22,24,26-28,31-34</sup>; 3 (11,1%), em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI)<sup>14,25,28</sup>; 2 (7,4%), em UTI neonatal, pediátrica e materno-infantil<sup>12,27</sup>;

2 (7,4%), em ambiente cirúrgico<sup>3,35</sup>; 2 (7,4%), em hospital oncológico<sup>8,13</sup> e 1 (3,7%), no centro obstétrico e alojamento conjunto<sup>31</sup>. Também, 1 (3,7%) estudo foi realizado em uma unidade de transplante renal<sup>11</sup>; 1 (3,7%), em instituição cardiovascular<sup>16</sup>; 1 (3,7%), em unidades de emergência pediátricas<sup>14</sup>; 1 (3,7%), em clínica cardíaca<sup>17</sup>; 1 (3,7%), em centro de pesquisas oncológicas<sup>18</sup> e 1 (3,7%), em cenário acadêmico<sup>19</sup>. Esses cenários dominantes corroboraram com a proposta dos instrumentos utilizados, uma vez que estes foram adaptados e traduzidos para a realidade brasileira para serem desenvolvidos em ambientes hospitalares<sup>8-14</sup>.

**Quadro 1:** Quadro sinóptico. Produções seleccionadas, acerca da temática do estresse e cultura de segurança. Santa Maria, RS, 2017

Titulo	Autor, Ano e referência	Nível acadêmico e Instituição
Cultura de segurança do paciente: a percepção do enfermeiro em um hospital oncológico	Camara, 2013 <sup>3</sup>	Dissertação - UNIRIO
Avaliação da cultura de segurança em unidades cirúrgicas	Cauduro, 2013 <sup>8</sup>	Dissertação - UFPR
Cultura de segurança do paciente em serviços de enfermagem hospitalar	Costa, 2014 <sup>18</sup>	Dissertação - USP/Ribeirão Preto
Cultura de segurança do paciente na ótica da enfermagem em uma unidade de transplante renal	Câmara, 2016 <sup>11</sup>	Dissertação - UFMA
Cultura e clima de segurança do paciente em uma maternidade-escola: percepção dos profissionais da enfermagem de terapia intensiva	Fernandes, 2014 <sup>25</sup>	Dissertação - UFRN
A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro	Matiello, 2015 <sup>27</sup>	Dissertação - UFES
Análise da cultura da segurança entre os profissionais da unidade de terapia intensiva adulto de uma instituição de ensino	Gomides, 2016 <sup>34</sup>	Dissertação - UFG
Cultura de segurança do paciente em unidades de emergência pediátrica: perspectiva da equipe de enfermagem	Macedo, 2015 <sup>14</sup>	Dissertação - UFSC
Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de uma instituição cardiovascular	Misiak, 2013 <sup>16</sup>	Dissertação - UFSC
O cuidar de si como uma dimensão da cultura de segurança do paciente	Gasper, 2013 <sup>17</sup>	Tese - UFSC
Cultura de segurança do paciente em unidade catarinense de transplante de medula óssea	Ferre, 2014 <sup>19</sup>	Dissertação - UFSC
A cultura de segurança do paciente na ótica dos acadêmicos de enfermagem	Ilha, 2014 <sup>18</sup>	Dissertação - UFSC
A cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino de Minas Gerais	Luiz, 2013 <sup>20</sup>	Dissertação - UFTM
Cultura de segurança do paciente na perspectiva de profissionais da enfermagem obstétrica e neonatal	Batista, 2015 <sup>21</sup>	Dissertação - UFSC
Análise da cultura de segurança em um hospital de ensino da região centro-oeste do Brasil	Tobias, 2013 <sup>22</sup>	Dissertação - UFG
Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal	Tomazoni, 2013 <sup>23</sup>	Dissertação - UFSC
Cultura de segurança do paciente: percepções e atitudes dos trabalhadores nas instituições hospitalares de Santa Maria	Baratto, 2015 <sup>24</sup>	Dissertação - UFSM
Cultura de segurança do paciente: avaliação dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva	Minuzzi, 2014 <sup>26</sup>	Dissertação - UFSC
Clima de segurança entre trabalhadores de enfermagem em unidades de internação adulto	Nauderer, 2015 <sup>28</sup>	Tese - FURG
Cultura de segurança: avaliação das atitudes de segurança da equipe de enfermagem de um hospital geral de grande porte de Porto Alegre	Souza, 2016 <sup>27</sup>	Dissertação - UNISINOS
Avaliação da cultura de segurança do paciente em ambiente hospitalar: estudo comparativo em hospital universitário e público do Rio de Janeiro e do Porto	Fassarella, 2016 <sup>28</sup>	Tese - UERJ
Segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: fatores dos pacientes, estresse, satisfação profissional e cultura de segurança na ocorrência de eventos adversos	Ducci, 2015 <sup>29</sup>	Tese - USP
Avaliação da cultura de segurança entre profissionais do centro cirúrgico de um hospital de porta especial: elementos para a melhoria da qualidade do cuidado aos idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos	Carvalho, 2014 <sup>30</sup>	Dissertação - FEPECS
Percepção da equipe multiprofissional sobre segurança do paciente: análise sistêmica dos riscos na assistência que podem gerar eventos adversos não infecciosos	Serrano, 2015 <sup>31</sup>	Dissertação - UFVJM
Percepção do clima de segurança do paciente em instituições hospitalares	Mikael, 2016 <sup>32</sup>	Dissertação - USP/Ribeirão Preto
Avaliação do clima de segurança do paciente em Unidade de Emergência de um hospital universitário do interior de São Paulo	Rigobello, 2015 <sup>33</sup>	Dissertação - USP/Ribeirão Preto
Clima de segurança: percepção dos profissionais de enfermagem em um hospital de ensino	Tondo, 2015 <sup>34</sup>	Dissertação - UNICAMP

FEPECS: Escola Superior de Ciências da Saúde; FURG: Universidade Federal de Rio Grande; UERJ: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; UFES: Universidade Federal do Espírito Santo; UFG: Universidade Federal de Goiás; UFMA: Universidade Federal do Maranhão; UFPR: Universidade Federal do Paraná; UFRN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina; UFSM: Universidade Federal de Santa Maria; UFTM: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; UFVJM: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e do Mucuri; UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas; UNIRIO: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; UNISINOS: Universidade do Vale do Rio dos Sinos; USP: Universidade de São Paulo.



Com relação aos participantes dos estudos, 11 (40,8%) aplicaram suas pesquisas na equipe de enfermagem<sup>10,11,15,17,21,26,27,31,34</sup>; 9 (33,3%), em equipe multiprofissional de saúde<sup>8,14,18,20,24,25,30,32</sup>; 4 (14,8%), em enfermeiros somente<sup>6,13,22,28</sup>; 1 (3,7%), em enfermeiros e médicos<sup>25</sup>; 1 (3,7%), em equipe multiprofissional de saúde e nas equipes de higiene/limpeza e de secretariado<sup>29</sup> e 1 (3,7%), em estudantes de enfermagem<sup>19</sup>. Essas populações estudadas contemplam os objetivos dos instrumentos SAQ e HSOPSC, já que buscaram, de maneira geral, avaliar a segurança do paciente, do ambiente e a ocorrência de incidentes na assistência prestada, características que podem ser respondidas pelos profissionais de saúde, visto que estes estavam em contato direto com os pacientes em seu ambiente de trabalho<sup>10,11,17</sup>.

### Tendências acerca da gerência, estresse ocupacional e cultura punitiva na enfermagem: fragilidades encontradas

A fragilidade da cultura de segurança é identificada nos estudos voltados à segurança do paciente. O tema apareceu nas produções, apontando as vulnerabilidades nas ações desenvolvidas e a necessidade de implementar estratégias que contemplassem e colaborassem para uma assistência em saúde com maior qualidade<sup>8,11,14,16</sup>.

O estresse e as condições de trabalho apareceram com baixos escores nas respostas dos participantes pesquisados, valores de escores que foram considerados inadequados, conforme os parâmetros dos instrumentos utilizados nas pesquisas. Embora os participantes estivessem satisfeitos com o seu trabalho (domínio e satisfação no trabalho), estes apontaram como fragilidades, por exemplo, o quadro de pessoal insuficiente e o fato de ter que trabalhar mais do que o desejado<sup>10,11,21,22,26,27,30</sup>. Esse fator esteve evidenciado nos estudos e associado à ocorrência de incidentes, o que comprometeu a segurança do paciente<sup>27</sup>. Também, o estresse ocupacional foi reconhecido, por parte dos profissionais, como influência negativa no trabalho<sup>38</sup>.

