

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

Alessandra Suptitz Carneiro

**ESTRESSE OCUPACIONAL, BURNOUT E CULTURA DE
SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE TRABALHADORES
HOSPITALARES DE ÁREAS SEMICRÍTICAS E CRÍTICAS**

Santa Maria, RS

2019

Alessandra Suptitz Carneiro

**ESTRESSE OCUPACIONAL, BURNOUT E CULTURA DE SEGURANÇA DO
PACIENTE ENTRE TRABALHADORES HOSPITALARES DE ÁREAS
SEMICRÍTICAS E CRÍTICAS**

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

Orientadora: Prof.^a Dra. Rafaela Andolhe

Santa Maria, RS

2019

Carneiro, Alessandra Suptitz
ESTRESSE OCUPACIONAL, BURNOUT E CULTURA DE SEGURANÇA
DO PACIENTE ENTRE TRABALHADORES HOSPITALARES DE ÁREAS
SEMICRÍTICAS E CRÍTICAS / Alessandra Suptitz Carneiro.-
2019.

217 p.; 30 cm

Orientador: Rafaela Andolhe
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RE, 2019

1. Enfermagem 2. Cultura de Segurança do Paciente 3.
Estresse Ocupacional 4. Burnout 5. Saúde do Trabalhador
I. Andolhe, Rafaela II. Título.

sistema de geração automática de ficha catalográfica da usm. dados fornecidos pelo
autor(a). sob supervisão da direção da divisão de processos técnicos da biblioteca
central. bibliotecária responsável paula schoenfeldt vatta cma 10/1728.

Alessandra Suptitz Carneiro

**ESTRESSE OCUPACIONAL, BURNOUT E CULTURA DE SEGURANÇA DO
PACIENTE ENTRE TRABALHADORES HOSPITALARES DE ÁREAS
SEMICRÍTICAS E CRÍTICAS**

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

Aprovado em 04 de julho de 2019:

Rafaela Andolhe, Dra. (UFSM)

(Presidente/Orientadora)

Ana Maria Müller de Magalhães, Dra. (UFRGS)

(Membro Titular)

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

(Membro Titular)

Graziele de Lima Dalmolin, Dra. (UFSM)

(Membro Suplente)

Santa Maria, RS
2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Ilone e Luiz, aos meus irmãos, Andréia, André e Joe, e ao Maiquel, que apesar de me desejarem por perto, sempre entenderam e apoiaram o meu desejo de voar mais longe.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, pela vida e proteção a mim concedidas. E, por de forma tão sábia, fazer com que as coisas acontecessem exatamente quando deveriam acontecer.

À Professora **Rafaela Andolhe**, que me acolheu tão bem desde o início. Cuja serenidade, sabedoria, apoio e incentivo foram essenciais para a conclusão deste trabalho. Sua orientação foi luz no meu caminho. Você é um exemplo de profissional e docente comprometida com a educação. Desejo que possas seguir sendo inspiração a outras tantas pessoas, assim como é pra mim. A ti, meu reconhecimento, carinho e gratidão.

Ao **Grupo de Pesquisa Trabalho, Ética, Saúde e Segurança do Paciente**, representado pelas docentes Dra. Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Dra. Grazielle de Lima Dalmolin e Dra. Rafaela Andolhe, que com empenho e excelência conduzem o mesmo e fortalecem a formação acadêmica dos seus integrantes. De forma especial, agradeço às integrantes do grupo Tais Carpes Lanes, Juliana Dal Ongaro e Bruna Xavier Moraes, que ao me abraçarem como colega fizeram com que eu me sentisse integrante do grupo desde sempre.

Aos meus pais, **Ilone e Luiz**. E aos meus irmãos **Andréia, André e Joe**. Agradeço pelo incentivo e apoio de sempre. Ver vocês vibrarem junto comigo a cada conquista, só me faz querer crescer ainda mais. Amo vocês.

Ao meu amor, **Maiquel**, que sonhou comigo cada passo dessa trajetória. Nossa história, que já perdura há oito anos, foi permeada de saudade. Quase sempre foi assim, um lá e outro cá. A distância cultivou a cumplicidade e a necessidade de entender que saudade é falta, mas também é presença. Presença de quem está longe, mas vive dentro da gente. Talvez nunca consiga agradecer do jeito que eu gostaria, porque nenhuma palavra consegue expressar tanto amor. Mas quero que você saiba que a sua presença me acalma, me traz segurança e torna meus dias mais felizes. Amo você.

A minha amiga **Leandra Azeredo**, que diariamente fez com que eu acreditasse no meu potencial. Sua amizade sempre foi fortaleza, segurança e certeza de apoio incondicional. Agradeço também, por ter confiado a mim a pequena **Laura Gabriela**, motivo de muita alegria e amor nos últimos tempos.

Às minhas amigas **Francine Feltrin, Cíntia Oliveski e Carolina Backes**. Nossa amizade tornou esse caminho mais leve e permeado de afeto. Ao lado de vocês me senti mais forte e capaz. Obrigada pelo companheirismo e incentivo.

Aos **trabalhadores de saúde** do Hospital Universitário de Santa Maria, por viabilizaram a realização deste estudo.

Aos **acadêmicos** que auxiliaram na coleta, processamento e construção dos resultados. De forma especial, a **Laura Prestes**.

A **Valesca Vargas Vieira**, pela confiança e acolhimento. Por abrir as portas do seu lar no momento em que mais precisei. Durante este um ano e meio, não dividimos apenas um apartamento na Casa do Estudante Universitário III, mas, também, nossos sonhos e angústias. Certamente você foi a melhor doutoranda que eu poderia ter ao meu lado. Obrigada pela amizade e pelos abraços demorados quando eu mais precisei.

À **Universidade Federal de Santa Maria**, pela oferta de educação pública e de qualidade. Cujo corpo docente de excelência me afetou tão profundamente, que despertou em mim o desejo de fazer parte desse universo instigante que perpassa pelo “ser docente”. Foi nesse espaço que me vi a crescer, pessoalmente e profissionalmente. Entretanto, entendo que o sucesso do estudante na universidade não se restringe ao acesso à vaga, mas, passa também pela sua permanência nesse espaço. Dito isso, agradeço à assistência estudantil que usufruí durante os anos de estudante. Sem esse amparo, meu sonho não teria a mesma força. Nesse espaço, que desde 2011 tem sido meu segundo lar, sonhei, planejei, realizei e continuo a sonhar. Pois o conhecimento inspira, liberta, transforma. E foi por meio dele, que cheguei a lugares que jamais imaginei estar.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior**, pela concessão de bolsa de estudos.

À **vida** que, em sua plenitude e intensidade, reafirmou, mais uma vez, que, entre o plantar e o colher, existem o regar e esperar. Hoje, emocionada com a beleza e a alegria deste momento, me pego a pensar que estou exatamente onde desejei estar. Por tudo isso, gratidão a todos que de uma forma ou de outra, contribuíram para a concretização deste sonho.

“No momento em que nos comprometemos, a providência divina também se põe em movimento. Todo um fluir de acontecimentos surge ao nosso favor. Como resultado da atitude, seguem todas as formas imprevistas de coincidências, encontros e ajuda, que nenhum ser humano jamais poderia ter sonhado em encontrar. Qualquer coisa que você pode fazer ou sonhar, você pode começar. A coragem contem em si mesma, o poder, o gênio e a magia”.

Johann Wolfgang Von Goethe

RESUMO

ESTRESSE OCUPACIONAL, BURNOUT E CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE TRABALHADORES HOSPITALARES DE ÁREAS SEMICRÍTICAS E CRÍTICAS*

AUTORA: Alessandra Suptitz Carneiro

ORIENTADORA: Prof.^a Dra. Rafaela Andolhe

Este estudo objetivou avaliar a relação entre estresse ocupacional, burnout e percepção da cultura de segurança do paciente em trabalhadores de saúde de áreas semicríticas comparadas às críticas. Trata-se de estudo epidemiológico do tipo transversal, vinculado ao projeto matricial “Cultura de segurança do paciente e agravos à saúde do trabalhador em ambiente hospitalar” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob CAAE 80587417.0.0000.5346. A amostra constitui-se pelos trabalhadores de saúde das áreas críticas e semicríticas de hospital universitário. Os dados foram coletados por meio de Questionário de perfil sociodemográfico, laboral e de saúde, *Safety Attitudes Questionnaire*, *Job Stress Scale* e o *Maslach Burnout Inventory*, e extraídos do banco de dados do projeto matricial, mediante autorização da pesquisadora responsável. A análise ocorreu no programa *PASW Statistic®*, a partir da estatística descritiva e inferencial. Os resultados apontaram um perfil biossocial e laboral semelhante entre trabalhadores de saúde de áreas semicríticas (N=164) e críticas (N=229), composto por mulheres (79,9%), com companheiro (46,3%) e filhos (68,8%), idade média de 43,1 anos ($\pm 8,3$) para semicríticas e 43,4 anos ($\pm 8,4$) para críticas. A maior parte são técnicas de enfermagem (46,1%), atuantes no noturno (33,8%), satisfeitas com o seu trabalho (93,6%) e sem intenção de deixá-lo (80,1%). Quanto ao estresse, em áreas semicríticas houve prevalência de trabalhadores em alta exigência (N=47; 28,7%) e nas áreas críticas em trabalho ativo (N=75; 32,8%). A prevalência de burnout foi de 13,4% (N=22) para áreas semicríticas e 8,3% (N=19) para críticas. A análise do SAQ apontou uma percepção negativa da cultura de segurança do paciente (\bar{x} 63,5; $\pm 14,4$ semicríticas; \bar{x} 66,5; $\pm 12,7$ críticas). O domínio satisfação no trabalho obteve percepção positiva em ambas as áreas. As áreas críticas obtiveram avaliações mais positivas em todos os domínios do SAQ. Houve associação significativa entre ser trabalhador das áreas críticas e ter percepção mais positiva para o domínio gerência da unidade. Altos níveis de desgaste emocional, despersonalização e demanda psicológica se correlacionaram negativamente com o SAQ. Também, a alta realização profissional, alto controle sobre o trabalho e baixa demanda psicológica se correlacionaram positivamente com o SAQ. A análise multivariada apontou que a alta exigência no trabalho elevou em 29% a prevalência para avaliar negativamente a cultura de segurança. Da mesma forma, a presença de burnout elevou em 21%, idade superior a 43 anos em 22%, ter companheiro em 19%, possuir pós-graduação em 21% e estar indeciso quanto a deixar o emprego em 19%. Conclui-se que apesar da cultura de segurança do paciente não ter apresentado diferença entre áreas, os trabalhadores das áreas semicríticas se mostraram mais afetados pelo estresse ocupacional e burnout. Situação que, se mantida a longo prazo, pode afetar negativamente a cultura de segurança e interferir na qualidade do cuidado. Espera-se que os achados possibilitem a

construção de intervenções para melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores, além do fortalecimento da cultura positiva de segurança do paciente.

Palavras-chave: Enfermagem; Esgotamento profissional; Estresse ocupacional; Segurança do paciente; Trabalho; Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

OCCUPATIONAL STRESS, BURNOUT AND PATIENT SAFETY CULTURE AMONG HOSPITAL WORKERS IN SEMICRITIC AND CRITICAL AREAS*

AUTHOR: Alessandra Suptitz Carneiro

ADVISOR: Prof.^a Dra. Rafaela Andolhe

This study aimed to evaluate the relationship between occupational stress, Burnout and perception of patient safety culture in health workers in semicritic areas compared to criticism. This is an epidemiological cross-sectional study, linked to the matrix project "Culture of patient safety and occupational health diseases in a hospital environment" approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Santa Maria under CAAE 80587417.0.0000.5346. The sample is constituted by health workers from the critical and semicritic areas of a university hospital. Data were collected through a socio-demographic, occupational and Health profile questionnaire, Safety attitudes Questionnaire, job stress Scale and Maslach Burnout Inventory, and extracted from The Matrix Project database, upon authorization from Responsible researcher. The analysis took place in the PASW Statistic Program®, based on descriptive and inferential statistics. The results showed a biosocial and labor profile designer among health workers in semicritic areas (N = 164) and criticisms (N = 229), composed of women (79, 9%), with a companion (46, 3%) and children (68, 8%), mean age of 43, 1 years ($\pm 8, 3$) for Semicritics and 43, 4 years ($\pm 8, 4$) for criticism. Most are nursing techniques (46, 1%), working at night (33, 8%), satisfied with their work (93, 6%) And no intention of leaving it (80, 1%). As for stress, in semicritic areas there was a prevalence of workers in high demand (N = 47; 28, 7%) And in the critical areas of active work (N = 75; 32, 8%). The prevalence of Burnout was 13, 4% (N = 22) for semicritic areas and 8, 3% (N = 19) for criticism. The analysis of the SAQ showed a negative perception of the patient's safety culture (\bar{x} 63, 5; $\pm 14, 4$ semicritic; \bar{x} 66, 5; $\pm 12, 7$ criticisms). The domain satisfaction at work obtained positive perception in both areas. The critical areas obtained more positive assessments in all areas of the SAQ. There was a significant association between being a worker in critical areas and having a more positive perception for the management domain of the unit. High levels of emotional exhaustion, depersonalization and psychological demand were negatively correlated with the SAQ. As, high professional accomplishment, high control over work and low psychological demand were positively correlated with the SAQ. The multivariate analysis showed that the high strain in the work increased by 29% the prevalence to negatively assess the safety culture. Similarly, the presence of Burnout increased by 21%, older than 43 years in 22%, having a partner in 19%, having a postgraduate degree in 21% and being undecided as to leave the job in 19%. Schließt-If that despite the safety culture of the patient did not have presented difference between areas, the workers of the semicritic areas were more affected by occupational stress and Burnout. A situation that, if maintained in the long term, may negatively affect the safety culture and interferes with the quality of care. It is hoped that the findings allow the construction of interventions for verb to improve the quality of life of workers, in addition to strengthening the positive culture of patient safety

Keywords: Nursing; Professional exhaustion; Occupational stress; Patient safety; Work Worker Health.

* The present work was carried out with the support of the Coordination of Improvement of Higher Education Personnel-Brazil (CAPES)-Financing code 001.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Situações de trabalho segundo o Modelo D-C de Karasek.....	39
Quadro 2 – Fatores organizacionais agrupados em seis áreas, segundo Maslach e Leiter.....	43
Quadro 3 – Estratégias de busca realizadas na Biblioteca Virtual de Saúde. Santa Maria, RS, 2019.....	48
Quadro 4 – Produções selecionadas sobre o uso do SAQ no ambiente hospitalar. Santa Maria, RS, 2019.....	163
Quadro 5 – Avaliação da cultura de segurança através do SAQ em áreas semicríticas e críticas no contexto hospitalar brasileiro. Santa Maria, RS, 2019.....	55
Quadro 6 – Quantitativo da população estimada e amostra coletada por áreas.....	67
Quadro 7 – Classificação da variável dependente segundo o tipo e a escala de mensuração.....	69
Quadro 8 – Classificação das variáveis independentes segundo o tipo e a escala de mensuração.....	69

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação gráfica do Modelo D-C.....	40
Figura 2 – Fluxograma do corpus das produções selecionadas. Santa Maria, RS, 2019.....	49
Figura 3 – Distribuição dos trabalhadores de saúde das áreas semicríticas e críticas segundo o percentual por setor de atuação. Santa Maria, RS, 2019.....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características laborais dos trabalhadores de saúde das áreas semicríticas e críticas. Santa Maria, RS, 2018 (N=393).....	77
Tabela 2 – Distribuição dos trabalhadores das áreas semicrítica e crítica, segundo variáveis quantitativas das características laborais. Santa Maria, RS, 2018 (N=393).....	79
Tabela 3 – Resultado da consistência interna dos instrumentos SAQ, JSS e IMB. Santa Maria, RS, 2018 (N=393).....	80
Tabela 4 – Distribuição dos trabalhadores de saúde das áreas semicríticas e críticas segundo grau de demanda psicológica e controle sobre o trabalho. Santa Maria, 2018 (N=393).....	80
Tabela 5 – Distribuição dos trabalhadores de saúde das áreas semicríticas e críticas segundo o Modelo Demanda-Controle. Santa Maria, 2018 (N=393).....	81
Tabela 6 – Distribuição dos trabalhadores de saúde segundo níveis de desgaste emocional, despersonalização e realização profissional (IMB). Santa Maria, RS, 2018 (N=393).....	82
Tabela 7 – Distribuição dos trabalhadores de saúde segundo presença e ausência de burnout (IMB). Santa Maria, RS, 2018 (N=393).....	82
Tabela 8 – Análise descritiva do Questionário de Atitude de Segurança (SAQ) segundo a percepção dos trabalhadores de saúde das áreas semicríticas e críticas. Santa Maria, RS, 2018. (N=393).....	83
Tabela 9 – Análise descritiva do Questionário de Atitude de Segurança (SAQ) segundo a percepção dos trabalhadores de saúde das áreas semicríticas e críticas. Santa Maria, RS, 2018 (N=393).....	84
Tabela 10 – Associação entre SAQ por área semicrítica e crítica e variáveis biossociais do trabalho dos profissionais de saúde. Santa Maria, RS, 2018 (N=393).....	85
Tabela 11 – Correlação entre cultura de segurança do paciente (SAQ total) por área semicrítica e crítica e variáveis biossociais e do trabalho dos profissionais de saúde. Santa Maria, RS, 2018 (N=393).....	86
Tabela 12 – Correlação entre variáveis quantitativas sociodemográficas e laborais e os domínios do SAQ, segundo áreas semicríticas. Santa Maria, RS, 2018(N=393)..	87
Tabela 13 – Correlação entre variáveis quantitativas sociodemográficas e laborais e os domínios do SAQ, segundo áreas críticas. Santa Maria, RS, 2018 (N=393).....	88
Tabela 14 – Associação entre SAQ Dicotômico e os quadrantes do Modelo D-C por área semicrítica e crítica. Santa Maria, RS, 2018 (N=393).....	89
Tabela 15 – Associação entre o SAQ total e os domínios da JSS por área semicrítica e crítica. Santa Maria, RS, 2018 (N=393).....	89
Tabela 16 – Associação entre os domínios do SAQ e os quadrantes do Modelo D-C em áreas semicríticas. Santa Maria, RS, 2018 (N=393).....	90
Tabela 17 – Associação entre os domínios do SAQ e os quadrantes do Modelo D-C em áreas críticas. Santa Maria, RS, 2018 (N=393).....	90
Tabela 18 – Associação entre IMB e SAQ geral por área semicrítica e crítica. Santa Maria, RS, 2018 (N=393).....	92
Tabela 19 – Associação entre os itens do IMB e SAQ geral por área semicrítica e crítica. Santa Maria, RS, 2018 (N=393).....	92
Tabela 20 – Associação entre os domínios do SAQ e burnout em áreas semicríticas. Santa Maria, RS, 2018 (N=229).....	93

Tabela 21 – Associação entre os domínios do SAQ e burnout em áreas críticas. Santa Maria, RS, 2018 (N=164).....	93
Tabela 22 – Correlação de entre estresse ocupacional, burnout e cultura de segurança do paciente (SAQ) em áreas semicríticas. Santa Maria, RS, 2018 (N=164).....	94
Tabela 23 – Correlação de entre estresse ocupacional, burnout e cultura de segurança (SAQ) em áreas críticas. Santa Maria, RS, 2018 (N=229).....	94
Tabela 24 - Associações bruta e ajustadas entre cultura de segurança, estresse ocupacional, burnout, variáveis demográficas e laborais. Santa Maria, RS, Brasil, 2018 (N=393).....	95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

ACR	Análise de Causa Raiz
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BDENF	Banco de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DE	Desgaste emocional
DP	Despersonalização
EA	Evento Adverso
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EET	Escala de Estresse ocupacional no Trabalho
GEP	Gabinete de Ensino e Pesquisa
GTESSP	Grupo de Pesquisa Trabalho, Ética, Saúde e Segurança do Paciente
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IES	Instituição de Ensino Superior
IMB	Questionário <i>Maslach Burnout Inventory</i>
INP	Incompetência Profissional
ISMA	<i>International Stress Management Association</i>
JSS	Questionário <i>Job Stress Scale</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
Modelo D-C	Modelo Demanda Controle de Karasek
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OAC	Organizações de Alta Confiabilidade
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PASW	<i>Predictive Analytics Software</i>
PPGENF	Programa de Pós-graduação em Enfermagem
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RP	Realização Profissional
RS	Rio Grande do Sul
SAG	Síndrome da Adaptação Geral
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SVSSP	Setor de Vigilância em Segurança e Saúde do Paciente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	29
2	OBJETIVOS	33
2.1	OBJETIVO GERAL	33
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
3	REFERENCIAL TEÓRICO	35
3.1	O ESTRESSE OCUPACIONAL: IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR	35
3.1.1	O Modelo Demanda-Controle de Karasek	38
3.2	A SÍNDROME DE BURNOUT: IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR	41
3.3	A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	45
3.3.1	Aplicabilidade do <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> (SAQ): revisão bibliométrica	48
3.4	CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UNIDADES SEMICRÍTICAS <i>VERSUS</i> ÁREAS CRÍTICAS	53
3.5	INTERFACE ENTRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E SAÚDE DO TRABALHADOR: IMPLICAÇÕES DO ESTRESSE OCUPACIONAL E BURNOUT	59
4	MÉTODO	63
4.1	DELINEAMENTO DO PROJETO MATRICIAL	63
4.2	DELINEAMENTO DA DISSERTAÇÃO	65
4.2.1	Tipo de estudo	65
4.2.2	Local de estudo	65
4.2.3	População e amostra do estudo	67
4.2.4	Instrumentos de coleta de dados	67
4.2.4.1	Instrumento de Caracterização Sociodemográfica, laborais e perfil de saúde	67
4.2.4.2	Job Stress Scale	68
4.2.4.3	Maslach Burnout Inventory	68
4.2.4.4	Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)	68
4.2.5	Variáveis utilizadas	69
4.2.5.1	Variável Dependente	69
4.2.5.2	Variável Independente	69
4.2.6	Coleta de dados	71
4.2.7	Análise dos dados	71
4.2.8	Aspectos éticos	73
4.2.8.1	Riscos	73
4.2.8.2	Benefícios	74
4.2.9	Devolutiva dos dados	74
5	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	75
5.1	CARACTERÍSTICAS BISSOCIAIS E LABORAIS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DAS ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS NO AMBIENTE HOSPITALAR	75
5.2	CONSISTÊNCIA INTERNA DOS INSTRUMENTOS DE ESTRESSE OCUPACIONAL, BURNOUT E CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	79
5.3	ESTRESSE OCUPACIONAL EM TRABALHADORES DE SAÚDE DE ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS NO AMBIENTE HOSPITALAR	80
5.4	BURNOUT EM TRABALHADORES DE SAÚDE DE ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS NO AMBIENTE HOSPITALAR	81

5.5	CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS	82
5.6	ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS DE INTERESSE.....	85
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	97
6.1	CARACTERÍSTICAS BISSOCIAIS E LABORAIS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DE ÁREAS SEMICRÍTICAS E CRÍTICAS NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	97
6.2	ESTRESSE OCUPACIONAL EM TRABALHADORES DE SAÚDE DE ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS NO AMBIENTE HOSPITALAR	102
6.3	BURNOUT EM TRABALHADORES DE SAÚDE DE ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS NO AMBIENTE HOSPITALAR	105
6.4	CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS	110
6.5	ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS DE INTERESSE.....	116
7	CONCLUSÕES	121
7.1	CARACTERÍSTICAS BISSOCIAIS E LABORAIS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DE ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	121
7.2	CONFIABILIDADE DOS INSTRUMENTOS DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE, ESTRESSE OCUPACIONAL E BURNOUT	122
7.3	ESTRESSE OCUPACIONAL EM TRABALHADORES DE SAÚDE DE ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS NO AMBIENTE HOSPITALAR	122
7.4	BURNOUT EM TRABALHADORES DE SAÚDE DE ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS NO AMBIENTE HOSPITALAR	123
7.5	CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS	123
7.6	ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS DE INTERESSE.....	123
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
	REFERÊNCIAS	131
	APÊNDICES	147
	APÊNDICE A - AUTORIZAÇÃO DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL PELO PROJETO MATRICIAL PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS	149
	APÊNDICE B – REFERÊNCIAS DA REVISÃO BIBLIOMÉTRICA.....	151
	APÊNDICE C - QUADRO 2 - PRODUÇÕES SELECIONADAS SOBRE O USO DO SAQ NO AMBIENTE HOSPITALAR. SANTA MARIA, RS, 2019*.....	161
	ANEXOS	163
	ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO MATRICIAL PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM.....	165
	ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	169
	ANEXO C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	171
	ANEXO D - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, LABORAL E PERFIL DE SAÚDE.....	173
	ANEXO E – QUESTIONÁRIO <i>JOB STRESS SCALE</i> (JSS).....	177
	ANEXO F – QUESTIONÁRIO <i>MASLACH BURNOUT INVENTORY</i>	179
	ANEXO G - QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (<i>SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE</i> – SAQ)	181
	ANEXO H – MANUAL DO COLETADOR	183
	ANEXO I – MANUAL DE CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO	207

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho apresenta o caminho percorrido durante o planejamento e execução de um projeto de pesquisa acerca da interface entre segurança do paciente e saúde do trabalhador. Ao longo desse trabalho, será possível refletir sobre a cultura de segurança do paciente em ambiente hospitalar e a associação com agravos à saúde dos trabalhadores como o estresse ocupacional e o burnout. Além disso, como diferencial da presente proposta, está a oportunidade de comparar os resultados obtidos entre trabalhadores de áreas semicríticas e críticas do ambiente hospitalar.

É importante frisar que o presente estudo está em consonância com a Agenda de Desenvolvimento Sustentável criada em 2015 pela Organização das Nações Unidas (ONU), visto que contempla um dos temas propostos nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para o planeta e para a prosperidade. Os ODS visam ações para acabar com a pobreza, promover a prosperidade e bem-estar para todos, proteger o meio ambiente e enfrentar as mudanças climáticas (ONU, 2015).

Dessa forma, esta pesquisa contempla o objetivo 8, que trata de promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todas e todos, especialmente, por meio do item 8.8 que visa proteger os direitos trabalhistas e promover ambientes de trabalho seguros e protegidos para todos os trabalhadores, incluindo os trabalhadores migrantes, em particular as mulheres migrantes, e pessoas em empregos precários.

Além disso, a proposta também vem ao encontro da Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde divulgada em 2018, na medida em que contempla temas propostos no Eixo 1 (Ambiente, Trabalho e Saúde) e Eixo 9 (Programas e Políticas em Saúde) (BRASIL, 2018). No primeiro eixo por meio do item 1.1, que trata da avaliação das doenças e agravos relacionados ao trabalho. E, no nono eixo, mediante os itens 9.2 e 9.3, que priorizam a avaliação da segurança do paciente.

Frente a esse contexto, é necessário apresentar a aproximação da autora com o objeto de pesquisa ocorreu, inicialmente, por meio do desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso na Graduação em Enfermagem. Esse, teve como foco a segurança do paciente em uso de oxigenoterapia no contexto hospitalar e foi apresentado à banca examinadora no ano de 2015.

Além disso, durante a realização de especialização na modalidade residência multiprofissional com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, a presente autora deu continuidade aos estudos acerca do referido constructo. Desta vez, no sentido de contribuir com as práticas em saúde no âmbito da saúde da família, pensou-se sob a ótica da pesquisa-intervenção. Os resultados do Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional, que de forma geral objetivou identificar o conhecimento dos profissionais de saúde de uma Estratégia de Saúde da Família acerca da segurança do paciente, e, proporcionar uma intervenção educativa sobre o tema junto à equipe, foram apresentados em fevereiro de 2018.

Cabe destacar, que no segundo semestre do ano de 2017, a autora iniciou uma aproximação com o Grupo de Pesquisa Trabalho, Ética, Saúde e Segurança do Paciente (GTESSP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). A partir deste vínculo, houve a possibilidade de fortalecimento do referencial acerca dos temas de pesquisa e a criação de uma proposta para ingresso no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM (PPGEnf/UFSM).

Deste modo, após a conclusão da residência multiprofissional e aprovação na seleção do PPGEnf/UFSM, no ano de 2018 surgiu a oportunidade de dar sequência aos estudos sobre a segurança do paciente. Dessa vez, a partir da perspectiva da abordagem quantitativa de pesquisa em saúde.

Ao longo da construção desta trajetória, observou-se que a segurança do paciente é um tema que tem sido alvo de estudos em nível mundial, tendo em vista a necessidade qualificar a assistência em saúde, em todo e qualquer espaço que essa venha a ser ofertada. A partir disso, entende-se que há necessidade de que mais estudos sejam produzidos acerca do tema. Visto que, ainda existem lacunas no conhecimento, principalmente no que tange ao desenvolvimento de estratégias efetivas que qualifiquem o cuidado em saúde.

Ademais, enquanto enfermeira que cuida, e por vezes, também demanda cuidados, a oportunidade de trabalhar com a interface segurança do paciente e saúde do trabalhador mostra-se gratificante. Uma vez que há a possibilidade de contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços e, conseqüentemente, do ambiente laboral, e, também contribuir para a produção e construção do conhecimento em saúde, especialmente, para a enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Alicerçada em inquietações acerca do processo de trabalho em saúde, a presente proposta de pesquisa tem como objeto de estudo a cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar, em áreas críticas e semicríticas, e sua relação com o estresse ocupacional e o burnout, ambos considerados agravos à saúde do trabalhador. A interface de discussão sobre as relações entre saúde e trabalho tem sido apontada como uma necessidade do mundo contemporâneo. Ao mesmo tempo em que a segurança do paciente nos serviços de saúde tem tido destaque nas agendas mundiais de pesquisa, também, desenha-se a necessidade de estudos que entrelacem os temas saúde, trabalho e segurança do paciente.

A segurança do paciente é um atributo de qualificação do cuidado que pode ser afetada por diversos fatores devido seu caráter multifacetário, e, portanto, as condições de saúde do trabalhador surgem como um dos elementos que deve ser considerado quando se objetiva tornar o cuidado mais seguro (REASON, 1990).

O autor James Reason (1990) traz em sua obra *Human Error* - considerada um marco para a abordagem dos erros nos serviços de saúde - a necessidade de discutir a falibilidade humana. Reason parte do pressuposto de que errar é humano. Entretanto, existem mecanismos para evitar o erro considerando que é possível eliminar falhas humanas e técnicas. Para tanto, as políticas públicas podem ajudar a informar, organizar e articular esses mecanismos, mas, para isso, precisam encontrar um ambiente favorável às mudanças.

Assim, para potencializar ações que visem à segurança do paciente, é necessário investir em medidas preventivas ao erro. Para isso, deve-se partir do pressuposto de que não é possível mudar a natureza humana, mas sim, as condições sob as quais os seres humanos trabalham (REASON, 1990).

Transformar o ambiente de trabalho em um ambiente mais seguro, implica em atuar sob a perspectiva de uma cultura de segurança das instituições de saúde. De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, cultura de segurança é o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013, p. 1).

Particularmente, no ambiente hospitalar, difundir a cultura de segurança torna-se essencial para que os trabalhadores se sintam envolvidos e co-responsáveis pelo cuidado seguro. Embora as instituições tenham investido muito em mudanças e adoção de protocolos

de segurança do paciente, ainda se observam na prática assistencial, dificuldades na adesão a essas medidas (MULLER, et al. 2015; ZOTTELE, et al. 2017).

Frente a esse cenário, torna-se necessário avaliar as especificidades de áreas críticas e semicríticas como forma de identificar particularidades que possam ser potencializadoras ou dificultadoras do fortalecimento da cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar.

Cabe ressaltar que, em áreas críticas também há maior controle de fluxo de profissionais e/ou familiares de paciente. Nesse contexto, o presente estudo teve como áreas de interesse as áreas críticas e semicríticas, visto que, é evidente que para planejar e organizar estratégias preventivas do erro humano e também, de melhor implementação da cultura de segurança, são necessários estudos que buscam identificar os fatores atrelados à especificidade das áreas hospitalares.

Outro aspecto a ser estudado e que também pode interferir na cultura de segurança são fatores associados à saúde do trabalhador. Entre esses agravos destaca-se o estresse ocupacional, que segundo Karasek, é resultante da interação entre altas demandas psicológicas, menor controle no processo de produção do trabalho e menor suporte social recebido de colegas e chefes (ARAÚJO, 1999; ALVES, 2004a). Dessa forma, trabalhadores que se defrontam com altas demandas ou pressões psicológicas no trabalho combinadas com um baixo controle ou baixa margem de decisões correm um grave risco de adoecimento físico e/ou mental em decorrência do desgaste psicológico (GUIMARÃES; SIGRIST; MARTINS, 2004).

Quando desencadeadas as repercussões do estresse ocupacional de forma recorrente e crônica, o indivíduo torna-se mais propenso a desenvolver a Síndrome de burnout. O burnout, por sua vez, é uma síndrome caracterizada pela alta exaustão emocional, alta despersonalização, e baixa realização profissional. É decorrente de longos períodos de estresse ocupacional, que ultrapassam as respostas adaptativas do trabalhador (MASLACH, JACKSON, 1981).

Observa-se, portanto, que há relação entre ambos os agravos. Entretanto, ao contrário do estresse agudo, que pode ter uma avaliação positiva, já que se constitui em um desafio para o indivíduo, o burnout possui uma avaliação negativa, que pode conduzir a pessoa para vivência de sentimento de impotência, insatisfação profissional e abandono da profissão (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

O burnout traz diversas consequências para o indivíduo, afetando o seu estado de saúde e, portanto, atuando igualmente sobre seu desempenho nas atividades diárias, inclusive

no trabalho. Podendo assim, desencadear repercussões econômicas e sociais, inclusive nas organizações de saúde (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Por conseguinte, ciente do impacto de tais agravos a qualidade do cuidado prestado nas instituições hospitalares, somado a necessidade de aprofundar o conhecimento teórico sobre o tema, em abril de 2019 realizou-se um estudo de tendências por meio de uma de revisão narrativa com método duplo independente, realizada no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O estudo objetivou identificar e caracterizar a produção científica brasileira, em teses e dissertações, sobre a cultura de segurança do paciente em ambiente hospitalar, e consequentemente sobre os fatores contribuintes para esse fenômeno.

Esse estudo identificou 23 pesquisas, majoritariamente do tipo dissertação, produzidas pela área de conhecimento da enfermagem da região Sudeste, sobretudo a partir do ano de 2015. Metodologicamente, tratavam-se de pesquisas com a abordagem quantitativa e que utilizaram questionários validados para pesquisar sobre cultura de segurança do paciente principalmente no ambiente hospitalar de forma geral como cenário principal, seguido das áreas de terapia intensiva. Os questionários mais usuais foram o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) composto por 41 questões provenientes de seis dimensões e divididas em dois níveis, e a Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente/*Surveyon Patient Safety Culture* (HSOPS) que compreende 42 questões distribuídas em 12 dimensões e três níveis. Houve predominância de pesquisas que envolveram a equipe de enfermagem.