Nesse enfoque, a satisfação profissional e o estresse ocupacional estiveram relacionados, entre si, uma vez que a não realização no trabalho associada aos estressores do ambiente laboral repercutiram na cultura de segurança<sup>20</sup>. Assim, tanto o estresse ocupacional quanto a insatisfação no trabalho estavam relacionadas com as atitudes e os comportamentos de segurança dos profissionais para o desempenho de suas atividades<sup>30,38,39</sup>.

Um estudo que objetivou identificar o nível de estresse em enfermeiros que atuavam em cuidados diretos ao paciente crítico, a partir da avaliação do nível de estresse no contexto hospitalar no transcorrer de suas atividades, evidenciou maior nível de estresse ocupacional associado à assistência prestada ao paciente. Também, o mesmo estudo identificou que o estresse ocupacional estava associado a atividades relacionadas à administração de pessoal e às condições de trabalho para o desempenho das atividades do enfermeiro<sup>40</sup>.

Outra tendência prevalente com baixos escores nos resultados dos estudos foi com relação à percepção dos profissionais frente

à gerência das unidades, fator este sendo avaliado negativamente, de maneira geral, pelos participantes, os quais desaprovavam as ações da gerência quanto às questões de segurança e a necessidade de maior investimento por parte da gestão<sup>13,14,16,18,26,28,30,32,34</sup>. Nesse domínio, estudos apontaram a falta de apoio diário da administração dos hospitais com seus funcionários como fator negativo para a cultura de segurança<sup>34,35</sup>.

Corroborando, alguns estudos destacaram a existência da cultura punitiva e de culpa, evidenciando a necessidade de mudança cultural relacionada à abordagem do erro humano<sup>11,23,28</sup>. Nesse sentido, as gerências das unidades, junto às instituições como um todo, precisariam criar estratégias que proporcionassem uma boa atmosfera no ambiente de trabalho, para que questões como estas pudessem ser discutidas em diálogo aberto, contemplando um ambiente não punitivo<sup>39</sup>.

Vale ressaltar que algumas produções apontaram que a cultura de segurança estava em constante consolidação, apresentando potenciais forças de melhorias nas dimensões assistenciais, o que pôde possibilitar a criação de estratégias específicas para cada setor de saúde<sup>20,31</sup>. Essas melhorias podem estar relacionadas com os esforços dos órgãos e instituições na busca por uma assistência cada vez mais qualificada. Assim, o entendimento da dimensão que corresponde à cultura de segurança tem evoluído consideravelmente<sup>27</sup>.

Nessa perspectiva, cabe a reflexão a respeito dos estressores laborais e as suas implicações para a cultura de segurança, visto que se trata de uma temática em consolidação e que necessita de novas investigações. Com isso, será possível obter subsídios que venham a favorecer a saúde do trabalhador, por meio da redução do estresse ocupacional e, conseqüentemente, favorecer a cultura de segurança do paciente.

Por fim, considerou-se como limitações deste estudo a busca ter sido realizada apenas no Portal de teses e dissertações da CAPES, visto que algumas universidades têm seus próprios reservatórios e não disponibilizam os estudos na plataforma. Ainda, alguns resumos apresentaram poucas informações, o que dificultou a apresentação dos resultados e discussão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desvendou-se, como uma tendência das produções, a predominância dos estudos de cultura de segurança em unidades fechadas. Percebeu-se que as teses e as dissertações buscaram estudar outros fatores relacionados com a cultura de segurança, além do estresse ocupacional. A insatisfação profissional e a falta de recursos materiais e humanos surgiram como estressores ocupacionais, desfavorecendo a cultura de segurança.

As produções, em um panorama geral, apontaram fatores que serviram de alerta para a cultura de segurança, tais como, a percepção do estresse ocupacional, por parte dos profissionais de saúde, a carga de trabalho elevada, a cultura de punição e culpa, fragilidade na segurança do paciente e ações incipientes, por parte



da gerência das unidades. Outros fatores identificados foram a escassez de estudos, com abordagem qualitativa e a ausência de estudos na temática da cultura de segurança associada ao estresse ocupacional no contexto da atenção primária em saúde. Essas características podem servir para que sejam desenvolvidas investigações que preencham as lacunas encontradas.

Vale ressaltar que algumas produções não puderam ser analisadas, por não apresentarem resumo, ou por este estar incompleto, o que pode ser considerado um fator limitante do presente estudo. Em contraponto, obteve-se a oportunidade de conhecer as principais produções da temática, o que contribuiu para a construção do conhecimento em saúde e enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a health system. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
- Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário de Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form, 2006 para o Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(3):575-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>
- Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm. Sci. Q.* 1979;24:285-308.
- Andrade RVS, Costa ORS. Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva - UTI de um Hospital Escola em Minas Gerais. *Rev Ciênc Saúde*. 2014;4(4):1-11. <http://dx.doi.org/10.21876/rcsmit.v4i4.261>
- Silva EFL, Moura MLC. Estresse nas relações enfermeiro/paciente: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE*. 2014;8(7):2140-8. <http://dx.doi.org/10.5205/revuel.5963-51246-1-RV0807201440>
- Masiello RDC, Lima EFA, Coelho MCR, Oliveira ERA, Laito FMC, Primo CC. A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. *Cogitare Enferm*. 2016;21(esp):1-9. <http://dx.doi.org/10.5380/co.v21i6.45408>
- Rothbar ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paul. Enferm*. 2007; 20(2):v-vi. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
- Carrera AS, Aguiar BG. Cultura de segurança do paciente: a percepção do enfermeiro em um hospital oncológico. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2013.
- Cauduro FLF. Avaliação da cultura de segurança em unidades cirúrgicas. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná. Curitiba: 2013.
- Costa DB. Cultura de segurança do paciente em serviços de enfermagem hospitalar. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: 2014.
- Câmara JJC. Cultura de segurança do paciente na ótica da enfermagem em uma unidade de transplante renal. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Maranhão. São Luís: 2016.
- Fernandes LGG. Clima e cultura de segurança do paciente em uma maternidade escola: percepção dos profissionais de enfermagem em terapia intensiva. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: 2014.
- Masiello RDC. A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória: 2015.
- Gonides M. Análise da cultura de segurança entre os profissionais da unidade de terapia intensiva adulto de uma instituição de ensino. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás. Catalão: 2016.
- Macedo M. Cultura de segurança do paciente em unidades de emergência pediátrica: perspectiva da equipe de enfermagem. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2015.
- Misiak M. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de uma instituição cardiovascular. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2013.
- Gaspari P. O cuidar de si como uma dimensão da cultura de segurança do paciente. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2013.
- Ferreiro VC. Cultura de segurança do paciente em unidade catarinense de transplante de medula óssea. Cultura de segurança do paciente em unidade catarinense de transplante de medula óssea. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2014.
- Illa P. A cultura de segurança do paciente na ótica dos acadêmicos de enfermagem. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2014.
- Luiz RB. A cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino de Minas Gerais. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba: 2013.
- Batista ACO. Cultura de segurança do paciente na perspectiva de profissionais de enfermagem obstétrica e neonatal. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2015.
- Tobias GC. Análise da cultura de segurança em um hospital de ensino da região centro-oeste do Brasil. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás. Goiânia: 2013.
- Tomazoni A. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2013.
- Baratto MAM. Cultura de segurança do paciente: percepções e atitudes dos trabalhadores nas instituições hospitalares de Santa Maria. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria: 2015.
- Minuzzi AP. Cultura de segurança do paciente: avaliação dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2014.
- Nauderer TM. Clima de segurança entre trabalhadores de enfermagem em unidades de internação adulto. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande: 2015.
- Souza AB. Cultura de segurança: avaliação das atitudes de segurança da equipe de enfermagem de um hospital geral de grande porte de Porto Alegre. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo: 2016.