Os resultados evidenciaram que a cultura de segurança do paciente nas instituições pesquisadas era negativa, ou bastante fragilizada. De forma geral, entre os diferentes instrumentos utilizados, as dimensões que obtiveram escores positivo para a segurança foram: trabalho em equipe e satisfação no trabalho (para o SAQ); aprendizagem organizacional, expectativas e ações para promoção de segurança da supervisão/chefia e ações promotoras de segurança (para a HSOPS). Contudo, as dimensões que tratavam do apoio da gestão para segurança do paciente, percepção geral da cultura de segurança, resposta não punitiva, dimensionamento de pessoal, fragilidade de recursos (para a HSOPS), percepção do gerenciamento e condições de trabalho (para o SAQ) foram as dimensões que pontuaram negativamente de forma frequente.

Os baixos escores relacionados à gestão do processo de trabalho em saúde e demais aspectos que a envolvem demonstram que a distância entre equipe de enfermagem e superiores hierárquicos, em relação ao diálogo sobre as questões de segurança do paciente, afeta a percepção e avaliação da cultura de segurança.

Da mesma forma, pode-se indicar que a dificuldade de comunicação entre trabalhador e gestores pode acarretar condições de trabalho insuficientes e relações interpessoais conflituosas. Nesse cenário permeado por uma cultura frágil, os trabalhadores podem sentir medo de perder o emprego, insegurança e culpa, ao relatarem algum problema de saúde. Uma vez que o trabalhador adoecido permanece no trabalho, pode fragilizar também o cuidado prestado e conseqüentemente ferir a segurança do paciente.

Ademais, observou-se que não há consonância entre os estudos quanto a maior suscetibilidade de trabalhadores de saúde em diferentes áreas hospitalares. Além disso, notou-se a inexistência de estudos que evidenciem claramente a relação entre cultura de segurança do paciente, estresse ocupacional e burnout em áreas hospitalares semicríticas e críticas na mesma instituição hospitalar, de forma comparativa. Em vista disso, e sabendo que os ambientes abertos e fechados possuem singularidades que devem ser consideradas ao analisar a cultura de segurança do paciente e seus determinantes, a exemplo do processo de trabalho, da atuação em equipe, normas e protocolos, perfil dos pacientes e agravos atendidos, entre outros, encontrou-se neste fato uma lacuna importante para a construção do conhecimento em saúde. Fato que justifica a relevância da presente proposta.

Nessa perspectiva, tem-se como perguntas norteadoras de pesquisa: Existe diferença entre a cultura de segurança do paciente em áreas críticas e semicríticas no ambiente hospitalar? Há associação entre o estresse ocupacional, o burnout e a percepção da cultura de segurança entre trabalhadores de saúde dessas áreas? Nesse sentido, as respostas a essas questões podem contribuir para melhorar a adesão à protocolos de segurança do paciente e favorecer a mudança de comportamento, auxiliando na percepção positiva da cultura de segurança nessas áreas. Ainda, por meio dos resultados será possível planejar ações educativas direcionadas aos ambientes que demonstrarem maior vulnerabilidade. Conforme o conceito proposto por Karasek, é necessário considerar controle e demanda na abordagem da experiência psicossocial no trabalho e suas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores. Assim, ao falarmos de trabalhadores da saúde de áreas críticas e semicríticas, trabalha-se com as hipóteses de que:

- H1: Os trabalhadores de saúde de áreas críticas apresentam maior prevalência de estresse ocupacional e burnout, quando comparados aos trabalhadores de áreas semicríticas;

- H2: Existe diferença entre a cultura de segurança do paciente em áreas semicríticas e críticas no ambiente hospitalar;

- H3: A percepção positiva da cultura de segurança do paciente é maior entre trabalhadores de áreas críticas, quando comparada aos trabalhadores de áreas semicríticas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a relação entre estresse ocupacional, burnout e percepção da cultura de segurança do paciente em trabalhadores de saúde de áreas semicríticas comparadas às críticas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico e laboral dos trabalhadores de saúde de áreas semicríticas e críticas;
- Verificar a presença de estresse ocupacional dos trabalhadores de saúde de áreas semicríticas e críticas;
- Identificar a presença de burnout dos trabalhadores de saúde de áreas semicríticas e críticas;
- Avaliar percepção da cultura de segurança dos trabalhadores de saúde de áreas semicríticas e críticas;
- Analisar a associação entre a percepção da cultura de segurança do paciente e características sociodemográficas e laborais;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo aborda o referencial teórico que sustenta a dissertação, com os seguintes itens: estresse ocupacional, burnout, cultura de segurança do paciente e suas relações com a saúde do trabalhador de saúde de áreas semicríticas e críticas no ambiente hospitalar.

3.1 O ESTRESSE OCUPACIONAL: IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR

Inicialmente, o termo *stress* foi utilizado pela física e pela engenharia, fazendo referência a forças atuantes sobre determinada resistência a qual representava a carga que um componente podia suportar até partir-se. Entretanto, no início do século XX o termo passou a ser utilizado no âmbito da saúde, através das observações e estudos experimentais de Hans Selye, considerado como o primeiro cientista que demonstrou as etapas do estresse ocupacional biológico (GUIDO, 2003).

Na época, Selye (1959) apontou que o estresse ocupacional representa as reações fisiológicas não-específicas do corpo a qualquer demanda nociva, às quais ele tenta se adaptar – respostas de enfrentamento, em busca da própria sobrevivência. Diante disso, o processo que envolve essas reações foi denominado pelo próprio cientista de “Síndrome da Adaptação Geral” (SAG). Segundo Selye, a SAG desenvolve-se em três fases: a reação de alarme, a fase de resistência e a fase de exaustão.

- Fase de alarme: há uma resposta inicial do organismo através da mobilização total das forças de defesa perante um agente agressor. Onde o organismo sofre uma alteração na sua homeostase que se caracteriza por aumento na produção hormonal, na frequência cardíaca, na tensão muscular e na liberação de energia;
- Fase da resistência: responsável pela adaptação do corpo. Ocorre quando o organismo sobrevive à persistência do estressor e faz com que o indivíduo se mantenha em estado de alerta. Nessa fase pode haver ansiedade, isolamento social, nervosismo, falta ou excesso de apetite, impotência sexual e medo;
- Fase da exaustão: ocorre após uma exposição prolongada ao agente estressor, porém a capacidade do organismo em se adaptar a esse agente é perdida. Seus sintomas são semelhantes aos da fase anterior, entretanto, o corpo apresenta sinais de deterioração, consequência do desgaste, podendo levar ao aparecimento de distúrbios patológicos.

A revolução fisiológica produzida pelo estresse ocupacional visa colocar todo o organismo à disposição da adaptação, não apenas através da adequação do desempenho físico e visceral do organismo, mas, também, fornecendo uma quantidade suficiente de ansiedade como requisito psicológico para a manutenção do estado de alerta. Dessa forma, as possibilidades de ataque ou de fuga podem ser expressadas com mais facilidade (SELYE, 1959).

Em suas pesquisas, Selye também ressalta que não é possível definir o estresse ocupacional somente como um processo estritamente negativo. É necessário considerar que todo evento estressante pode envolver situações saudáveis levando a sensação de bem-estar, também conhecida como *eutress*, enquanto os sentimentos desagradáveis são conhecidos como *distress*.

A partir do interesse por entender os aspectos biológicos ligados ao estresse ocupacional, as pesquisas sobre o tema se expandiram para a área da saúde. Desde então, ancorados pela descoberta de Selye, diversos pesquisadores (APTEL; CNOCKAERT, 2002; MCEWEN, 1998) buscaram aprofundar conhecimentos em relação aos efeitos do estresse ocupacional no organismo humano, essencialmente no que se refere às respostas do indivíduo na sua inter-relação com o ambiente onde vive e trabalha.

Frente a situações potencialmente estressantes, o indivíduo terá uma resposta que será determinada segundo dois fatores: a forma como a pessoa percebe a situação estressante e o seu estado de saúde naquele momento. O efeito prolongado das respostas ao estresse ocupacional é conhecido como carga alostática, responsável por desencadear uma resposta adaptativa frente a situação. Essa é sustentada até o estresse ocupacional cesse, assim, restabelecendo o sistema alostático. Os mecanismos compensatórios desse sistema são determinados por fatores genéticos, estilo de vida e como o indivíduo percebe as situações do ambiente (MCEWEN, 1998).

Ainda, para McEwen (1998) pode ocorrer uma sobrecarga alostática quando os mecanismos compensatórios falham, e dessa forma o indivíduo passa por uma superexposição aos hormônios do estresse ocupacional (catecolaminas e cortisol). Essa exposição pode trazer efeitos adversos sobre vários órgãos e sistemas, conduzindo a doenças.

A carga alostática pode desencadear quatro situações: o estresse ocupacional frequente; a adaptação deficiente do indivíduo aos estressores; a incapacidade para desativar as respostas alostáticas depois de terminado o estresse ocupacional; e, aumento compensatório de outros sistemas que passam a produzir respostas inadequadas, como a falta de liberação de cortisol, que estimula o aumento de citocinas pró-inflamatórias (MCEWEN, 1998, p. 172).

Frente ao exposto, entende-se que o estresse ocupacional faz parte do viver. Contudo, por vezes, as exigências são intensas, excessivas, prolongadas e imprevisíveis, e quando não se possui as competências apropriadas para lidar com essas exigências, surgem sintomas de *distress*, o estresse ocupacional negativo, que pode chegar a ser patológico (SELYE, 1959).

O indivíduo pode desenvolver habilidade em responder ao estresse ocupacional repetido, mas essa resposta dependerá de sua interação com o ambiente externo, entre eles o ambiente ocupacional (MCEWEN, 1998; PAPINI; PINTO, 2013). Surge então, a preocupação de entender a relação do indivíduo com o ambiente de trabalho, considerando que de forma frequente essas interações implicam na saúde dos trabalhadores. Isso, em meio a ambientes de trabalho inadequados e que estimulam a cultura punitiva e, portanto, não corroboram com a consolidação de uma cultura de segurança, pode levar o trabalhador em saúde a vivenciar o estresse ocupacional em seu ambiente ocupacional.

O *International Stress Management Association* (ISMA) realizou estudos em nove países e apontou os trabalhadores brasileiros entre os mais estressados do mundo, no quesito esgotamento profissional. Na pesquisa, o Brasil foi apontado como o segundo país em que o burnout é mais relatado, ficando abaixo apenas do Japão (TEODORO, 2012).

Em consonância, pesquisas brasileiras apontam que os trabalhadores da saúde são frequentemente acometidos pelo burnout em função do estresse ocupacional. Estudo realizado por Andolhe et al. (2015) com trabalhadores de enfermagem de oito UTIs de um hospital público de alta complexidade da cidade de São Paulo, em outubro de 2012, revelou que 74,5% dos sujeitos estavam com médio nível de estresse ocupacional, 13,3% com baixo nível e 12,2% com alto nível de estresse ocupacional. Quanto ao fator controle de coping como estratégia para lidar com estresse ocupacional no trabalho, 79,9% da equipe de enfermagem o utilizavam. Observou-se também, que 12,5% dos trabalhadores apresentou a síndrome de burnout, resultado aproximado do percentual da equipe de enfermagem que apresentou maiores níveis de estresse ocupacional.

Para Prochnow et al. (2013) a capacidade para o trabalho parece prejudicada quando os trabalhadores vivenciam condições de trabalho desfavoráveis. Assim, a interação de diferentes condições propicia ambientes de trabalho mais ou menos favoráveis à saúde (GRIEP, et al. 2011). Frente a esse contexto, estudos que identifiquem e reforcem os dados sobre os agravos aos quais os trabalhadores de saúde estão sendo acometidos, são de extrema valia, pois apontam quais são as necessidades de intervenção a esse público.

3.1.1 O Modelo Demanda-Controle de Karasek

No século XX, os estudos sobre o estresse ocupacional preocupavam-se em elucidar sua trajetória biológica. Mas, preocupado em entender os efeitos crônicos do estresse ocupacional aos indivíduos e sua relação com o ambiente de trabalho, no final da década de 70 o cientista Robert Karasek da Universidade de Massachusetts (Boston), procurou explicar essas interações tanto no nível fisiológico quanto psicológico, com relação ao estresse ocupacional laboral.

O estresse ocupacional laboral é definido como o resultado do desequilíbrio entre as demandas da prática profissional e a capacidade de enfrentamento do trabalhador. Dessa forma, está associado à tensão profissional, afetando negativamente a saúde mental dos trabalhadores (KIRCHHOF, et al. 2009)

Para Karasek e Theorell (1990, p. 83) as modificações fisiológicas e psicológicas do estresse ocupacional tem sua origem no ambiente. Dessa forma, o aspecto teórico de Karasek e Theorell é desenvolvido por um contexto itinerante: o ambiente de trabalho, local onde as situações estressantes são rotineiras, e mesmo em menor intensidade elas podem ocorrer dia após dia, em décadas, de forma que outras reações fisiológicas de adaptação são provocadas (ALVES, 2004a; KARASEK e THEORELL, 1990).

Em vista do enfoque limitado dos modelos unidimensionais baseados apenas nas demandas das tarefas, Karasek surge com a proposta de um modelo bidimensional (demanda-controle) incluindo o controle como parte da análise dos processos de produção de estresse ocupacional (ARAÚJO, 1999, p. 15). A partir disso, Karasek pretende estabelecer a relação entre o controle e a demanda psicológica advinda da organização do trabalho no ambiente laboral e suas repercussões sobre a estrutura psíquica e orgânica dos trabalhadores (REIS, et al. 2005). Assim, surge o Modelo Demanda-Controle (Modelo D-C, *Demand-Control Model* ou *Job Strain*).

O Modelo D-C investiga duas dimensões psicossociais no ambiente de trabalho – demandas psicológicas e controle do trabalhador sobre o processo de trabalho. A partir da combinação de níveis, alto e baixo, dessas duas dimensões, o Modelo pressupõe situações de trabalho específicas que configuram riscos diferenciados à saúde.

As duas dimensões abarcam aspectos específicos do processo de trabalho. O controle no trabalho engloba aspectos referentes ao uso de habilidades (o grau pelo qual o trabalho envolve aprendizagem de coisas novas, repetitividade, criatividade, tarefas variadas e o desenvolvimento de habilidades especiais individuais) e autoridade de decisão (inclui a

habilidade individual para a tomada de decisões sobre o próprio trabalho, a influência do grupo de trabalho e a influência na política gerencial). Já a demanda psicológica diz respeito às exigências psicológicas enfrentadas pelo trabalhador durante a execução das suas tarefas. Tal demanda envolve pressão do tempo (proporção do tempo de trabalho realizado sob tal pressão), nível de concentração requerida, interrupção das tarefas e necessidade de se esperar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores (KARASEK; THEÖRELL, 1990).

Segundo o Modelo D-C, a combinação dos níveis alto e baixo dessas duas dimensões, pressupõe situações de trabalho que configuram riscos diferenciados à saúde. Essas situações configuram-se em quatro tipos básicos de experiências no ambiente psicossocial do trabalho.

Quadro 1 – Situações de trabalho segundo o Modelo D-C de Karasek.

SITUAÇÕES DE TRABALHO	CARACTERIZAÇÃO
<p>Alta exigência do trabalho</p> <p>Alta demanda psicológica e baixo controle</p>	<p>Considerada de alto desgaste. Representada por reações adversas de desgaste psicológico: fadiga, ansiedade, depressão e enfermidade física. Ocorre quando o indivíduo, submetido a um estresse, não se sente em condições de responder adequadamente ao estímulo, por ter pouco controle sobre as circunstâncias ambientais. Se o tempo da exposição é curto, o organismo se recupera, se no contrário, o desgaste se acumula.</p>
<p>Trabalho ativo</p> <p>Alta demanda psicológica e alto controle</p>	<p>Permite ao trabalhador ter uma ampla possibilidade de decisão sobre como e quando desenvolver suas tarefas, assim como sobre usar sua potencialidade intelectual com esta finalidade. Demonstra desfechos psicológicos benéficos: aprendizado e crescimento, e conseqüente alta produtividade. O trabalho é percebido como um desafio e a energia gerada pelos desafios seria traduzida em ação para resolução de problemas. Assim, as solicitações são muitas, porém a tomada de decisão depende do indivíduo.</p>
<p>Trabalho passivo</p> <p>Baixa demanda psicológica e baixo controle</p>	<p>Produz experiências que reduzem o aprendizado de habilidades. O trabalhador sente-se apático, seja pela ausência de desafios significantes e permissão para atuações com energia, ou pela rejeição às suas iniciativas de trabalho, visto que o trabalhador possui pequena atitude de tomada de decisões. É a segunda exposição mais problemática para a saúde.</p>
<p>Baixa exigência</p> <p>Combinando baixa demanda psicológica e alto controle</p>	<p>Os trabalhadores possuem baixas demandas psicológicas e maior controle sobre suas atividades. Este se configura num estado altamente confortável, ideal, uma situação de relaxamento.</p>

Fonte: Adaptado de Karasek e Theorell (1990).

As quatro combinações descritas no Quadro 1 estão representadas por quadrantes atravessados por duas diagonais, denominadas por Karasek e Theorell (1990) de Diagonal A e Diagonal B (Figura 1).

Figura 1 – Representação gráfica do Modelo Demanda-Controle.



Fonte: Adaptado de Karasek (1979); Karasek e Theorell (1990).

Em suma, o Modelo D-C de Karasek indica que na Alta Exigência há alta demanda e baixo controle, já na Baixa Exigência há baixa demanda e alto controle. Enquanto no Trabalho Passivo há baixa demanda e baixo controle, e no Trabalho Ativo há alta demanda e alto controle.

Em 1988, foi acrescida uma terceira dimensão ao modelo. Essa alteração foi proposta por Johnson, e relaciona-se aos níveis de interação social no trabalho com colegas e chefes. Ele atua como modificador de efeito, ou seja, quanto maior o apoio social, menor será a chance do trabalhador de apresentar consequências negativas à saúde (ALVES, 2004a).

Para Karasek e Theorell (1990) e Araújo (2003), o não balanceamento entre as demandas laborais e o nível de controle no atendimento a essas demandas, além do tempo em que se experimenta esse desequilíbrio elevam a produção dos hormônios do estresse ocupacional, o que, por sua vez, propicia processos de adoecimento físico e mental nos trabalhadores.

Assim, o desequilíbrio entre as demandas laborais pode repercutir em síndrome de burnout (SB), definida como uma síndrome de exaustão psíquica e exacerbação de sentimentos de esgotamento das emoções, que ultrapassa os níveis adaptativos e torna-se crônica (ANDOLHE, et al. 2015; GRAZZIANO; BIANCHI, 2010).

3.2 A SÍNDROME DE BURNOUT: IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR

O termo burnout vem da língua inglesa, e significa “queimar completamente”. Embora já citado na literatura anteriormente, através do termo “*staff burn-out*” em 1969, que se referia ao esgotamento físico e emocional de trabalhadores, bem como transtornos comportamentais entre trabalhadores da área de saúde (BENEVIDES-PEREIRA, 2010), foi somente em 1974 que passou a ser difuso no meio científico através dos autores Herbert Freudenberger, Christina Maslach e Alaya Pines (LAUTERT, 1995).

Dessa forma, burnout passou a ser definido como uma síndrome de exaustão emocional que ocorre, frequentemente, entre trabalhadores 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). Trata-se de uma resposta multidimensional a exaustão emocional crônica, definida por três componentes: exaustão emocional, despersonalização e ineficiência ou incompetência profissional no trabalho (JACKON; SCHWAB; SHULER; 1986; MASLACH; GOLDBERG; 1998; MASLACH; LEITER; 2000).

Segundo Maslach, Schaufeli e Leite (2001) a exaustão emocional caracteriza-se por uma falta ou carência de energia e um sentimento de esgotamento emocional. Enquanto isso, a despersonalização ocorre quando o trabalhador passa a tratar os colegas e a organização de uma forma distante e impessoal. Já a baixa realização profissional está relacionada com a tendência do trabalhador se avaliar de uma forma negativa, sentindo-se insatisfeito com seu desenvolvimento profissional.

O burnout pode ser encarado como o resultado do estresse ocupacional crônico, típico do cotidiano do trabalho, principalmente quando nele existem pressões excessivas, conflitos, baixas recompensas emocionais e pouco reconhecimento (HARRISON, 1999, cit. in CARLOTTO, 2002). Como resposta a esse estresse ocupacional crônico, o burnout não pode ser reversível de forma imediata após a supressão do estressor mesmo que as tarefas laborais

mudem ou as condições do ambiente de trabalho sejam melhoradas (DEMEROUTI, et al. 2009; KANT, et al. 2003).

Cabe destacar que existem diferentes concepções teóricas quanto a um modelo para o burnout (BENEVIDES-PEREIRA, 2010). Entretanto, aqui exploraremos o modelo sócio-ambiental descrito por Christina Maslach e Susan Jackson em 1977, também conhecido como modelo multidimensional (MASLACH; GOLDBERG, 1998; MASLACH; LEITER, 2000).

Neste modelo, há destaque para os componentes individuais associados às condições de trabalho, considerando que, alguns estudos apontam os fatores de risco organizacionais são causadores da síndrome em maior intensidade que os próprios fatores individuais. Dessa forma, quanto maior a compatibilidade do indivíduo com seu trabalho e ambiente ocupacional, conseqüentemente menor o risco de burnout (BENEVIDES-PEREIRA; 2010; MASLACH; LEITER; 2000).

Ademais, vale destacar que o modelo sócio-ambiental é o mais utilizado no meio científico, considerando que lança mão de um instrumento confiável para avaliação da síndrome de burnout. O instrumento é conhecido como *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e será utilizado no presente estudo.

Apesar da ampliação dos estudos sobre a síndrome de burnout, a mesma ainda não é reconhecida enquanto uma síndrome que possa incapacitar para o trabalho (ANDOLHE, 2013). Entretanto, já é possível apontar alguns fatores pessoais que propiciam o seu surgimento (BENEVIDES-PEREIRA, 2010; MASLACH; LEITER, 2000; McCONNELL, 1982), a exemplo de:

- Idade menor que 30 anos: segundo estudos pode ser atribuído a inexperiência profissional. Entretanto, outros pesquisadores sugerem que esse fator pode ser um viés, uma vez que trabalhadores que se sentem incompetentes para o trabalho já teriam abandonado a profissão, e os que se mantiveram no trabalho são aqueles que tiveram menores níveis da síndrome (TRINDADE; LAUTERT, 2010; MAROCO, et al. 2016; SCHAUFELI, 1999);
- Gênero: maior incidência está entre as mulheres. Fato que pode ser atribuído à cultura feminina de expor mais abertamente seus sentimentos. Porém, não há um consenso entre os estudos de que este realmente poderia ser considerado um fator de risco (FERREIRA; LUCCA, 2015; JODAS; HADDAD, 2009; MAROCO, et al. 2016);
- Estado civil: neste caso, solteiros apresentam maiores níveis de estresse ocupacional e burnout, o que pode ser justificado pela ausência de suporte social da família (BENEVIDES-PEREIRA, 2010);

- Número de filhos: segundo alguns estudos o equilíbrio emocional comprometido pelo trabalho é atribuído aos filhos (BENEVIDES-PEREIRA, 2010; FERREIRA; LUCCA, 2015; MALASH, 2000; McCONNELL, 1982);
- Nível de escolaridade: pode ser considerado um agravante, já que a responsabilidade e a expectativa aumentam entre as profissões de nível superior. Por outro lado, outros estudos apontam que o grau de escolaridade também pode ser considerado um fator positivo para o enfrentamento do estresse ocupacional (ANDOLHE, 2009; FERREIRA; LUCCA, 2015; JODAS; HADDAD, 2009;).
- Personalidade: é possível afirmar que as características da personalidade podem aumentar ou inibir os estressores. Pessoas com características de personalidade “hard” tendem a avaliar os estressores como uma ameaça, usando um foco externo de controle ao estresse ocupacional, dessa forma, frequentemente apresentam níveis maiores de burnout. Além disso, pessoas consideradas assertivas são mais produtivas e sentem-se mais satisfeitas no trabalho, fato que pode prevenir ou diminuir os riscos de desenvolver burnout (SOUZA; SILVA, 2002).

Já entre os fatores relacionados ao trabalho, diversos autores concluíram que frequentemente existem associações entre fatores organizacionais que podem contribuir para o surgimento da síndrome de burnout. Assim, sabendo da importância do ambiente laboral para os estudos sobre o tema, Maslach e Leiter (2000) agruparam essas características em seis áreas, ressaltando que as duas primeiras são fundamentadas no Modelo D-C proposto por Karasek e Theorell (1990), também utilizado no presente estudo. A saber:

Quadro 2 – Fatores organizacionais agrupados em seis áreas, segundo Maslach e Leiter.

(continua)

ÀREAS	CARACTERIZAÇÃO
Sobrecarga de trabalho	A excessiva carga de trabalho precede a exaustão emocional. Grande volume de atividades, realização de tarefas em tempo mínimo, responsabilidades assumidas e conflitos pessoais que excedem as fontes de energia emocional são causas de exaustão. Há, portanto, um desequilíbrio entre as tarefas a serem realizadas e a capacidade do indivíduo de executá-las, que irá repercutir nas esferas pessoais e sociais do indivíduo.

Quadro 2 – Fatores organizacionais agrupados em seis áreas, segundo Maslach e Leiter.
(conclusão)

ÁREAS	CARACTERIZAÇÃO
Falta de controle	Situações inesperadas no trabalho (viagens, mudança de turno e horas-extras sem aviso com antecedência) são eventos que levam o trabalhador a sentir-se sem controle ou sem autonomia sobre seu trabalho. Estudos apontam que essas situações são motivos de desgaste no trabalho.
Recompensa insuficiente	A falta de reconhecimento pelo desempenho no trabalho pode interferir negativamente na moral dos empregados. As pessoas que trabalham em atividades assistenciais são as que mais sofrem com a falta de reconhecimento, uma vez que atendem indivíduos com problemas, necessidades de saúde ou de aprendizagem. Quando resolvem seus problemas e satisfazem suas necessidades, não necessitam mais dos serviços, vão embora e são substituídos por outros com novos problemas. Assim, num ciclo sucessivo, todos os “êxitos” do trabalho não permanecem para serem avaliados ou reconhecidos.
Falta de justiça	A percepção de desigualdade ou falta de justiça no local de trabalho é considerada como preditor de despersonalização. A irritabilidade, o cinismo e a raiva são comuns entre pessoas que se sentem injustiçadas o que é motivo de desentendimentos e conflitos, podendo buscar um ressarcimento pessoal diante disso como, por exemplo, sair mais cedo do trabalho, furto de materiais e suprimentos da instituição e, se tratando dos serviços de saúde, até mesmo de medicamentos.
Ruptura com a comunidade	O suporte social dos colegas dentro da organização e o senso de coletividade são fatores preventivos a síndrome de burnout. A falta de ambiente amistoso, de cooperação e co-responsabilidade comprometem a resolução de conflitos, aumentando os níveis de estresse e burnout e dificultando a realização das atividades.
Conflitos de valor	Refere-se aos ideais e objetivos que originalmente atraíram o indivíduo para o emprego, servindo de motivação entre trabalhador e trabalho. Quando a pessoa atua num ambiente onde os valores pessoais divergem dos valores da organização, ela vivencia o conflito de valor. Nesse sentido, o trabalhador sente-se descontextualizado e que não é compatível para exercer suas funções naquele ambiente. Ou ainda, quando a pessoa vivencia conflitos entre valores da própria instituição como o reconhecimento do trabalhador sem a preocupação com a satisfação dos clientes.

Fonte: Adaptado de Maslach e Leiter (2000).

Ademais, o burnout se manifesta por meio de diversos sinais e sintomas, que podem passar pelos aspectos físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos (LAUTERT, 1995;

GRAZZIANO, 2008; MASLACH; LEITER, 2000; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; NEVES; OLIVEIRA, ALVES, 2014b). A saber:

- Físicos: fadiga crônica, exaustão, imunodeficiência, dores musculares, cefaleia, síncope ou perda de consciência momentânea, perda de peso, hipertensão, distúrbios de sono, gastrointestinais, respiratórios e sexuais.
- Psíquicos: alterações de memória, falta de concentração e atenção, lentificação do pensamento, perda de senso de humor, sentimentos de alienação e solidão, ansiedade, baixa autoestima, medo, labilidade emocional, desânimo e desconfiança.
- Comportamentais: irritabilidade, agressividade, hostilidade, intolerância, abuso de álcool e outras drogas, dificuldade de aceitar mudanças, perda de iniciativa, conflitos familiares e conjugais, incerteza, suicídio.
- Defensivos: isolamento, onipotência, ironia, cinismo, perda de interesse pelo trabalho e lazer, absenteísmo.

Considerando os aspectos que envolvem a síndrome de burnout e seus desdobramentos para a qualidade de vida do indivíduo, é possível afirmar que interfere também em sua saúde ocupacional, considerando que os sinais e sintomas comprometem a capacidade para o trabalho (ANDOLHE, 2013; NEVES; OLIVEIRA; ALVEZ, 2014).

Entre os trabalhadores da área hospitalar não é diferente, além de comprometer a saúde desses trabalhadores a presença do burnout compromete também a qualidade da assistência prestada (FERREIRA; LUCCA, 2015; ROSA; CARLOTTO, 2006). Por isso, os trabalhadores hospitalares são a categoria mais investigada, conforme apontamentos dos estudos de estudos de Lautert, 1994; Elias; Navarro, 2006; Ruiz; Ríos, 2004; Schaufeli; Enzmann, 1988.

3.3 A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O cuidado em saúde torna-se cada dia mais complexo, por estar diante de um universo multifacetado e dinâmico que influencia nas relações e determinantes do processo saúde doença. Frente a esse cenário, tornar o processo de cuidado mais seguro revelou-se uma necessidade.

Nos últimos anos, as discussões quanto à segurança do paciente vêm ganhando espaço através de um movimento mundial por parte de vários órgãos e instituições, reforçando que essa reflexão é fundamental para a qualidade do cuidado e assumiu grande importância para

os trabalhadores de saúde que almejam proporcionar cuidados de saúde seguros e eficientes aos pacientes e seus familiares (PEÑA, et al., 2015).

Corroborando com essa discussão, no ano de 2004 a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a *The World Alliance for Patient Safety*, que surge como uma organização com o objetivo de desenvolver políticas mundiais para melhorar o cuidado aos pacientes nos serviços de saúde. Entre diversas ações desenvolvidas destacou-se na tentativa de conceituar os aspectos taxonômicos envolvidos com a segurança do paciente através da criação da Classificação Internacional de Segurança do Paciente (OMS, 2009).

A partir dessa classificação a OMS passou a definir segurança do paciente como a redução a um mínimo aceitável de riscos e danos associados à atenção à saúde, já que considerando a complexidade de procedimentos e tratamentos, o potencial para o dano à saúde é real e pode acarretar em incidentes (OMS, 2009). Segundo a mesma classificação, incidente trata-se de evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente, e por sua vez, quando acompanhados de dano ao paciente são chamados de evento adverso (EA). O dano, por sua vez, é conceituado como comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, assim, pode ser físico, social ou psicológico (MOURA; MENDES, 2012; OMS, 2009; RUNCIMAN; HIBBERT; THOMSON, et al. 2009).

Devido ao fato de que a ocorrência de danos afeta profundamente as organizações de saúde, a cultura de segurança também ganhou destaque, tendo em vista que é reflexo do comprometimento dos trabalhadores da organização com a promoção contínua de um ambiente terapêutico seguro, e influencia comportamentos e resultados de segurança dos trabalhadores de saúde e pacientes (SOUSA, 2014).

Cabe ressaltar que o conceito de cultura de segurança não tem sua origem na área da saúde, e sim nos estudos sobre as Organizações de alta confiabilidade/fiabilidade (OAC), uma vez que a discussão sobre cultura de segurança entrou em ascensão a partir do acidente nuclear de Chernobyl em 1986. Na época foi considerado o pior acidente na história da geração de energia nuclear, onde a presença de uma “cultura de segurança fraca” foi atribuída como principal causa do acidente (SOUSA, 2014).

A partir disto, a cultura de segurança passou a ser discutida em outros cenários que também apresentavam potencial risco à vida, dentre eles, as instituições de saúde. Neste caso, pode-se afirmar que o conceito de cultura de segurança se aplica muito bem às instituições prestadoras de cuidado em saúde, uma vez que é o ponto de partida para se traçar ações em

prol de mudanças para redução da incidência de EA e garantia de cuidados de saúde seguros (TIMM, RODRIGUES, 2016).

Segundo a RDC nº 36, cultura de segurança é conceituada como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, com vistas a substituir a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013, p.1).

A cultura de segurança deve ser entendida como o eixo norteador do processo de trabalho das organizações em saúde, através do envolvimento e comprometimento de todos os trabalhadores que atuam na instituição (PAESE, 2010). São consideradas características de uma cultura de segurança positiva a comunicação semicrítica, trabalho em equipe, reconhecimento da dependência mútua, o aprendizado contínuo a partir das notificações de eventos e a premissa básica da segurança como uma prioridade em todos os níveis da organização (COX; COX, 1991; WHO, 2009).

A OMS aponta que a cultura é um fator que pode influenciar todos os processos e defesas do sistema para melhor ou para pior. Para tanto, é necessário que se supere a crença de que, quando se treina o trabalhador, o problema está resolvido, e que se não se estimule a tendência em estigmatizar e punir a falibilidade, onde o erro se equipara à incompetência (OMS, 2009).

Buscando compreender este impacto no processo de trabalho das instituições, tem se desenvolvido diversas pesquisas com o intuito de avaliar a cultura de segurança através da aplicação de instrumentos de mensuração dessa cultura (GERSON, et al. 2004; SCOTT, et al. 2003). Entre os instrumentos mais usados para analisar a cultura de segurança encontra-se o *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006* (SAQ), utilizado principalmente em pesquisas realizadas nos Estados Unidos, Reino Unido e Austrália (SEXTON, 2006).

Segundo Carvalho (2011), o SAQ trata-se de uma ferramenta que possui boas propriedades psicométricas e possibilita fornecer informações sobre os fatores que precisam ser trabalhados dentro da instituição e que influenciam a cultura de segurança, como o trabalho em equipe, satisfação profissional e condições de trabalho. A versão *Short Form 2006* é a versão genérica do instrumento, que foi inicialmente desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas, considerando outras duas escalas utilizadas por outras populações na avaliação da cultura de segurança no ambiente de trabalho.

Considerando que o instrumento tem como língua original o inglês, no Brasil o SAQ precisou passar pelo processo de tradução e adaptação transcultural no ano de 2012

(CARVALHO, 2011). Após essa validação, passou a ser utilizado em pesquisas brasileiras que buscam identificar e analisar a cultura de segurança nos serviços de saúde.

A fim de identificar os estudos que utilizam o SAQ para mensurar a cultura de segurança do paciente em serviços de saúde hospitalares e conhecer seus achados, efetivou-se um estudo bibliométrico sobre o tema.

3.3.1 Aplicabilidade do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ): revisão bibliométrica

Realizou-se um estudo bibliométrico descritivo, alicerçado na seguinte questão de pesquisa: Quais são as características da produção científica sobre cultura de segurança em ambiente hospitalar utilizando o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ)? Buscando responder à essa questão, elencou-se como objetivo caracterizar por meio de indicadores bibliométricos, a produção científica que utilizou o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ).