28. Fassaralla CS. Avaliação da cultura de segurança do paciente em ambiente hospitalar: estudo comparativo em Hospital Universitário e público do Rio de Janeiro e do Porto. Tese (Doutorado) – Universidade do Porto. Porto: 2016.
29. Ducci AJ. Segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva: fatores dos pacientes, estresse, satisfação profissional e cultura de segurança na ocorrência de eventos adversos. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo. São Paulo: 2015.
30. Carvalho PA. Avaliação da cultura da segurança entre profissionais do centro cirúrgico de um hospital de porte especial: alimentos para a melhoria da qualidade do cuidado aos idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos. Dissertação (Mestrado) - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Brasília: 2014.
31. Serrano ACFF. Percepção da equipe multiprofissional sobre segurança do paciente: análise sistêmica dos riscos na assistência que podem gerar eventos adversos não infecciosos. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Diamantina: 2015.
32. Mikael SSE. Percepção do clima de segurança do paciente em instituições hospitalares. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: 2016.
33. Rigobello MCG. Avaliação do clima de segurança do paciente em Unidade de Emergência de um hospital universitário do interior de São Paulo. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: 2015.
34. Tondo JCA. Clima de segurança: percepção dos profissionais de enfermagem em um hospital de ensino. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem. Campinas: 2015.
35. Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil. Plataforma Lattes/CNPq. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/wob/dtgp>. Acesso em: 15 maio 2017.
36. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):507-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>
37. Nevaroti MCZ, Santos EV, Quirino LM, Daud Galloti RM. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes intubados em UTI. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(5):692-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-7167.2014670504>
38. Coraggio TC, Amante LN, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico. *Rev SOBEECC*. 2014;19(2):67-73. <http://dx.doi.org/10.4322/sobeecc.2014.012>
39. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(5):728-35. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>
40. Almeida AMO, Lima AKG, Vasconcelos MGF, Soares Lima AC, Oliveira GYM. Estresse ocupacional em enfermeiros que atuam em cuidados ao paciente crítico. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(5):1663-71. <http://dx.doi.org/10.5205/rev.fen.0003-78704-1-SM.1005201612>




## ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE BANCO DE DADOS DE PROJETO MATRICIAL



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

### AUTORIZAÇÃO

Autorizo o mestrando Oclaris Lopes Munhoz, estudante do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria, a utilizar o banco de dados da pesquisa intitulada "Cultura de Segurança e agravos à saúde do trabalhador", ainda em tramitação para registro e submissão à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, da qual sou pesquisadora responsável.

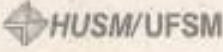


  
Rafaela Andolhe

Dr.<sup>a</sup> Rafaela Andolhe  
Professor Adjunto - DENFE/UFMS  
SAPE 2557204  
Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem  
Universidade Federal de Santa Maria  
Coordenadora da Pesquisa

Santa Maria, 19 de outubro de 2017.

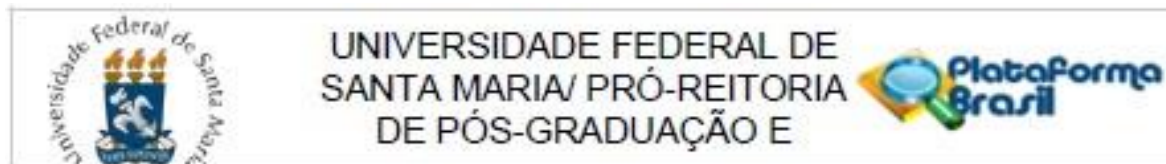
**ANEXO C – Autorização da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria (GEP-HUSM)**

*Tempo gestivo 2017*

		Universidade Federal de Santa Maria Hospital Universitário de Santa Maria Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
		
<b>REGISTRO DE PROJETOS</b>		
Nº inscrição GEP <u>133/2017</u>		Data: <u>30/10/2017</u>
Pesquisador(a): <u>Rafaela Andrade</u>		Função: <u>Exercente</u>
SIAPE: <u>2557209</u>		Telefone: <u>51 99459211</u> Unidade/Curso: <u>Infermagem</u>
E-mail: <u>rafaela.andrade@ufsm.br</u>		
Título: <u>Cultura de segurança do paciente e segurança a partir do trabalhador em ambiente hospitalar</u>		
TIPO DE PROJETO: <input checked="" type="checkbox"/> Pesquisa ( ) Extensão ( ) Ensino ( ) Institucional		
FINALIDADE: ( ) TCC ( ) Especialização <input checked="" type="checkbox"/> Mestrado ( ) Doutorado ( ) Pós-Doutorado		
( ) Iniciação Científica ( ) Mestrado Profissional ( ) Outros		
Qual programa? <u>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem</u>		
TIPO DE PESQUISA: ( ) Inovações Tecnológicas em Saúde ( ) Ciências Sociais e Humanas Aplicadas à Saúde <input checked="" type="checkbox"/> Epidemiológico ( ) Clínica Epidemiológica Observacional ( ) Infraestrutura ( ) Avaliação de Tecnologia em Saúde ( ) Biomédica (Sítio Sensu) ( ) Pré-Clinica ( ) Qualitativa ( ) Sistema de Saúde Planejamento e Gestão de Políticas, Programa e Serviços da Saúde ( ) Outras Ações de C & T		
( ) Ensaio Clínico: ( ) Fase I ( ) Fase II ( ) Fase III ( ) Fase IV		
- Multicêntrico: <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim, qual?		
Período Execução: Ano (Início): <u>2017</u> , Ano (Término): <u>2018</u>		
FONTE(S) DE FINANCIAMENTO: ( ) Edital Interno do HUSM ( ) Edital Interno UFSM, qual(is)? ( ) Indústria Farmacêutica ( ) Agência Pública de Fomento Nacional (Capes, Cnpq, Fapergs, etc) ( ) Agência de Fomento Internacional ( ) Outro(s), qual(is)?		
GRUPO DE PESQUISA: ( ) Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim, qual? <u>TRABALHO, SAÚDE, EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO</u>		
OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto.		
<u>Rafaela Andrade</u> Pesquisador(a) responsável		
<b>AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO INSTITUCIONAL</b>		
<b>1 SETORIAL:</b>		
Setores Envolvidos	Concorda com o Projeto	Assinatura e Carimbo dos Responsáveis
<u>UCGRA - Unidade de Gestão de Casos Atendidos em Casa</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	<u>[Assinatura]</u> [Carimbo: Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM - EBSERH SIAPE 1283142]
<u>DIUGP</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	<u>[Assinatura]</u> [Carimbo: Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM - EBSERH SIAPE 1283142]
<u>SCST</u>	( ) Sim ( ) Não	<u>[Assinatura]</u> [Carimbo: Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM - EBSERH SIAPE 1283142]
	( ) Sim ( ) Não	
	( ) Sim ( ) Não	
	( ) Sim ( ) Não	
2 COMISSÃO CIENTÍFICA GEP/HUSM: <u>Aprovado</u>		Data: <u>24/10/17</u>
3 GEP/HUSM ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): <u>[Assinatura]</u>		Data: <u>24/10/17</u>
<b>ATENÇÃO: A pesquisa só poderá ser iniciada após a aprovação do CEP/UFSM e entrega do parecer substanciado na GEP/HUSM.</b>		



## ANEXO D – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E AGRAVOS À SAÚDE DO TRABALHADOR EM AMBIENTE HOSPITALAR

**Pesquisador:** Rafaela Andolhe

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 80587417.0.0000.5348

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.447.277

#### **Apresentação do Projeto:**

A segurança do paciente e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado em saúde, constitui-se numa prioridade na agenda da Organização Mundial da Saúde (OMS). No entanto, as condições de trabalho têm sido fatores que interferem na efetivação da cultura de segurança do paciente como: sobrecarga de trabalho, estresse/burnout, satisfação, adoecimento, o presenteísmo, entre outros agravos. Este estudo tem como objetivo geral avaliar a cultura de segurança do paciente e os agravos à saúde dos trabalhadores em ambiente hospitalar. trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, que será realizado em um hospital público, do centro do estado do Rio Grande do Sul. Serão aplicado questionários autoperenchíveis a todos os trabalhadores do contexto hospitalar, quais sejam: Bloco A - caracterização sociodemográfica, laboral e perfil de saúde; Bloco B - Safety Attitudes Questionnaire (SAQ); Bloco C - Job Stress Scale (JSS); Bloco D - Instruções para coleta de cortisol salivar; Bloco E - Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO); Bloco F - Maslach Burnout Inventory (MBI); Bloco G - Stanford Presenteeism Scale; Bloco H - Alcohol Use Disorders Identification Test. Serão coletados por coletadores treinados. Será organizado um banco de dados por dupla digitação independente e após será organizado um banco de dados para posterior análise no SPSS, com utilização de testes estatísticos específicos conforme objetivos do estudo.