A unidade de análise foram publicações contidas no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE/PubMed Central). Para a busca das produções na BVS utilizou-se o nome do questionário como palavra-chave, nos idiomas português, inglês e espanhol. Aplicou-se o filtro de base de dados, selecionando o Banco de Dados em Enfermagem: Bibliografia Brasileira (BDENF) e a Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), somado ao filtro “artigo” a fim de resgatar apenas produções neste formato. Na MEDLINE também se utilizou o nome do questionário como palavra-chave, no idioma inglês. Cabe destacar que a busca foi atualizada no mês de abril de 2019, por meio do método duplo independente, visando resgatar todas as produções publicadas até o ano de 2018 acerca do tema em estudo. No Quadro 3 pode-se observar as estratégias de busca utilizadas:

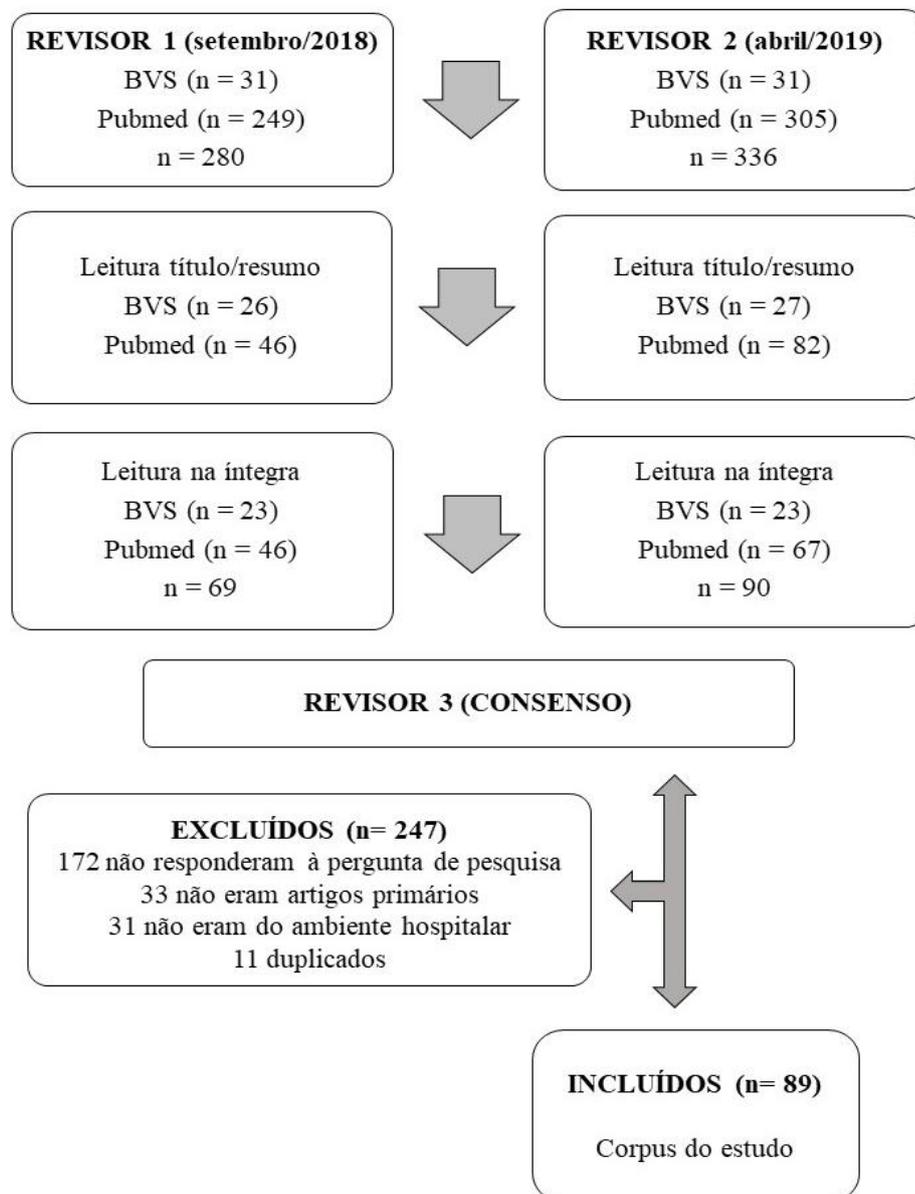
Quadro 3 - Estratégia de busca realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)

Base de dados	ESTRATÉGIA UTILIZADA
Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - LILACS - BDENF	<i>tw:("safety attitudes questionnaire" OR "cuestionario de actitudes de seguridad" OR "questionário de atitudes de segurança") AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS" OR "BDENF") AND la:("en" OR "pt" OR "es")) AND type:("article"))</i>
Literatura Médica (MEDLINE/PubMed Central)	<i>"safety attitudes questionnaire"[allfields]</i>

Fonte: autores.

Desta forma, após a atualização, foram recuperados 31 estudos na BVS e 305 na MEDLINE, totalizando 336 estudos. Após a leitura do título e resumo das produções e aplicação dos critérios de inclusão, foram excluídos outros 247 estudos: 172 não responderam à pergunta de pesquisa, 33 não eram artigos primários, 31 não eram do ambiente hospitalar e 11 eram duplicados. Por fim, constituiu-se o corpus de 89 produções para análise, conforme exposto na Figura 2.

Figura 2 - Fluxograma do Corpus das produções selecionadas. Santa Maria, RS, 2019.



Fonte: autores.

A análise dos dados foi realizada de forma exploratória por meio de indicadores bibliométricos descritivos, possibilitando caracterizar as produções. O Quadro 4 (apêndice C) apresenta os estudos selecionados. Cabe destacar, que esse levantamento bibliométrico foi de suma importância, tendo em vista que as produções encontradas serviram de apoio para a discussão dos resultados do presente estudo.

Conforme apresenta o Quadro 4 (apêndice C), 66 (74,3%) dos estudos foram encontrados na base de dados PUBMED, 20 (22,3%) estudos na LILACS e três (3,4%) na BDNF. Destes, 16 (18,0%) estão publicados no idioma português e 73 (82,0%) em inglês. Quanto a área de conhecimento, a medicina liderou a produção com 55 estudos (61,8%), seguida da enfermagem com 33 publicações (37,1%) e farmácia com apenas um estudo (1,1%). No que se refere ao ano de publicação, um (1,1%) é de 2009, um (1,1%) de 2011, dois (2,2%) são de 2004, dois (2,2%) de 2006, dois (2,2%) de 2007, dois (2,2%) de 2008, três (3,4%) de 2010, cinco (5,6%) de 2013, sete (7,9%) de 2012, sete (7,9%) de 2014, nove (10,2%) de 2018, 14 (15,8%) de 2016, 15 (16,8%) de 2015 e 19 (21,4%) são de 2017. É possível apontar que houve predominância de publicações no ano de 2017 (21,4%).

No que tange ao país de publicação, 26 (29,4%) dos estudos são provenientes do Brasil, 16 (18,2%) dos Estados Unidos, 10 (11,3%) da China, cinco (5,6%) da Dinamarca, cinco (5,6%) da Suécia, três (3,4%) do Canadá, três (3,4%) da Noruega, Suíça, Reino Unido, Austrália e Holanda contam com duas publicações cada, totalizando 8,8%. Da mesma forma, Arábia Saudita, Albânia, Itália, Malásia, Coreia, Eslovênia, Chipre, Finlândia, Turquia, Lituânia, Irã, Palestina e Bélgica contam com uma publicação cada, totalizando os 14,3% restantes.

Adiante, é possível apontar que a *BMC Health Services Research* foi a revista que liderou as publicações acerca do tema, com 16 (18%), a *BMJ Open* com 12 (13,5%), a Revista Latino-Americana de Enfermagem com 6 (6,7%), seguida da Acta Paulista de Enfermagem, Gaúcha de Enfermagem e *Multidisciplinary Health Magazine*, ambas com três publicações cada, somando 10,2%. Em seguida a Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, Cogitare Enfermagem, Eletrônica de Enfermagem, Brasileira de Enfermagem, *The Journal of General Internal Medicine* e a *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, todas com duas publicações cada, totalizando 13,2% das publicações. Outras 34 revistas contaram com uma publicação cada, somando 38,4% dos estudos.

Quanto à colaboração entre instituições, observou-se que sete (7,9%) dos estudos foram desenvolvidos por hospitais, 28 (31,5%) por colaboração de duas ou mais instituições (hospitais e universidades) e, 54 (60,6%) apenas por universidades. Quanto ao método, 65

(73,0%) das pesquisas são caracterizadas como transversais, 10 (11,3%) como estudos de tradução/adaptação/validação transcultural (estudos metodológicos), seguido de seis (6,7%) estudos prospectivos, dois (2,3%) caracterizados como observacional/seccional, dois (2,3%) estudos de coorte, um (1,1%) estudo misto, um (1,1%) ensaio clínico randomizado, um (1,1%) estudo correlacional e um (1,1%) quase-experimental.

No que se refere aos participantes, houve destaque pela participação da equipe multiprofissional (69,7%), equipe de enfermagem (12,4%), enfermeiros (7,8%), médicos (6,7%), farmacêuticos, parteiros e apoio (3,4%). Quanto ao cenário, 48 (53,9%) dos estudos pesquisaram o hospital de forma geral, 10 (11,2%) Área de Tratamento Intensivo Adulto, 10 (11,2%) Centro Cirúrgico, sete (7,9%) áreas de internação da clínica médica e cirúrgica, quatro (4,5%) Área de Tratamento Intensivo Neonatal, quatro (4,5%) emergência, seguido de dois (2,3%) dos estudos em hospitais pediátricos, dois (2,3%) em áreas oncológicas. Maternidade e psiquiatria contaram com um estudo cada, totalizando 2,2%.

A partir do estudo bibliométrico foi possível identificar e caracterizar, de forma ampla, as pesquisas que utilizaram o SAQ. Ademais, reiterou a lacuna já evidenciada no estudo de tendência citado anteriormente, identificando que não existem estudos comparativos sobre a cultura de segurança do paciente em áreas hospitalares semicríticas e críticas.

Os resultados dos estudos selecionados apontaram que as instituições de saúde estudadas apresentaram cultura de segurança negativa ou bastante fragilizada de forma geral, obtendo escores < 75 pontos na média geral. Das seis dimensões apresentadas pelo SAQ, é possível destacar que satisfação no trabalho e trabalho em equipe foram as dimensões que receberam as pontuações mais altas, e, portanto, consideradas como positivas (escore >75 pontos). Em contraponto, as dimensões que tratavam do clima de segurança, condições de trabalho, percepção da gerência e percepção do estresse ocupacional, foram as dimensões que pontuaram negativamente (escore < 75 pontos).

Os baixos escores quanto à percepção destes trabalhadores sobre a gerência hospitalar indicam distância entre equipe de enfermagem e superiores hierárquicos, em relação ao diálogo sobre as questões de segurança do paciente. Esse resultado também foi encontrado em estudos internacionais (MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA, 2014; PATTERSON, et al. 2010; RIGOBELLO, et al. 2012).

Dentre os estudos metodológicos que buscaram traduzir, adaptar, validar e/ou avaliar o SAQ em diferentes países, é unânime o resultado de que o SAQ apresenta boas propriedades psicométricas para avaliar a cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde. Após ajustes, o modelo foi considerado válido, confiável e adequado nas amostras estudadas

(CARVALHO; CASSIANI, 2012; CUI, et al. 2017; GABRANI, et al. 2015; ELSOUS, et al. 2017; GÖRAS, et al. 2013; LI, et al. 2017; LOURENCAO; LUCRO, et al. 2012; KRISTENSEN, et al. 2005; MODAK, et al. 2007; NGUYEN, et al. 2015; TRONCHIN, 2016; ZIMMERMANN, 2013;

Quando comparado com outros instrumentos que também avaliam cultura de segurança do paciente, a exemplo do *Surveyon Patient Safety Culture* (HSOPSC), foram encontradas diferenças sistemáticas importantes. Concluindo, portanto, que não é possível demonstrar equivalência entre o SAQ e o HSOPSC (JE, et al. 2014; SANTIAGO; TURRINI, 2015).

Ademais, foi possível assinalar alguns resultados em relação a cultura de segurança do paciente e os agravos a saúde do trabalhador, especificamente o estresse ocupacional e a síndrome de burnout, focos da presente proposta.

Os estudos Guirardello (2017), Lee et al (2016) e Lucro et al. (2014) utilizaram o SAQ somado ao Maslach Burnout Inventory, a fim de relacionar dados da cultura de segurança com o burnout presente nos trabalhadores hospitalares de áreas críticas. Os achados evidenciaram que ambientes favoráveis à prática desses trabalhadores resultam em menores níveis de burnout, melhor percepção da qualidade do cuidado e atitudes favoráveis à segurança do paciente. Além disso, os trabalhadores que perceberam maior autonomia, boas relações com a equipe médica e melhor controle sobre o ambiente de trabalho, apresentaram menores níveis de burnout. Além disso, os estudos também sugerem que a gerência do hospital precisa acompanhar as condições de fadiga das equipes médicas e fornecer assistência oportuna para a recuperação do burnout por meio de programas de assistência aos funcionários e programas de redução do estresse ocupacional.

No estudo de Gabrani et al. (2015), médicos negaram os efeitos do estresse ocupacional e fadiga em seu desempenho, negligenciando, portanto, o efeito que a carga de trabalho traz para o processo de trabalho. Ainda, resultados destacam que com o aumento do reconhecimento do estresse ocupacional, o número de erros de medicação relatados aumenta conseqüentemente (SAMSURI; LIN; FAHRNI, 2015). O reconhecimento de estresse ocupacional foi apontado como um fator que pode ter correlação negativa com outros fatores de segurança (NGUYEN, et al. 2015). Tendo em vista o fraco reconhecimento do estresse ocupacional pela força de trabalho da saúde, o estabelecimento de programas de segurança do paciente deve ser uma prioridade entre os formuladores de políticas públicas.

Nos estudos de Barbosa et al. (2015), Barbosa et al. (2016), Carvalho et al. (2017) e Kolankiewicz et al. (2017) os trabalhadores com pós-graduação obtiveram maior

reconhecimento dos estressores que influenciam a realização do trabalho, com maiores escores em comparação aos trabalhadores formados para o ensino médio. A dificuldade em lidar com esses estressores pode resultar em erros de trabalho, redução na produtividade, sensação de desconforto e doença ou desempenho insatisfatório por parte da equipe. Portanto, o controle do estresse ocupacional é de grande importância para a segurança do paciente (OMS, 2009).

Cabe destacar que a identificação dos fatores associados à cultura de segurança permite a construção de estratégias para práticas seguras nas instituições hospitalares e melhora da saúde do trabalhador responsável pelo cuidado. Dessa forma, é evidente que erros são decorrentes do encadeamento de fatores sistêmicos, num universo multifacetário, com falhas estruturais ou pontuais. O fortalecimento de uma cultura de segurança em âmbito hospitalar é necessário e fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente, por meio de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, que determinem compromisso e proficiência da gestão de uma organização saudável e segura (REIS, MARTINS, LAGUARDIA, 2013).

Os resultados dos estudos apontam para a necessidade de um contexto organizacional favorável a mudanças e que promova a aquisição de competência técnica e científica para o cuidado seguro, através de processos ativos de ensino-aprendizagem (ANDRES, et al. 2017; CARVALHO; CASSIANI, 2012; CAUDURO, et al. 2015; CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014; ELSOUS, et al. 2017; GASPARINO, et al. 2017; MARINHO; RADUNZ; BARBOSA, 2014; RAFTOPOULOS, et al. 2011; TONDO; GUIRARDELLO, 2017; TOSO, et al. 2016). Além disso, para que as instituições de saúde alcancem uma assistência à saúde de qualidade é fundamental que gestores analisem os aspectos culturais e organizacionais da instituição, que interferem na realização e no resultado final da atenção à saúde (GOLLE, L. et al. 2018; YII-CHING, et al. 2018). Para tanto, é preciso investir fortemente no tocante da educação permanente, pois há necessidade de capacitações frequentes que ofereçam a possibilidade de refletir e problematizar o processo de trabalho, especialmente, considerando as particularidades de áreas críticas e semicríticas.

3.4 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UNIDADES SEMICRÍTICAS *VERSUS* ÁREAS CRÍTICAS

Vários fatores, como já apontado nos itens acima, possuem relação direta com a avaliação da cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde. Entre os fatores que

influem no fluxo inadequado de assistência ao paciente estão as superlotações, a carga de trabalho, o estresse ocupacional, a realização de atividades com alto risco de transmissão cruzada de patógenos, a falta de conhecimento sobre o protocolo de higienização das mãos, a falta de exemplo positivo de seus superiores, maus hábitos, esquecimento, irritação e ressecamento da pele causado pelo uso sucessivo de produtos (CARTER; POUCH; LARSON, 2014; MULLER, et al. 2015; PRADO; et al. 2012; EZAIAS; WATANABE; SHIMURA, 2016).

A seguir, o Quadro 5 apresenta o resultado da avaliação da cultura de segurança do paciente em áreas semicríticas e críticas no ambiente hospitalar por intermédio do SAQ. Cabe destacar que estão apresentados os resultados de estudos brasileiros encontrados no estudo bibliométrico citado anteriormente. Excluíram-se os estudos que tiveram como cenário o hospital de forma geral por não apresentarem resultados das áreas semicríticas e críticas individualmente.

Quadro 5 – Avaliação da Cultura de Segurança através do SAQ em áreas semicríticas e críticas no contexto hospitalar brasileiro. Santa Maria, RS, 2019.

(continua)

Estudo/ano	População	Cenário	Resultados
REIS et al, 2017	Equipe multiprofissional	Área crítica – Unidade de Terapia Intensiva	Cultura de segurança negativa (\bar{x} 62,3; \pm 12,5). O domínio que apresentou menor pontuação foi a Percepção da Gerência (\bar{x} 51,0; \pm 20,1). A maior pontuação obtida foi no domínio Satisfação no Trabalho (\bar{x} 81,7; \pm 15,9).
BARBOSA et al, 2016	Equipe de enfermagem	Área semicrítica - Clínica Médica e Cirúrgica	Cultura de segurança negativa (\bar{x} 66,9; \pm 10,3). O domínio com melhor escore foi Satisfação no trabalho (\bar{x} 84,6; \pm 13,8) e o domínio com menor escore foi o de Condições de Trabalho (\bar{x} 55,6; \pm 24,1).
CARVALHO et al, 2015	Equipe multiprofissional	Área crítica - Centro Cirúrgico	Cultura de segurança negativa (\bar{x} 53,5; \pm 13,9). O domínio Percepção do estresse obteve o melhor resultado (\bar{x} 74,9; \pm 25,6), enquanto o domínio Percepção da gerência apresentou o escore mais baixo (\bar{x} 35,4; \pm 22,3).
CAUDURO et al, 2015	Equipe multiprofissional	Área crítica - Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico	Cultura de segurança negativa (\bar{x} 62,7; \pm 17). O domínio que obteve o maior escore foi Satisfação no Trabalho (\bar{x} 76,9; \pm 21,1), enquanto o domínio Gerência da obteve o menor escore (\bar{x} 55,4; \pm 24,8).
CORREGGIO; AMANTE E BARBOSA, 2014	Equipe multiprofissional	Área crítica - Centro Cirúrgico	Cultura de segurança negativa (\bar{x} 57,1; \pm NCP*). O domínio Clima de Trabalho em Equipe obteve e maior pontuação (\bar{x} 64,3; \pm NCP*), enquanto o domínio Clima de Segurança obteve a menor pontuação (\bar{x} 50,7; \pm NCP*).

Quadro 5 – Avaliação da Cultura de Segurança através do SAQ em áreas semicríticas e críticas no contexto hospitalar brasileiro. Santa Maria, RS, 2019.

(conclusão)

SANTIAGO E TURRINI, 2015	Equipe multiprofissional	Área crítica - Área de Terapia Intensiva	UTI-Adulto: cultura de segurança negativa (\bar{x} 67,3; \pm NCP*). O domínio com melhor resultado foi Satisfação no trabalho (\bar{x} 77,7; \pm NCP*). O domínio com menor escore foi o Percepção da gerência (\bar{x} 57,0; \pm NCP*). UTI-Pediátrica: cultura de segurança negativa (\bar{x} 68,0; \pm NCP*). O domínio com melhor resultado foi Satisfação no trabalho (\bar{x} 78,5; \pm NCP*). O domínio com menor escore foi o Percepção do estresse (\bar{x} 51,1; \pm NCP*). UTI-Neonatal: cultura de segurança negativa (\bar{x} 71,7 pontos; \pm NCP*). O domínio com melhor resultado foi Satisfação no trabalho (\bar{x} 86,7; \pm NCP*). O domínio com menor escore foi o Percepção da gerência (\bar{x} 58,5; \pm NCP*).
GUIRARDELLO, 2017	Equipe de enfermagem	Área crítica - Unidade de Terapia Intensiva	Cultura de segurança negativa (\bar{x} 64,5; NCP*). O domínio Satisfação no Trabalho obteve o maior escore (\bar{x} 76,1; \pm 20,7), enquanto Condições de Trabalho (\bar{x} 56,4; \pm 26,2) obteve o menor escore.
MARINHO; RADÜNZ E BARBOSA, 2014	Equipe de enfermagem	Área semicrítica - Unidade de Internação Cirúrgica	Cultura de segurança negativa (\bar{x} 52,9; \pm NCP*). O domínio Satisfação no Trabalho obteve o maior escore (\bar{x} 71,3; \pm NCP*), enquanto Percepções da gerência obteve o menor escore (\bar{x} 39,0; \pm NCP*).
RIGOBELLO et al, 2012	Equipe de enfermagem	Área crítica – Unidade de Internação da Clínica médica e cirúrgica	Ambas as clínicas, médica e cirúrgica, obtiveram avaliação da cultura de segurança do paciente negativa (\bar{x} 68,9 \pm NCP* para clínica médica, e \bar{x} 68,0 \pm NCP* para clínica cirúrgica). Para ambas as áreas, o domínio que obteve maior pontuação foi Satisfação no trabalho (\bar{x} 80,0; \pm NCP*), enquanto Percepção da Gerência representou o domínio com menor escore (\bar{x} 54,5 para clínica médica, \pm NCP* e \bar{x} 51,5, \pm NCP* para clínica cirúrgica).

*NCP = Não consta na publicação. Fonte: Autores, 2019.

A partir dos resultados apresentados do Quadro 5 é possível apontar que a cultura de segurança do paciente tem se revelado negativa tanto em áreas críticas quanto semicríticas. Além disso, observa-se que o menor escore geral obtido pelo SAQ foi no estudo de Marinho, Radünz e Barbosa (2014) (\bar{x} 52,98) em uma área semicrítica. Enquanto o maior escore geral foi obtido pelo estudo de Santiago e Turrini (2015) (\bar{x} 70,2) em uma área crítica. Os domínios que apresentaram maior pontuação, predominantemente, foram Satisfação no Trabalho e Clima de Trabalho em Equipe. As menores pontuações foram obtidas nos domínios Percepção da Gerência e Condições de trabalho. Cabe destacar que houve predomínio de estudos em áreas críticas.

Esses achados sugerem que a cultura de segurança em áreas críticas seja avaliada de forma mais positiva, fato que pode decorrer da forma como o processo de trabalho se organiza nesse espaço. Comumente, em áreas críticas, a utilização de protocolos que balizam as ações tem maior aceitabilidade por parte dos trabalhadores, portanto, a adesão a ações importantes para tornar o cuidado mais seguro é maior. Os protocolos propõem a adequação dos processos a um conjunto de padrões que visam garantir a segurança, qualidade e melhora do desempenho hospitalar (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008; KURCGANT; et al. 2009).

Estudo de Correa et al (2012) que objetivou apresentar os resultados de um protocolo de gerenciamento de quedas implantado em um hospital privado na cidade de São Paulo, apontou que as quedas foram mais frequentes entre os pacientes de unidades clínicas de internação, consideradas áreas semicríticas. As ações realizadas refletiram no índice de quedas e a caracterização dos eventos permitiu redirecionar intervenções voltadas aos pacientes mais susceptíveis e ao reforço das ações educacionais. O índice de queda apresentou variabilidade mensal, com diminuições subsequentes à implantação das intervenções e elevações após ações gerenciais e treinamentos.

Em consonância, estudo realizado por Miranda et al (2016) concluiu que intervenções educativas com implementação de protocolos na instituição de saúde estudada, favoreceu a padronização da manutenção de dispositivos invasivos e reduziu a colonização e posterior casos de infecção do trato urinário em pacientes de cuidados intensivos. Quanto à eficácia de protocolos, Baxter et al (2005) afirma que a adesão de um instrumento em uma instituição de saúde pode levar até dois anos para apresentar resultados satisfatórios. Neste caso, as intervenções educativas são necessárias para transformar resultados variáveis em permanentes, buscando benefícios na diminuição do tempo de internação dos pacientes em tratamento de infecções e conseqüentemente de mortalidade.

No que tange a higienização das mãos, estudo de Zottele (2017) realizado junto a trabalhadores de saúde de um Pronto-Socorro identificou uma taxa de adesão de 54,2%. Enquanto, estudo de Tonini et al (2017) realizado com a equipe multiprofissional de um Centro Obstétrico revelou uma taxa de adesão de 29,4%. Já o estudo de Riveros et al (2012) realizado com a equipe multiprofissional de uma Unidade de Terapia Intensiva assinalou uma adesão de 18,9%, e Bathke et al (2013) revelou taxa de adesão de 28,6% com a mesma população. Neste caso, isoladamente, observa-se que a maior adesão encontrada foi em área considerada semicrítica.

Além disso, nas áreas críticas preza-se pela permanência da equipe multiprofissional em todos os turnos. Sabe-se que, quando há maior entrosamento e comunicação efetiva entre os membros da equipe a segurança do paciente torna-se mais presente, pois é fortalecida por fatores facilitadores que levam à construção coletiva de equipe (SANTOS; FRAZÃO; FERREIRA, 2011).

Para Silveira et al. (2005) o trabalho desenvolvido nas áreas críticas é marcado por especificidade própria, considerando a complexidade de recursos e cuidados dispensados aos pacientes, bem como por submeter os trabalhadores a uma constante necessidade de estado de alerta, tendo em vista o desequilíbrio hemodinâmico dos pacientes e o risco de possíveis complicações e de morte. Essas características podem contribuir para o desenvolvimento de sentimentos de ansiedade, angústia e sofrimento, além de ausência de satisfação com o desempenho do trabalho nesse ambiente. Portanto, reitera-se que o suporte ofertado aos trabalhadores alocados em diferentes contextos hospitalares deve considerar as especificidades do ambiente laboral.

Em vista disso, Lautert (1997) ao investigar o desgaste emocional de enfermeiros de dois hospitais universitários de Porto Alegre, utilizando o referencial de Maslach e Jackson, obteve resultados que indicaram que as enfermeiras de unidade de internação encontram-se com um desgaste emocional, com correlação positiva para a sobrecarga de trabalho, tarefas repetitivas e monótonas e volume de atividades burocráticas existente levando-as à falta de controle das atividades realizadas, perda de energia, fadiga e esgotamento.

Santos, Frazão e Ferreira (2011) destacam o escore elevado para a sobrecarga de trabalho em áreas semicríticas. Além disso, salientam que o contato direto com o público pode ser considerado uma fonte de estresse ocupacional. O mesmo estudo revelou que os enfermeiros lotados em áreas críticas apresentaram menor escore de estresse ocupacional no geral e melhor relacionamento interpessoal. Esse último achado revela-se de suma

importância, na medida em que sabemos que a interação entre a equipe é essencial, principalmente em setor fechado, onde o convívio é mais intenso.

Frente aos resultados encontrados na literatura e as reflexões expostas, torna-se evidente que é necessário conhecer de forma individual a avaliação da cultura de segurança do paciente em áreas semicríticas e críticas. Visto que, devido as singularidades encontradas em cada ambiente, não é possível generalizar essa avaliação. Através da identificação dos fatores que interferem na cultura de segurança, é possível planejar e executar ações direcionadas ao treinamento de pessoal, baseado em evidências científicas, visando o aprimoramento da qualidade da assistência prestada e a construção do conhecimento em saúde e na enfermagem. Dessa forma, é possível contemplar a realidade das demandas de cada local e considerar os aspectos diferenciados que determinam a qualidade da saúde do trabalhador em seu ambiente laboral.

3.5 INTERFACE ENTRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E SAÚDE DO TRABALHADOR: IMPLICAÇÕES DO ESTRESSE OCUPACIONAL E BURNOUT

Ao refletir sobre o significado do trabalho, é necessário entender que o mesmo perpassa a estrutura socioeconômica, cultural, de necessidades, valores e da própria subjetividade do trabalhador. Logo, é possível afirmar que o trabalho não é apenas uma forma de ganhar a vida, mas também uma forma de inserção social, imbricado em aspectos psíquicos e físicos. Por meio do trabalho, o indivíduo encontra-se num espaço de construção de identidade. Mas é preciso considerar também, que nele pode-se encontrar elementos patogênicos ou estruturantes à saúde, ou seja, é um operador na construção do sujeito, na conquista de identidade, da continuidade e historicidade do sujeito (LUNARDI FILHO; LUNARDI e SPRICIGO, 2001).

Segundo Greco (2011), ao considerar as relações de trabalho, pode-se observar um misto entre prazer, tensões e desgaste. Nesse contexto, o trabalho pode ser reconhecido com um desgastante físico e psíquico, mas também, responsável por proporcionar status, reconhecimento e valorização, além de reafirmar as condições de produção dos trabalhadores. Sentimentos como inclusão, admiração e liberdade de expressar sua individualidade, podem ser despertados através do trabalho. No entanto, o desgaste em relação ao trabalho pode ser evidenciado pelo cansaço, desânimo, insatisfação, descontentamento e estresse ocupacional.

Diante da dinamicidade do processo de trabalho em saúde e suas constantes evoluções, tem-se notado também, a crescente demanda em relação à saúde dos trabalhadores envolvidos

nesse processo. Uma vez que, frente a adoção de novas tecnologias, aumento das demandas em saúde mediante a mudança do perfil epidemiológico, modificação do ambiente de trabalho e da matéria sobre a qual se aplica o trabalho, ao final do processo o trabalhador também modifica sua própria natureza (MARX, 1971).

Para Zanelli (2010), a realidade do trabalho no século XXI tem sido marcada por pressões por resultados, concorrência e desemprego, dentre outros. Esses aspectos vêm dificultando o bem-estar coletivo no ambiente de trabalho e trazendo consequências para a saúde do trabalhador.

Nesse sentido, analisar as condições de trabalho e a saúde dos trabalhadores de saúde aproximada da cultura de segurança do paciente é extremamente relevante, considerando os fatores que podem estar associados a esses constructos, especialmente, aqueles ligados à saúde do trabalhador hospitalar. Como já apontado anteriormente, os agravos à saúde do trabalhador afetam a qualidade do cuidado prestado e conseqüentemente corroboram com a ocorrência de incidentes. Por isso, diversos autores têm se debruçado sobre pesquisas que buscam identificar os agravos à saúde do trabalhador e como eles afetam o processo de trabalho, buscando estabelecer conexões necessárias para a produção do conhecimento na interface saúde do trabalhador e segurança do paciente.

Para Ulutasdemir et al. (2015) os trabalhadores de saúde vivenciam intenso estresse ocupacional e levam à diminuição da autoestima, depressão, queixas somáticas, distúrbios do sono e burnout. Essa resposta negativa ao estresse ocupacional, pode causar problemas pessoais e organizacionais. Desta forma, os pacientes podem ser afetados negativamente devido à diminuição da qualidade dos serviços de saúde.

Trabalhadores de saúde com altos níveis de estresse ocupacional ficam mais propensos a ocorrência de eventos adversos (CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014; PAIVA, et al. 2014). Assim, atuar no controle dos estressores é fundamental não apenas para a qualidade de vida dos trabalhadores, mas, também, para preservar a segurança do paciente (LEÃO, et al. 2017).

Um estudo transversal realizado por Suñer-Soler et al. (2013) em cinco hospitais públicos da Catalunha, na Espanha, aponta que o burnout está associado a uma deterioração na qualidade de vida relacionada à saúde nos trabalhadores que o manifestam. Uma vez que, os resultados do estudo mostraram que ter altos níveis de esgotamento, especialmente no componente de exaustão emocional, leva a uma deterioração na qualidade de vida relacionada à saúde, tanto física quanto mentalmente. Portanto, é possível reafirmar que o burnout

influencia não somente no ambiente de trabalho, mas também, na saúde do indivíduo, com repercussões potenciais no ambiente familiar e social.

Estudo transversal realizado com 57 trabalhadores de um hospital de ensino privado de Minas Gerais, com a utilização do SAQ para avaliar a cultura de segurança na instituição, apontou que o domínio percepção do estresse ocupacional, apresentou o menor escore (\bar{x} 64,80; \pm 24,30), um resultado desfavorável, pois evidencia que os trabalhadores não percebem o quanto os estressores podem influenciar na execução do trabalho e afetar esse ambiente e sua vida fora dele (ROCHA, et al. 2017). Isso significa que quando a pessoa vivencia estresse ocupacional no ambiente de trabalho e não tem controle de suas atividades, pode perceber a cultura de segurança do paciente mais negativamente. Assim, o estresse ocupacional, se não for bem avaliado pelo trabalhador, pode comprometer a segurança do paciente e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado.

Nessa mesma linha, em estudo de tendências realizado por Munhoz et al. (2018) para identificar a relação entre estresse ocupacional e cultura de segurança, os resultados apontaram que o estresse ocupacional 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 apontaram como fragilidades o quadro de pessoal insuficiente e o fato de ter que trabalhar mais do que o desejado. Esse fator esteve evidenciado nos estudos e associado à ocorrência de incidentes, o que comprometeu a segurança do paciente. Também, o estresse ocupacional foi reconhecido, por parte dos trabalhadores, como influência negativa no trabalho.

Esses resultados vão ao encontro de outros estudos nacionais e internacionais encontrados na revisão bibliométrica descrita anteriormente (BARBOSA, et al. 2015, 2016; GABRANI, et al. 2015; GUIRARDELLO, 2017; LUIZ, et al. 2015; KOLANKIEWICZ, et al. 2017; KRISTENSEN, et al. 2015; MCGUIRE, et al. 2013; NGUYEN, et al. 2015; ONGUN, et al. 2017; TONDO; SCHWENDIMANN, et al. 2013).

Os trabalhadores da saúde, em especial a equipe de enfermagem, frequentemente se deparam com a falta de autonomia para resolver problemas simples dos pacientes sob seus cuidados, o que gera sentimento de impotência. Dessa maneira, o estresse ocupacional e a desmotivação desencadeados por essa sobrecarga, somados às demais cargas de trabalho, podem configurar um perfil patológico progressivo desses trabalhadores (CARVALHO; FELLI, 2009; MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, et al. 2005).

Para Murofuse e colaboradores (2005), a diminuição do estresse ocupacional nos trabalhadores de saúde pode impulsionar o alcance de alguns objetivos organizacionais, como o nível do absenteísmo no número de licenças médicas ou aposentadorias por doenças e acidentes do trabalho. Portanto, é possível reafirmar que o equilíbrio da saúde do trabalhador é um aspecto que merece atenção entre os gestores das organizações.

No ano de 2000, estudo de Bianchi refutou a concepção de que somente os enfermeiros que atuam junto ao paciente crítico são estressados. Os resultados apontaram que enfermeiros de áreas semicríticas apresentaram maior índice de estresse ocupacional em relação àqueles que atuavam em áreas críticas. Ademais, recomendou-se que se fazia necessária a educação do enfermeiro atuante nas áreas semicríticas para minimizar esses fatores estressantes. Nota-se aqui, que já existem evidências direcionando as práticas educativas aos setores que apresentaram maior nível de estresse ocupacional, e que, portanto, demandam ações diferenciadas (BIANCHI, et al. 2000).

Recentemente um estudo descritivo realizado com 130 trabalhadores de enfermagem atuantes em unidades de terapia intensiva da cidade do Rio de Janeiro, onde a prevalência de síndrome de burnout foi de 55,3%, apontou que, quanto aos quadrantes do Modelo D-C, a baixa exigência apresentou 64,5% de casos prevalentes suspeitos e a alta exigência, 72,5% de casos ($p = 0,006$). Após a análise multivariada com modelo ajustado para sexo, idade, escolaridade, carga horária semanal, renda e pensamento no trabalho durante as folgas, foi constatado caráter protetor para síndrome de burnout nas dimensões intermediárias de estresse ocupacional: trabalho ativo e trabalho passivo (SILVA, et al. 2015).

Após ampla busca da literatura, nota-se que há uma gama de estudos direcionados à equipe de enfermagem em diferentes contextos da assistência, considerando que essa categoria representa grande parte da assistência em saúde. Entretanto, é necessário direcionar os estudos a equipe multiprofissional, considerando que a integralidade do cuidado é um fator importante para definir a qualidade da assistência prestada.

4 MÉTODO

Para a realização da pesquisa de dissertação, foi utilizado o banco de dados do projeto matricial intitulado “Cultura de segurança do paciente e agravos à saúde do trabalhador em ambiente hospitalar”, conforme autorização no Apêndice A. O referido projeto, abrange 5 subprojetos e está vinculado ao Grupo de Pesquisa Trabalho, Ética, Saúde e Segurança do Paciente (GTESSP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com as Linhas de Pesquisa: Interfaces entre trabalho, saúde do trabalhador e segurança do paciente.

4.1 DELINEAMENTO DO PROJETO MATRICIAL

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal, cujo campo de estudo foi constituído pelo Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) da UFSM.

Os participantes do estudo foram os trabalhadores de todos os serviços de saúde oferecidos na instituição, incluindo os serviços de apoio. No período da coleta de dados, a população compreendia 1.835 trabalhadores, sendo 824 vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e 1.011 vinculados ao regime jurídico único.

Foram 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. Este período foi considerado o mínimo para o trabalhador ser suficientemente exposto à cultura de sua unidade, que lhe permita responder de forma adequada à pesquisa (SEXTON; THOMAS; GRILLO, 2003). Foram excluídos os trabalhadores afastados do trabalho por qualquer motivo, no período de coleta de dados.

Todos os trabalhadores foram convidados a participar da pesquisa, porém, para evitar possíveis vieses foi adotado o critério de amostra mínima (HILL; HILL, 2002). Conforme o cálculo prévio, a amostra mínima seria de 322 participantes.

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se questionário dividido em 10 Blocos com informações referentes a identificação, perfil laboral, perfil de saúde, cultura de segurança e agravos à saúde do trabalhador como estresse ocupacional, dor osteomuscular, burnout, presenteísmo e uso de álcool, conforme descrito a seguir:

- Bloco A, B e C: Instrumento de Caracterização Sociodemográfica, laborais e perfil de saúde;

- Bloco D: *Safety Attitudes Questionnaire* (SEXTON et al., 2006; CARVALHO, 2011);
- Bloco E: *Job Stress Scale* (THEORELL, 1996; ALVES, 2004);
- Bloco F: Cortisol salivar;
- Bloco G: Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (KOURINKA et al., 1987; BARROS; ALEXANDRE, 2003);
- Bloco H: *Maslach Burnout Inventory* (MASLACH; JACKSON, 1978; LAUTERT, 1995);
- Bloco I: *Stanford Presenteeism Scale* (KOOPTMAN et al., 2002; PASCHOALIN et al., 2013);
- Bloco J: *Alcohol Use Disorders Identification Test* (BABOR; HIGGLEBIDDLE, 2003; LIMA et al., 2005).

Destaca-se que anterior a coleta de dados foi realizada um encontro de capacitação dos coletadores, baseado em orientações contidas no manual do coletador que foi elaborado visando a uniformização dessa etapa. Além disso, foi realizado um estudo piloto entre os participantes do grupo de pesquisa.

A coleta de dados iniciou após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Anexo A, perdurando no período de março a agosto de 2018. Os participantes foram convidados a responder à pesquisa no ambiente e turno de trabalho, em momento que não comprometesse a realização das atividades laborais. Inicialmente foi apresentado os objetivos do estudo e a forma de participação, e para aqueles que aceitaram participar do estudo foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Anexo B.

Os instrumentos possuíam caráter auto preenchíveis (Blocos A, B, C, D, E, F, G, H, I e J, exceto as variáveis: peso, circunferência abdominal e pressão arterial, que serão medidos pelos coletadores). Dessa forma, foi realizado um intervalo durante o preenchimento dos questionários, para aferição da pressão arterial, medida da circunferência abdominal e peso do participante.

Participaram do estudo 816 trabalhadores de todos os serviços de saúde oferecidos no HUSM incluindo os serviços de apoio.

Os dados coletados foram codificados pelos mestrandos da pesquisa e, posteriormente, passaram por dupla digitação independente no Microsoft Office Excel, o que possibilitou verificar os possíveis erros e inconsistências neste processo buscando corrigi-los anterior à análise.

Após conferência e ajuste de inconsistências, os dados foram transferidos para o programa PASW *Statistic*® (*PredictiveAnalytics Software*, da SPSS Inc., Chicago, USA) versão 18.0 para Windows, a fim de iniciar o processo de análise.

Quanto aos aspectos éticos, o projeto foi aprovado e registrado na Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM (sob número 133/20170), registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde (CCS), na Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (parecer 2.447.277 em 19 de dezembro de 2017) – Anexo A, e possui Termo de confidencialidade – Anexo C.

4.2 DELINEAMENTO DA DISSERTAÇÃO

4.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal, com abordagem quantitativa. Segundo Hulley (2003), os delineamentos transversais são úteis quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição. Para tanto, todas as medidas são feitas em um único momento. Através desse tipo de estudo, pode-se examinar associações entre fator em estudo e desfecho, que são definidos com base nas hipóteses de causa-efeito do pesquisador e não do desfecho.

4.2.2 Local de estudo

O local de estudo consiste nas áreas críticas e semicríticas do HUSM na UFSM. O HUSM, criado em 1970 é uma instituição hospitalar pública de ensino, vinculada à Rede de Hospitais Sentinela e à UFSM, sendo também centro de referência para a região de cobertura da 4º Coordenadoria Estadual de Saúde. Presta assistência de alta complexidade aos pacientes referenciados. Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde o atendimento de alta complexidade é um “Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde” (BRASIL, 2007). O HUSM possui no total, 403 leitos nos setores de internação, 42 leitos da Área de Tratamento Intensivo, além das 53 salas de ambulatório, 11 salas para atendimento de emergência, seis salas do Centro Cirúrgico, duas salas do Centro Obstétrico.

Possui, desde 2014, vinculação à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), na qual houve a criação do Setor de Vigilância em Segurança e Saúde do Paciente (SVSSP) e do Núcleo de Segurança (2014) que tem por objetivo fornecer capacitações e informações relevantes sobre segurança e saúde dos pacientes por meio de palestras, cursos e eventos conforme as necessidades da instituição. Anteriormente, o núcleo de segurança era denominado equipe multiprofissional de segurança do paciente (2010).

Segundo a Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o zoneamento das áreas e ambientes funcionais hospitalares deve ser de acordo com a sua sensibilidade a risco de transmissão de infecção (BRASIL, 2002). Nesse sentido, as condições ambientais necessárias ao auxílio do controle da infecção de serviços de saúde dependem de pré-requisitos inerentes aos diferentes ambientes hospitalares, e dessa forma, essas áreas podem ser classificadas como:

- Áreas críticas: são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos.
- Áreas semicríticas: são todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas.
- Áreas não-críticas: são todos os compartimentos não ocupados por pacientes, onde não se realizam procedimentos de risco.

Além disso, cabe destacar que em áreas críticas a circulação de pacientes, familiares e profissionais de saúde é menor do que em áreas semicríticas, e, portanto, o risco de infecção cruzada é conseqüentemente reduzido. Entretanto, as áreas críticas podem acomodar pacientes imunodeprimidos e/ou em isolamento com mais frequência, devido a demanda de cuidados aumentados.

Nesse estudo, foram consideradas as seguintes áreas críticas e semicríticas da instituição em questão:

- Áreas críticas: Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica, Unidade de Tratamento Intensivo Adulto, Unidade Cardiovascular Intensiva, Centro Obstétrico e Área de Cirurgia Geral.
- Áreas semicríticas: Clínica Médica I, Clínica Médica II, Unidade de Cirurgia Geral – Internação, Unidade Pediátrica – Internação, Unidade Toco ginecológica (ginecologia, obstetrícia);

Cabe destacar, que neste estudo foram incluídas apenas as áreas críticas e semicríticas descritas acima, visto que, buscou-se a equivalência entre cada uma das áreas tendo em vista a possibilidade de comparação (para cada área crítica, optou-se por uma área semicríticas que direcionasse seu trabalho para a mesma população e clínica – Ex.: centro obstétrico *versus* unidade de internação tocoginecológica).

4.2.3 População e amostragem do estudo

Foram incluídos no estudo os trabalhadores de saúde das áreas semicríticas e críticas descritas no item anterior. Entende-se como trabalhadores de saúde os trabalhadores médicos, enfermeiros, técnicos (enfermagem, radiologia, laboratório e farmácia), fisioterapeutas, dentistas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos, nutricionistas, entre outros.

Desta forma, sabe-se que a população destas unidades compreende atualmente 716 trabalhadores. Destes, 368 trabalhadores das áreas críticas e 348 trabalhadores das áreas semicríticas. A amostragem se deu por conveniência. Abaixo, o Quadro 6 apresenta o quantitativo estimado de trabalhadores de saúde por área, seguido da amostra coletada em cada área.

Quadro 6 – Quantitativo da população estimada e amostra coletada por área.

Área	Estimativa (N)	Coletado (N)
Semicrítica	348	164
Crítica	368	229
Total	716	393

Fonte: autores.

4.2.4 Instrumentos de coleta de dados

4.2.4.1 Instrumento de Caracterização Sociodemográfica, laborais e perfil de saúde

Para o levantamento das características sociodemográficas, laborais e do perfil de saúde dos participantes, foi elaborado um instrumento específico (Anexo D) contendo as

seguintes variáveis: gênero, data de nascimento, estado civil, número de filhos, regime de trabalho, setor, tempo de formação e de atuação na instituição e setor, cargo, escolaridade, carga horária semanal, se possui outro vínculo e carga horária, dias sem folga, se sente-se satisfeito com o trabalho e intenção de deixar o trabalho.

4.2.4.2 *Job Stress Scale*

O estresse ocupacional foi avaliado pelo *Job Stress Scale* (JSS) (Anexo E), versão resumida, traduzido e adaptada do instrumento elaborado por Theorell (1996), para o português por Alves (2004a) com consistência interna (coeficientes alpha de Cronbach) de 0,63 a 0,86. O instrumento apresenta 17 questões, sendo 6 sobre controle, 6 sobre apoio social e 5 sobre demandas. Os itens 4 e 9 tratam-se de questões reversas.

4.2.4.3 *Maslach Burnout Inventory*

Para o levantamento do nível de burnout, foi utilizado o Inventário *Maslach de Burnout* (IMB) (Anexo F), versão Human Services Survey (HSS), elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson em 1978, traduzido e validado em português por Lautert entre enfermeiros de dois hospitais do Rio Grande do Sul, com alpha de Cronbach de 0,89.

4.2.4.4 *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*

O SAQ (Anexo G) é um instrumento para mensuração do clima de segurança, pelas atitudes dos trabalhadores de saúde quanto à segurança do paciente. Foi desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas, tendo por base a escala *Intensive Care Unit Managent Questionnaire*, por sua vez advinda do *Flight Managent Attitudes Questionnaire*, instrumento elaborado para medir as atitudes de segurança dos membros de tripulação de aviões. Parte desta escala se adaptava às situações no âmbito da saúde e, após avaliação por trabalhadores desta unidade e especialistas, foram feitos acréscimos, resultando numa escala com seis domínios: Trabalho em equipe, Clima de segurança, Satisfação no trabalho, Reconhecimento de estresse ocupacional, Percepções de gerenciamento, Condições de trabalho (SEXTON, et al., 2006). O SAQ foi adaptado para o Brasil, em tese de doutorado,

por Carvalho, em 2011, mostrando-se válido e confiável na amostra estudada. O valor de consistência interna (coeficientes alpha de Cronbach) que o instrumento em português apresentou é de 0,89.

4.2.5 Variáveis utilizadas

4.2.5.1 Variável Dependente

Definiu-se como variável dependente a cultura de segurança do paciente. A mesma segue descrita e classificada no Quadro 7:

Quadro 7 – Classificação da variável dependente segundo o tipo e a escala de mensuração.

Variável		Tipo	Apresentação	Mensuração
Cultura de segurança	Questões do SAQ	Quantitativa	Discordo totalmente (A) Discordo parcialmente (B) Neutro (C) Concordo parcialmente (D) Concordo totalmente (E) Não se aplica (X)	Razão

Fonte: Autores.

4.2.5.2 Variável Independente

Definiu-se como variáveis independentes o estresse ocupacional, o burnout e as variáveis sociodemográficas, laborais e perfil de saúde. As mesmas seguem descritas e classificadas no Quadro 8:

Quadro 8 – Classificação das variáveis independentes segundo o tipo e a escala de mensuração.

(continua)				
Variável		Tipo	Apresentação	Mensuração
Estresse ocupacional	Questões do JSS	Quantitativa	Frequentemente (1) Às vezes (2) Raramente (3) Nunca ou quase nunca (4)	Razão

Burnout	Questões do <i>Maslach Burnout Inventory</i>	Quantitativa	Nunca (0) Algumas vezes no ano (1) Algumas vezes ao mês (2) Algumas vezes na última semana (3) Diariamente (4)	Razão
	Data da coleta de dados	Quantitativa discreta	Data completa Exemplo: XX/XX/XXXX	Razão
Biossociais	Data de nascimento	Quantitativa discreta	Data completa Exemplo: XX/XX/XXXX	Razão
	Gênero	Qualitativa nominal	Feminino, masculino, outro	Frequência
	Estado civil	Qualitativa nominal	Com companheiro, sem companheiro	Frequência
	Filhos	Quantitativa discreta	Não, sim	Frequência
Laborais	Setor/Unidade/Local de trabalho	Qualitativa nominal	Número correspondente ao setor (1 ao 29)	Frequência
	Regime de trabalho	Qualitativa nominal	Celetista, estatutário/RJU	Frequência
	Cargo	Qualitativa nominal	Nominal*	Frequência
	Maior formação completa	Qualitativa ordinal	Ensino fundamental, ensino médio, graduação, especialização/residência, mestrado, doutorado	Frequência
	Tempo de formação	Quantitativa discreta	Em meses	Razão
	Tempo de trabalho na instituição	Quantitativa discreta	Em meses	Razão
	Tempo de trabalho no setor	Quantitativa discreta	Em meses	Razão
	Turno de trabalho atual nessa unidade	Qualitativa nominal	Manhã, tarde, noite, misto	Frequência
	Carga horária semanal de trabalho	Quantitativa contínua	Em horas	Razão
	Outro emprego ou vínculo empregatício	Qualitativa nominal	Não, sim	Frequência
	Se sim, qual? Qual a carga horária?	Qualitativa nominal Quantitativa contínua	Assistência em saúde, docência, Autônomo Em horas	Frequência Razão
	Quantos dias não tem folga	Quantitativa discreta	Em dias	Razão

	nessa unidade			
Laborais	Se sente satisfeito por trabalhar no seu setor	Qualitativa nominal	Não, sim	Frequência
	Intenção de deixar o trabalho	Qualitativa nominal	Não, sim, não sei/não pensei nisso	Frequência

Fonte: Autores.

*Nota: Assistente social, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico da equipe responsável, médico residente, residente multiprofissional, nutricionista, odontólogo, psicólogo, administrativo, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnico de radiologia, cozinheiro/copeiro, motorista, técnico de laboratório, serviço de manutenção, vigilante/porteiro, auxiliar de saúde, outro.

4.2.6 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu através do acesso ao banco de dados do projeto matricial, mediante autorização da pesquisadora responsável pelo mesmo (Apêndice A).

4.2.7 Análise dos dados

Para a inclusão dos dados no processo de análise da pesquisa foi utilizado o programa *Microsoft Office Excel*. Posteriormente, para análise dos dados, foi utilizado o programa *PASW Statistic® (PredictiveAnalytics Software, da SPSS Inc., Chicago, USA)* versão 18.0 para Windows.

Para a caracterização dos dados referentes ao perfil biossocial e laboral foi utilizada a estatística descritiva. As variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas por meio de medidas de posição (média e mediana) e dispersão (desvio padrão e intervalo interquartil) conforme distribuição da normalidade dos dados (teste de Kolmogorov-Smirnov).

A análise dos instrumentos seguiu as orientações específicas dos mesmos, conforme descrito a seguir:

- *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*: A primeira parte é composta de 41 itens com os seis domínios referidos, e a segunda parte com dados sobre os trabalhadores (gênero, categoria profissional, tempo e unidade de atuação). Cada um dos itens da parte inicial é respondido usando uma escala Likert de cinco pontos, variando de 1 a 5 (discordo totalmente, discordo parcialmente, neutro, concordo parcialmente, concordo totalmente e não se aplica). Os itens 2, 11 e 36 do questionário são questões reversas. O escore final da escala varia de 0 a

100, ou seja, da pior a melhor percepção, e o valor igual ou maior que 75 é considerado positivo para a cultura de segurança (CARVALHO, 2011).

- *Job Stress Scale (JSS)*: O instrumento com 17 questões é dividido em três dimensões: demanda psicológica, controle (discernimento intelectual e autoridade sobre as decisões) e apoio social. Entretanto, neste estudo utilizou-se apenas as dimensões demanda psicológica (DP) (questões 1, 2, 3, 4 e 5) e controle (C) (questões 6, 7, 8, 9, 10 e 11). Após atribuir o escore de cada questão, soma-se o total de cada dimensão, chegando-se às possibilidades de alta ou baixa demanda, alto ou baixo controle. O escore total da escala varia de 17 a 68, sendo que quanto mais próximo de 68, maior risco de estresse ocupacional. As dimensões da escala variam de 5 a 20 para a demanda psicológica, 4 a 16 discernimento intelectual, 2 a 8 autoridade sobre as decisões. A escala possui dois itens reversos (questões 4 e 9). Conforme a distribuição dos dados, os valores obtidos foram categorizados em quatro quadrantes a partir de cada dimensão, correspondendo a baixa e alta demanda psicológica (6 – 11 pontos = baixa DP; 12 – 19 pontos = alta DP), baixo e alto controle (7 – 12 pontos = baixo C; 13 – 20 pontos = alto C). A formação dos quadrantes do Modelo D-C foi construída a partir da combinação de níveis de baixo/alto controle e baixa/alta demanda em: baixa exigência (alto controle/baixa demanda), trabalho passivo (baixo controle/baixa demanda), trabalho ativo (alto controle/alta demanda) e alta exigência (baixo controle/alta demanda).

- *Maslach Burnout Inventory (IMB)*: O inventário, inicialmente constituído por 47 itens, atualmente, possui 22 itens distribuídos em três dimensões: 1) Desgaste emocional (DE), com 9 questões (1,2,3,6,8,13,14,16 e 20); 2) Despersonalização (DP), com 5 questões (5, 10, 11, 15 e 22); 3) Incompetência Profissional (INP) com 8 questões (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, e 21). Para cada item existe uma escala do tipo likert que varia de zero “nunca” a 4 “diariamente”, na qual o sujeito assinala a frequência com que se percebe ou sente-se a respeito do enunciado de cada questão. A escala americana utilizava uma variação de 0 a 6, porém, pesquisadores brasileiros entendem que a influência cultural é menor se as opções de avaliação na escala forem menores. Altas pontuações em DE e DP, associadas à baixa pontuação em INP indicam que o indivíduo está em Burnout. 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. Os pontos de corte para a amostra estudada foram: Desgaste Emocional: Baixo DE \leq 8; Médio DE = entre 9 e 13; Alto DE \geq 14; Despersonalização: Baixa DP \leq 1;

Média DP = entre 2 e 4; Alta DP ≥ 5 ; Realização Profissional: Baixa RP ≤ 22 ; Média RP = entre 23 e 27; Alta RP ≤ 28 .

A verificação de associação entre as variáveis independentes e o desfecho foi medida pelos testes Qui-quadrado, Exato de Fisher e Qui-quadrado com correção. Para associação entre variáveis quantitativas, foi realizado o teste T ou Mann-Whitney (2 grupos) e testes de correlação, por meio da correlação de Pearson ou de Spearman, quando o teste de *Kolmogorov-Smirnov* indicou não normalidade dos dados. Neste estudo, considerou-se valor de $|r| = 1$ 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; $0 \leq |r| < 0,20$, correlação muito baixa; e $r=0$, correlação nula (BISQUERRA, et al. 2004). Para a análise multivariada, se utilizou o Modelo de Regressão de Poisson, aplicado a todas as associações com valor de $p < 150$ para os três constructos. O nível de significância adotado para todos os testes foi de 5%.

A consistência interna dos instrumentos (SAQ, JSS e IMB) 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).

4.2.8 Aspectos éticos

A pesquisa de origem foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM) através do parecer nº 2.447.277 e CAAE 80587417.0.0000.5346 em 19 de dezembro de 2017 (Anexo A) e registrada na Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do HUSM sob número 133/2017.

Os princípios éticos foram respeitados de acordo com os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

4.2.8.1 Riscos

O presente estudo não apresentou riscos diretos aos participantes, visto que acessou dados secundários. É importante frisar que o projeto matricial tomou todos os cuidados éticos necessários e que não houve intercorrências durante a coleta de dados.

4.2.8.2 *Benefícios*

A pesquisa não ofereceu 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. Contribuirá, também, para a construção do conhecimento em saúde e em enfermagem.

4.2.9 **Devolutiva dos dados**

Para a divulgação dos resultados aos participantes e comunidade externa, pretende-se:

- Confeccionar banners com os resultados obtidos conforme às áreas pesquisadas, e disponibilizá-los aos setores de interesse;
- Elaborar propostas de intervenção apoiada nos resultados para estudos posteriores, visando melhorias na qualidade de vida dos trabalhadores de saúde do ambiente hospitalar;
- Planejar atividades de divulgação e reflexão dos resultados junto ao projeto de extensão “Segurança do Paciente e o enfrentamento do estresse: cuidado a equipe de enfermagem” que atinge trabalhadores da instituição pesquisada. O referido projeto está registrado no GAP/UFSM sob nº 039524;
- Apresentar os resultados em forma de artigos científicos e em atividades acadêmicas (congressos e seminários) na modalidade pôster e comunicação oral;
- Apresentar de forma pública o relatório final dos resultados (defesa da dissertação);
- Fornecer à direção da instituição pesquisada cópia do relatório final.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

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

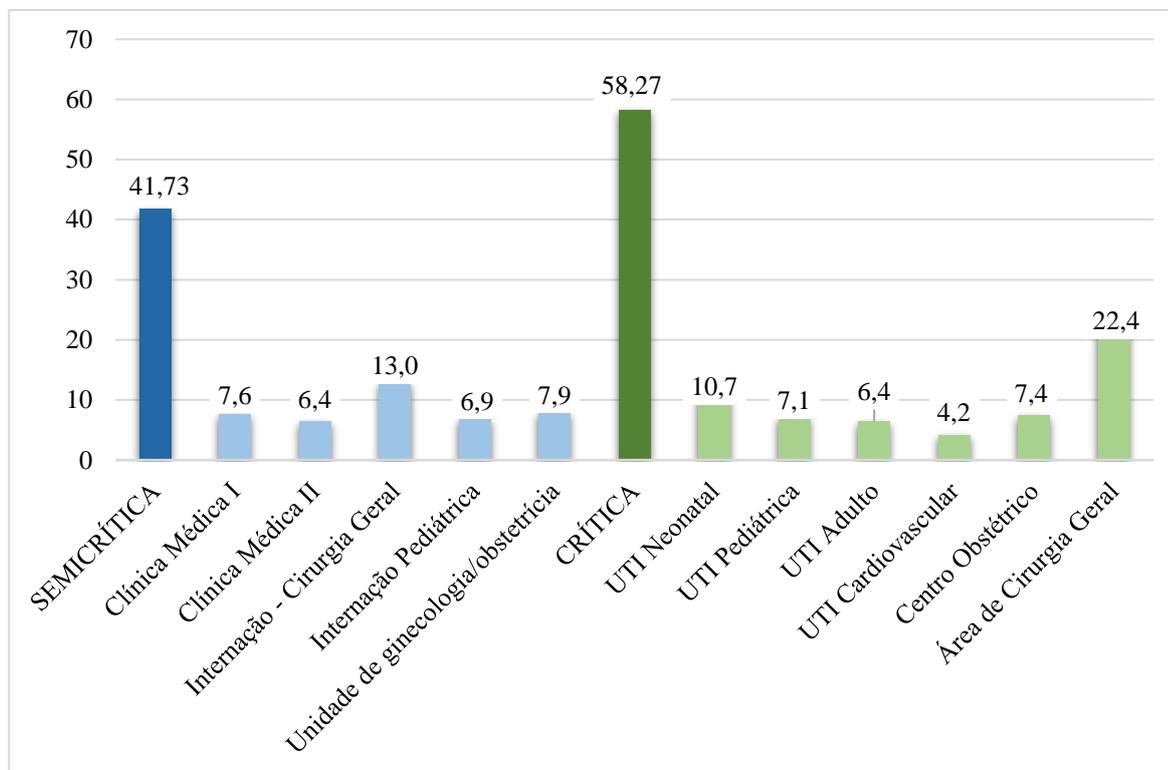
- a) características biossociais e laborais dos trabalhadores de saúde de áreas críticas e semicríticas no ambiente hospitalar;
- b) confiabilidade dos instrumentos de cultura de segurança do paciente, estresse ocupacional e burnout;
- c) estresse ocupacional em trabalhadores de saúde de áreas críticas e semicríticas no ambiente hospitalar;
- d) burnout em trabalhadores de saúde de áreas críticas e semicríticas no ambiente hospitalar;
- e) cultura de segurança do paciente em áreas críticas e semicríticas;
- f) associações entre as variáveis de interesse;

5.1 CARACTERÍSTICAS BIOSSOCIAIS E LABORAIS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DAS ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS NO AMBIENTE HOSPITALAR

Participaram do estudo 393 trabalhadores de saúde. Destes, 229 (58,3%) atuam nas áreas críticas e 164 (41,7%) nas áreas semicríticas. Nas áreas semicríticas, 142 (86,6%) trabalhadores de saúde são do sexo feminino e 22 (13,4%) do sexo masculino, com média de idade de 43,1 anos ($\pm 8,3$), 120 (74,5%) possuem companheiro e 112 (68,3%) têm filhos, com mediana de 2,0 filhos por participante.

Quanto aos trabalhadores de saúde das áreas críticas, 172 (75,1%) são do sexo feminino e 57 (24,9%) do sexo masculino, com média de idade de 43,4 anos ($\pm 8,4$). Destes, 176 (77,5%) possuem companheiro e 150 (65,8%) têm filhos, com mediana de 2,0 filhos por participante.

Figura 3 – Distribuição dos trabalhadores de saúde das áreas semicríticas e críticas segundo o percentual por setor de atuação. Santa Maria, RS, 2018 (N=393)



Fonte: Resultados de Pesquisa, 2018.

Na Figura 3 é possível observar que entre os participantes das áreas semicríticas o maior quantitativo está alocado na Internação da Cirurgia Geral (N=51; 13%), enquanto o menor quantitativo está na Clínica Médica II (N=25; 6,4%). Nas áreas críticas, a maior concentração de trabalhadores participantes está na Área de Cirurgia Geral (N=88; 22,4%) e a menor concentração na Unidade de Tratamento Intensivo Cardiovascular (N=17; 4,2%).

Tabela 1 – Características laborais dos trabalhadores de saúde das áreas semicríticas e críticas. Santa Maria, RS, 2018 (N=393)

Variáveis	Semicrítica		Crítica	
	N	%	N	%
Cargo (N=393)				
Enfermeiro	43	26,2	57	24,9
Médico - equipe responsável	6	3,7	29	12,7
Médico residente	8	4,9	18	7,9

(continua)

Tabela 1 – Características laborais dos trabalhadores de saúde das áreas semicríticas e críticas. Santa Maria, RS, 2018 (N=393)

Variáveis	Semicrítica		Crítica	
	N	%	N	%
Técnico de enfermagem	82	50	99	43,2
Auxiliar de enfermagem	14	0,0	9	3,9
Auxiliar de saúde	0	8,5	3	1,3
Outro	11	6,7	14	6,1
Regime empregatício (N=392)				
Celetista	92	56,4	129	56,3
Estatutário	63	38,4	82	35,8
Outro	8	4,9	18	7,9
Maior formação completa (N=393)				
Ensino fundamental/médio	50	30,5	63	27,5
Graduação	42	25,6	38	16,6
Pós-graduação	72	43,9	128	55,9
Turno de trabalho (390)				
Manhã	31	20,7	39	17,0
Tarde	32	19,5	44	19,2
Noite	60	36,6	73	31,9
Misto	38	23,2	73	31,9
Outro emprego (N=393)				
Sim	20	12,2	45	19,7
Não	144	87,8	184	80,3
Qual emprego (N=64)				
Assistência à saúde	10	52,6	28	62,2
Docência	6	31,6	10	22,2
Autônomo	3	15,8	7	15,6
Está satisfeito com o trabalho (N=392)				
Sim	149	90,9	218	95,6
Não	15	9,1	10	4,4

Tabela 1 – Características laborais dos trabalhadores de saúde das áreas semicríticas e críticas. Santa Maria, RS, 2018 (N=393)

Variáveis	(conclusão)			
	Semicrítica		Crítica	
	N	%	N	%
Possui intenção em deixar o trabalho				
(N=387)				
Sim	10	6,2	23	10,2
Não	128	79,5	182	80,5
Não sei/não pensei nisso	23	14,3	21	9,3

Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

Conforme apresenta a Tabela 1, para as áreas semicríticas houve predomínio de Técnicos de Enfermagem (N=82; 50%) com vínculo empregatício celetista (N=92; 56,4%), atuantes no do noturno (N=60; 36,6%) e satisfeitos com o seu trabalho (N=149; 90,9%). Para as áreas críticas, também houve predomínio de Técnicos de Enfermagem (N=99; 43,2%), com vínculo celetista (N=129; 56,3%), atuantes no noturno e misto (N=73; 31,9% respectivamente) e satisfeitos com o trabalho (N=218; 95,6%).

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos trabalhadores segundo as variáveis quantitativas das características laborais.

Tabela 2 – Distribuição dos trabalhadores das áreas semicrítica e crítica, segundo variáveis quantitativas das características laborais. Santa Maria, RS, 2018 (N=393)

Variável	Mediana		Intervalo Interquartil			
			25	75	25	75
	Semicrítica	Crítica	Semicrítica	Crítica		
Tempo de formação no cargo em que atua - anos (N=382)	11,7	12,1	7,0	19,0	6,7	18,4
Tempo de trabalho na instituição - anos (N=392)	3,6	3,7	3,0	14,1	3,0	10,6
Tempo de trabalho no setor - anos (N=392)	3,5	3,5	2,7	10,3	2,5	9,3
Carga horária semanal (N=389)	36,0	36,0	30,0	36,0	30,0	36,0
Número de dias sem folga (N=366)	2,0	2,0	1,0	4,0	1,0	4,0

Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

De acordo com a Tabela 2, houve igualdade entre às áreas para o tempo de trabalho no setor (3,5 anos), carga horária semanal (36,0 horas) e número de dias sem folga (2,0). Quanto ao tempo de formação no cargo atuante, as áreas críticas obtiveram a maior mediana (12,1 anos), bem como, para o tempo de trabalho na instituição (3,7 anos).

5.2 CONSISTÊNCIA INTERNA DOS INSTRUMENTOS DE ESTRESSE OCUPACIONAL, BURNOUT E CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A consistência interna dos instrumentos utilizados, a saber: SAQ, JSS e IMB, está apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 – Resultado da consistência interna dos instrumentos SAQ, JSS e IMB. Santa Maria, RS, 2018 (N=393)

Variável	Valor	Itens
Consistência Interna SAQ		
SAQ Total	0,909	41
Clima de trabalho em equipe	0,659	6
Clima de segurança	0,684	7
Satisfação no trabalho	0,793	5
Percepção de estresse	0,784	4
Percepção da gerência da unidade	0,719	6
Percepção da gerência do hospital	0,790	5
Condições de trabalho	0,695	3
Consistência Interna IMB		
IMB Total	0,669	22
IMB - Desgaste Emocional	0,853	9
IMB - Despersonalização	0,698	5
IMB - Realização Profissional	0,779	8
Consistência Interna JSS		
JSS Total	0,587	17
JSS - Demanda Psicológica	0,699	5
JSS - Controle	0,533	6

Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

Conforme os resultados apresentados na Tabela 3 pode-se considerar que, de forma geral, o instrumento SAQ se mostrou excelente (0,909) para medir o constructo da cultura de segurança do paciente. O instrumento IMB apresentou consistência interna geral adequada com algumas carências (0,669), e a escala JSS obteve valor considerado abaixo do indicado como adequado (0,587) (PRIETO; MUÑIZ, 2000).

5.3 ESTRESSE OCUPACIONAL EM TRABALHADORES DE SAÚDE DE ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS NO AMBIENTE HOSPITALAR

No que se refere ao estresse ocupacional, a frequência dos trabalhadores de saúde de acordo com a demanda psicológica e com o controle sobre o trabalho, conforme o Modelo D-C, estão apresentadas na Tabela 4:

Tabela 4 – Distribuição dos trabalhadores de saúde das áreas semicríticas e críticas segundo grau de demanda psicológica e controle sobre o trabalho. Santa Maria, 2018 (N=393)

Dimensões da <i>Job Stress Scale</i>	Semicrítica		Crítica		p*
	Baixa	Alta	Baixa	Alta	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Demanda psicológica	72 (43,9)	92 (56,1)	103 (45,0)	126 (55,0)	0,832
Controle sobre o trabalho	81 (49,4)	83 (50,6)	86 (37,6)	143 (62,4)	0,019
Total	164		229		

*Teste Qui-quadrado de Pearson.
Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

Os resultados da Tabela 4 apontam que nas áreas semicríticas o maior percentual de trabalhadores se encontra com alta demanda psicológica (56,1%) e alto controle sobre o trabalho (50,6%). Nas áreas críticas, os trabalhadores apresentaram resultados semelhantes ao indicar que a maior parte se encontra com alta demanda psicológica (55,0%) e alto controle sobre o trabalho (62,4%). Além disso, houve associação significativa entre atuar na unidade crítica e ter alto controle (p=0,019).