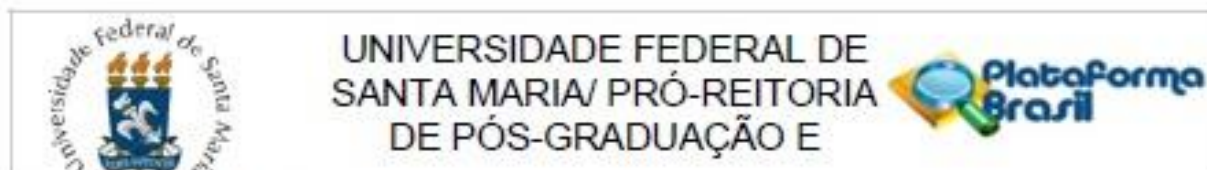
**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970

**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.447.277

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar a cultura de segurança do paciente e os agravos à saúde dos trabalhadores em ambiente hospitalar.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Foram analisados adequadamente no projeto, Plataforma e TCLE.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto: ok

Registro no GAP: ok

Autorização institucional: ok (GEP)

Cronograma: ok

Orçamento: ok

Termo de confidencialidade: ok

TCLE: ok

**Recomendações:**

.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1021987.pdf	15/12/2017 11:33:40		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_revisado_cep.pdf	15/12/2017 11:33:09	Rafaela Andolhe	Aceito

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

Bairro: Camobi

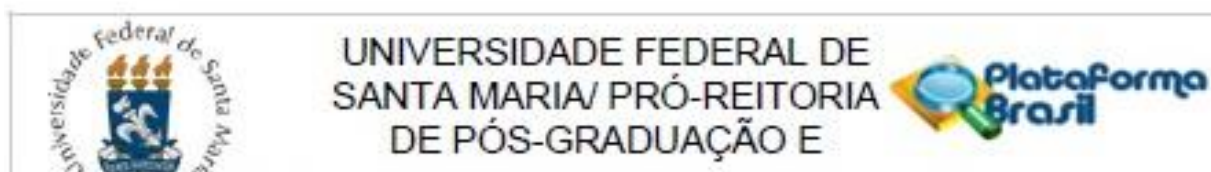
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA.

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.447.277

Justificativa de Ausência	TCLE_revisado_cep.pdf	15/12/2017 11:33:09	Rafaela Andolhe	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep.pdf	15/12/2017 11:32:47	Rafaela Andolhe	Aceito
Outros	TC_assinado_data.pdf	28/11/2017 12:06:03	Rafaela Andolhe	Aceito
Outros	projeto_portal.pdf	28/11/2017 12:05:26	Rafaela Andolhe	Aceito
Outros	autoriza.pdf	27/10/2017 11:03:28	Rafaela Andolhe	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	27/10/2017 10:56:13	Rafaela Andolhe	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA MARIA, 19 de Dezembro de 2017

---

Assinado por:  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
 (Coordenador)

## ANEXO E – MANUAL DO COLETADOR

### INTRODUÇÃO

O presente manual tem por finalidade orientar os alunos da graduação e pós-graduação em relação a coleta de dados a ser realizada para a pesquisa intitulada: “cultura de segurança do paciente e agravos à saúde do trabalhador em ambiente hospitalar”. Esta pesquisa tem como objetivo principal: avaliar a cultura de segurança do paciente e os agravos à saúde dos trabalhadores em ambiente hospitalar.

O estudo será realizado no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Participarão do estudo os trabalhadores de todos os serviços de saúde oferecidos na instituição, incluindo os serviços de apoio, o que contemplará os profissionais da saúde: médicos, enfermeiros, técnicos (enfermagem, radiologia, laboratório e farmácia), fisioterapeutas, dentistas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos, nutricionistas, entre outros, e os profissionais do serviço de apoio: serviço de higiene e limpeza, serviço de manutenção, cozinheiros, copeiros, almoxarifes, auxiliares de escritório, secretárias, gerentes administrativos, pedreiros, porteiros, vigilantes, motoristas, telefonistas, costureiros, entre outros.

A população compreende atualmente 1.835 trabalhadores, sendo 824 vinculados à EBSERH e 1.011 vinculados ao regime jurídico único.

**Serão adotados os seguintes critérios de inclusão:** ser trabalhador da instituição, com tempo de atuação mínima de quatro semanas no setor e carga horária mínima de 20 horas semanais. **Serão excluídos** os trabalhadores afastados do trabalho por qualquer motivo, no período de coleta de dados.

Os participantes serão convidados a responder à pesquisa no ambiente e turno de trabalho, em momento que não comprometa a realização das atividades laborais. Inicialmente serão apresentados os objetivos e a forma de participação, e para aqueles que aceitarem participar do estudo será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os instrumentos serão auto preenchíveis (Blocos A, B, C, D, E, F, G, H, I, J e K), exceto as variáveis: peso, circunferência abdominal, circunferência do quadril e pressão arterial, que serão medidos pelos coletadores.

Será feito um intervalo durante o preenchimento dos questionários, para aferição da pressão arterial, medida da circunferência abdominal, circunferência do quadril e peso do participante. Em seguida, ele poderá concluir o preenchimento dos questionários

### ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

Caro coletador, para o sucesso desta pesquisa e a garantia de que se cumpram todos os aspectos éticos e legais (Resolução Nº 466/12) alguns itens devem ser respeitados:

- Deve-se ter conhecimento dos objetivos desta pesquisa;
- Manter sempre a postura profissional, com ausculta atenta e sempre responder aos questionamentos, com calma e clareza;
- O participante tem livre escolha para participar do estudo, podendo desistir a qualquer momento;
- Todos os participantes que aceitarem tomar parte deste estudo deverão **ler e assinar** o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE em duas vias, permanecendo uma cópia com o participante e outra com o coletador.
- Após o participante responder a pesquisa **grampear** a mesma com o TCLE que o participante assinou anteriormente;
- Verificar se o participante respondeu **a todas as questões** (conferir frente e verso de todas as folhas);
- Poderão ocorrer cansaço ou desconforto por parte do participante em função da extensão dos instrumentos e emergirem sentimentos por lembranças de experiências vivenciadas no trabalho.



Nesses casos, a coleta de dados será interrompida, podendo ser retomada em outro momento ou não, a depender da vontade do participante.

- A pesquisa não oferece benefícios diretos aos participantes, porém, os resultados poderão contribuir para elaborar estratégias de melhoria aos serviços, no que se referem à saúde do trabalhador e segurança do paciente.

### APRESENTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

A presente pesquisa compreende dez Blocos com instrumentos auto preenchíveis: categorização, caracterização Sociodemográfica, laboral e perfil de saúde; Safety Attitudes Questionnaire (SAQ); Job Stress Scale; Cortisol salivar; Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares; Maslach Burnout Inventory; Stanford Presenteeism Scale; Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).

### BLOCO A, B, C e D

Blocos elaborados pelos pesquisadores e são compostos pelo levantamento das características sociodemográficas, laborais e do perfil de saúde dos participantes. Este questionário será preenchido em três momentos.

#### Primeiro momento:

O participante responderá os blocos a seguir:

<b>BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO</b>	
<b>A1. N° do Instrumento:</b> _____	<b>A1</b> _____
<b>A2. Data da coleta de dados:</b> ___/___/___ <b>Coletador</b> _____	<b>A2</b>
<b>BLOCO B - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO</b>	
<b>B1. Data de nascimento:</b> ___/___/___	<b>B1</b> ___/___/___
<b>B2. Gênero:</b> [ 1 ] M [ 2 ] F [ 3 ] Outro _____	<b>B2</b> ___
<b>B3. Estado civil:</b> [ 1 ] sem companheiro [ 2 ] com companheiro	<b>B3</b> ___
<b>B4. Filhos:</b> [ 1 ] Não [ 2 ] Sim	<b>B4</b> ___
<b>B4a. Se, sim, qual o número de filhos?</b> _____	<b>B4a</b> ___
<b>BLOCO C – PERFIL LABORAL</b>	
<b>C1. Setor:</b> _____	<b>C1</b>
<b>C2. Regime de trabalho:</b> [ 1 ] Celetista/EBSERH [ 2 ] Estatutário/RJU	<b>C2</b> ___
<b>C3. Cargo:</b> [ 1 ] Assistente social [ 2 ] Enfermeiro [ 3 ] Farmacêutico [ 4 ] Fisioterapeuta [ 5 ] Fonoaudiólogo [ 6 ] Médico da equipe responsável [ 7 ] Médico residente [ 8 ] Nutricionista [ 9 ] Odontólogo [ 10 ] Psicólogo [ 11 ] Administrativo (Auxiliar de escritório, secretário, recepcionista, almoxarife) [ 12 ] Auxiliar/Técnico de enfermagem [ 13 ] Técnico de laboratório [ 14 ] Técnico de radiologia [ 15 ] Cozinheiro/ Copeiro [ 16 ] Motorista	<b>C3</b> ___