A frequência dos trabalhadores de saúde por área segundo os quadrantes do Modelo D-C está distribuída na Tabela 5:

Tabela 5 – Distribuição dos trabalhadores de saúde das áreas semicríticas e críticas segundo o Modelo Demanda-Controlle. Santa Maria, 2018 (N=393)

Modelo Demanda- Controle	Semicrítica		Crítica		p*
	N	%	N	%	
Trabalho passivo	34	20,7	35	15,3	
Alta exigência	47	28,7	51	22,3	
Baixa exigência	38	23,2	68	29,7	0,135
Trabalho ativo	45	27,4	75	32,8	
Total	164	100	229	100	

*Teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

A partir da combinação das dimensões demanda psicológica e controle sobre o trabalho proposta pelo Modelo D-C, verificou-se que nas áreas semicríticas houve prevalência de trabalhadores em alta exigência (N=47; 28,7%). Nas áreas críticas, a maioria dos trabalhadores se encontra no quadrante de trabalho ativo (N=75; 32,8%). O quadrante de Baixa Exigência foi o terceiro mais prevalente entre trabalhadores das áreas semicríticas (N=38; 23,2%) e o segundo mais prevalente entre trabalhadores das áreas críticas (N=68; 29,7%). Não houve diferença entre as áreas de atuação e os quadrantes do Modelo D-C.

5.4 BURNOUT EM TRABALHADORES DE SAÚDE DE ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS NO AMBIENTE HOSPITALAR

No que diz respeito ao burnout, a frequência dos trabalhadores de saúde conforme áreas de atuação e o nível apresentando nas três dimensões que compõem o IMB, estão apresentadas na Tabela 6:

Tabela 6 – Distribuição dos trabalhadores de saúde segundo níveis de desgaste emocional, despersonalização e realização profissional (IMB). Santa Maria, RS, 2018 (N=393)

Variáveis	Semicrítica			Crítica			p*
	Baixo	Médio	Alto	Baixo	Médio	Alto	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Desgaste emocional	53 (32,3)	57 (34,8)	54 (32,9)	81 (35,4)	79 (34,5)	69 (30,1)	0,778
Despersonalização	51 (31,1)	64 (39,0)	49 (29,9)	88 (38,4)	92 (40,2)	49 (21,4)	0,120
Realização profissional	68 (41,5)	45 (27,4)	51 (31,1)	78 (34,1)	74 (32,3)	77 (33,6)	0,309
Total		164			229		

*Teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

É possível observar na Tabela 6 que nas áreas semicríticas prevaleceram os trabalhadores com médio desgaste emocional (N=57; 34,8%), média despersonalização (N=64; 39,0%) e baixa realização profissional (N=68; 41,5%). Nas áreas críticas prevaleceram os trabalhadores com baixo desgaste emocional (N=81; 35,4), média despersonalização (N=92; 40,2%) e baixa realização profissional (N=78; 32,3%). Não houve diferença entre as áreas de atuação e as dimensões do IMB.

A Tabela 7 apresenta a prevalência de burnout entre os participantes conforme a área de atuação.

Tabela 7 – Distribuição dos trabalhadores de saúde segundo presença e ausência de burnout (IMB). Santa Maria, RS, 2018 (N=393)

Variáveis	Semicrítica		Crítica		p*
	N	%	N	%	
Presente	22	13,4	19	8,3	0,102
Ausente	142	86,6	210	91,7	
Total	164		229		

*Teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

Conforme exposto na Tabela 7, 22 (13,4%) trabalhadores de saúde das áreas semicríticas e 19 (8,3%) das críticas se encontram em burnout. Logo, é possível apontar que 41 (10,4%) trabalhadores entre a população estudada (N=393) apresentam a síndrome.

5.5 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS

Nas Tabelas 8 e 9, estão descritos os resultados obtidos acerca da cultura de segurança do paciente na percepção dos trabalhadores de saúde das áreas semicríticas e críticas.

Tabela 8 – Análise descritiva do Questionário de Atitude de Segurança (SAQ) segundo a percepção dos trabalhadores de saúde das áreas semicríticas e críticas. Santa Maria, RS, 2018. (N=393)

Domínios do SAQ	N		Média e Desvio Padrão		Mínimo e Máximo		p†
	Semicrítica	Crítica	Semicrítica	Crítica	Semicrítica	Crítica	
SAQ Total (N=331)	134	197	63,5 (14,4)	66,5 (12,7)	27,1 – 95,2	30,6 – 96,5	0,104
Clima de trabalho em equipe (N=379)	158	221	68,8 (17,6)	70,4 (16,2)	16,7 - 100,0	8,3 - 100,0	0,328
Clima de segurança (N=376)	157	219	63,5 (17,7)	67,0 (16,1)	14,3 - 100,0	21,3 - 100,0	0,055
Satisfação no trabalho (N=388)	161	227	80,1 (17,5)	83,0 (15,9)	25,0 - 100,0	25,0 - 100,0	0,114
Percepção de estresse (N=380)	159	221	71,2 (23,8)	69,6 (25,3)	0,0 - 100,0	0,0 - 100,0	0,663
Percepção da gerência da unidade (N=378)	156	222	57,1 (20,1)	61,5 (19,2)	4,2 - 100,0	0,0 - 100,0	0,041
Percepção da gerência do hospital (N=374)	153	221	47,4 (20,4)	51,0 (21,5)	0,0 - 100,0	0,0 - 100,0	0,137
Condições de trabalho (N=382)	161	221	59,6 (24,6)	60,6 (24,9)	8,3 - 100,0	0,0 - 100,0	0,573

†Teste de Mann-Witney.

Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

Segundo a análise do SAQ apresentada na Tabela 8, os trabalhadores de saúde das áreas semicríticas têm uma percepção negativa da cultura de segurança do paciente nesses ambientes (\bar{x} 63,5; $\pm 14,4$). Os trabalhadores de saúde das áreas críticas também apresentaram uma percepção negativa sobre a cultura de segurança do paciente em seus ambientes laborais (\bar{x} 66,5; $\pm 12,7$). Apenas o domínio satisfação no trabalho obteve percepção positiva em ambas as áreas, com média de 80,1 ($\pm 17,5$) para áreas semicríticas e média de 83,0 ($\pm 15,9$) para áreas críticas. Houve associação entre ser trabalhador das áreas críticas e ter percepção positiva em relação ao domínio gerência da unidade ($p=0,041$).

Os resultados apresentados na Tabela 9, a seguir, mostram que as áreas críticas obtiveram avaliações mais positivas em todos os domínios do SAQ quando comparadas às áreas semicríticas. Contudo, apenas o domínio percepção da gerência da unidade apresentou diferença, indicando que, trabalhadores de áreas críticas avaliam mais positivamente a gerência da unidade.

Tabela 9 – Análise descritiva do Questionário de Atitude de Segurança (SAQ) segundo a percepção dos trabalhadores de saúde das áreas semicríticas e críticas. Santa Maria, RS, 2018 (N=393)

Domínios do SAQ	Cultura de segurança do paciente						
	Semicrítica			Crítica			
	Negativa	Positiva	p	Negativa	Positiva	p	
	N (%)	N %		N (%)	N %		
Clima de trabalho em equipe	Negativa	76 (91,6)	7 (8,4)	0,001*	94 (89,5)	11 (10,5)	0,001*
	Positiva	29 (58,0)	21 (42,0)		46 (50,5)	45 (49,5)	
Clima de segurança	Negativa	88 (96,7)	3 (3,3)	0,001*	109 (90,8)	11 (9,2)	0,001*
	Positiva	17 (40,5)	25 (59,5)		31 (40,8)	45 (59,2)	
Satisfação no trabalho	Negativa	41 (100)	0 (0,0)	0,001*	36 (97,3)	1 (2,7)	0,001*
	Positiva	64 (69,6)	28 (30,4)		104 (65,4)	55 (34,6)	
Percepção de estresse	Negativa	48 (84,2)	9 (15,8)	0,197*	60 (71,4)	24 (28,6)	1,000*
	Positiva	57 (75,0)	19 (25,0)		80 (71,4)	32 (28,6)	
Percepção da gerência da unidade	Negativa	94 (92,2)	8 (7,8)	0,001*	126 (92,6)	10 (7,4)	0,001*
	Positiva	11 (35,5)	20 (64,5)		14 (23,3)	46 (76,7)	
Percepção da gerência do hospital	Negativa	102 (87,9)	14 (12,1)	0,001^v	139 (86,3)	22 (13,7)	0,001*
	Positiva	3 (17,6)	14 (82,4)		1 (2,9)	34 (97,1)	
Condições de trabalho	Negativa	84 (95,5)	4 (4,5)	0,001*	105 (92,1)	9 (7,9)	0,001*
	Positiva	21 (46,7)	24 (53,3)		35 (42,7)	47 (57,3)	

*Teste Qui-quadrado de Pearson. ^vExato de Fisher.

Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

A Tabela 9 evidencia que houve diferença entre a avaliar negativamente a cultura de segurança do paciente e a maioria dos domínios do SAQ, para ambas as áreas. Exceto, para o domínio percepção da gerência do hospital e avaliação positiva da cultura de segurança para as áreas críticas ($p=0,000$). Ou seja, ser trabalhador das áreas críticas fez diferença na avaliação da gerência do hospital e avaliação positiva da cultura de segurança.

5.6 ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS DE INTERESSE

A Tabela 10, apresenta as associações bivariadas entre variáveis categóricas da cultura de segurança do paciente (SAQ) e dados biossociais e laborais dos participantes segundo área de atuação.

Tabela 10 – Associação entre SAQ por área semicrítica e crítica e variáveis biossociais do trabalho dos profissionais de saúde. Santa Maria, RS, 2018 (N=393)

Variável	Semicrítica		Crítica			
	Cultura de segurança**					
	Negativa	Positiva	p	Negativa	Positiva	p
N (%)	N (%)	N (%)		N (%)		
Gênero						
Masculino	18 (85,7)	3 (14,3)	0,564 ^y	37 (72,5)	14 (27,5)	0,837*
Feminino	87 (77,7)	25 (22,3)		103 (71,0)	42 (29,0)	
Estado Civil						
Com companheiro	77 (80,2)	19 (19,8)	0,644*	111 (73,5)	40 (26,5)	0,281*
Sem companheiro	26 (76,5)	8 (23,5)		28 (65,1)	15 (34,9)	
Filhos						
Sim	72 (79,1)	19 (20,9)	0,942*	85 (65,9)	44 (34,1)	0,017*
Não	33 (78,6)	9 (21,4)		55 (82,1)	12 (17,9)	
Regime de trabalho						
Celetista	59 (77,6)	17 (22,4)	0,125 [‡]	79 (69,9)	34 (30,1)	0,062 [‡]
Estatutário	41 (82,0)	9 (18,0)		48 (70,6)	20 (29,4)	
Outro	5 (83,3)	1 (16,7)		13 (86,7)	2 (13,3)	
Maior formação completa						
Ensino fundamental/médio	30 (81,1)	7 (18,9)	0,758*	31 (57,4)	23 (42,6)	0,023*
Graduação	27 (81,8)	6 (18,2)		21 (72,4)	8 (27,6)	
Pós-graduação	48 (76,2)	15 (23,8)		88 (77,9)	25 (22,1)	
Turno de trabalho						
Manhã	19 (63,9)	9 (32,1)	0,209*	21 (60,0)	14 (40,0)	0,389*
Tarde	22 (81,5)	5 (18,5)		25 (71,4)	10 (28,6)	

Noite	41 (87,2)	6 (12,8)		48 (76,2)	15 (23,8)	
Misto	23 (74,2)	8 (25,8)		46 (73,0)	17 (27,0)	
Outro emprego						
Sim	12 (63,2)	7 (36,8)	0,124 ^v	27 (69,2)	12 (30,8)	0,734 ^v
Não	93 (81,6)	21 (18,4)		113 (72,0)	44 (28,0)	
Satisfação em trabalhar no setor						
Sim	90 (76,3)	28 (23,7)	0,040 ^v	133 (71,1)	54 (28,9)	0,339 ^v
Não	15 (100,0)	0 (0,0)		7 (87,5)	1 (12,5)	
Intenção de deixar o trabalho						
Sim	8 (80,0)	2 (23,2)		16 (84,2)	3 (15,8)	
Não	76 (76,8)	23 (23,2)	0,067 [‡]	109 (68,6)	50 (31,4)	0,018 [‡]
Não sei/Não pensei nisso	20 (87,0)	3 (13,0)		13 (86,7)	2 (13,3)	

** Ponto de corte para a percepção positiva ≥ 75 . *Qui-quadrado de Pearson. ‡Qui-quadrado com correção. ^vExato de Fisher.

Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

Os achados da Tabela 10 indicam que para os trabalhadores das áreas semicríticas houve associação significativa entre percepção negativa da segurança do paciente e não estar satisfeito com o trabalho no setor ($p=0,040$). Enquanto, para trabalhadores das áreas críticas houve associação significativa entre percepção negativa da cultura de segurança do paciente e não ter filhos ($p=0,017$), percepção negativa da cultura de segurança do paciente e possuir pós-graduação ($p=0,023$), e percepção negativa da cultura de segurança do paciente e não saber/não ter pensado em deixar o trabalho ($p=0,018$).

Adiante, a Tabela 11 apresenta a correlação entre cultura de segurança do paciente (SAQ total) por área de atuação e variáveis biossociais e laborais dos participantes.

Tabela 11 – Correlação entre cultura de segurança do paciente (SAQ total) por área semicrítica e crítica e variáveis biossociais e do trabalho dos profissionais de saúde. Santa Maria, RS, 2018 (N=393)

Variáveis	Cultura de Segurança			
	Semicrítica		Crítica	
	N	r	N	r
Idade	133	0,278**	194	0,187**
Número de filhos	91	0,117	132	-0,053
Tempo de formação no atual cargo	129	0,092	194	0,163*
Tempo de trabalho na atual instituição	133	0,205*	197	0,088
Tempo de trabalho no setor	134	0,167	197	0,030
Dias sem folga	128	0,110	185	-0,010

* A correlação é significativa ao nível de 0,05 (2 extremidades). ** A correlação é significativa ao nível de 0,01 (2 extremidades).

Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

A partir dos achados indicados na Tabela 11, é possível apontar que, para as áreas semicríticas, houve correlação baixa e positiva entre idade e tempo de trabalho na atual instituição com a percepção da cultura de segurança do paciente. Logo, quanto maior o resultado de uma, melhor o resultado de outra. Já para às áreas críticas, houve correlação muito baixa e positiva para a idade e tempo de formação no atual cargo com a percepção da cultura de segurança do paciente. Ou seja, quanto maior o resultado de uma, melhor o resultado de outra.

As Tabelas 12 e 13, a seguir, apresentam as correlações entre os domínios do SAQ e a área de atuação.

Tabela 12 – Correlação entre variáveis quantitativas sociodemográficas e laborais e os domínios do SAQ, segundo áreas semicríticas. Santa Maria, RS, 2018 (N=393)

Variáveis	r						
	CTE	CS	ST	PE	GU	GH	CT
Idade	0,193**	0,222**	0,204**	-0,150	0,399**	0,238**	0,183*
Número de filhos	0,154	0,107	0,087	-0,224**	0,299**	0,066	0,047
Tempo de formação do atual cargo	0,097	0,192	0,108	-0,021	0,122	0,105	0,015
Tempo de trabalho na atual instituição	0,012	0,128	0,118	-0,151	0,349**	0,189*	-0,017
Tempo de trabalho no setor	0,012	0,077	0,150	-0,163*	0,284**	0,134	-0,023
Dias sem folga	0,030	0,113	-0,033	0,195*	0,043	0,026	-0,019

CTE= Clima de trabalho em equipe; CS= Clima de segurança; ST= Satisfação profissional; PE= Percepção do Estresse; GU= Gerência da unidade; GH= Gerência do Hospital; CT= Condições de trabalho* A correlação é significativa ao nível de 0,05 (2 extremidades). ** A correlação é significativa ao nível de 0,01 (2 extremidades).

Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

Tabela 13 – Correlação entre variáveis quantitativas sociodemográficas e laborais e os domínios do SAQ, segundo áreas críticas. Santa Maria, RS, 2018 (N=393)

Variáveis	r						
	CTE	CS	ST	PE	GU	GH	CT
Idade	0,060	0,178**	0,129	-0,020	0,266**	0,150*	0,157**
Número de filhos	0,112	0,197**	0,184**	-0,033	0,189**	0,159*	0,120
Tempo de formação do atual cargo	-0,181**	0,027	-0,107	-0,057	0,004	-0,049	-0,105
Tempo de trabalho na atual instituição	0,015	0,112	0,112	-0,054	0,222**	0,092	0,070
Tempo de trabalho no setor	-0,045	0,060	0,021	-0,043	0,172*	0,069	0,004
Dias sem folga	0,077	0,035	-0,029	-0,011	-0,012	-0,009	-0,050

CTE= Clima de trabalho em equipe; CS= Clima de segurança; ST= Satisfação profissional; PE= Percepção do Estresse; GU= Gerência da unidade; GH= Gerência do Hospital; CT= Condições de trabalho. * A correlação é significativa ao nível de 0,05 (2 extremidades). ** A correlação é significativa ao nível de 0,01 (2 extremidades).
Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

A Tabela 12 indica que para trabalhadores das áreas semicríticas houve correlação baixa ou muito baixa e positiva entre: idade e os domínios de clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, gerência da unidade e do hospital e condições de trabalho; ter filhos os domínios de percepção do estresse e gerência da unidade; maior tempo de formação no cargo em que atua e clima de segurança; maior tempo de trabalho na instituição e gerência da unidade e do hospital; maior tempo de trabalho no setor e percepção do estresse e gerência da unidade; e, maior número de dias sem folga e percepção do estresse.

Da mesma forma, a Tabela 13 aponta as correlações baixas ou muito baixas e positivas para os trabalhadores das áreas críticas, a saber: idade e clima de segurança, gerência da unidade e do hospital e condições de trabalho; ter filhos e clima e segurança, satisfação no trabalho, gerência da unidade e do hospital; tempo de atuação na instituição e domínio gerência da unidade; e tempo de atuação no setor gerência da unidade. Houve correlação significativa estatisticamente e negativa entre tempo de formação no cargo em que atua e clima de trabalho em equipe.

A seguir, a Tabela 14 apresenta as associações entre a cultura de segurança do paciente e os quadrantes do Modelo D-C.

Tabela 14 – Associação entre SAQ Dicotômico e os quadrantes do Modelo D-C por área semicrítica e crítica. Santa Maria, RS, 2018 (N=393)

Modelo Demanda- Controle	Semicrítica			Crítica		
	Cultura de segurança*					
	Negativa N (%)	Positiva N (%)	p**	Negativa N (%)	Positiva N (%)	p**
Trabalho passivo	22 (84,6)	4 (15,4)		18 (66,7)	9 (33,3)	
Alta exigência	31 (88,6)	4 (11,4)	0,006	38 (86,4)	6 (13,6)	0,095
Baixa exigência	19 (57,6)	14 (42,4)		40 (69,0)	18 (31,0)	
Trabalho ativo	33 (84,6)	6 (15,4)		44 (65,7)	23 (34,3)	
Total	105 (78,9)	28 (21,1)		140 (71,4)	56 (28,6)	

* Ponto de corte para a percepção positiva ≥ 75 . **Qui-quadrado de Pearson.
Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

É possível observar na Tabela 14 que houve associação significativa estar em alta exigência e ter percepção negativa sobre a cultura de segurança do paciente entre os trabalhadores de saúde das áreas semicríticas ($p=0,006$).

Tabela 15 – Associação entre o SAQ total e os domínios da JSS por área semicrítica e crítica. Santa Maria, RS, 2018 (N=393)

Variáveis		Semicrítica			Crítica		
		Cultura de segurança*					
		Negativa N (%)	Positiva N (%)	p**	Negativa N (%)	Positiva N (%)	p**
Demanda Psicológica	Baixa	41 (69,5)	18 (30,5)	0,017	58 (68,2)	27 (31,8)	0,386
	Alta	64 (86,5)	10 (13,5)		82 (73,9)	29 (26,1)	
Controle sobre o trabalho	Baixo	53 (86,9)	8 (13,1)	0,039	56 (78,9)	15 (21,1)	0,082
	Alto	52 (72,2)	20 (27,8)		84 (67,2)	41 (32,8)	

* Ponto de corte para a percepção positiva ≥ 75 . **Qui-quadrado de Pearson.
Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

Os resultados da Tabela 15 indicam que para os trabalhadores das áreas semicríticas houve associação significativa entre ter percepção negativa sobre a cultura de segurança do paciente e ter alta demanda psicológica ($p=0,017$) e baixo controle sobre o trabalho ($p=0,039$).

Abaixo, as Tabela 16 e 17 apresentam a associação entre a percepção da cultura de segurança do paciente segundo os domínios do SAQ e os quadrantes do Modelo D-C por área de atuação.

Tabela 16 – Associação entre os domínios do SAQ e os quadrantes do Modelo D-C em áreas semicríticas. Santa Maria, RS, 2018 (N=393)

Variáveis	Clima Trabalho Equipe		Clima de Segurança		Satisfação no Trabalho		Percepção do Estresse		Gerência da Unidade		Gerência do Hospital		Condições de Trabalho	
	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
TP	17 (51,5)	16 (48,5)	22 (68,8)	10 (31,3)	4 (12,1)	29 (87,9)	15 (45,5)	18 (54,5)	25 (80,6)	6 (19,4)	30 (96,8)	1 (3,2)	20 (62,5)	12 (37,5)
AE	31 (70,5)	13 (29,5)	35 (81,4)	8 (18,6)	19 (42,2)	26 (57,8)	16 (34,0)	31 (66,0)	38 (86,4)	6 (13,6)	41 (95,3)	2 (4,7)	33 (71,7)	13 (28,3)
BE	17 (44,7)	21 (55,3)	23 (62,2)	14 (37,8)	7 (18,4)	31 (81,6)	17 (47,2)	19 (52,8)	21 (55,3)	17 (44,7)	25 (69,4)	11 (30,6)	14 (36,8)	24 (63,2)
TA	27 (62,8)	16 (37,2)	33 (73,3)	12 (26,7)	15 (33,3)	30 (66,7)	19 (44,2)	24 (55,8)	34 (79,1)	9 (20,9)	38 (88,4)	5 (11,6)	34 (75,6)	11 (24,4)
Total	92 (58,2)	66 (41,8)	113(72,0)	44 (28,0)	45 (28,0)	116(72,0)	67 (42,1)	92 (57,9)	118(75,6)	38 (24,4)	134(87,6)	19(12,4)	101(62,7)	60 (37,3)
p	0,089*		0,277*		0,012*		0,600*		0,007*		0,014‡		0,001*	

TP= Trabalho Passivo; AE= Alta Exigência; BE= Baixa Exigência; TA= Trabalho Ativo. *Qui-quadrado de Pearson. ‡Qui-quadrado com correção.
Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

Tabela 17 – Associação entre os domínios do SAQ e os quadrantes do Modelo D-C em áreas críticas. Santa Maria, RS, 2018 (N=393)

Variáveis	Clima Trabalho Equipe		Clima de Segurança		Satisfação no Trabalho		Percepção do Estresse		Gerência da Unidade		Gerência do Hospital		Condições de Trabalho	
	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
TP	16 (47,1)	18 (52,9)	21 (63,6)	12 (36,4)	6 (7,6)	28 (82,4)	21 (61,8)	13 (38,2)	25 (73,5)	9 (26,5)	28 (80,0)	7 (20,0)	18 (58,1)	13 (41,9)
AE	36 (76,6)	11 (23,4)	39 (78,0)	11 (22,0)	16 (31,4)	35 (68,6)	18 (36,7)	31 (63,3)	41 (80,4)	10 (19,6)	47 (94,0)	3 (6,0)	32 (66,7)	16 (33,3)
BE	26 (38,8)	41 (61,2)	35 (55,6)	28 (44,4)	11 (16,2)	57 (83,8)	22 (33,8)	43 (66,2)	40 (62,5)	24 (37,5)	49 (76,6)	15 (23,4)	36 (53,7)	31 (46,3)
TA	37 (50,7)	36 (49,3)	43 (58,9)	30 (41,1)	14 (18,9)	60 (81,1)	30 (41,1)	43 (58,9)	48 (65,8)	25 (34,2)	55 (76,4)	17 (23,6)	40 (53,3)	35 (46,7)
Total	115 (52,0)	106 (48,0)	138 (63,0)	81 (37,0)	47 (20,7)	180 (79,3)	91 (41,2)	130 (58,8)	154 (69,4)	68 (30,6)	179 (81,0)	42 (19,0)	126(57,0)	99 (43,0)
p*	0,001		0,077		0,193		0,051		0,167		0,062		0,467	

TP= Trabalho Passivo; AE= Alta Exigência; BE= Baixa Exigência; TA= Trabalho Ativo *Qui-quadrado de Pearson. ‡Qui-quadrado com correção.
Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

Os dados da Tabela 16 indicam que para os trabalhadores das áreas semicríticas houve associação significativa entre ter percepção positiva sobre o domínio satisfação no trabalho e estar em trabalho passivo ($p=0,012$); ter percepção negativa sobre o domínio gerência da unidade e estar em alta exigência ($p=0,007$); ter percepção negativa sobre o domínio gerência do hospital e estar em trabalho passivo; e, ter percepção negativa para o domínio condições do trabalho e estar em trabalho ativo ($p=0,001$). Já a Tabela 17, indicam que para os trabalhadores das áreas críticas houve associação significativa entre ter percepção negativa sobre o clima de trabalho em equipe e estar em alta exigência ($p=0,001$).

A seguir, a Tabela 18 apresenta as associações entre a percepção da segurança do paciente (SAQ total) e o burnout, e a Tabela 19 apresenta as associações entre a percepção da segurança do paciente (SAQ total) e os domínios da IMB.

Tabela 18 – Associação entre IMB e SAQ geral por área semicrítica e crítica. Santa Maria, RS, 2018 (N=393)

Variáveis	Semicrítica (N=133)			Crítica (N=196)		
	Cultura de segurança*					
	Negativa	Positiva	p	Negativa	Positiva	p
N (%)	N (%)	N (%)		N (%)		
Burnout	Ausente	85 (75,2)	28 (24,8)	125 (69,4)	55 (30,6)	
	Presente	20 (100,0)	0 (0,0)	16 (94,1)	1 (5,9)	0,045 ¥
Total		106 (79,1)	28 (20,9)	141 (71,6)	56 (28,4)	

* Ponto de corte para a percepção positiva ≥ 75 . ¥ Exato de Fisher.
Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

Tabela 19 – Associação entre os itens do IMB e SAQ geral por área semicrítica e crítica. Santa Maria, RS, 2018 (N=393)

Variáveis	Semicrítica			Crítica		
	Cultura de segurança*					
	Negativa	Positiva	p	Negativa	Positiva	p
N (%)	N (%)	N (%)		N (%)		
Desgaste emocional	Baixo	28 (65,1)	15 (34,9)	41 (59,4)	28 (40,6)	
	Médio	35 (77,8)	10 (22,2)	49 (72,1)	19 (27,9)	0,007 **
	Alto	42 (93,3)	3 (6,7)	50 (84,7)	9 (15,3)	
Despersonalização	Baixo	22 (62,9)	13 (37,1)	46(64,80)	25 (35,2)	
	Médio	44 (80,0)	11 (20,0)	63 (75,0)	11 (25,0)	0,300**
	Alto	39 (90,7)	4 (9,3)	31 (75,6)	10 (24,4)	
Realização profissional	Baixo	53 (91,4)	5 (8,6)	55 (82,1)	12 (17,9)	
	Médio	29 (85,3)	5 (14,7)	46 (70,8)	19 (29,20)	0,064‡
	Alto	7 (63,3)	4 (36,4)	10 (76,9)	3 (23,1)	

* Ponto de corte para a percepção positiva ≥ 75 . ** Qui-quadrado de Pearson. ‡ Qui-quadrado com correção.
Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

A Tabela 18 aponta que houve associação significativa entre estar em burnout e ter percepção negativa sobre a cultura de segurança do paciente para os trabalhadores de saúde de ambas as áreas ($p=0,014$ semicrítica; $p=0,045$ crítica). Enquanto, a Tabela 19 indica que para trabalhadores de área semicrítica houve associação significativa entre ter percepção negativa para cultura de segurança do paciente e ter alto desgaste emocional ($p=0,005$), ter percepção negativa para cultura de segurança do paciente e ter alta despersonalização ($p=0,011$), e ter percepção negativa para cultura de segurança do paciente e ter baixa realização profissional ($p=0,015$). Para os trabalhadores das áreas críticas houve associação significativa entre ter percepção negativa para a segurança do paciente e ter alto desgaste emocional ($p=0,007$).

As Tabelas 20 e 21 apresentam a associação entre a percepção da cultura de segurança do paciente segundo os domínios do SAQ e o burnout por área de atuação.

Tabela 20 – Associação entre os domínios do SAQ e burnout em áreas semicríticas. Santa Maria, RS, 2018 (N=229)

Burnout	CTE (N=158)		CS (N=157)		ST (N=161)		PE (N=159)		GU (N=156)		GH (N=153)		CT (N=161)	
	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Ausente	75 (55,1)	61 (44,9)	92 (68,1)	43 (31,9)	30 (21,4)	110 (78,6)	59 (43,1)	78 (56,9)	97 (72,4)	37 (27,6)	112 (85,5)	19 (14,5)	80 (57,1)	60 (42,9)
Presente	17 (77,3)	5 (22,7)	21 (95,5)	1 (4,5)	15 (71,4)	6 (28,6)	8 (36,4)	14 (63,6)	21 (95,5)	1 (4,5)	22 (100,0)	0 (0,0)	21(100,0)	0 (0,0)
p	0,051*		0,008*		0,000*		0,555*		0,019*		0,077¥		0,000*	

CTE= Clima de trabalho em equipe; CS= Clima de segurança; ST= Satisfação profissional; PE= Percepção do Estresse; GU= Gerência da unidade; GH= Gerência do Hospital; CT= Condições de trabalho. * Qui-quadrado de Pearson. ¥ Exato de Fisher.

Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

Tabela 21 – Associação entre os domínios do SAQ e burnout em áreas críticas. Santa Maria, RS, 2018 (N=164)

Burnout	CTE (N=221)		CS (N=219)		ST (N=227)		PE (N=221)		GU (N=222)		GH (N=221)		CT (N=221)	
	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Ausente	100 (49,5)	102 (50,5)	122 (61,0)	78 (39,0)	37 (17,7)	172 (82,3)	84 (41,6)	118 (58,4)	137 (67,5)	66 (32,5)	162 (80,2)	40 (19,8)	111(54,7)	92 (45,3)
Presente	15 (78,9)	4 (21,1)	16 (84,2)	3 (15,8)	10 (55,6)	8 (44,4)	7 (36,8)	12 (63,2)	17 (89,5)	2 (10,5)	17 (89,5)	2 (10,5)	15 (83,3)	3 (16,7)
p	0,014*		0,045*		0,001¥		0,688*		0,047*		0,540¥		0,019*	

CTE= Clima de trabalho em equipe; CS= Clima de segurança; ST= Satisfação profissional; PE= Percepção do Estresse; GU= Gerência da unidade; GH= Gerência do Hospital; CT= Condições de trabalho. * Qui-quadrado de Pearson. ¥ Exato de Fisher.

Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

Os dados das Tabela 22 e 23 mostram as correlações entre estresse ocupacional, burnout e cultura de segurança do paciente em trabalhadores de saúde de áreas semicríticas e críticas.

Tabela 22 – Correlação entre estresse ocupacional, burnout e cultura de segurança do paciente (SAQ) em áreas semicríticas. Santa Maria, RS, 2018 (N=164)

Variáveis	SAQ Geral	Desgaste Emocional	Desperso-nalização	Realização Profissional	Demanda Psicológica	Controle sobre o trabalho
SAQ Geral	1					
Desgaste Emocional (N=164)	-0,481**	1				
Despersonalização (N=164)	-0,471**	0,617**	1			
Realização Profissional (N=164)	0,450**	-0,364**	-0,426**	1		
Demanda Psicológica (N=164)	-0,337**	0,491**	0,370**	-0,134	1	
Controle sobre o trabalho (N=164)	0,172*	-0,130	-0,094	0,247**	-0,123	1

* A correlação é significativa ao nível de 0,05 (2 extremidades). ** A correlação é significativa ao nível de 0,01 (2 extremidades).

Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

Para trabalhadores de áreas semicríticas a Tabela 22 indica correlação moderada e negativa entre desgaste emocional, despersonalização e demanda psicológica com a percepção da cultura de segurança do paciente. Para as variáveis realização profissional e controle sobre o trabalho houve correlação moderada e muito baixa, respectivamente, e positiva com a percepção da cultura de segurança do paciente.

Tabela 23 – Correlação de entre estresse ocupacional, burnout e cultura de segurança (SAQ) em áreas críticas. Santa Maria, RS, 2018 (N=229)

Variáveis	SAQ Geral	Desgaste Emocional	Desperso-nalização	Realização Profissional	Demanda Psicológica	Controle sobre o trabalho
SAQ Geral	1					
Desgaste Emocional	-0,324**	1				
Despersonalização	-0,107	0,421**	1			
Realização Profissional	0,248**	-0,355**	-0,303**	1		
Demanda Psicológica	-0,125	0,415**	0,192**	-0,003	1	
Controle sobre o trabalho	0,251**	-0,161*	0,056	0,141*	-0,083	1

* A correlação é significativa ao nível de 0,05 (2 extremidades). ** A correlação é significativa ao nível de 0,01 (2 extremidades).

Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

Para trabalhadores de áreas críticas a Tabela 23 indica correlação baixa e negativa entre desgaste emocional e percepção da cultura de segurança do paciente. Logo, quanto maior o resultado do desgaste emocional, pior é a percepção da cultura de segurança do paciente. Para as variáveis realização profissional e controle sobre o trabalho houve correlação baixa e positiva com a percepção da cultura de segurança do paciente, ou seja, quanto melhor o resultado de uma, melhor também é o resultado da outra.

Com o intuito de confirmar as associações encontradas entre as variáveis de interesse, utilizou-se a análise multivariada através do Modelo de regressão de Poisson. Os achados deste modelo estão apresentados na Tabela 24.

Tabela 24 - Associações bruta e ajustadas entre cultura de segurança, estresse ocupacional, burnout, variáveis demográficas e laborais. Santa Maria, RS, Brasil, 2018 (N=393)

Variáveis	RP _{bruta}	IC(95%)	RP _{aj}	IC(95%)
Estresse Ocupacional				
Alta Exigência	1,34	1,133	1,602	1,29 1,091 1,541
Trabalho Passivo	1,16	,938	1,444	1,13 ,904 1,412
Trabalho ativo	1,12	,925	1,356	1,09 ,908 1,319
Baixa Exigência	1		1	. .
Burnout				
Presente	1,35	1,239	1,485	1,21 1,089 1,359
Ausente	1		1	. .
Faixa Etária				
43 anos ou mais	1,22	1,058	1,426	1,22 1,045 1,446
Menor e igual 42 anos	1	.	1	. .
Situação Conjugal				
Com companheiro	1,08	,923	1,276	1,19 1,008 1,421
Sem companheiro	1	.	1	. .
Formação				
Pós-Graduação	1,15	,978	1,359	1,21 1,024 1,444
Graduação	1,15	,948	1,407	1,10 ,900 1,357
Ensino médio	1	.	1	. .
Satisfação com o Setor				
Insatisfeito	1,30	1,171	1,461	1,12 ,984 1,293
Satisfeito	1	.	1	. .
Setor				
Semicrítico	1,10	,976	1,252	1,04 ,921 1,190
Crítico	1	.	1	. .
Outro Emprego				

Não	1,13	,933	1,369	1,15	,950	1,391
Sim	1	.		1	.	.
Intenção de deixar o emprego						
Não sabe	1,21	1,047	1,401	1,19	1,037	1,378
Sim	1,15	,961	1,386	1,10	,910	1,352
Não	1	.		1	.	.
Regime de trabalho						
Outro	1,17	,966	1,427	1,07	,848	1,352
Estatutário	1,03	,903	1,182	1,10	,945	1,281
Celetista	1	.		1	.	.

Nota: RP: Razão de prevalência (bruta e ajustada). IC: Intervalo de Confiança.

Variável dependente: Cultura de segurança (SAQ).

Modelo ajustado: Cultura de segurança, Estresse ocupacional, Burnout, idade, Estado Civil, Formação, Satisfação com o setor, Setor de trabalho, Outro emprego, Intenção de deixar o emprego, Regime de Trabalho.

Fonte: Resultados de pesquisa, 2018.

Quanto a classificar a cultura de segurança do paciente como negativa, a Tabela 24 indica que os trabalhadores em alta exigência no trabalho apresentaram uma prevalência 29% mais elevada quando comparados aos em baixa exigência no trabalho; aqueles em burnout 21% mais elevada que sem burnout; os com mais de 43 anos de idade 22% mais elevada que os menores de 42 anos; os com companheiros 19% mais elevada que os sem companheiros; os com pós-graduação 21% mais elevada do que os trabalhadores com ensino médio/fundamental ou graduação; os que não sabem se querem deixar o emprego apresentaram uma prevalência 19% mais elevada quando comparados aos que não querem deixar o emprego.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo será apresentada a discussão dos resultados encontrados neste estudo, seguindo os seguintes itens apresentados no capítulo anterior. A saber:

- Características biossociais e laborais dos trabalhadores de saúde de áreas críticas e semicríticas no ambiente hospitalar;
- Estresse ocupacional em trabalhadores de saúde de áreas críticas e semicríticas no ambiente hospitalar;
- Burnout em trabalhadores de saúde de áreas críticas e semicríticas no ambiente hospitalar;
- Cultura de segurança do paciente em áreas críticas e semicríticas;
- Associações entre as variáveis de interesse;

6.1 CARACTERÍSTICAS BIOSSOCIAIS E LABORAIS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DE ÁREAS SEMICRÍTICAS E CRÍTICAS NO AMBIENTE HOSPITALAR

Os achados referentes aos dados biossociais dos participantes apontam um perfil semelhante entre os trabalhadores de saúde de áreas semicríticas e críticas, com predominância de mulheres (86,6% semicríticas; 75,1% críticas). Esse perfil vem ao encontro com demais estudos nacionais e internacionais, que apontam a predominância feminina entre trabalhadores de saúde (ABARGHOU EI, et al. 2016; BIRHANU, et al. 2018; RIBEIRO, et al. 2018; ULUTASEMIR, et al. 2015; YANG, et al. 2018).

Iniciada no final do século XIX, a profissionalização feminina ocorreu, sobretudo, relacionada aos papéis femininos tradicionais, ou seja, a mulher vinculada ao cuidar, ao educar e ao servir, entendidos como dom ou vocação (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013). Sendo assim, a feminilização é uma característica forte do setor saúde, visto que, a maior parte da força de trabalho é feminina, o que corresponde a mais de 70% de todo o contingente. Em determinadas categorias profissionais da área da saúde, esse número ultrapassa 90%, como é o caso da enfermagem (MACHADO, et al. 2016).

Hirata (2010), afirma que a crescente inserção das mulheres no ensino e consequentemente a feminização das profissões, se trata de um fenômeno internacional. Esse, por sua vez, acarreta um contexto de mudanças na estrutura do mercado de trabalho e também no âmbito doméstico, visto que exige a conciliação da vida familiar com a vida profissional.

Adiante, trabalhadores de ambas as áreas apresentaram média de idade de 43 anos ($\pm 8,0$ semicríticas; $\pm 8,4$ críticas), afirmaram possuir companheiro (74,5% semicríticas; 77,5% críticas) e filhos (68,3% semicríticas; 65,8% críticas). O número de filhos obteve mediana igual para ambas as áreas (2,0).

Para Almeida et al. (2016), a idade é um fator que favorece os trabalhadores mais velhos, já que esses demonstram ansiedade menor em relação aos problemas cotidianos do meio laboral e lançam mão de maior experiência para controlar a demanda de trabalho e tomada de decisões. Dessa forma, conseqüentemente, tendem a apresentar menos desgaste emocional.

Quanto à situação conjugal e a existência de filhos, não há consenso na literatura existente, tendo em vista que alguns estudos apontam o fato de possuir companheiro e filhos como um fator de proteção para o estresse ocupacional e o burnout, enquanto outros, apontam como fatores desencadeadores. Dessa forma, estudo de Ribeiro, Barbosa e Soares (2015) revelou que trabalhadores que possuem companheiro tem menos associação ao burnout ($p=0,010$). Entretanto, outros autores destacam que é necessário ter um relacionamento afetivo estável para obter menor propensão à síndrome, já que a qualidade do mesmo é um fator de influência para o surgimento ou não do burnout (LIMA; et al. 2013; RIBEIRO; BARBOSA; SOARES, 2015).

Ribeiro, Barbosa e Soares (2015) mencionam o número de filhos como fator de proteção ao burnout, visto que a vida familiar pode propiciar mais experiência em lidar com outras pessoas e suas dificuldades. Afirmam ainda, que a maternidade equilibra o profissional e possibilita a adoção de melhores estratégias de enfrentamento das situações estressoras do cotidiano. Em contraponto, estudos de Abarghouei et al. (2016) e Mao et al. (2018) apontaram que profissionais de saúde casados apresentaram maior prevalência de burnout e estresse no trabalho, fato que o autor justifica pela ocasião de que trabalhadores casados assumem mais papéis sociais e têm maior pressão.

Quanto ao perfil laboral, em ambas as áreas os Técnicos de enfermagem (50% semicríticas; 43,2% críticas) tiveram maior participação. Cabe destacar, que a enfermagem representa a categoria com maior força de trabalho no setor saúde, haja vista o seu grandioso quantitativo em relação às demais. Segundo dados da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, em 2013, existiam 1.804.535 profissionais, destes, 414.712 enfermeiros e 1.389.823 técnicos e auxiliares de enfermagem. Portanto, observa-se que os técnicos e auxiliares de enfermagem representam o maior contingente na categoria (MACHADO, 2015).

Entre os participantes, a maioria afirmou não possuir outro vínculo empregatício (98,8% semicríticas; 80,3% críticas). O fato de o trabalhador dedicar-se exclusivamente a um único vínculo empregatício é apontado como algo positivo. Autores afirmam que, ao considerar a precarização das condições de trabalho e a vulnerabilidade social do trabalhador, é possível observar que de forma frequente, há trabalhadores que estão submetidos à dupla e tripla jornada de trabalho (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012). Conseqüentemente, o excesso de funções e carga de trabalho é capaz de impactar de forma negativa na qualidade de vida desses trabalhadores em saúde. Aspecto destacado como negativo para os pressupostos de trabalho decente apresentados pela Organização Internacional de Trabalho (IOT, 2019).

Os resultados do presente estudo, apontam que o regime celetista representou o vínculo empregatício prevalente nas duas áreas (56,4% semicríticas; 56,3% críticas), ou seja, a maior parte dos participantes possui vínculo com o regime de trabalho previsto pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), diferenciado do regime estatutário pela forma de contratação, demissão e direitos.

Segundo Souza e Mendes (2016), o tipo de vínculo empregatício é condicionante nas diferenças das relações laborais e do funcionamento dos serviços hospitalares, já que modifica também os tipos de gestão. Nesse contexto, os servidores públicos que são vinculados aos regimes estatutários, e, portanto, considerados como cargo efetivo, possuem mais direitos em comparação aos trabalhadores celetistas ou temporários. Esses direitos afetam a previsão de abonos de faltas, licença-prêmio conforme assiduidade e estabilidade.

No que diz respeito à formação profissional, também houve semelhança de resultados. A especialização mostrou-se como o maior nível de formação prevalente (31,1% semicríticas; 38,9% críticas). Erdmann e colaboradores (2011), destacam que a educação no setor saúde é apreendida, portanto, como produto de uma multiplicidade de processos sociais, e, portanto, exigem modificações dinâmicas ajustando-se à evolução da sociedade. Sob essa ótica, a procura pela pós-graduação entre os trabalhadores de saúde mostra-se como uma necessidade de manter-se atualizado, sobretudo, frente ao mercado de trabalho competitivo e exigente.

A atuação dos trabalhadores de saúde não se restringe à assistência, de modo que, engloba também a pesquisa, a gerência e a educação. Independente da área de atuação, as ações em saúde são voltadas a melhorar a qualidade de vida do indivíduo e da comunidade, portanto, da sociedade como um todo. Nesse cenário, a qualificação profissional assume um papel importante em todos os níveis, visto que, proporciona aos profissionais um olhar diferenciado e atento as demandas da população. Além disso, também podem lançar olhar

mais crítico sobre as condições de trabalho ou, por outro lado, auxiliar no enfrentamento dos estressores no trabalho.

A variável turno de trabalho obteve resultados distintos, a qual trabalhadores de saúde das áreas semicríticas indicaram o noturno como mais prevalente (36,6%), enquanto entre os trabalhadores das áreas críticas, obtiveram valores iguais para os turnos misto (31,9%) e noturno (31,9%).

Estudos apontam a elevação do desgaste gerado pelo trabalho quando desenvolvido durante a noite, em consequência da ruptura do ciclo circadiano, das dificuldades em usufruir do descanso após o plantão, dentre outros problemas (MENDES; MARTINO, 2012; ROSADO; RUSSO; MAIA, 2015). A exposição prolongada a essa vivência, pode estar associada ao risco de ser acometido por doenças cardiovasculares assim como por alguns tipos de câncer (PIMENTA; et al. 2012; WANG; et al. 2013).

Segundo Pimenta e Assunção (2015) o trabalho noturno é um estressor ocupacional, pois inclui longas jornadas, impasses diante da composição diferenciada das equipes se comparadas com as equipes diurnas, qualidade dos serviços prestados por causa da redução da vigília, perturbações da memória em curto prazo, diminuição do tempo de reação e sonolência durante a jornada de trabalho. Ainda, trabalhadores noturnos apresentam maior propensão a desenvolver comorbidades como: distúrbios do sono, problemas gastrointestinais, transtornos psíquicos e doenças cardiovasculares (BABU; et al. 2014; SILVA; et al. 2014).

As variáveis tempo de trabalho no setor (mediana de 3,5 anos) e tempo de trabalho na instituição (mediana de 3,7 anos) obtiveram valores iguais para áreas semicríticas e críticas. As áreas críticas indicaram tempo maior de formação no cargo atuante (mediana de 12,1 anos), assim como o tempo de trabalho na instituição (mediana de 3,7 anos).

Para Paiano e colaboradores (2016), o tempo de trabalho influi diretamente nas organizações dos serviços de saúde, uma vez que a rotatividade dos profissionais é um fator desestabilizador para o serviço, devido à dificuldade em estabelecer vínculo com a equipe e usuários. Em contraponto, Chiavenatto (2014) afirma que o processo de rotatividade profissional dentro das instituições também deve ser encarado como uma oportunidade de renovação de trabalhadores, que por sua vez, podem contribuir de forma diferenciada para a instituição. Já no contexto do trabalhador de saúde, estudos apontam que, quanto maior o tempo de trabalho, maior prevalência do absenteísmo-doença nos trabalhadores (LEÃO. et al. 2015; SANTI; BARBIERI; CHEADE, 2018).

Para ambas as áreas, a carga horária de 36 horas semanais foi a predominante, com mediana de 2,0 dias sem folga. Estudo de Novais et al. (2016) realizado com trabalhadores

hospitalares apresentou carga horária semanal com média aproximada dos achados do presente estudo (\bar{x} 33,90; $\pm 16,82$), e revelou que o aumento da carga horária semanal de trabalho está relacionado à síndrome de burnout ($p=0,020$). Assim como Novais, outros autores indicam que a carga horária excessiva afeta a saúde do trabalhador e das pessoas que os circundam, uma vez que a possibilidade de conciliação entre o tempo dedicado ao trabalho e à vida pessoal e familiar está intrinsecamente relacionada à possibilidade de satisfação pessoal e laboral (PIRES, et al. 2012). Cabe ressaltar, que a relação entre jornada excessiva e sobrecarga de trabalho, pode levar também a impactos na assistência e na vida pessoal do trabalhador.

No que diz respeito à satisfação profissional, a maioria mostrou-se satisfeita com o seu trabalho (90,9% semicríticas; 95,6% críticas), e desses, a maior parte não possui intenção de deixá-lo (79,5% semicríticas; 80,5% críticas). Renner et al. (2014) apontam os relacionamentos e a motivação para o trabalho como aspectos fundamentais na busca de maior eficiência e qualidade na assistência prestada ao paciente, o que não deve estar dissociado da satisfação dos trabalhadores com o seu trabalho. A satisfação no trabalho implica diretamente em processos subjetivos, tornando-a, portanto, um fenômeno complexo e de difícil definição.

Dessa forma, a satisfação pode variar de acordo com as singularidades individuais, conforme os contextos e as circunstâncias. É necessário considerar que a satisfação pode variar na mesma pessoa segundo a faixa etária em que se considera e suas fontes de satisfação pessoal ao longo do tempo. Ainda, trata-se de um fenômeno que está sujeito às influências de forças internas e externas ao ambiente de trabalho imediato. Somada ao fato de a satisfação profissional estar interligada com o desempenho, tem sido considerada um importante resultado, e, dessa forma, alvo de diversas investigações (RENNER; TASCETTO; BAPTISTA; BASSO, 2014). Da mesma forma, Rigobello et al. (2012) afirma que trabalhadores insatisfeitos com o trabalho apresentam taxas de rotatividade altas, associada à ocorrência de eventos adversos.

A discussão dos achados sob a luz de diversos autores, aponta que as variáveis biossociais possuem relação com a saúde do trabalhador, especialmente daqueles que atuam junto de outras pessoas, a exemplo dos profissionais de saúde do contexto hospitalar. Logo, é possível afirmar que essas são capazes de contribuir de forma positiva ou negativa no surgimento de agravos à saúde, como o estresse ocupacional e o burnout.

6.2 ESTRESSE OCUPACIONAL EM TRABALHADORES DE SAÚDE DE ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS NO AMBIENTE HOSPITALAR

Para a escala JSS, o presente estudo obteve valor considerado abaixo do aconselhado como adequado (0,587), indicando, portanto, que o instrumento JSS apresentou fragilidades no que concerne a avaliação do constructo estresse ocupacional na população do presente estudo. Entretanto, autores apontam que apesar da JSS se tratar de uma escala usada com frequência em investigações brasileiras de diagnóstico de condições de trabalho, ainda não existam estudos capazes de atestar sua validade, já que seu coeficiente de consistência interna tem se apresentado relativamente baixo com frequência (FERREIRA; et al. 2015; FREITAS; et al. 2014).

Apesar de todos os trabalhadores estarem propensos a desenvolver o estresse ocupacional, estudos indicam que os trabalhadores de saúde tendem a ser mais afetados por esse agravo devido à natureza do trabalho que desenvolvem (BIRHANU, et al. 2018). Estima-se que o estresse relacionado ao trabalho afete um a cada três trabalhadores de saúde (SALILIH; ABAJOBIR, 2014). Para Willems (2014), o estresse ocupacional pode ser responsável por afetar a eficácia profissional, pois diminui satisfação profissional, reduz a atenção e a concentração, diminui a habilidade de tomada de decisão e a possibilidade de estabelecer relações fortes com a equipe e os pacientes.

Pesquisa transversal realizada com 198 trabalhadores de saúde de um hospital da Etiópia, revelou uma prevalência de 68,2% de estresse ocupacional, além de apontar que quase um terço dos participantes planejavam mudar o local de trabalho (25%) e abandonar a prática (17%). Destes, 14% afirmaram que tiveram mau relacionamento com colegas de trabalho, e 14% desenvolveram alguns problemas de saúde como resultado do estresse ocupacional (BIRHANU, et al. 2018).

Em estudo de Andolhe et al. (2015) realizado em oito UTIs de um hospital público de alta complexidade da cidade de São Paulo, os achados apontaram que 74,47% dos sujeitos estavam com médio nível de estresse, 13,29% com baixo nível e 12,24% com alto nível de estresse, segundo a Escala de Estresse no Trabalho (EET). Os testes de associação revelaram que as condições de trabalho foram fatores associados ao surgimento do estresse ocupacional.

Frente a esse cenário, que expressa uma preocupação global com a situação dos trabalhadores de saúde, é evidente a necessidade de pesquisas que elucidem esse fenômeno e apontem caminhos para o enfrentamento do estresse ocupacional. Nesse sentido, sob a luz do referencial teórico do Modelo D-C, o presente estudo aponta resultados semelhantes quanto

ao estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde das áreas semicríticas e críticas. O maior percentual desses trabalhadores se encontra com alta demanda psicológica (N=92, 56,1% semicríticas; N=126, 55,0% críticas) e alto controle sobre o trabalho (N=83, 50,6% semicríticas; N=143, 62,4% críticas).

Pautado nos pressupostos do Modelo D-C, que explica os efeitos negativos para a saúde dos trabalhadores se não tiverem controle suficiente sobre seu trabalho em relação às demandas laborais, é possível inferir que os resultados acima indicam que trabalhadores de saúde de áreas críticas apresentam maior demanda psicológica do que os trabalhadores de áreas semicríticas. Por outro lado, aqueles atuantes em áreas críticas referiram ter maior controle sobre o trabalho quando comparados aos trabalhadores de áreas semicríticas ($p=0,019$).

Em consonância com os achados desta pesquisa, estudo transversal de Ribeiro et al. (2018) realizado com 260 trabalhadores de saúde de um hospital universitário do Sul do Brasil, apontou que os participantes apresentaram alta demanda e alto controle do trabalho, e, portanto, encontravam-se em trabalho ativo. Que, segundo o mesmo autor, trata-se de uma situação com desafios presentes, motivações e autonomia sobre o seu processo de trabalho, diminuindo o risco de estresse psicológico e, por consequência, o risco de desenvolver doenças físicas.

Da mesma forma, estudo de Azevedo, Nery e Cardoso (2017) evidenciou que dos 309 participantes, a maior parte também se encontrava em trabalho ativo (32,1%). Nesse estudo, se percebeu uma gradação nas frequências dos indivíduos em trabalho ativo e de alta exigência, com acentuação entre os trabalhadores de áreas críticas. Após o modelo final de regressão, mantiveram-se estatisticamente associados à percepção insatisfatória da qualidade de vida no trabalho a atuação em setores críticos ($p=0,017$) e os quadrantes trabalho ativo ($p=0,034$) e alta exigência ($p=0,001$).

Nesta perspectiva, é sabido que o quadrante trabalho ativo permite ao trabalhador explorar a sua potencialidade intelectual durante as atividades do seu cotidiano laboral, bem como, associar aprendizado e crescimento a alta produtividade. Contexto esse, que exige alto despendimento de energia do trabalhador em seu ambiente laboral, e, portanto, pode comprometer sua desenvoltura em outros espaços da vida social, como a vivência junto à família e comunidade, e demais atividades do cotidiano pessoal. Dito isso, é necessário compreender, que, embora o trabalho ativo pareça adequado para o equilíbrio do ambiente de trabalho, esse, não se apresenta como o quadrante mais favorável para o equilíbrio completo do indivíduo.

Neste estudo, a maior prevalência entre os trabalhadores de saúde das áreas semicríticas se encontra no quadrante alta exigência (N=47; 28,7%). Enquanto, a maioria dos trabalhadores das áreas críticas se encontra no quadrante de trabalho ativo (N=75; 32,8%). Cabe ressaltar, que o quadrante ideal é o da baixa exigência. Esse foi o terceiro mais prevalente entre trabalhadores das áreas semicríticas (N=38; 23,2%) e o segundo mais prevalente nas áreas críticas (N=68; 29,7%).

Para que os trabalhadores se encaixassem no quadrante baixa exigência, é necessária a combinação de baixa demanda psicológica e alto controle. Nessa situação, o trabalhador vivencia baixas demandas psicológicas e maior controle sobre suas atividades. Oportunizando, portanto, um estado confortável frente a uma situação constante de relaxamento.

Entretanto, autores afirmam que na área de saúde, principalmente no contexto hospitalar, a baixa demanda psicológica é improvável de ser encontrada, já que as situações do cotidiano laboral fazem com que haja um desgaste psicológico do trabalhador, com destaque para as cargas de trabalho, a sobrecarga laboral, os ritmos acelerados de trabalho impostos pela quantidade insuficiente de profissionais, o grau de complexidade das atividades e o nível de conhecimento técnico-científico exigido (LIMA, et al. 2013; PROCHNOW, et al. 2013).

García-Herrero et al. (2017) observou em seu estudo que à medida que as demandas trabalhistas diminuíram e o trabalhador obteve alto controle sobre o ambiente laboral, a probabilidade de estresse também diminuiu drasticamente (24,1%). Achados que corroboram com a indicação da baixa exigência enquanto situação ideal para o cotidiano laboral dos trabalhadores de saúde, com vistas ao aproveitamento das habilidades e competência desse profissional, mas, sem prejudicar a qualidade da saúde do mesmo.

Houve, ainda, associação entre atuar nas áreas críticas e ter alto controle sobre o trabalho ($p=0,016$). Assim como associação entre atuar nas áreas críticas e o trabalho ativo, indicando que trabalhadores de áreas críticas tendem a alta demanda e alto controle ($p=0,047$). Isso porque, áreas críticas são locais de grande especialização e tecnologia, identificados como espaços laborais destinados a trabalhadores de saúde com ampla diferenciação de conhecimento, grande habilidade e destreza para a realização de procedimentos diferenciados. Esses trabalhadores vivenciam situações complexas diariamente, pois seu cotidiano envolve casos de emergência, tempo prolongado de hospitalização e risco de morte, dentre outros agravantes (BRASIL, 2005; RODRIGUES, et al. 2016).

Em áreas críticas, a exemplo da unidade de terapia intensiva, centro obstétrico, unidades de urgência/emergência e sala de recuperação pós-anestésica, a práxis profissional é pautada em protocolos assistenciais que qualificam e agilizam o atendimento, decisões que avaliam o custo/benefício dos atos e ações assistências em seus diferentes níveis, além de compromissos éticos e organizacionais inerentes ao processo de cuidar. Nesse contexto, estão o controle e a disponibilização assistencial considerados elementos estratégicos nessas áreas, em especial, devido a tensão que pacientes graves e necessitados de cuidados complexos geram ao sistema (BRASIL, 2005).

Contudo, dado as peculiaridades das áreas críticas, autores apontam que podem surgir conflitos pessoais, decorrentes do convívio em ambiente fechado, com os mesmos colegas diariamente. Além de que, tratam-se de ambientes onde o êxito do trabalho coletivo depende do desempenho de cada um, e seu resultado só será satisfatório mediante o desenvolvimento de um bom trabalho individual e em equipe. Ainda, as relações interpessoais são destacadas como um aspecto que pode influenciar o decorrer do trabalho, assim, os conflitos entre os membros da equipe podem ocasionar falta de comprometimento com o trabalho ou até mesmo frustração de alguns trabalhadores (RODRIGUES, et al. 2016).

Estudos apontam que, os conflitos não resolvidos no trabalho são prejudiciais aos pacientes, pois aumentam as chances de erros e prejudicam o cuidado, além disso, mostram-se nocivos à saúde do trabalhador, pois podem causar estresse, raiva e frustração (COSTA, 2017; OLIVEIRA, 2015). Apesar da complexidade das ações e exigências inerentes as áreas críticas discutidas acima, os achados deste estudo apontam que os trabalhadores das áreas críticas apresentaram menor prevalência de estresse ocupacional e burnout, quando comparados aos trabalhadores das áreas semicríticas. Achado que nos leva a refutar a primeira hipótese da investigação. Cabe ressaltar, que esse fato pode estar trelado ao maior controle sobre o trabalho evidenciado por trabalhadores das áreas críticas.

6.3 BURNOUT EM TRABALHADORES DE SAÚDE DE ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS NO AMBIENTE HOSPITALAR

Para este estudo, a consistência interna do instrumento IMB apresentou-se adequada com algumas carências (0,669), e, portanto, diferindo de valores obtidos em outras pesquisas que utilizaram esse instrumento. Como exemplo os estudos de Mao et al. (2018), Simancas-Pallares et al. (2017), Panunto e Guirardello (2013), que ao aplicarem o IMB em trabalhadores de saúde obtiveram valores de 0.89, 081 e 0,71, respectivamente.

Na tentativa de superar o estresse ocupacional ocasionado pelo ambiente laboral, trabalhadores de saúde devem utilizar estratégias para o enfrentamento dos estressores. Entretanto, quando tais estratégias não são efetivas para a neutralização da situação estressora, pode surgir a síndrome de burnout, entendida como uma cronificação do estresse ocupacional devido à exaustão psíquica e exacerbação de sentimentos de esgotamento das emoções (LAZARUS; LAUNIER, 1978; MASLACH; JACKSON, 1981).

Segundo pesquisa realizada pela Associação Internacional de Gerenciamento de Estresse (ISMA), o burnout representa um dos maiores problemas psicossociais da atualidade, acometendo trabalhadores de diversas profissões em diferentes países como: Estados Unidos, Alemanha, França, Brasil, Israel, Japão, China, Hong Kong e em Fiji. Nesse ranking, o Brasil ocupa a segunda posição entre os países com mais trabalhadores acometidos pela síndrome (30%) (PONTES, 2018).

Em 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) informou que a síndrome de burnout aparecerá na próxima Classificação Internacional de Doenças (CID-11), como um problema associado ao emprego ou ao desemprego. O distúrbio, estava contemplado em um item vago da edição anterior do catálogo criada em 1990 (problemas relacionados com dificuldades no controle da vida). A presente inclusão, dará visibilidade à doença e, por estar ligada a um problema no trabalho, também facilitará o gerenciamento de afastamentos e incapacidades. Entretanto, a nova classificação entrará em vigor em 2022.

O burnout é descrito como uma síndrome prevalente entre trabalhadores que necessitam diariamente de contato direto com outras pessoas durante suas atividades ocupacionais. A exemplo disso, Almeida et al. (2016) aponta os trabalhadores de saúde como os principais indivíduos acometidos pela síndrome, visto que, o trabalho na área da saúde requer um contato próximo com pessoas que demandam cuidados diários.

Diversas pesquisas têm evidenciado que, desde a formação, estudantes de graduação da área da saúde têm apresentado prevalência de burnout. Em estudo de Silva e colaboradores (2017) ao pesquisar 570 discentes de enfermagem de três Instituições de Ensino Superior (IES) do Brasil, apontou uma prevalência de 24,74% de burnout. Demais pesquisas também apontam índices preocupantes em graduandos de odontologia (17%) e medicina (varia de 14.5% e 71%) com a síndrome (ABREU, et al. 2011; CAMPOS, 2012; ISHAK, et al. 2013; ROMANI; ASHKAR, 2014).

Estes dados revelam que mesmo antes da atuação no mercado de trabalho, futuros trabalhadores de saúde encontram-se expostos a fatores preditores de burnout. Os autores explicam que a inserção na universidade, mudanças na rotina, aumento de responsabilidades,

elevação da carga de estudos e exigências acadêmicas, como o contato com o ambiente hospital e, conseqüentemente com o processo saúde-doença, levam os estudantes a desenvolverem a síndrome ou aumentarem suas chances de desenvolvê-la com o tempo (ABREU, et al. 2011; CAMPOS, 2012; ISHAK, et al. 2013; ROMANI; ASHKAR, 2014).

Dessa forma, trabalhadores de saúde acometidos pelo burnout devem ser motivos de preocupação constante nos serviços de saúde, haja vista que isso pode afetar a qualidade dos cuidados prestados durante a assistência. Dessa forma, esse agravo deve ser tratado como um problema social de ampla relevância (ALMEIDA, et al. 2016). Para tanto, pesquisas que auxiliem na elucidação desse fenômeno devem ser incentivadas em âmbito global.

No presente estudo, no que diz respeito ao burnout, a frequência dos trabalhadores de saúde conforme áreas de atuação e o nível apresentando nas três dimensões que compõem o IMB, foi possível observar que nas áreas semicríticas prevaleceram os trabalhadores de saúde com médio desgaste emocional (N=57; 34,8%), média despersonalização (N=64; 39,0%) e baixa realização profissional (N=68; 41,5%).

Enquanto isso, nas áreas críticas houve predomínio de trabalhadores com baixo desgaste emocional (N=81; 35,4), média despersonalização (N=92; 40,2%) e baixa realização profissional (N=78; 32,3%). Entretanto, cabe destacar que na dimensão realização profissional, os percentuais entre os níveis baixo e alto foram extremamente próximos (N=78; 32,3% baixa realização; N=77; 33,6% alta realização).

É possível observar que os resultados entre áreas semicríticas e críticas se assemelham, exceto para a dimensão desgaste emocional, onde a área semicrítica apresentou resultado elevado em comparação a crítica. O médio desgaste emocional observado nas áreas semicríticas pode ser justificado pelas diferenças do processo de trabalho dessas unidades, onde comumente a demanda de pacientes e a carga de trabalho é elevada. Somado a isto, é possível citar outros fatores como o aumento do fluxo entre pacientes, familiares e trabalhadores, e a diversidade de procedimentos e rotinas. Elementos que, quando exacerbados, possivelmente afetem a capacidade dos trabalhadores de lidar com situações estressoras no cotidiano laboral.

Estudo realizado por Magalhães et al. (2017) com pacientes internados e trabalhadores de enfermagem atuantes em unidades clínicas e cirúrgicas, apontou que a carga de trabalho elevada dos profissionais foi associada a um aumento da média de permanência e da taxa de infecção urinária entre os pacientes, e, portanto, acarretou desfechos considerados negativos para a segurança dos pacientes. Da mesma forma, a avaliação da taxa de satisfação dos pacientes com os cuidados da equipe de enfermagem apresentou associação inversamente

significativa com a carga de trabalho, logo, é possível afirmar que à medida que se aumenta o número de pacientes por trabalhador, diminui a satisfação dos pacientes com os cuidados recebidos.

Adiante, o nível médio de despersonalização evidenciado em ambas as áreas indica que os trabalhadores apresentam indiferença considerável em relação a instituição e equipe de trabalho, o que pode ser confirmado pela atuação dissociativa da realidade e participação pouco ativa em processos de mudanças. Os efeitos da despersonalização podem interferir no cotidiano laboral e acarretar dificuldades para efetivar as tarefas exigidas pelo trabalho.

A dimensão da realização profissional, que também obteve níveis baixos nas áreas semicríticas e críticas, assinala que trabalhadores de saúde desses ambientes estão insatisfeitos com o seu desempenho profissional, e, portanto, se auto avaliam negativamente com frequência. A depreciação da efetividade profissional pode levar esses trabalhadores a desacreditarem no próprio potencial, fato que produz desinteresse pela qualificação e busca de aperfeiçoamento profissional. À medida em que isso acontece, perdem não somente os trabalhadores com baixa realização profissional, mas, também, as instituições de saúde, e, sobretudo os pacientes.

Em consonância, Kirwan et al. (2013) afirma que trabalhadores de saúde sobrecarregados se esgotam, e, portanto, tendem a adoecer mais. Segundo os mesmos autores, tanto o burnout quanto a depressão podem desencadear fadiga, irritabilidade e redução do funcionamento cognitivo. Tais aspectos interferem nas relações da equipe, pois resultam em distanciamento dos trabalhadores, piora na qualidade do trabalho prestado, risco aumentado de cometer erros, e, finalmente, influenciam na segurança do ambiente laboral.

Hall et al. (2016), ao realizar uma revisão sistemática para compreender como o bem-estar da equipe de saúde e o burnout se relacionam com a segurança do paciente, constatou que o bem-estar diminuído associado a presença de burnout está associado à pior segurança do paciente. Resultado que evidencia a necessidade de políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida das equipes de saúde. Nesse estudo, os autores concluem que é prudente que as organizações de saúde forneçam um ambiente de trabalho implicado com as questões do bem-estar da equipe, e desta forma, conseqüentemente fornecerão um serviço seguro aos seus pacientes.

Entretanto, infelizmente ainda há distanciamento entre as práticas de promoção da saúde dos trabalhadores e as demandas apresentadas por essa população. Fato que pode ser confirmado por meio da análise de outras investigações, que assim como a presente,

evidenciaram níveis ruins para o desgaste emocional, a despersonalização e a realização profissional.

Investigação de Schooley et al. (2016) realizada com 250 trabalhadores de saúde de dois hospitais públicos da Turquia apontou alto nível para o desgaste emocional e despersonalização, e baixo nível para a realização profissional. Da mesma forma, estudo de Biksegn et al. (2016) realizado com 403 trabalhadores hospitalares, encontrou níveis elevados nas três dimensões avaliadas pelo IMB.

O IMB recomenda que para considerar a presença de burnout entre os participantes, é necessário que estes apresentem alto desgaste emocional, alta despersonalização e baixa realização profissional. Conforme esses critérios, o burnout está presente em 13,4% (N=22) dos trabalhadores de saúde das áreas semicríticas e 8,3% (N=19) das áreas críticas no presente estudo. Logo, é possível apontar que 10,4% (N=41) dos trabalhadores entre a população estudada (N=393) apresentam a síndrome.

A partir dos resultados obtidos por domínios do IMB, que indicaram prevalência de médio DE (34,8%), média DP (39,0%) e baixa RP (41,5%) entre os trabalhadores de áreas semicríticas, e, baixo DE (35,4%), média DP (40,2%) e baixa RP (34,1%) entre as críticas, cabe ponderar que a prevalência de burnout entre a população estudada pode aumentar, caso não haja intervenção sobre essa situação. Sobretudo em áreas semicríticas, já que estas apresentam critérios próximos daqueles considerados necessários para desenvolver a síndrome.

Estudos nacionais apontam prevalências semelhantes para áreas críticas, a exemplo de Andolhe et al. (2015) que ao pesquisar a equipe de enfermagem de unidades de terapia intensiva encontrou uma prevalência de 12,54% de burnout. Para Padilha et al. (2017) o índice de burnout foi de 17,00% entre trabalhadores de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva de Trauma. Prevalências ainda mais altas de burnout foram encontradas por Silva et al. (2018) ao pesquisar fisioterapeutas intensivistas, onde os resultados indicaram um percentual de 48,72% para trabalhadores de UTI adulto e 47,06% para UTI pediátrica e neonatal.

A prevalência de burnout entre trabalhadores de saúde de áreas críticas encontrada em estudos internacionais tem se mostrado maior, a exemplos de 36,7% na Etiópia, 51,5% na Grécia, 50% na França, 69,2% na Espanha e 45% no Irã (ASHTARI, 2009; BIKSEGN, et al. 2016; EMBRIACO, et al. 2007; RACHIoTIS, et al. 2014; SIGUERO, et al. 2003). Biksegn et al. (2016) reafirma que trabalhar em cuidados intensivos aumenta a carga de trabalho, e, portanto o estresse e burnout também.

Ao realizar um estudo comparativo entre trabalhadores de saúde de cuidados paliativos *versus* cuidados intensivos em um hospital de Portugal, Pereira et al. (2016) identificou que 27% dos profissionais apresentaram burnout. Comparado aos cuidados paliativos, o trabalho em unidades de terapia intensiva dobrou a probabilidade de exibir burnout ($p=0,006$). O autor destaca que a experimentação de conflitos (seja com pacientes, equipe ou famílias) e a obtenção de pós-graduação foram os determinantes mais significativos como fatores de proteção para o burnout. Além disso, sinaliza a necessidade de promover o empoderamento das equipes frente o gerenciamento de conflitos.