[ 17 ] Serviço de higiene e limpeza/lavanderia [ 18 ] Serviço de manutenção [ 18 ] Vigilante/porteiro [ 19 ] Outro: _____	
<b>C4. Maior formação COMPLETA:</b> [ 1 ] Ensino fundamental [ 2 ] Ensino Médio [ 3 ] Graduação [ 4 ] Especialização/Residência [ 5 ] Mestrado [ 6 ] Doutorado	<b>C4</b> ____
<b>C5. Tempo de formação:</b> _____ anos _____ meses	<b>C5</b> ____
<b>C6. Tempo de trabalho na instituição:</b> _____ anos _____ meses	<b>C6</b> ____
<b>C7. Tempo de trabalho no setor:</b> _____ anos _____ meses	<b>C7</b> ____
<b>C8. Turno de trabalho atual nessa unidade:</b> [ 1 ] manhã [ 2 ] tarde [ 3 ] noite [ 4 ] misto	<b>C8</b> ____
<b>C9. Carga horária semanal de trabalho:</b> _____ horas	<b>C9</b> ____
<b>C10. Possui outro emprego ou vínculo empregatício?</b> [ 1 ] Não [ 2 ] Sim <b>C10a. Se sim, qual a carga horária semanal?</b> _____ horas	<b>C10</b> ____ <b>C10a</b> ____
<b>C11. Há quantos dias não tem folga nessa unidade?</b> _____ dias	<b>C11</b> ____
<b>C12. Você se sente satisfeito por trabalhar no seu setor?</b> [ 1 ] Não [ 2 ] Sim	<b>C12</b> ____
<b>C13. Tem intenção de deixar o trabalho?</b> [ 1 ] Não [ 2 ] Sim [ 3 ] Não sei/não pensei nisso	<b>C13</b> ____

### Segundo Momento

Será preenchido pelos coletadores

BLOCO D – PERFIL DE SAÚDE	
<b>D1. Altura:</b> _____ cm	<b>D1</b> ____
<b>D2. Peso:</b> _____ Kg <b>Obs: se for gestante, informar o peso anterior.</b>	<b>D2</b> ____
<b>D3. Circunferência abdominal:</b> _____ cm	<b>D3</b> ____
<b>D4. Circunferência de quadril</b> _____ cm	<b>D4</b> ____
<b>D5. PA:</b> _____ mmHg	<b>D5</b> ____

Para verificar o **peso** do participante orienta-se que o mesmo tenha o mínimo de roupa possível. Além disso, a cada 20 participantes a balança deverá ser calibrada. Será utilizado para calibrar as balanças um peso de 2 kg.



A medida da **circunferência abdominal** é realizada colocando a fita métrica ao redor da região abdominal despida ou com o mínimo de roupas, sobre a cicatriz umbilical.



A medida da **circunferência do quadril** é realizada colocando a fita métrica na proeminência dos glúteos, circundando horizontalmente todo o quadril.



A verificação da **Pressão Arterial (PA)** deverá seguir alguns cuidados:

- Solicitar ao participante que esvazie a bexiga antes de verificar a PA;
- Posicione o participante em local calmo e confortável, com o braço esquerdo, apoiado ao nível do coração, permitindo cinco minutos de repouso;
- Peça para o mesmo manter as pernas descruzadas;
- Descubra o membro a ser aferido e meça sua circunferência para assegurar-se do tamanho do manguito. Em caso de participantes obesos, utilizar o manguito adequado;
- Nunca afira a PA em cima de roupas grossas, tenha sempre preferência pelo local descoberto;
- Meça a distância entre o acrômio e o olécrano colocando o manguito no ponto médio (Figura 1);

**Figura 1** - Medida do braço para posição do manguito.



Fonte: Site SBH - Curso de medida de pressão arterial

- Envolve o manguito em torno do braço, mantendo-o a 2,0 cm de distância da fossa ante cubital e posicionando o centro da bolsa inflável sobre a artéria braquial, permitindo que o manômetro esteja em posição visível;
- Apalpe a artéria braquial e centralize a bolsa inflável, ajustando seu meio sobre a mesma. Para identificar o meio da bolsa inflável basta dobrá-la ao meio e colocar essa marcação sobre a artéria apalpada.

- Com a mão "não dominante", apalpe a artéria radial e, simultaneamente, com a mão "dominante", feche a saída de ar (válvula da pera do esfigmomanômetro), inflando a bolsa rapidamente até 70 mmHg. Gradualmente, aumente a pressão aplicada até que perceba o desaparecimento do pulso, inflando 10 mmHg acima desse nível;
  - Desinfe o manguito lentamente, identificando pelo método palpatório a pressão arterial sistólica;
  - Aguarde de 15 a 30 segundos para inflar novamente o manguito;
  - Posicione o estetoscópio no canal auricular, certificando-se da ausculta adequada na campânula;
  - Posicione a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial, apalpada abaixo do manguito na fossa antecubital. Simultaneamente, com a mão "dominante", feche a saída de ar (válvula da pera do esfigmomanômetro) e, com a mão "não dominante", apalpe a artéria braquial;
  - Em seguida, novamente com a mão dominante, insufla o manguito, gradualmente, até o valor da pressão arterial sistólica estimada pelo método palpatório e continue insuflando, rapidamente, até 20 mmHg acima dessa pressão;
  - Desinfe o manguito de modo que a pressão caia de 2 a 4 mmHg por segundo, identificando pelo método auscultatório a pressão sistólica (máxima) em mmHg;
  - Observe no manômetro o ponto correspondente ao primeiro ruído regular audível - 1ª fase dos sons de Korotkoff - e a pressão diastólica (mínima) em mmHg, observando no manômetro o ponto correspondente à cessação dos ruídos - 5ª fase dos sons de Korotkoff, no adulto;
  - Desinfe totalmente o manguito com atenção voltada ao completo desaparecimento dos sons;
  - Repita a ausculta após 30 segundos;
  - Retire o aparelho do membro do cliente deixando-o confortável;
- (Recomendações da American Heart Association)

### Terceiro momento:

Neste momento os participantes dão sequência no preenchimento dos instrumentos.

As questões D11 e D12 deverá ser respondida com o somatório de todo o tempo, tanto no trabalho quanto fora dele.

<b>D6. Você ganhou peso nos últimos 6 meses?</b> [ 1 ] Não [ 2 ] Sim <b>D6a. Se sim, quantos kg?</b> _____	<b>D6</b> ____ <b>D6a</b> ____
<b>D7. Você perdeu peso nos últimos 6 meses?</b> [ 1 ] Não [ 2 ] Sim <b>D7a. Se sim, quantos kg?</b> _____	<b>D7</b> ____ <b>D7a</b> ____
<b>D8. Necessidade de horas de sono diária:</b> _____ horas	<b>D8</b> ____
<b>D9. Horas efetivamente dormidas por dia:</b> _____ horas	<b>D9</b> ____

<b>D10. Você considera esse número de horas efetivamente dormidas por dia:</b> [ 1 ] Suficiente [ 2 ] pouco suficiente [ 3 ] Insuficiente	<b>D10</b> ____
<b>D11. Quanto tempo em minutos ou horas diárias você utiliza o computador? _____</b>	<b>D11</b> ____
<b>D12. Quanto tempo em minutos ou horas diárias você utiliza o celular? _____</b>	<b>D12</b> ____
<b>D13. Você pratica atividade física?</b> [ 1 ] Não [ 2 ] Sim [ 3 ] Às vezes	<b>D13</b> ____
<b>D14. O seu tempo para o lazer é?</b> [ 1 ] Suficiente [ 2 ] pouco suficiente [ 3 ] Insuficiente	<b>D14</b> ____
<b>D15. Possui algum problema de saúde diagnosticado pelo médico?</b> [ 1 ] Não [ 2 ] Sim <b>D15a. Se sim, Qual (is)? _____</b>	<b>D15</b> ____ <b>D15a</b> ____
<b>D16. Faz uso de medicação contínua?</b> [ 1 ] Não [ 2 ] Sim, com prescrição médica. <b>D16a. Quais? _____</b> [ 3 ] Sim, por conta própria. <b>D16b. Quais? _____</b>	<b>D16</b> ____ <b>D16a</b> ____ <b>D16b</b> ____
<b>D17. Você fuma?</b> [ 1 ] Não [ 2 ] Sim [ 3 ] Às vezes	<b>D17</b> ____
<b>D18. Afastou-se do trabalho por problemas de saúde no último ano?</b> [ 1 ] Não [ 2 ] Sim. <b>D18a. Se sim, quantos dias? _____</b>	<b>D18</b> ____ <b>D18a</b> ____
<b>D19. Você tem alguma sugestão para melhorar o seu ambiente de trabalho?</b>	<b>D19</b>
<b>D20. Você tem alguma questão que não foi abordada neste estudo e que gostaria de sugerir para um estudo posterior?</b>	<b>D20</b>

**BLOCO E:**

Composto pelo SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SAQ), instrumento para mensuração do clima de segurança, pelas atitudes dos profissionais de saúde quanto à segurança do paciente. Será preenchido pelo participante.