Diante deste contexto diverso, multifacetário e dinâmico que permeia a área da saúde, é indispensável que as instituições prestadoras de cuidado e empregadoras desses trabalhadores, possam conhecer o perfil e as demandas dos mesmos. Dessa forma, ancorada em indicadores, sobretudo, aqueles que dizem respeito aos agravos que possam afetar a qualidade da assistência, e, portanto, a segurança do paciente, é importante que gestores planejem intervenções que visem melhorias na qualidade de vida do trabalhador e das condições do ambiente laboral.

6.4 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS

A consistência interna do SAQ se mostrou excelente (0,909) para medir o constructo da cultura de segurança do paciente. Resultado que vem ao encontro de outras pesquisas que utilizaram o mesmo instrumento e obtiveram valores satisfatórios. Como é o caso do estudo de Carvalho et al. (2015) que obteve valor de consistência interna de 0,72, Golle et al. (2018) com o valor de 0,84, Santiago e Turrini (2015) com 0,85, e Carvalho e Cassiani (2012) com 0,89.

A cultura de segurança do paciente obteve escores semelhantes entre as áreas, semicríticas e críticas, que apontaram a percepção negativa dos trabalhadores de saúde em seus ambientes de trabalho (63,5; $\pm 14,4$ semicríticas; 66,5; $\pm 12,7$ críticas). Os achados desse estudo, vão ao encontro às demais pesquisas realizadas em ambiente hospitalar. Investigação de Salles, Ferreira e Lôbo (2019) avaliou a percepção dos profissionais de enfermagem acerca da cultura de segurança de um hospital de ensino e identificou escore geral do SAQ (\bar{x} 63,0) semelhante ao presente estudo, indicando, portanto, uma cultura de segurança negativa na instituição. Outras pesquisas nacionais também apresentaram médias inferiores ao ponto de corte para cultura positiva (CARVALHO et al. 2015; CARVALHO et al. 2017), assim como,

estudos internacionais (BONDEVIK, et al. 2014; GÖRAS, et al. 2017; KLEMENC-KETIS, et al. 2017; THOMAS; LOMAS, 2018).

Estudo de Santos et al. (2019), ao avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de saúde que trabalham em uma maternidade de risco habitual no estado de Sergipe, obteve escore geral do SAQ de 74,2 pontos. Embora o escore geral do SAQ tenha se mostrado um pouco inferior ao limite aceitável, a avaliação individualizada dos domínios evidenciou uma cultura positiva de segurança do paciente, pois quatro dos seis domínios apresentaram-se com média maior que 75 pontos (clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção do estresse, condições de trabalho).

No presente estudo, apenas o domínio satisfação no trabalho obteve percepção positiva (80,1, $\pm 17,5$ semicríticas; 83,0, $\pm 15,9$ críticas), e, portanto, foi o domínio que apresentou o melhor escore. Resultado que vem ao encontro com demais pesquisas, que também obtiveram escores positivos para o domínio satisfação no trabalho, 76,9 ($\pm 21,1$), 88 ($\pm 13,08$) e 88 ($\pm 13,06$), entre outros (CAUDURO, et al. 2015; GOLLE, et al. 2018; TOSO, et al. 2016).

A avaliação satisfatória, e, portanto, positiva, no domínio satisfação no trabalho, denota o contentamento dos participantes em atuarem em seus respectivos locais de trabalho, destacando que esse resultado foi obtido em áreas semicríticas e críticas. A satisfação com o trabalho é entendida como a somatória de sentimentos favoráveis que os trabalhadores têm em relação ao mesmo, e quanto maior for a satisfação, maior poderá ser o esforço do trabalhador em proporcionar uma assistência qualificada aos usuários (NUNES, et al. 2012).

Morais et al. (2016) buscou identificar os fatores de satisfação no trabalho de trabalhadores de um hospital universitário, por meio de pesquisa descritiva e exploratória. Os resultados indicaram que os fatores de satisfação no trabalho estiveram relacionados com a remuneração, carga horária, trabalho em equipe, reconhecimento pelo trabalho realizado, autonomia e resolubilidade para prestar assistência, cuidar do paciente e o trabalhar em instituição pública. Ao final, os autores destacam que a identificação destes fatores pode contribuir para a sua manutenção ou maximização, com vistas a proporcionar uma melhor qualidade de vida no trabalho e, conseqüentemente da qualidade da assistência ofertada.

Por outro lado, o domínio que obteve escore mais baixo foi o de percepção da gerência do hospital (47,4, $\pm 20,4$ semicríticas; 51,0, $\pm 21,5$ críticas). Estudos nacionais e internacionais também obtiveram escores negativos para a percepção da gerência (MAGALHÃES, et al. 2019; SALLES, et al. 2019; SANTOS, et al. 2019). Para Marinho, Radünz e Barbosa (2014) a percepção crítica direciona para a carência de apoio da gestão quanto à segurança do paciente, expressa a necessidade de ações que favoreçam a qualidade do cuidado. Este achado, indica

que há distanciamento entre trabalhadores de saúde e gestores das instituições, fato que pode dificultar a participação dos trabalhadores nas decisões gerenciais e administrativas, o que resulta em desmotivação no trabalho e repercute no aumento de ocorrências de eventos adversos (RIGOBELLO; CARVALHO; CASSIANI, et al. 2012; SOUZA, et al. 2019).

Para Magalhães et al. (2019), a gerência de uma instituição é a principal responsável por planejar, elaborar e monitorar ações e estratégias da cultura organizacional direcionadas para a promoção da segurança ao paciente, e, por isso, deve ser capaz de sensibilizar os trabalhadores a favor dessas medidas. Além disso, alguns estudos apontam a falta de flexibilidade da gestão como responsável pela cultura punitiva de erros, que por sua vez, é capaz de causar maiores danos, visto que, o caráter punitivo oprime e amedronta os trabalhadores de saúde, e resulta, conseqüentemente, em baixas taxas de notificação de erros (MINUZZI, 2014; NETO, 2017; ROCHA, 2017).

O autor James Reason, responsável por divulgar o relatório *“To Err Is Human: Building a Safer Health System”*, reconhecido como um marco disparador para as discussões acerca do tema segurança do paciente, aponta em sua obra a necessidade da ampliação da visão institucional de forma a contemplar a abordagem sistemática de erros. Segundo Reason, a abordagem sistêmica tem como premissa básica a falibilidade dos seres humanos e, portanto, considera que erros são decorrentes de um processo multifacetário e são esperados mesmo nas organizações de excelência. Nesse sentido, parte-se do pressuposto que é impossível eliminar falhas humanas e técnicas, de forma a considerar que errar é humano, mas que existem mecanismos para evitar o erro (REASON, 1990). Para isso, é necessário informar, organizar e articular alguns mecanismos dentro das instituições, aonde a presença de uma liderança adequada é um aspecto capaz de impulsionar mudanças institucionais com vistas a adoção de práticas seguras (ELIAS, 2016).

Kristensen e colaboradores (2016) realizaram um estudo transversal e retrospectivo que utilizou o SAQ para avaliar a percepção da cultura de segurança do paciente em trabalhadores de saúde líderes em um hospital na região norte da Dinamarca. Por meio de um programa multicomponente, os pesquisadores pretendiam otimizar a liderança individual, melhorar o conhecimento e as habilidades de liderança e gestão da qualidade e, finalmente, levar os líderes e o departamento a um nível mais alto de desempenho. Os resultados apontaram que, após o treinamento, o fortalecimento da liderança atuou como um catalisador significativo tanto para melhorias nas equipes de trabalhadores de saúde com atitudes positivas, quanto para uma cultura de segurança do paciente.

Nesse sentido, para que os hospitais possam alcançar níveis altos de excelência, é necessário que o líder tenha conhecimento, habilidade e competência para facilitar a comunicação entre a equipe de trabalhadores. Mediante sua atuação, um líder deve ser capaz de resolver conflitos, criar motivação, promover desenvolvimento e aperfeiçoamento por meio de ações que visam construir e fortalecer um ambiente seguro e transparente para os pacientes (KRISTENSEN, 2016).

Adiante, os domínios clima de trabalho em equipe, clima de segurança, percepção de estresse e condições de trabalho obtiveram escores intermediários, e, portanto, também apontaram percepção negativa para a cultura de segurança do paciente. Resultado semelhante ao estudo de Magalhães et al. (2019) que obteve escores intermediários para os mesmos domínios do SAQ.

O domínio trabalho em equipe apresentou escore abaixo do considerado adequado (68,8, $\pm 14,4$ semicríticas; 70,4, $\pm 16,2$ críticas). Segundo Amarapatia et al. (2013), Ongun e Intepeler (2017) altas pontuações no trabalho em equipe garantem o estabelecimento de um trabalho em equipe interprofissional eficaz e capaz de apoiar o desenvolvimento de uma cultura de segurança positiva, que, por sua vez, aumentará o nível de atitudes positivas em relação à segurança do paciente.

Quanto aos escores obtidos no domínio clima de segurança (63,5, $\pm 17,7$ semicríticas; 67,0, $\pm 16,1$ críticas) apontam uma baixa consciência de segurança na organização. Para Göras et al. (2017), o clima de segurança do paciente influencia os comportamentos profissionais e os resultados para os pacientes; portanto, um baixo nível de clima de segurança é uma preocupação.

A percepção de estresse, que também obteve valores considerados baixos (71,2, $\pm 23,8$ semicríticas; 69,6, $\pm 25,3$ críticas), indica se o trabalhador consegue reconhecer o quanto os estressores podem influenciar na execução do trabalho. Conforme afirma Souza et al. (2019), o estresse ocupacional pode resultar em consequências negativas para a saúde do trabalhador e para a assistência ofertada aos pacientes sobre seus cuidados. Dessa forma, a identificação de estressores do cotidiano laboral permite estabelecer mecanismos individuais ou coletivos de enfrentamento (SILVA, et al. 2017).

Já, as condições de trabalho (59,6, $\pm 24,6$ semicríticas; 60,6, $\pm 24,9$ críticas) retratam a percepção da qualidade do ambiente de trabalho e incluem carga horária, carga de trabalho e disponibilidade de recursos. Assim, quando o ambiente de trabalho é favorável e a oferta de condições de trabalho é adequada, é possível diminuir as causas de comportamentos inapropriados no desempenho de funções, e, dessa forma, resultar em maior segurança no

cuidado (SOUZA, 2019). Para tanto, é necessário que gestores institucionais compreendam que a promoção de melhores condições de trabalho se relaciona intensamente com a qualificação da assistência e que, ao negligenciar este aspecto, a sua conduta será contraproducente com os princípios da gestão para a qualidade (MALIK, 2010).

Cabe destacar, que a divergência de resultados quanto aos diferentes domínios do SAQ, deve considerar diversos aspectos como: diferenças entre modelos assistenciais e de gestão entre os serviços; diferenças loco regionais, que, por sua vez influenciam no processo de trabalho das equipes de saúde; disparidade de investimentos financeiros entre os serviços de saúde, que, conseqüentemente influencia na organização dessas instituições; dentre outros.

Houve associação entre ser trabalhador das áreas críticas e ter percepção mais positiva em relação ao domínio gerência da unidade ($p=0,041$). Resultado que indica maior aproximação e atuação da gerência da unidade, e, também, do hospital, nas áreas críticas. De acordo com Santiago (2014), as condições de trabalho como supervisão, comunicação, equipamentos, conhecimento e habilidades são fatores importantes na avaliação da percepção da cultura de segurança do paciente. Somado a isso, existem as características dos trabalhadores e dos pacientes, que por sua vez, também são determinantes da variabilidade da prática clínica. Sendo assim, trabalhadores de saúde de áreas críticas tendem a possuir mais controle sobre essas condições, já que atuam sob realidades mais rígidas e com alta vigilância, tendo em vista a complexidade de prática clínica desses ambientes.

Além disso, os achados revelaram que as áreas críticas obtiveram avaliações ligeiramente mais positivas em todos os domínios do SAQ quando comparadas às áreas semicríticas. Esse resultado denota que os trabalhadores de saúde das áreas críticas percebem e avaliam melhor a cultura de segurança do paciente em seus ambientes laborais. Contudo, não houve significância estatística para nenhum domínio. Como já mencionado anteriormente no capítulo do referencial teórico, há uma tendência global de escores positivos para o SAQ quando aplicado nessas áreas. Logo, é possível inferir que esse resultado está diretamente ligado as características diferenciadas do processo de trabalho das áreas críticas. Apesar disso, como não houve diferença estatisticamente significativa quanto a percepção da cultura de segurança entre às áreas, a segunda e terceira hipóteses desta investigação também foram refutadas.

Cabe destacar, que apesar da avaliação negativa da cultura de segurança do paciente obtida neste estudo, desde a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) instituído em 2014, a instituição pesquisada investiu em diversas medidas para fortalecer a cultura de segurança. Visto que, desde então, os serviços vinculados à gestão e promoção da segurança

do paciente têm se empenhado na organização de diversas ações, tais como: implantação de software de Gestão de Riscos e Segurança do paciente (VIGIHOSP); construção de um mapa de incidentes por meio do levantamento de indicadores das unidades; elaboração do Plano de Segurança do Paciente; implantação do Programa de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente; realização de capacitações, Semana Integrada de Segurança do Paciente, oficinas “Promovendo o Cuidado Seguro” e o “Cuidado seguro no preparo e administração de medicamentos”; campanhas de sensibilização quanto à correta higiene de mãos, uso racional do telefone celular e não uso de adornos nas dependências da instituição; ações de educação em saúde realizadas para pacientes e familiares à beira leito; projeto “Pacientes e Familiares Parceiros do Cuidado”; participações no SIG Sentinela; envio de notificações à ANVISA; confecção de relatórios; sensibilização do Centro de Ciências da Saúde (CCS) para a implantação da disciplina sobre segurança do paciente; implantação de protocolos de segurança do paciente (Identificação do Paciente; Segurança na Prescrição; Uso e Administração de Medicamentos; Cirurgia Segura; Higienização de Mãos; Prevenção de Quedas; Prevenção de Lesões por Pressão; Manual de Diluição de Medicamentos Injetáveis; Comunicação Efetiva - fase de elaboração); fortalecimento da cultura de segurança na instituição por meio de promoção de cultura justa; e, utilização da Análise de Causa Raiz (ACR) junto das equipes envolvidas em incidentes graves (RELATÓRIO DE GESTÃO DA UNIDADE DE GESTÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS – 2014/2018, 2018).

Os dados acima indicam que o NSP e a gestão da instituição têm atuado fortemente no tocante da educação permanente junto dos trabalhadores, bem como, na adequação de materiais e equipamentos, melhoria nas estruturas físicas, adequação do quadro funcional e aproximação da gestão com os trabalhadores a fim de tornar o cuidado mais seguro. Contudo, nota-se que mesmo diante dos estímulos e promoção de um ambiente seguro que vem sendo exercitados desde 2014, os trabalhadores de saúde da instituição estudada apresentaram percepção negativa da cultura de segurança do paciente. Entretanto, sabe-se que este é um processo de qualificação à longo prazo, e, dessa forma, melhores resultados poderão ser apontados posteriormente.

Conforme afirma Mendes (2014), o foco na segurança do paciente, assim como na melhoria do cuidado em saúde, requer visão sistêmica, na intenção de compreender que os setores/áreas de uma organização em uma rede precisam estar integradas e interagir adequada e oportunamente a fim de que sejam obtidos melhores resultados. Visto que, momentos críticos à segurança do paciente ocorrem justamente a partir da baixa integração das partes e interações mal estabelecidas. Portanto, para o fortalecimento do caminho já trilhado e daquele

planejado a percorrer na intuição, faz-se necessário a sinergia e comprometimento de todos os segmentos envolvidos, a fim de somar esforços e solidificar as ações em prol a segurança do paciente.

6.5 ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS DE INTERESSE

De forma geral, as correlações apontaram que os resultados de alguns domínios são proporcionais ou inversamente proporcionais entre si. Ou seja, domínios do SAQ que receberam avaliações negativas (clima de trabalho em equipe, clima de segurança, percepção do estresse, gerência da unidade e do hospital, condições de trabalho), se correlacionaram com altos níveis de desgaste emocional, despersonalização (IMB) e demanda psicológica (JSS). Da mesma forma, alta realização profissional (IMB), alto controle sobre o trabalho e baixa demanda psicológica (JSS) se correlacionaram com melhores avaliações dos domínios do SAQ.

Para Maslach, Schaufeli e Leite (2001), o desgaste emocional e a despersonalização dificultam o desempenho dos trabalhadores, uma vez que o mesmo se sente exausto e sem afinidade com o ambiente laboral. Somado à altas demandas psicológicas, que segundo Karasek Theörell (1990) levam o trabalhador a sofrer com pressão cotidiana, visto que há desproporção no tempo disponível para a realização das atividades que o ambiente laboral demanda, ocasionam desequilíbrio e alteram o nível de concentração do trabalhador, e, conseqüentemente desestabilizam a rotina de atividades do trabalho. Essa combinação de fatores pode ser corresponsável pela avaliação negativa da cultura de segurança do paciente.

Trabalhadores que se encontram nas condições mencionadas acima tendem a ter dificuldades nas relações interpessoais, visto que o trabalho em saúde é influenciado e comandado pelas relações entre as pessoas, que exige coesão e participação colaborativa. A falta de colaboração entre a equipe pode produzir irritabilidade, gerar conflitos e dificuldades também com gestores, pacientes e seus familiares, o que conseqüentemente, também afeta o clima de segurança (OLIVEIRA, et al. 2015; SILVA, et al. 2015). Da mesma forma, a percepção do estresse que diz respeito ao quanto o profissional consegue perceber que a carga de estresse favorece situações de risco para segurança do paciente, também se mostrou afetada pelos elevados níveis de desgaste emocional, despersonalização e demanda psicológica. Fato que se revela preocupante, pois na medida em que o profissional é incapaz

de perceber a influência do estresse sobre as suas ações, pode subestimar ou superestimar os resultados que essa combinação é capaz de produzir (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

A percepção negativa da gerência da unidade e do hospital, que também se mostrou afetada entre os profissionais de ambas às áreas, é definida por Carvalho et al. (2015) como um distanciamento entre trabalhadores e superiores hierárquicos, fato que dificulta o diálogo no que se refere a segurança do paciente. Entretanto, cabe destacar que esse resultado pode variar de acordo com o modelo de gestão adotado na instituição (CARVALHO, et al. 2015; PATTERSON, et al. 2010).

De acordo com Raftopoulos et al. (2011), um modelo de gestão que inclui gestores engajados é primordial para o bom desenvolvimento da cultura de segurança de uma instituição, pois impulsiona a qualificação da cultura ao projetar estratégias que orientam os processos de trabalho de forma positiva. Logo, é possível afirmar que uma liderança adequada é um dos facilitadores mais significativos para estabelecer e promover uma cultura de segurança.

A qualificação da assistência perpassa por diversos segmentos dentro da instituição hospitalar e seu sucesso depende do trabalho conjunto da gestão e trabalhadores que prestam assistência direta ao paciente. Por isso, estreitar os vínculos entre esses segmentos é essencial para fortalecer a cultura de segurança do paciente. Da mesma forma com que a gestão espera desempenho adequado dos trabalhadores de saúde, estes esperam compreensão e apoio da gerência. Quando se trata da segurança do paciente, essa via de mão dupla deve ser pautada sobre os preceitos da cultura justa, onde cria-se um ambiente de confiança e colaboração mútua, de modo a esclarecer uma linha entre os comportamentos aceitáveis e os comportamentos inadequados. Segundo Reason, trabalhar sob a perspectiva da cultura justa não significa banir a punição, mas sim, contextualizar o erro e considerar o limite sobre a linha, e, a partir disso estabelecer as medidas necessárias, sejam ações para corrigir falhas no sistema, ou, a punição justa frente a negligência (*AGENCY OF HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY*, 2017).

Os resultados também indicaram que ter alto controle sobre o trabalho e baixa demanda psicológica levou a maior satisfação no trabalho. Fato que pode estar atrelado à capacidade de resolver as questões do cotidiano de trabalho de forma efetiva. Para Mattos et al. (2017) experiências laborais que permitem ao trabalhador o pleno uso das suas habilidades, a expressão da sua criatividade e o significativo controle sobre o seu trabalho são propulsoras de realização, prazer, saúde e satisfação. Quanto mais favoráveis forem os sentimentos que os

trabalhadores tem em relação ao trabalho, maior poderá ser o seu esforço em proporcionar uma assistência qualificada ao paciente e seus familiares (MORAIS, et al. 2016).

Em estudo realizado com 2.532 trabalhadores de saúde da Bahia, a maioria dos trabalhadores se encontrava em alta exigência (45,5%) e estavam insatisfeitos com o trabalho (35,7%) (MATTOS, et al. 2017). Essa situação pode acarretar a ocorrência de transtornos mentais e outros eventos relacionados à saúde, visto que, estudos longitudinais mostram que altos níveis de demanda psicológica e baixo controle sobre o trabalho são fatores preditivos de transtornos mentais (SOLOVIEVA, et al. 2014).

Por conseguinte, nas associações bivariadas foram encontradas diversas associações significativas entre as variáveis de interesse. Contudo, quando colocadas no modelo de análise multivariada a fim de neutralizar possíveis fatores de confundimento, apenas as seguintes variáveis permanecerem de fato significativas frente à avaliação negativa da cultura de segurança do paciente, a saber: estar em alta exigência no trabalho, presença de burnout, ter idade maior que 43 anos, possuir companheiros, ter pós-graduação, e não saber se quer deixar o emprego.

Os autores Karasek e Theorell (1990) explicam que estar em alta exigência no trabalho é considerado altamente desgastante e pode levar o trabalhador a adoecer. A combinação de alta demanda psicológica com o baixo controle sobre o trabalho, faz com que o trabalhador não interaja de forma adequada com o ambiente laboral, portanto, esse trabalhador estará mais propenso a avaliar negativamente os aspectos que permeiam seu ambiente laboral na medida em que não os consegue controlar.

Nesse ínterim, há diversos aspectos que favorecem para que os trabalhadores de saúde do ambiente hospitalar se encontrem em alta exigência, a exemplo das altas cargas de trabalho, dimensionamento inadequado de pessoal, materiais e insumos insuficientes e de má qualidade, dificuldades de comunicação efetiva, problemas hierárquicos, entre outros. Aspectos esses que se traduzem em falhas sistêmicas, que, quando alinhadas ocasionam o erro e põem em risco a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde.

Corroborando tais problemas, o fator tempo. Conforme afirma Magnago (2008), em uma situação de alta exigência mesmo que o trabalhador se esforce para realizar as atividades de forma rápida, pode não o fazer dentro do tempo esperado e requerido pelas necessidades dos pacientes e familiares. Haja vista, que a pressão exercida sobre o trabalhador não acontece tão só pelas altas demandas, mas, além disso, pela agilidade que o cuidar a favor da vida demanda.

Outra variável associada à cultura negativa de segurança do paciente foi a presença de burnout. Trabalhadores em burnout, encontram-se em estado de exaustão frente ao ambiente laboral, e por isso manifestam sentimentos ruins relacionados ao trabalho. Nesses casos, os trabalhadores tendem a sentir perda de energia, falta de motivação, atitudes negativas em relação aos outros, desejo de evitar colegas, doença física, sofrimento emocional, rotatividade no local de trabalho, absenteísmo, desempenho insatisfatório no trabalho e atitudes negativas (BRAGARD; DUPUIS; FLEET, 2015; MASLACH; LEITER, 2008; SCHOOLEY, et al. 2016). Dessa forma, quando o trabalho não está imbuído de motivação, satisfação e outros sentimentos que motivem o trabalhador ao seu melhor desempenho, a segurança do paciente também se encontra em alerta.

Em consonância com os achados deste estudo, Hall e colaboradores (2016) desenvolveram uma revisão sistemática que analisou 46 estudos, a fim de determinar se existe associação entre o bem-estar dos profissionais de saúde, o burnout e a segurança do paciente. Entre o corpus da revisão, 21 dos 30 estudos que mediram burnout, encontraram associação significativa entre burnout e segurança do paciente, enquanto outros quatro estudos encontraram associação entre um ou mais domínios das subescalas empregadas para mensurar o burnout e a segurança do paciente. O estudo concluiu que a presença de burnout está associada a fragilidades na segurança do paciente, e, aponta a necessidade de as instituições de saúde considerarem a melhoria da saúde mental dos trabalhadores como fator crucial para o fortalecimento da segurança do paciente.

Da mesma forma, ter idade superior a 43 anos também se revelou como um fator que elevou em 22% as chances de avaliar negativamente a cultura de segurança do paciente. Achado que converge com outros estudos que também encontraram a mesma associação ao investigarem cultura de segurança do paciente em trabalhadores de saúde do ambiente hospitalar (MUNHOZ, 2018).

Almeida et al. (2016) afirma que a idade frequentemente vem acompanhada de maior tempo de experiência profissional, bem como, de atuação em determinada instituição ou unidade. Fato que pode levar a percepções distintas da realidade quando comparado aos trabalhadores mais novos, uma vez que a experiência vivenciada ao longo da vida pode tornar o trabalhador mais reflexivo e crítico frente as condições do ambiente laboral. Estudo de Tomazoni et al. (2014) realizado com 141 trabalhadores de saúde de quatro Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de Florianópolis, evidenciou que profissionais mais velhos e com maior tempo de trabalho, optaram por menos respostas positivas em relação à cultura de segurança.

O fato de ter companheiro ter evidenciado associação com à cultura de segurança negativa pode estar atrelado ao desempenho dos diversos papéis sociais da mulher, que foi predominante no estudo. As atividades da vida doméstica, familiar e social conciliadas ao trabalho podem representar estressores, repercutindo na avaliação negativa da cultura de segurança do paciente. Além disso, como o predomínio do serviço noturno ou misto foi presente nessa investigação, é possível que essa condição dificulte administrar atividades do mundo do trabalho com a vida pessoal e social.

Neste estudo, ter pós-graduação também foi um fator associado à cultura de segurança negativa. Ligação que pode ser realizada na medida em que se espera que profissionais que realizam pós-graduação são mais estimulados a exercitarem o pensamento crítico e reflexivo, e, portanto, apresentam melhores condições para avaliar o ambiente de trabalho de acordo com perspectivas realistas. Segundo Falkenberg et al. (2014) a pós-graduação enquanto oportunidade de educação permanente, estrutura-se a partir das necessidades do processo de trabalho e o processo crítico como inclusivo ao trabalho. Ou seja, ambas se fortalecem em um processo contínuo de coexistência, visto que são capazes de qualificar uma a outra.

Por fim, a indecisão quanto a deixar o emprego também obteve associação significativa com a avaliação negativa da cultura de segurança do paciente. Essa indecisão pode estar ligada ao desencontro entre a trajetória ocupacional e as expectativas de realização profissional. Embora, evidências apontam que as dificuldades e incertezas experimentadas no início da vida profissional se atenuam, mas não desaparecem completamente (VIEIRA, et al. 2017). Sendo assim, cabe inferir que trabalhadores indecisos quanto à sua atuação profissional, tendem a estarem insatisfeitos ou frustrados com a mesma. Fato que os leva a avaliar negativamente os aspectos ligados ao ambiente de trabalho no qual estão inseridos.

7 CONCLUSÕES

Este estudo analisou a relação entre as características biossociais e laborais de trabalhadores de saúde de áreas semicríticas e críticas do ambiente hospitalar, com o estresse ocupacional, o burnout e a cultura de segurança do paciente.

Os resultados permitiram elaborar as seguintes conclusões:

7.1 CARACTERÍSTICAS BIOSSOCIAIS E LABORAIS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DE ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS NO AMBIENTE HOSPITALAR

- ✓ Participaram do estudo 393 trabalhadores de saúde. Destes, 229 (58,3%) atuam nas áreas críticas e 164 (41,7%) nas áreas semicríticas;
- ✓ Nas áreas semicríticas, a maioria dos trabalhadores é do sexo feminino (N=142; 86,6%), com média de idade de 43,1 anos (\pm 8,3), possui companheiro (N=41; 25,5%) e filhos (N=52; 31,7%);
- ✓ Nas áreas críticas, prevaleceram trabalhadores do sexo feminino (N=172; 75,1%), com média de idade de 43,4 anos (\pm 8,4), com companheiro (N=51; 22,5%) e filhos (N=150; 65,8%);
- ✓ Quanto ao setor de trabalho, nas áreas semicríticas o maior quantitativo está alocado na Internação da Unidade de Cirurgia Geral (N=51; 13%), enquanto o menor quantitativo está na Clínica Médica II (N=25; 6,4%);
- ✓ Entre as áreas críticas, a maior concentração de trabalhadores participantes está na área de Cirurgia Geral (N=88; 22,4%) e a menor concentração na Unidade de Tratamento Intensivo Cardiovascular (N= 17; 4,2%).
- ✓ Entre os participantes das áreas semicríticas houve predomínio de Técnicos de Enfermagem (N=82; 50%), com vínculo empregatício celetista (N=92; 56,4%), atuantes no noturno (N=60; 36,6%) e com pós-graduação (N= 72; 43,9%). A maioria afirmou não possuir outro vínculo empregatício (n=144; 98,8%), estar satisfeitos com o seu trabalho (N=149; 90,9%) e não possuir intenção de deixá-lo (N= 128; 79,5%);
- ✓ Entre os participantes das áreas críticas, a predominância também foi de Técnicos de Enfermagem (N=99; 43,2%) com vínculo empregatício celetista (N=129; 56,3%), atuantes nos turnos de trabalho noturno e misto (N=73; 31,9%) e com pós-graduação (N= 128; 55,9%). A maioria dos trabalhadores afirmou não possuir outro vínculo empregatício

(N=184; 80,3%), estarem satisfeitos com o atual trabalho (N=218; 95,6%) e sem intenção de deixá-lo (N=182; 80,5%);

- ✓ Em ambas as áreas, semicríticas e críticas, houve igualdade para a mediana de número de filhos (2,0), tempo de trabalho no setor (3,5 anos), carga horária semanal (36,0 horas) e número de dias sem folga (2,0);
- ✓ Quanto ao tempo de formação no cargo atuante, as áreas críticas obtiveram a maior mediana (12,1 anos), bem como, para o tempo de trabalho na instituição (3,7 anos).

7.2 CONFIABILIDADE DOS INSTRUMENTOS DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE, ESTRESSE OCUPACIONAL E BURNOUT

- ✓ A consistência interna do SAQ se mostrou excelente (0,909);
- ✓ O instrumento IMB apresentou consistência interna geral adequada, mas com algumas carências (0,669);
- ✓ Para a escala JSS, o presente estudo obteve valor considerado abaixo do indicado como adequado (0,587). Entretanto, estudos apontam que seu coeficiente de consistência interna tem se apresentado relativamente baixo com frequência;

7.3 ESTRESSE OCUPACIONAL EM TRABALHADORES DE SAÚDE DE ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS NO AMBIENTE HOSPITALAR

- ✓ Nas áreas semicríticas, o maior percentual de trabalhadores se encontra com alta demanda psicológica (56,1%) e alto controle sobre o trabalho (50,6%);
- ✓ Nas áreas críticas, os trabalhadores apresentaram resultados semelhantes, ao indicar que a maior parte se encontra com alta demanda psicológica (55,0%) e alto controle sobre o trabalho (62,4%);
- ✓ Houve associação significativa entre atuar na unidade crítica e ter alto controle ($p=0,019$);
- ✓ Nas áreas semicríticas houve prevalência de trabalhadores em alta exigência (N=47; 28,7%);
- ✓ Nas áreas críticas, a maioria dos trabalhadores se encontra no quadrante de trabalho ativo (N=75; 32,8%);
- ✓ O quadrante da baixa exigência, considerado o ideal pelo MD-C, foi o terceiro mais prevalente entre trabalhadores das áreas semicríticas (N=38; 23,2%) e o segundo mais prevalente entre trabalhadores das áreas críticas (N=68; 29,7%).

7.4 BURNOUT EM TRABALHADORES DE SAÚDE DE ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS NO AMBIENTE HOSPITALAR

- ✓ Nas áreas semicríticas, prevaleceram os trabalhadores de saúde com médio desgaste emocional (N=57; 34,8%), média despersonalização (N=64; 39,0%) e baixa realização profissional (N=68; 41,5%);
- ✓ Nas áreas críticas, a maioria dos trabalhadores apresentou baixo desgaste emocional (N=81; 35,4), média despersonalização (N=92; 40,2%) e baixa realização profissional (N=78; 32,3%);
- ✓ A prevalência de burnout entre os trabalhadores das áreas semicríticas foi de 13,4% (N=22) e nas áreas críticas 8,3% (N=19);
- ✓ A síndrome se revelou presente em 41 (10,4%) dos participantes (N=393);

7.5 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS

- ✓ A análise do SAQ apontou que os trabalhadores de saúde das áreas semicríticas têm uma percepção negativa da cultura de segurança do paciente (\bar{x} 63,5; \pm 14,4);
- ✓ Da mesma forma, os trabalhadores de saúde das áreas críticas também apresentaram uma percepção negativa sobre a cultura de segurança do paciente (\bar{x} 66,5; \pm 12,7);
- ✓ Apenas o domínio satisfação no trabalho obteve percepção positiva em ambas as áreas, com média e 80,1 (\pm 17,5) para áreas semicríticas e média de 83,0 (\pm 15,9) para áreas críticas;
- ✓ Houve associação entre ser trabalhador das áreas críticas e ter percepção mais positiva em relação ao domínio gerência da unidade ($p=0,041$);
- ✓ De forma geral, as áreas críticas obtiveram avaliações mais positivas em todos os domínios do SAQ quando comparadas as áreas semicríticas. Contudo, não houve significância estatística para nenhum domínio;

7.6 ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS DE INTERESSE

As associações bivariadas e correlações levaram as seguintes conclusões:

- ✓ Para trabalhadores das áreas semicríticas, houve associação entre percepção negativa da segurança do paciente e não estar satisfeito com o trabalho no setor ($p=0,040$);
- ✓ Para trabalhadores das áreas críticas, houve associação entre percepção negativa da cultura de segurança do paciente e não ter filhos ($p=0,017$), percepção negativa da cultura de segurança do paciente e possuir pós-graduação ($p=0,023$), e percepção negativa da cultura de segurança do paciente e não saber/não ter pensado em deixar o trabalho ($p=0,018$);
- ✓ Nas áreas semicríticas, houve correlação positiva entre idade e tempo de trabalho na atual instituição com a percepção da cultura de segurança do paciente;
- ✓ Nas áreas críticas, houve correlação positiva para a idade e tempo de formação no atual cargo com a percepção da cultura de segurança do paciente;
- ✓ Para trabalhadores das áreas semicríticas, houve correlação positiva entre: idade e os domínios de clima de trabalho em equipe ($p=0,016$), clima de segurança ($p=0,006$), satisfação no trabalho ($p=0,010$), gerência da unidade ($p=0,000$) e do hospital ($p=0,003$) e condições de trabalho ($p=0,021$); ter filhos e os domínios de percepção do estresse ($p=0,002$) e gerência da unidade ($p=0,005$); maior tempo de formação no cargo em que atua e clima de segurança ($p=0,050$); maior tempo de trabalho na instituição e gerência da unidade ($p=0,000$) e do hospital ($p=0,020$); maior tempo de trabalho no setor e percepção do estresse ($p=0,040$) e gerência da unidade ($p=0,000$); e, maior número de dias sem folga e percepção do estresse ($p=0,017$);
- ✓ Para trabalhadores das áreas críticas, foram encontradas as seguintes correlações: idade e clima de segurança ($p=0,009$), gerência da unidade ($p=0,000$) e do hospital ($p=0,027$) e condições de trabalho ($p=0,021$); ter filhos e clima e segurança ($p=0,004$), satisfação no trabalho ($p=0,006$), gerência da unidade ($p=0,005$) e do hospital ($p=0,019$); tempo de atuação na instituição e domínio gerência da unidade ($p=0,001$); e tempo de atuação no setor gerência da unidade ($p=0,010$). Houve correlação negativa entre tempo de formação no cargo em que atua e clima de trabalho em equipe ($p=0,028$);
- ✓ Houve associação significativa estar em alta exigência e ter percepção negativa sobre a cultura de segurança do paciente entre os trabalhadores de saúde das áreas semicríticas ($p=0,006$);
- ✓ Para trabalhadores das áreas semicríticas, houve associação entre ter percepção negativa sobre a cultura de segurança do paciente e ter alta demanda psicológica ($p=0,017$) e baixo controle sobre o trabalho ($p=0,039$);

- ✓ Para trabalhadores das áreas semicríticas, houve associação significativa entre ter percepção positiva sobre o domínio satisfação no trabalho e estar em trabalho passivo ($p=0,012$); ter percepção negativa sobre o domínio gerência da unidade e estar em alta exigência ($p=0,007$); ter percepção negativa sobre o domínio gerência do hospital e estar em trabalho passivo; e, ter percepção negativa para o domínio condições do trabalho e estar em trabalho ativo ($p=0,001$);
- ✓ Para os trabalhadores das áreas críticas, houve associação significativa entre ter percepção negativa sobre o clima de trabalho em equipe e estar em alta exigência ($p=0,001$);
- ✓ Para trabalhadores de área semicrítica, houve associação significativa entre ter percepção negativa para cultura de segurança do paciente e ter alto desgaste emocional ($p=0,005$), ter percepção negativa para cultura de segurança do paciente e ter alta despersonalização ($p=0,011$), e ter percepção negativa para cultura de segurança do paciente e ter baixa realização profissional ($p=0,015$);
- ✓ Para os trabalhadores das áreas críticas, houve associação significativa entre ter percepção negativa para a segurança do paciente e ter alto desgaste emocional ($p=0,007$);
- ✓ Nas áreas semicríticas, houve correlação baixa e negativa entre desgaste emocional, despersonalização e demanda psicológica com a percepção da cultura de segurança do paciente. Para as variáveis realização profissional e controle sobre o trabalho houve correlação baixa e positiva com a percepção da cultura de segurança do paciente;
- ✓ Nas áreas críticas, houve correlação baixa e negativa entre desgaste emocional e percepção da cultura de segurança do paciente. Para as variáveis realização profissional e controle sobre o trabalho houve correlação baixa e positiva com a percepção da cultura de segurança do paciente.