Caro coletador: **atentar** para as questões 24,25,26,27,28, onde o participante terão que responder em relação a duas esfera, **adm unid (chefia imediata, do setor), adm hosp. (diretora, administração geral do hospital)**

<b>BLOCO E – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA</b>							
<b>(SAQ)</b>							
	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo parcialmente</b>	<b>Neutro</b>	<b>Concordo parcialmente</b>	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Não se aplica</b>	<b>Código</b>

E1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área.	1	2	3	4	5	9	<b>E1</b>
E2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.	1	2	3	4	5	9	<b>E2</b>
E3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	1	2	3	4	5	9	<b>E3</b>
E4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	1	2	3	4	5	9	<b>E4</b>
E5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.	1	2	3	4	5	9	<b>E5</b>
E6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	1	2	3	4	5	9	<b>E6</b>
E7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.	1	2	3	4	5	9	<b>E7</b>
E8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área.	1	2	3	4	5	9	<b>E8</b>
E9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.	1	2	3	4	5	9	<b>E9</b>
E10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.	1	2	3	4	5	9	<b>E10</b>
E11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros.	1	2	3	4	5	9	<b>E11</b>
E12. Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	1	2	3	4	5	9	<b>E12</b>
E13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	1	2	3	4	5	9	<b>E13</b>
E14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração.	1	2	3	4	5	9	<b>E14</b>
E15. Eu gosto do meu trabalho.	1	2	3	4	5	9	<b>E15</b>
E16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	1	2	3	4	5	9	<b>E16</b>
E17. Este é um bom lugar para trabalhar.	1	2	3	4	5	9	<b>E17</b>
E18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	1	2	3	4	5	9	<b>E18</b>
E19. O moral nesta área é alto.	1	2	3	4	5	9	<b>E19</b>
E20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	1	2	3	4	5	9	<b>E20</b>

E21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado.	1	2	3	4	5	9	E21
E22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	1	2	3	4	5	9	E22
	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo parcialmente</b>	<b>Neutro</b>	<b>Concordo parcialmente</b>	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Não se aplica</b>	<b>Código</b>
E23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorrespiratória, convulsões).	1	2	3	4	5	9	E23
E24. A <b>administração da unidade</b> apoia meus esforços diários.	1	2	3	4	5	9	E24
E24a. A administração do hospital ( <b>Direção</b> ) apoia meus esforços diários.	1	2	3	4	5	9	E24a
E25. A <b>administração da unidade</b> não compromete conscientemente a segurança do paciente.	1	2	3	4	5	9	E25
E25a. A administração do hospital ( <b>Direção</b> ) não compromete conscientemente a segurança do paciente.	1	2	3	4	5	9	E25a
E26. A <b>administração da unidade</b> está fazendo um bom trabalho.	1	2	3	4	5	9	E26
E26a. A administração do hospital ( <b>Direção</b> ) está fazendo um bom trabalho.	1	2	3	4	5	9	E26a
E27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa <b>administração da unidade</b> .	1	2	3	4	5	9	E27
E27a. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa administração do hospital ( <b>Direção</b> ).	1	2	3	4	5	9	E27a
E28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da <b>administração da unidade</b> .	1	2	3	4	5	9	E28
E28a. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da administração do hospital ( <b>Direção</b> ).	1	2	3	4	5	9	E28a
E29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.	1	2	3	4	5	9	E29
E30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.	1	2	3	4	5	9	E30
E31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim.	1	2	3	4	5	9	E31

E32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.	1	2	3	4	5	9	<b>E32</b>
E33. Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área.	1	2	3	4	5	9	<b>E33</b>
E34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área.	1	2	3	4	5	9	<b>E34</b>
E35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área.	1	2	3	4	5	9	<b>E35</b>
E36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.	1	2	3	4	5	9	<b>E36</b>

### BLOCO F

Composto pela JOB STRESS SCALE (JSS), instrumento que avalia o estresse no ambiente do trabalho o participante deverá responder com que frequência fez ou se sentiu a respeito da situação, conforme as opções.

<b>BLOCO F – JOB STRESS SCALE - JSS</b>					
<b>Em cada questão indique a frequência com que você fez ou sentiu a respeito da situação, conforme opções abaixo.</b>					
	<b>Frequente mente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Raramente</b>	<b>Nunca ou quase nunca</b>	
F1. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	1	2	3	4	<b>F1</b> ___
F2. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?	1	2	3	4	<b>F2</b> ___
F3. Seu trabalho exige demais de você?	1	2	3	4	<b>F3</b> ___
F4. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?	1	2	3	4	<b>F4</b> ___
F5. O seu trabalho costuma lhe apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	1	2	3	4	<b>F5</b> ___
F6. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?	1	2	3	4	<b>F6</b> ___
F7. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?	1	2	3	4	<b>F7</b> ___
F8. Seu trabalho exige que você tome iniciativas?	1	2	3	4	<b>F8</b> ___
F9. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?	1	2	3	4	<b>F9</b> ___
F10. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?	1	2	3	4	<b>F10</b> ___
F11. Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?	1	2	3	4	<b>F11</b> ___
F12. Existe um ambiente calmo e	1	2	3	4	<b>F12</b> ___



agradável onde trabalho.					
F13. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.	1	2	3	4	<b>F13</b> ____
F14. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.	1	2	3	4	<b>F14</b> ____
F15. Se eu não estiver num bom dia, meus colegas me compreendem	1	2	3	4	<b>F15</b> ____
F16. No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.	1	2	3	4	<b>F16</b> ____
F17. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.	1	2	3	4	<b>F17</b> ____

## BLOCO H

Composto pela escala utilizada pra realizar o levantamento do nível de burnout, que é definido como uma síndrome de exaustão emocional que ocorre, frequentemente, entre profissionais que trabalham com pessoas em uma relação que exige um tempo considerável e intenso envolvimento com o outro, aumentando o sentimento de esgotamento das emoções (MASLACH; JACKSON; 1981).

<b>BLOCO H - INVENTÁRIO MASLACH DE BURNOUT (IMB)</b>						
Marque um X a coluna que indica com que frequência você se sente como o enunciado de cada questão						
<b>Com que frequência sente isso?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na última semana</b>	<b>Diariamente</b>	
H1. Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.	0	1	2	3	4	H1____ _
H2. Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado.	0	1	2	3	4	H2____ _
H3. Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, sinto-me fatigado.	0	1	2	3	4	H3____ _
H4. Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender se sentem a respeito das coisas.	0	1	2	3	4	H4____ _
H5. Sinto que estou tratando pacientes e familiares como se fossem objetos impessoais.	0	1	2	3	4	H5____ _
H6. Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa.	0	1	2	3	4	H6____ _
H7. Sinto que trato com muita efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender.	0	1	2	3	4	H7____ _
H8. Sinto que meu trabalho está me desgastando.	0	1	2	3	4	H8____ _
H9. Sinto que estou influenciando positivamente nas vidas das pessoas,	0	1	2	3	4	H9____ _

através de meu trabalho.						
H10. Sinto que tornei-me mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho.	0	1	2	3	4	H10__ -
H11. Preocupo-me com este trabalho que está me endurecendo emocionalmente.	0	1	2	3	4	H11__ -
H12. Sinto-me muito vigoroso em meu trabalho.	0	1	2	3	4	H12__ -
H13. Sinto-me frustrado por meu trabalho.	0	1	2	3	4	H13__ -
H14. Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho.	0	1	2	3	4	H14__ -
H15. Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.	0	1	2	3	4	H15__ -
H16. Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.	0	1	2	3	4	H16__ -
H17. Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com os receptores do meu trabalho.	0	1	2	3	4	H17__ -
H18. Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.	0	1	2	3	4	H18__ -
H19. Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.	0	1	2	3	4	H19__ -
H20. Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.	0	1	2	3	4	H20__ -
H21. No meu trabalho eu manejo os problemas emocionais com muita calma.	0	1	2	3	4	H21__ -
H22. Parece-me que pacientes e familiares culpam-me por alguns de seus problemas.	0	1	2	3	4	H22__ -



**Agradecemos a sua participação nesta pesquisa.**

**Ela é muito importante, pois, nos permitirá conhecer a realidade acerca da saúde dos trabalhadores e da cultura de segurança do paciente, e com isso, subsidiar mudanças para melhorias nesta interface!**

**Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde e Segurança do Paciente**

**ANEXO F – INSTRUMENTO PARA O LEVANTAMENTO DAS  
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DO TRABALHO DA EQUIPE DE  
ENFERMAGEM**

<b>BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO</b>	
<b>A1. N° do Instrumento:</b> _____	<b>A1</b> _____
<b>A2. Data da coleta de dados:</b> ___/___/___ <b>Coletador</b> _____	<b>A2</b> _____
<b>BLOCO B – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO</b>	
<b>B1. Data de nascimento:</b> ___/___/___	<b>B1</b> ___/___/___
<b>B2. Gênero:</b> [ 1 ] M [ 2 ] F [ 3 ] Outro _____	<b>B2</b> _____
<b>B3. Estado civil:</b> [ 1 ] sem companheiro [ 2 ] com companheiro	<b>B3</b> _____
<b>B4. Filhos:</b> [ 1 ] Não [ 2 ] Sim	<b>B4</b> _____
<b>B4a. Se, sim, qual o número de filhos?</b> _____	<b>B4a</b> _____
<b>BLOCO C – PERFIL LABORAL</b>	
<b>C1. Setor/Unidade/Local de trabalho:</b> _____	<b>C1</b> _____
<b>C2. Regime de trabalho:</b> [ 1 ] Celetista/EBSERH [ 2 ] Estatutário/RJU [ 3 ] Outro	<b>C2</b> _____
<b>C3. Cargo:</b> [ 1 ] Assistente social [ 2 ] Enfermeiro [ 3 ] Farmacêutico [ 4 ] Fisioterapeuta [ 5 ] Fonoaudiólogo [ 6 ] Médico da equipe responsável [ 7 ] Médico residente [ 8 ] Residente multiprofissional. Qual? _____ [ 9 ] Nutricionista [ 10 ] Odontólogo [ 11 ] Psicólogo [ 12 ] Administrativo (Auxiliar de escritório, secretário, recepcionista, almoxarife) [ 13 ] Técnico de enfermagem [ 14 ] Auxiliar de enfermagem [ 15 ] Técnico de radiologia [ 16 ] Cozinheiro/ Copeiro [ 17 ] Motorista [ 18 ] Técnico de laboratório [ 19 ] Serviço de manutenção [ 20 ] Vigilante/porteiro [ 21 ] Auxiliar de saúde [ 22 ] Outro: _____	<b>C3</b> _____
<b>C4. Maior formação COMPLETA:</b> [ 1 ] Ensino fundamental [ 2 ] Ensino Médio [ 3 ] Graduação [ 4 ] Especialização/Residência [ 5 ] Mestrado [ 6 ] Doutorado	<b>C4</b> _____
<b>C5. Tempo de formação no cargo em que atua:</b> _____ anos _____ meses	<b>C5</b> _____
<b>C6. Tempo de trabalho na instituição:</b> _____ anos _____ meses	<b>C6</b> _____
<b>C7. Tempo de trabalho no setor:</b> _____ anos _____ meses	<b>C7</b> _____
<b>C8. Turno de trabalho atual nessa unidade:</b> [ 1 ] manhã [ 2 ] tarde [ 3 ] noite [ 4 ] misto	<b>C8</b> _____
<b>C9. Carga horária semanal de trabalho:</b> _____ horas	<b>C9</b> _____
<b>C10. Possui outro emprego ou vínculo empregatício?</b> [ 1 ] Não [ 2 ] Sim <b>C10a. Se sim, qual?</b> _____ <b>C10b. Qual a carga horária semanal?</b> _____ horas	<b>C10</b> _____ <b>C10a</b> _____ <b>C10b</b> _____
<b>C11. Há quantos dias não tem folga nessa unidade?</b> _____ dias	<b>C11</b> _____
<b>C12. Você se sente satisfeito por trabalhar no seu setor?</b> [ 1 ] Não [ 2 ] Sim	<b>C12</b> _____
<b>C13. Tem intenção de deixar o trabalho?</b> [ 1 ] Não [ 2 ] Sim [ 3 ] Não sei/não pensei nisso	<b>C13</b> _____
<b>BLOCO D – PERFIL DE SAÚDE</b>	
<b>D1. Altura:</b> _____ cm	<b>D1</b> _____
<b>D2. Peso:</b> _____ Kg <b>Obs: se for gestante, informar o peso anterior a gestação</b>	<b>D2</b> _____
<b>D3. Circunferência abdominal:</b> _____ cm <b>D3a. Circunf. Cintura:</b> _____ cm	<b>D3</b> ___/3 <sup>a</sup> ___

<b>D4. Circunferência de quadril _____ cm</b>	<b>D4</b> ____
<b>D5. PA: _____ mmHg</b>	<b>D5</b> ____
<b>D6. Você ganhou peso nos últimos 6 meses?</b> [ 1 ] Não [ 2 ] Sim <b>D6a. Se sim, quantos kg?</b> _____	<b>D6</b> ____ <b>D6a</b> ____
<b>D7. Você perdeu peso nos últimos 6 meses?</b> [ 1 ] Não [ 2 ] Sim <b>D7a. Se sim, quantos kg?</b> _____	<b>D7</b> ____ <b>D7a</b> ____
<b>D8. Necessidade de horas de sono diária: _____ horas</b>	<b>D8</b> ____
<b>D9. Horas efetivamente dormidas por dia: _____ horas</b>	<b>D9</b> ____
<b>D10. Você considera esse número de horas efetivamente dormidas por dia:</b> [ 1 ] Insuficiente [ 2 ] Pouco suficiente [ 3 ] Suficiente	<b>D10</b> ____
<b>D11. Quanto tempo em minutos ou horas diárias você utiliza o computador? _____</b>	<b>D11</b> ____
<b>D12. Quanto tempo em minutos ou horas diárias você utiliza o celular? _____</b>	<b>D12</b> ____
<b>D13. Você pratica atividade física?</b> [ 1 ] Não [ 2 ] Sim [ 3 ] Às vezes	<b>D13</b> ____
<b>D14. O seu tempo para o lazer é?</b> [ 1 ] Insuficiente [ 2 ] Pouco suficiente [ 3 ] Suficiente	<b>D14</b> ____
<b>D15. Possui algum problema de saúde diagnosticado pelo médico?</b> [ 1 ] Não [ 2 ] Sim <b>D15a. Se sim, Qual (is)?</b> _____	<b>D15</b> ____ <b>D15a</b> ____
<b>D16. Faz uso de medicação contínua (incluindo anticoncepcional)?</b> [ 1 ] Não [ 2 ] Sim, com prescrição médica. <b>D16a. Quais?</b> _____ [ 3 ] Sim, por conta própria. <b>D16b. Quais?</b> _____	<b>D16</b> ____ <b>D16a</b> ____ <b>D16b</b> ____
<b>D17. Você fuma?</b> [ 1 ] Não [ 2 ] Às vezes [ 3 ] Sim	<b>D17</b> ____
<b>D18. Afastou-se do trabalho por problemas de saúde no último ano?</b> [ 1 ] Não [ 2 ] Sim. <b>D18a. Se sim, quantos dias?</b> _____	<b>D18</b> ____ <b>D18a</b> ____
<b>D19. Você tem alguma sugestão para melhorar o seu ambiente de trabalho?</b>	<b>D19</b>
<b>D20. Você tem alguma questão que não foi abordada neste estudo e que gostaria de sugerir para um estudo posterior?</b>	<b>D20</b>

**ANEXO G – JOB CONTENT QUESTIONNAIRE (JCQ) – ESTRESSE DODELO  
DEMANDA-CONTROLE – VERSÃO REDUZIDA**

<b>DEMANDA E CONTROLE</b>	<b>Frequente mente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Raramente</b>	<b>Nunca ou quase nunca</b>
1. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?				
2. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?				
3. Seu trabalho exige demais de você?				
4. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?				
5. O seu trabalho costuma lhe apresentar exigências contraditórias ou discordantes?				
6. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?				
7. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?				
8. Seu trabalho exige que você tome iniciativas?				
9. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?				
10. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?				
11. Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?				

<b>APOIO SOCIAL</b>	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Concordo mais que discordo</b>	<b>Discordo mais que concordo</b>	<b>Discordo totalmente</b>
12. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.				
13. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.				
14. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.				
15. Se eu não estiver num bom dia, meus colegas me compreendem.				
16. No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.				
17. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.				

## ANEXO H – INVENTÁRIO MASLACH DE BURNOUT (IMB)

Marque um X a coluna que indica com que frequência você se sente como o enunciado de cada questão.

<b>Com que frequência sente isso?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na última semana</b>	<b>Diariamente</b>
1. Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.	0	1	2	3	4
2. Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado.	0	1	2	3	4
3. Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, sinto-me fatigado.	0	1	2	3	4
4. Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender se sentem a respeito das coisas.	0	1	2	3	4
5. Sinto que estou tratando pacientes e familiares como se fossem objetos impessoais.	0	1	2	3	4
6. Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa.	0	1	2	3	4
7. Sinto que trato com muita efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender.	0	1	2	3	4
8. Sinto que meu trabalho está me desgastando.	0	1	2	3	4
9. Sinto que estou influenciando positivamente nas vidas das pessoas, através de meu trabalho.	0	1	2	3	4
10. Sinto que tornei-me mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho.	0	1	2	3	4
<b>Com que frequência sente isso?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes ao ano</b>	<b>Algumas vezes ao mês</b>	<b>Algumas vezes na última semana</b>	<b>Diariamente</b>
11. Preocupo-me com este trabalho que está me endurecendo emocionalmente.	0	1	2	3	4
12. Sinto-me muito vigoroso em meu trabalho.	0	1	2	3	4
13. Sinto-me frustrado por meu trabalho.	0	1	2	3	4
14. Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho.	0	1	2	3	4

15.Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.	0	1	2	3	4
16.Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.	0	1	2	3	4
17.Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com os receptores do meu trabalho.	0	1	2	3	4
18.Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.	0	1	2	3	4
19.Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.	0	1	2	3	4
20.Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.	0	1	2	3	4
21.No meu trabalho eu manejo os problemas emocionais com muita calma.	0	1	2	3	4
22.Parece-me que pacientes e familiares culpam-me por alguns de seus problemas.	0	1	2	3	4



## ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA (SAQ)

### Questionário de Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado

Área clínica ou área de assistência ao paciente onde você passa maior parte de seu tempo:  
 Departamento: \_\_\_\_\_ Por favor, preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências nesta área

**• Use somente lápis número 2**  Preenchimento correto  Preenchimento incorreto   
**• Apague muito bem qualquer resposta que você desejar mudar**

Não se aplica  
 Concordo totalmente  
 Concordo parcialmente  
 Neutro  
 Discordo parcialmente  
 Discordo totalmente

**Por favor, responda os itens seguintes relativos à sua unidade ou área específica  
 Selecione suas respostas usando a escala abaixo:**

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

1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área  
 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 maneira apropriada 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 cardiorrespiratória, 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

A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	
A	B	C	D	E	X	

**INFORMAÇÕES**

Você já havia preenchido este instrumento anteriormente?  Sim  Não  Não sabe      Data (mês/ano): \_\_\_\_\_

**Cargo: (marque somente um)**

Médico da equipe responsável       Psicólogo       Técnico em nutrição/ radiologia /laboratório  
 Médico residente       Farmacêutico (a)       Fonoaudiólogo  
 Chefe de enfermagem       Fisioterapeuta       Administrativo (auxiliar escritório/ secretária/ recepcionista)  
 Enfermeiro (a)       Assistente social       Suporte ambiental (pessoal da limpeza)  
 Auxiliar de enfermagem / Técnico de enfermagem       Nutricionista       Outro: \_\_\_\_\_

**Gênero:**  homem  mulher      **Atuação principal:**  adulto  pediatria  ambos

**Tempo na especialidade:**  menos de 6 meses     6 a 11 meses     1 a 2 anos     3 a 4 anos     5 a 10 anos     11 a 20 anos     21 anos ou mais

Obrigado por responder este instrumento. seu tempo e sua participação são muito importantes.

**POR FAVOR NÃO ESCREVA NESTA ÁREA**



## ANEXO J – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**Ministério da Educação**  
**Universidade Federal de Santa Maria**  
**Centro de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado**



**Título do estudo: Cultura de segurança do paciente e agravos a saúde do trabalhador**

Autoras da pesquisa: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Grazielle de Lima Dalmolin, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rafaela Andolhe, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tania Bosi de Souza Magnago, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Angela Isabel Dullius

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

Telefone e endereço postal completo: Ex: (55) 3220-8263 Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1305A, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria/UFSM

Eu Rafaela Andolhe, responsável pela pesquisa Interface entre cultura de segurança do paciente e agravos a saúde do trabalhador, e os mestrandos Monique Pereira Portella Guerreiro, Oclaris Lopes Munhoz, Patrícia Tuchtenhagen, Roosy Eloiza Bolzan Zanon, autores da pesquisa, o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende avaliar a cultura de segurança do paciente e agravos a saúde dos trabalhadores em ambiente hospitalar. Acreditamos que ela seja importante pois essa avaliação poderá contribuir para elaborar estratégias para promover qualidade de vida no trabalho, e por consequência identificar fatores que irão consolidar a cultura de segurança do paciente e aspectos que possam comprometer a saúde dos trabalhadores no ambiente hospitalar. Espera-se fortalecer a segurança do paciente, contribuindo para o desenvolvimento de ambientes mais seguros, e também mais saudáveis para a prestação de cuidados.

Para a coleta de dados será utilizado um protocolo de pesquisa, que abrange entrega de questionários autopreenchíveis (Blocos A, B, C, D, E, F, G e H) a serem respondidos no local de trabalho. Será realizado convite a todos os trabalhadores que atenderem os critérios de inclusão, sendo esclarecidos os objetivos e a relevância da investigação. Em sequência, aos trabalhadores que aceitarem participar, será fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Anexo A, que assegura o esclarecimento dos objetivos, sigilo, anonimato das informações fornecidas, bem como garante a participação livre na pesquisa, incluindo o direito de ser excluído, sem ônus, se assim for sua vontade do participante. Será feito um intervalo durante o preenchimento dos questionários, para aferição da pressão

arterial, medida da circunferência abdominal e peso do participante. Em seguida, ele poderá concluir o preenchimento dos questionários. Poderão ocorrer cansaço ou desconforto por parte do participante em função da extensão dos instrumentos, mobilização de sentimentos por lembranças de experiências vivenciadas no trabalho. Nesses casos, a coleta de dados será interrompida, podendo ser retomada em outro momento ou não, a depender da sua vontade.

Os benefícios oferecidos com esta pesquisa não são diretamente aos participantes, mas os resultados poderão contribuir para elaborar estratégias de melhoria aos serviços, no que se referem à saúde do trabalhador e segurança do paciente. Contribuirá, também, para a construção do conhecimento em saúde e em enfermagem. Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Ainda, após análise dos dados, caso seja identificada a necessidade de atendimento psicológico será sugerido a estes profissionais, uma abordagem individual orientando-se que procurem atendimento psicológico, gratuito e com horário agendado, no serviço de qualidade de vida da UFSM. As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações científicas da área de conhecimento, sem a identificação dos participantes.

#### Autorização

Eu, ....., após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foime entregue.

Santa Maria, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

**ANEXO K – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Ministério da Educação  
 Universidade Federal de Santa Maria  
 Centro de Ciências da Saúde  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado**



Título do projeto: **Cultura de segurança do paciente e agravos a saúde do trabalhador**

Autoras da pesquisa: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Grazielle de Lima Dalmolin, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rafaela Andolhe, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tania Bosi de Souza Magnago, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Angela Isabel Dullius

Pesquisador responsável: Rafaela Andolhe

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

Telefone para contato: (55) 99959-0248

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria /UFSM

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio do preenchimento de um questionário com questões objetivas referentes adados sociodemográficos (sexo, idade, entre outras), profissionais (tipo, anos trabalhados, entre outras) e de saúde (estresse, burnout, dor musculoesquelética, uso do álcool, presenteísmo), no Hospital Universitário de Santa Maria.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, Departamento de Enfermagem, sala 1305A, 97105-970 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Prof. Pesquisadora Rafaela Andolhe. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em ...../...../....., com o número de registro CAAE .....

Santa Maria, .....de .....de 20.....

.....

Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: [cep.ufsm@gmail.com](mailto:cep.ufsm@gmail.com).