A análise multivariada apontou que:

- ✓ Estar em alta exigência no trabalho elevou em 29% a prevalência de avaliar negativamente a cultura de segurança. Da mesma forma, a presença de burnout elevou em 21%, idade superior a 43 anos em 22%, ter companheiro em 19%, possuir pós-graduação em 21%, e, estar indeciso quanto a deixar o emprego elevou as chances em 19%.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao entrelaçar os referenciais acerca da cultura de segurança e saúde do trabalhador hospitalar, percebe-se que ao longo dos anos houve avanços na elucidação da relação entre esses fenômenos. Pesquisadores tem se debruçado a entender de que forma os agravos à saúde dos trabalhadores afetam a qualidade dos serviços de saúde, uma vez que, há uma tendência mundial e emergente em tonar o cuidado mais seguro. No entanto, como apresentado na introdução deste estudo, existem lacunas importantes a serem preenchidas para compreender de que forma as instituições hospitalares podem atuar sobre os fatores que interferem no avanço desse processo.

Com vistas a esclarecer as inquietações iniciais deste estudo, que por sinal vão ao encontro das lacunas evidenciadas durante a construção dessa proposta, trabalhou-se sob a perspectiva de testar as hipóteses inicialmente estruturadas. Ao findar-se a investigação é possível inferir que as três hipóteses foram refutadas, visto que os achados revelaram que os trabalhadores de saúde das áreas semicríticas são os que se encontram em situação mais prejudicial quanto ao estresse ocupacional (28,7% em alta exigência) quando comparados aos trabalhadores das áreas críticas (32,8% em trabalho ativo). Da mesma forma, a prevalência de burnout também foi mais elevada entre trabalhadores das áreas semicríticas (13,4%). Contudo não houve diferença estatisticamente significativa quando comparada a prevalência de burnout entre trabalhadores das áreas críticas (8,3%). Além disso, os achados apontaram que não há diferença estatisticamente significativa entre a cultura de segurança do paciente em áreas semicríticas e críticas no ambiente hospitalar.

Embora seja de conhecimento que o ambiente das áreas críticas comumente é considerado potencial para o desenvolvimento de agravos à saúde dos trabalhadores, neste estudo, evidenciou-se situações menos favoráveis aos trabalhadores das áreas semicríticas. Os achados indicam que trabalhadores de saúde das áreas semicríticas se encontram em situação de maior estresse, pois suas atividades são exercidas sob alta demanda psicológica e baixo controle sobre o trabalho. Essa situação, quando cronificada, pode acarretar o desenvolvimento de diversos agravos, a exemplo do burnout que obteve maior prevalência nesses trabalhadores. Esses resultados nos levam a refletir se o trabalhador adoecido tem buscando auxílio no enfrentamento dos estressores do seu cotidiano laboral, além disso, instiga a pensar sobre como a instituição tem atuado sob esse aspecto, tendo em vista que se trata de uma situação que pode afetar a cultura de segurança institucional.

Além disso, mesmo que não se tenha apontado diferença significativa entre a percepção da cultura de segurança entre às áreas, é possível observar que de forma geral os trabalhadores de saúde das áreas críticas avaliam mais positivamente os domínios do SAQ quando comparados aos trabalhadores das áreas semicríticas. Esse achado denota que possivelmente trabalhadores de saúde de áreas críticas desenvolvem suas atividades laborais sobre melhores condições de trabalho, a exemplo da garantia de atuação das equipes multiprofissionais em tempo integral, avanços tecnológicos capazes de auxiliar e facilitar o processo de trabalho, provisão de materiais e insumos de forma a garantir a assistência adequada, dimensionamento de pessoal mais próximo do ideal, ocupação dos leitos de acordo com a capacidade do ambiente, gerência da unidade mais próxima à equipe, maior rigor quanto ao seguimento de protocolos assistenciais, entre outras condições que favorecem o desenvolvimento das ações desses trabalhadores. Tais aspectos podem ser elencados como responsáveis pelo fato desses trabalhadores avaliarem o ambiente a partir de uma percepção mais positiva, mesmo que ainda não esteja de acordo com o ideal.

O presente estudo contribui para a construção do conhecimento em saúde, e, especialmente na enfermagem, na medida em que revela seu carácter de ineditismo ao elucidar questões comparativas entre trabalhadores de saúde de áreas semicríticas e críticas quanto ao estresse, burnout e cultura de segurança do paciente. Dessa forma, ancorada em referências teóricas e nos achados deste estudo, é possível reforçar a ideia de que a atenção aos diferentes ambientes de trabalho deve se dar de forma distinta, a considerar as singularidades dos trabalhadores que ali se encontram e, sobretudo, sobre as diferenças evidenciadas no processo de trabalho de cada espaço.

Dessa forma, é pertinente dizer que a gestão das organizações deve atentar a estes resultados quando se trata de planejar ações para a prevenção de agravos e a promoção da saúde dos trabalhadores, bem como, para o fortalecimento da cultura de segurança nesses ambientes. Pois, conforme observado, apesar dos trabalhadores de saúde das áreas semicríticas e críticas possuírem um perfil biossocial e laboral semelhante, foram encontradas diferenças importantes entre a situação de estresse e a prevalência de burnout nesses ambientes.

Outro aspecto a ser considerado, é que mesmo diante da percepção negativa da cultura de segurança do paciente, os trabalhadores de ambas as áreas se mostraram satisfeitos com o seu trabalho e sem intenção de deixá-lo. Esse achado indica uma situação favorável a ser explorada pela gestão, visto que, mesmo diante das dificuldades que permeiam o cotidiano laboral, os trabalhadores sentem apreço pelo labor e sob esta condição, acredita-se que

movimentos capazes de produzir melhorias sejam vistos como uma possibilidade de qualificar o processo de trabalho e, ainda, de tornar o ambiente laboral mais saudável. A exemplo disso, citam-se as ações de educação permanente, implantação de protocolos, inclusão de novos equipamentos e materiais, entre outros elementos que já estão sendo inseridos no plano de atividades da instituição, mas, que necessitam de mais tempo para que seus impactos sejam observados de forma clara nos indicadores.

Ainda, espera-se que os achados desta investigação possam contribuir com o ensino na área da saúde, especialmente na formação de enfermeiros. Haja vista, a oportunidade de direcionar a abordagem educativa, bem como estimular os acadêmicos a atuar em ações de promoção à saúde dos trabalhadores. Além disso, ao abordar a abrangência dos agravos à saúde do trabalhador hospitalar desde a formação, há a possibilidade de atuar no preparo psicológico e estímulo a adoção de estratégias para o enfrentamento dos estressores do cotidiano acadêmico e profissional. Dessa forma, é possível melhorar a qualidade de vida desses acadêmicos, mesmo antes de sua formação e inserção no mercado de trabalho, a fim de torná-los futuros trabalhadores mais saudáveis.

Cabe destacar, que a presente investigação apresenta algumas limitações. A título de exemplo, pode-se citar a escolha por não incluir todas às áreas semicríticas e críticas da instituição pesquisada, visto que, optou-se por incluir apenas as áreas que pudessem ser equivalentes, como já descrito anteriormente na metodologia do estudo. Além disso, destaca-se que a adesão da população ao estudo poderia ter sido melhor, tendo em vista que a pesquisa se tratava de um censo. Ainda, durante a coleta de dados observou-se que os participantes demonstraram cansaço, fato que pode ser atribuído a extensão do bloco de instrumentos aplicados. Por conseguinte, houve dificuldade na discussão dos achados referentes às áreas semicríticas, pois a maior parte dos estudos publicados se restringe às áreas críticas, o que dificultou a comparação de alguns resultados. O mesmo aconteceu no que tange a discussão de dados de trabalhadores de saúde no geral, a saber que grande parte das pesquisas é direcionada especificamente à equipe de enfermagem.

Frente aos avanços realizados a partir deste estudo, sugere-se que outras pesquisas possam explorar a relação de outros agravos à saúde do trabalhador com a cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar, bem como, explorar a elucidação de fatores que diferenciam o processo de trabalho em áreas semicríticas e críticas. Além disso, espera-se que em estudos futuros possam ser trabalhadas intervenções para modificar/qualificar o diagnóstico aqui levantado, pois salienta-se que associar os indicadores encontrados ao planejamento das ações de fortalecimento da segurança do paciente, significa direcionar as

demandas de modo a considerar a realidade dos trabalhadores e firmar o compromisso social da universidade pública para com a melhoria da realidade social, que aqui se traduz no desafio de contribuir para a qualidade de vida dos trabalhadores, pacientes e familiares.

REFERÊNCIAS

ABARGHOUEI, /M. R. et al. A study of job stress and burnout and related factors in the hospital personnel of Iran. **Electron Physician**. v. 8, n. 7, p. 2625–2632, 2016.

ABREU, A. et al. Burnout syndrome among internship medical students. **Medical Education**, v. 45, p. 1131-1162, 2011.

AGENCY OF HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Patient Safety Network Glossary. Improving patient safety by practicing in a just culture**. Duffy W. AORN J. v. 106, p. 66-68, 2017. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/31178/improving-patient-safety-by-practicing-in-a-just-culture> Acesso em: 01 jun. 2019.

ALMEIDA, L. A. et al. Fatores geradores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde. **Cuidado é Fund**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 4623-4628, 2016.

ALVES, M. G. M. et al. Versão resumida da “Job Stress Scale” adaptação para o português. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 164-71, 2004a.

ALVES, M. G. M. **Pressão no trabalho: estresse ocupacional no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no estudo pró-saúde**. 259f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004b.

AMARAPATHY, M. et al. Factors Affecting Patient Safety Culture in a Tertiary Care Hospital in Sri Lanka. **Int J Sci Technol Res**, v. 2, n. 3, p. 173–180, 2013.

ANDOLHE, R.; GUIDO, L. A.; BIANCHI, E. R. F. Stress e coping no período perioperatório de câncer de mama. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 43, n. 3, p. 711-20, 2009.

ANDOLHE, R. et al. Estresse ocupacional, coping e burnout da Equipe de Enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: fatores associados*. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, p. 58-64, 2015.

ANDOLHE, R. **Segurança do Paciente em Unidade de Terapia Intensiva: estresse ocupacional, coping e burnout da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos e incidentes**. 244 p. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

APTEL, M. O; CNOCKAERT, J. M. Stress and work related músculos keletal disorders of the upper extremities. **Tutb newsletter**, France, n.19-20, p.50-6, 2002.

ARAÚJO, T. M. **Trabalho e distúrbios psíquicos em mulheres trabalhadoras de enfermagem**. 210f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 1999.

ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda- Controle. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.4,2003.

ASHTARI, Z., FARHADY, Y.; KHODAEI, M. R. Relação entre o desgaste do trabalho e o desempenho no trabalho em uma amostra da equipe de saúde mental iraniana. **Afrissiquiatria**, v. 12, n. 6, p. 71–74, 2009.

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**, Florianópolis, v. 26, n. 1, e3940015, 2017.

BABU, G. R. et al. Is hypertension associated with job strain? A meta-analysis of observational studies. **Postgrad Med J**, v. 90, n. 1065, p. 402-9, 2014.

BARBOSA, M. H. et al. Patient safety climate in a hospital specialized in oncology. **Rev. Eletr. Enf** [Internet], Goiânia, v. 17, n. 4, p. 1-9, 2015. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a17-en.pdf>. Acesso em: 02 set. 2018.

BARBOSA, M. H.; et al. Clima de segurança do paciente em unidades de clínica médica e cirúrgica. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. v. 18, e1183, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/39763/21984> Acesso em: 04 out. 2018.

BAXTER, A. D. et al. Adherence to simple and effective measures reduces the incidence of ventilator-associated pneumonia. **Can J Anaesth**. [Internet], v. 52, n. 5, p. 535-41, 2005.

BATHKE, J.; et al. Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 2, p. 78-85, 2013.

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

BIANCHI, E. R. F. Stress of hospital nurses. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online], São Paulo, v.34, n. 4, p. 390-394, 2000.

BISQUERRA, R. et al. **Introdução à estatística: enfoque informático com pacote estatístico SPSS**. Porto Alegre: Artmed; 2004.

BIRHANU, M. et al. Workload Determines Workplace Stress among Health Professionals Working in Felege-Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar, Northwest Ethiopia. **J. of Environmental and Public Health**, n. 6286010, p. 1-8, 2018.

BRAGARD, I.; DUPUIS, G.; FLEET, R. Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians. **Eur J Emerg Med**, v. 22, sn, p. 227–234, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Portaria GM/MS nº 1.071, de 04 de julho de 2005. Disponível em: <http://www.sobрати.com.br/ms-politicacritico.htm> Acesso em: 8 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 529, DE 1° de Abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 de abr. 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Resolução – RDC n° 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 de fev. 2002. Acesso em: 01 abr. 2019. Disponível: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/50_02rdc.pdf

BONDEVIK, G. T. et al. Patient safety culture in Norwegian primary care: A study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. **Scand J Prim Health Care**, v. 32, n. 3, p. 132–138, 2014.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007.

CAMPOS, J. A. et al. Burnout syndrome among dental students. **Rev bras epidemiol**, Rio de Janeiro. [Internet]. v. 15, n. 1, p. 155-65, 2012. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=en Cited em: 25 mai. 2019.

CARLOTTO, M. S.; GOBBI, M. D. Síndrome de burnout: Um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho? **Revista Aletheia**, v. 10, p. 103 – 114, 1999.

CARTER, E. J.; POUCH, S. M.; LARSON, E. Common infection control practices in the Emergency Department: a literature review. **Am J Infect Control**. v. 42, n. 9, p. 957-62, 2014.

CARVALHO, M. B.; FELLI, V. E. A. Psychiatric nursing work and workers health problems. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 61-69, 2009.

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil- Questionário de Atitudes de Segurança**. 158 p. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: http://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=ptBR&user=1Q7Yn2wAAA&AJ&citation_for_view=1Q7Yn2wAAA&3fE2CSJIrl8C. Acesso em: 02 ago. 2018.

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**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 1-8, 2012.

CARVALHO, P. A. et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 1041-8, 2015.

CARVALHO, R. E. F. L. et al. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2849, p. 1-8, 2017.

CAUDURO, F. L. F. et al. Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. **Cogitare Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 129-38, 2015.

CHIAVENATTO, A. **Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações**. São Paulo: Manole, 2014.

COSTA, I. L. S. S. **As Condições de Trabalho, os Riscos Gerais e os Riscos Psicossociais nos Profissionais de Saúde: Um estudo no Pólo de Valongo do Centro Hospitalar São João do Porto**. 2017. 303 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Trabalho e das Organizações) - Universidade Fernando Pessoa: Porto, JP, 2017.

COX, S. J.; COX, T. The structure of employee attitude to safety: a European example. **Work Stress**. v. 5, p. 93-106, 1991.

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

DEMEROUTI, E. et al. Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. **Care Develop. Int**. v. 14, n. 1, p. 50-68, 2009.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de Enfermagem de um hospital escola. **Ver. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-25, 2006.

ELIAS, S. D. S. **Percepção do clima de segurança do paciente em instituições hospitalares**. 2016, 145 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2016.

EMBRIACO, N. et al. Síndrome de Burnout em trabalhadores de cuidados de saúde críticos. **Opinião atual em Critical Care**, v. 13, n. 8, p. 482-488, 2007.

ERDMANN, A. L.; FERNANDES, J. D.; TEIXEIRA, G. A. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. **Enfermagem em Foco**. v. 2(supl), p. 89-93, 2011.

EZAIAS, G. M.; WATANABE, E.; SHIMURA, C. M. N. Skin tolerance to alcohol-based reparations: basis for improvement of hand hygiene practices. **J Nurs UFPE on line [Internet]**, v. 10, n. 8, p. 2923-32, 2016.

FALKENBERG, M. B. F. et al. Health education and education in the health system: concepts and implications for public health. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 03, p. 847-852, 2014.

FERREIRA, N. N.; ROBERTO DE LUCCA, S. R. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. **Rev. bras. Epidemiol**, v. São Paulo, v. 18, n. 1, 2015.

- FERREIRA, M. C. et al. Escala para Avaliação de Estressores psicossociais no Contexto Laboral: Construção e Evidências de Validade. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [Internet], n. 28, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18838356014> Acesso em: 22 mai. 2019.
- FREITAS, A. R. et al. Impacto de um programa de atividade física sobre a ansiedade, depressão, estresse ocupacional e síndrome de Burnout dos profissionais de enfermagem no trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 332-6, 2014.
- GABRANI, a. et al. Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: a cross-sectional study. **BMJ Open**. v. 5, e 006528, 2015.
- GASPARINO, R. C.; GUIRARDELLO, E. B. Professional practice environment and burnout among nurses. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 1, p. 90-6, 2015.
- GERSHON, R. R. M. et al. Measurement of organizational culture and climate in health-care. **Journal of Nursing Administration**, v. 34, n. 1, p. 33-40, 2004.
- GOLLE, L. et al. Cultura de segurança do paciente em hospital privado. **Rev. Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p. 85-89, 2018.
- GÖRAS, C. et al. Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a cross-sectional survey. **BMJ Open**, Londres, v. 7, n. 9, p. e015607, 2017.
- GRAZZIANO, E. S. **Estratégia para redução do stress e Burnout entre enfermeiros hospitalares**. Tese (Doutorado). São Paulo, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2008.
- GRAZZIANO, E. S.; BIANCHI, E. R. F. Impacto do stress ocupacional e Burnout para enfermeiros. **Enfermería Global**, Espanha, v. 30, n. 18, p. 1-20, 2010. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/93801/90461>. Acesso em: 05 ago. 2018.
- GRECO, P. B. T. **Distúrbios psíquicos menores em agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul**. 130 p. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/7349>. Acesso em: 22 jun. 2018.
- GUIDO, L.A. **Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica**. 2003. 197 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- GRIEP, R. et al. Uso combinado de modelos de estresse ocupacional no trabalho e a saúde auto referida na enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 145-52, 2011.
- GUIMARÃES, L.A.M.; SIGRIST, J.; MARTINS, D. A. Modelo teórico de estresse ocupacional: desequilíbrio entre esforço – recompensa no trabalho (ERI) In: **Série Saúde Mental e Trabalho**, ORG.: GUIMARÃES& GRUBITS, Casa do Psicólogo, v. .2, 2004.

HALL, L. H. et al. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. **PLoS One**, v. 11, n. 7, e0159015, 2016.

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

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais. **Relatório de Gestão da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais – 2014/2018**. Santa Maria, 2018.

HULLEY, S. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. E ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ISHAK, W. et al. Burnout in medical students: a systematic review. **The Clinical Teacher**, v. 10, n. 5, p. 242-245, 2013.

JACKON, S.; SCHWAB, R.L.; SHULER, R.S. Toward na Understanding of the burnout phenomenon. **J Appl. Psychol**, v. 71, n. 4, p. 630-40, 1986.

JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 22, n. 2, p. 192-197, 2009.

KANT, I. J. et al. Na epidemiological approach to study fatigue in the working population: the Maastricht cohort Study. **Occup. Environ. Med.** v. 60, p 32-39, 2003.

KARASEK, A. R.; THEÖRELL, T. **Health y work-stress, productivity, and there construction of working life**. New York: Basic Books; 1990.

KIRCHHOF, A. L. C. et al. Condições de trabalho e características sociodemográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** 18: 215-223, 2009.

KIRWAN, M.; MATTHEWS, A.; SCOTT, P. A. The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: a multi-level modelling approach. **International journal of nursing studies**, v. 50, n. 2, p. 253–63, 2013.

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

KRISTENSEN, S. et al. Adaptation and validation of the Safety Attitudes Questionnaire for the Danish hospital environment. **Clin Epidemiol**, v. 7, p. 149-60, 2015.

KRISTENSEN, S. et al. Strengthening leadership as a catalyst for enhanced patient safety culture: a repeated cross-sectional experimental study. **BMJ Open**, Londres, v. 6, n. 5, p. e010180, 2016.

KURCGANT, P. et al. Indicadores de qualidade e a avaliação do gerenciamento de recursos humanos em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo. [Internet]. v. 43, n. spe2, p. 1168-

1173, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600004> Acesso em: 27 mai. 2019.

LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro**. Tese (Doutorado). Salamanca (Espanha). Facultad de Psicologia. Universidad Pontífica de Salamanca, 1995.

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.

LEÃO, E. R. et al. Stress, self-esteem and well-being among men health professionals: a randomized clinical trial on the impact of a self-care intervention mediated by the senses. **PLoS One**. v. 12, n. 2, 2017.

LEÃO, A. L. M. et al. Absenteísmo-doença no serviço público municipal de Goiânia. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 262-77, 2015.

LIMA, A. S. L. et al. Vulnerabilidade ao burnout entre médicos de hospital público do Recife. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1051-1058, 2013.

LUIZ, R. B.; et al. Factors associated with the patient safety climate at a teaching hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet], Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 880-887, 2015.

LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L.; SPRICIGO, J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, 2001.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília: DF, v. 3, n. 3, p. 119-122, 2012.

MACHADO M. H. et al. (Coord.). **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**. Relatório final. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cofen, 2015.

MACHADO, M. H. et al. Características Gerais da Enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília: DF, v. 7, p. 9-14, 2016.

MAGALHÃES, A. M. M. et al. Association between workload of the nursing staff and patient safety outcomes. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 51, sn, e03255, 2017.

MAGALHAES, F. H. L. et al. Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180272, 2019.

MAGNAGO, T. S. B. S. **Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem**. 2008. 201 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

MAO, P. et al. Burnout and Related Factors in Organ Donation Coordinators: A Cross-Sectional Study in China. **Ann Transplant**. v. 23, p. 647-653, 2018.

MARINHO, M.M.; RADUNZ, V.B; BARBOSA, S.F.F. Assessment of safety culture by surgical unit nursing teams. **Texto Contexto-Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 581-590, 2014.

MAROCO, J. et al. Burnout in Portuguese healthcare professionals: Analysis at the national level. **Acta Médica Portuguesa**, v. 29, p. 24-30, 2016.

MASLACH, C.; GOLDBERG, J. Prevention of burnout: News perspectives. **Appl. Prev. Psychol.** vol. 7, n. 63-74, 1998.

MASLACH, C.; JACKSON, S.E. The measurement of experienced burnout. **J Occupat. Behavior**, v. 2, p. 99-113, 1981.

MASLACH, C.; LEITER, M.P.; **Burnout**. In: Encyclopedia of stress. Edinburgh: Academic Express; 2000.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. **Ann Ver. Psychol**, v. 52, p. 397-422, 2001.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. Early predictors of job burnout and engagement. **J Appl Psychol**, v. 93, sn, p. 498–512, 2008.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. **Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações**. Athenea Digital. [Internet] v. 13, n. 2, p. 239-244, 2013. Disponível em: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/Matos> Acesso em: 17 mai. 2019

MATTOS, A. I. S.; ARAÚJO, T. M.; ALMEIDA, M. M. G. Interação entre demanda-controle e apoio social na ocorrência de transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, p. 51:48, 2017.

MARX, K.O **capital I**. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1971. v.1.

McCONNELL, E. A. **Burnout in the nursing proession: coping strategies, causes and costs**. The C. V. Mosby Company: Sanit Louis, 1982.

McEWEN, B.S. Protective and damaging effects of stress mediators. **The New England Journal of Medicine**, v. 338, n.3, 171-79, 1998.

McGUIRE, M. J.et al. Patient safety perceptions of primary care providers after implementation of an electronic medical record system. **J Gen Intern Med**. v. 28, n. 2, p. 184-92, 2013.

MENDES, S. S.; MARTINO, M. M. F. Trabalho em turnos: estado geral de saúde relacionado ao sono em trabalhadores de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1471-1476, 2012.

MINUZZI, A. P. **Cultura de segurança do paciente: avaliação dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva**. 2014. 189 p. Dissertação (Mestrado profissional em

Gestão do Cuidado em Enfermagem na internet) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2014. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/132417> Acesso em: 12 mai. 2019.

MIRANDA, L. Resultados da implementação de um protocolo sobre a incidência de Infecção do Trato Urinário em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e2804, 2016.

MORAIS, M. P. et al. Satisfação no trabalho de enfermeiros em um hospital universitário. **Rev. Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 1-9, 2016.

MOURA, M. L. O.; MENDES, W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 15, n. 3, p. 523-35, 2012.

MULLER, M. P.; et al. Hand hygiene compliance in an Emergency Department: the effect on crowding. **Acad. Emerg. Med.** 2015;22(10):1218-21, 2015.

MUNHOZ, O. L. et al. Estresse ocupacional ocupacional e cultura de segurança: tendências para contribuição e construção do conhecimento em enfermagem. **ABCS Health Sci.** v. 43, n. 2, p. 110-116, 2018.

MUNHOZ, O. L. **Cultura de segurança do paciente, estresse ocupacional e burnout em profissionais de unidades de perioperatório.** 2018. 131 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS. 2018.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse ocupacional e burnout e a relação com a enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 255-61, 2005.

NETO, A. V. D. L. **Percepção da cultura de segurança do paciente pelos enfermeiros de unidades de terapia intensiva.** 2017. 85 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2017. Disponível em:
https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/24590/1/AlcidesVianaDeLimaNeto_DISSERT.pdf Acesso em: 14 mai. 2019.

NEVES, V. F.; OLIVEIRA, A. F.; ALVEZ, P. C. Síndrome de Burnout: Impacto da Satisfação no Trabalho e da Percepção de Suporte Organizacional. **Psico.**, v. 45, n. 1, p. 45-54, 2014.

NOVAIS, R. N. et al. Prevalência da Síndrome de Burnout em cirurgiões plantonistas de um hospital de referência para trauma e sua correlação com carga horária semanal de trabalho: estudo transversal. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 314-319, 2016.

NGUYEN, G. et al. Validation of the safety attitudes questionnaire (short form 2006) in Italian in hospitals in the northeast of Italy. **BMC Health Serv. Res.** v. 15, n. 284, 2015.

NUNES, C. M. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev Eletrônica Enferm**, Goiânia, [Internet]. v. 12, n. 2, p. 252-7, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/10.5216/ree.v12i2.7006> Acesso em: 16 mai. 2019.

OLIVEIRA, R. M. **Comportamento destrutivo no trabalho em saúde: análise de conceito**. 2015. 221 p. Tese (Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Ceará: Fortaleza, CE, 2015.

OLIVEIRA, F. P.; MAZZAIA, M. C.; MARCOLAN, J. F. Symptoms of depression and intervening factors among nurses of emergency hospital services. **Acta Paul Enferm**, São Paulo. [Internet]. v. 28, n. 3, p. 209-15, 2015. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/en_1982-0194-ape-28-03-0209.pdf Cited in: 18 mai. 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente**. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. Geneva: WHO; 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf. Acesso em: 18 ago. 2018.

ONGUN, P.; INTEPELER, S. S. Operating room professionals' attitudes towards patient safety and the influencing factors. **Pak J Med Sci**, v. 33, n. 5, p. 1210-1214, 2017.

ONU. Organização das Nações Unidas. Momento de ação global para as pessoas e o planeta - 17 objetivos para transformar nosso mundo. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/> Acesso em: 24 de mai. 2019.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DE TRABALHO (IOT). **Promoção do Trabalho Decente no Brasil**. [Internet] 2019. Disponível em: https://www.ilo.org/brasilia/temas/trabalho-decente/WCMS_302660/lang--pt/index.htm Acesso em: 17 mai. 2019.

PADILLHA, K. G. et al. Carga de trabalho de enfermagem, estresse/burnout, Satisfação e incidentes em unidade de terapia intensiva de Trauma. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 26, n. 3, e1720016, 2017.

PAIVA, M. C. M. S. et al. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 747-754, 2014.

PAESE, F. **Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde**. 2010. 181p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC, 2010.

PAIANO, P. M. et al. Ambulatório de saúde mental: fragilidades apontadas por Profissionais. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 3, p. 0040014, 2016.

PAPINI, J. C. M.; PINTO, M. L. S. **Estresse ocupacional e trabalho** (TCC Especialização). 2013. 148p. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Especialização em Medicina do Trabalho, SC, 2013.

PATTERSON, P. D.; et al. Variation in emergency medical services workplace safety culture. **Prehosp Emerg Care**. v. 14, n. 4, p. 448-60, 2010.

PEÑA, M. P. A. et al. Are Spanish primary care professionals aware of patient safety? **Europe an Journal of Public Health**, v. 25, n. 5, p.781–787, 2015. Disponível em: <<https://academic.oup.com/eurpub/article/25/5/781/2399128/Are-Spanish-primary-care-professionals-aware-of>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

PIMENTA, A. M.; KAC, G.; SOUZA, R. R. C.; FERREIRA, L. M. B. A.; SIQUEIRA, S. M. F. Trabalho noturno e risco cardiovascular em funcionários de universidade pública. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 58, n. 2, p. 168-177, 2012.

PIMENTA, A. M.; ASSUNÇÃO, A. A. Trabalho noturno e hipertensão arterial em profissionais de enfermagem do município de belo horizonte. **Cienc Cuid Saude**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 1211-1219, 2015.

PIRES, D. E. P. et al. Inovações tecnológicas no setor saúde e aumento das cargas de trabalho. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 45-59, 2012.

PONTES, C. S. Tipificação da Síndrome de Burnout enquanto acidente do trabalho: uma visão ampliada. **Revista da ESMAT13**, João Pessoa, v. 8, n. 8, p. 236-44, 2018.

PRADO, M. F.; et al. Estratégia de promoção à higienização das mãos em unidade de terapia intensiva. **Cienc Cuid Saúde [Internet]**, v. 11, n. 3, p. 557-64, 2012.

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>. Acesso em: 10 abr. 2019.

PROCHNOW, A. et al. Work ability in nursing: relationship with psychological demands and control over the work. **Rev Latino Am. Enfermagem**. v. 21, n. 6, p. 1298-305, 2013.

RAFTOPOULOS, V.; SAVVA, N.; PAPADOPOULOU, M. Safety Culture in the Maternity Units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire. **BMC Health Services Research**, v. 27, sn, p. 11:238, 2011.

REASON, J. **Human error**. New York: Cambridge University Press, 1990.

REIS, E. J. F. B. de et al. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 2, n. 5, p. 1480-1490, 2005.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2013: 18(7):2029-2036.

RENNER, J. S. et al. Qualidade de vida e satisfação no trabalho: a percepção dos técnicos de enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. **Rev. Min. Enferm**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 440-446, 2014.

RIBEIRO, L. C. C.; BARBOSA, L. A. C. R.; SOARES, A. S. Avaliação da prevalência de burnout entre professores e sua relação com as variáveis sociodemográficas. **Rev. Enferm. Cent. O. Min**. São João Del-Rei, Minas Gerais, v. 5, p. 3, p. 1741-1751, 2015.

- RIBEIRO, R. P. et al. Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, RS. [Internet]. v. 39, n.e. 65127, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.65127> Acesso em: 15 mai. 2019.
- RIGOBELLO, M.C.G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012.
- RIVEROS, E. P.; ZAMBRANO, P.; AMADO, P. Adherencia a las guías de higiene de manos em cuidado intensivo: el caso de uma clínica privada. **Jounal: MEDICINA U.P.B.**, v. 31, n. 2, p. 127-134, 2012.
- ROCHA, R. C. **Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: perspectiva da equipe de enfermagem.** 2017. 132 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Fundação Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, 2017. Disponível em: <http://repositorio.ufpi.br/xmlui/handle/123456789/528> Acesso em: 12 mai. 2019.
- ROCHA, N. H. G. et al. Determinantes sociodemográficos e profissionais na cultura de segurança do paciente. **Rev. Enferm. Atenção Saúde** [Online], v. 6, n. 1, p. 80-94, 2017.
- RODRIGUES, I. L. et al. Facilidades e dificuldades do trabalho em terapia intensiva: um olhar da equipe de enfermagem. **Care Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4757-4765, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4757-4765> Acesso em: 22 mai. 2019.
- ROMANI, M.; ASHKAR, K. Burnout among physicians. **Libyan Journal of Medicine**, v. 9, p. 23556, 2014.
- ROSA, C.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. **SBPH** [periódico na internet]. v. 8, n. 2, p. 1-15, 2005.
- ROSADO, I. V. M.; RUSSO, G. H. A.; MAIA, E. M. C. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. **Ciênc. saúde colet**, Rio de Janeiro [Internet] v. 20, n. 10, p. 245-256, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.13202014> Acesso em: 17 mai. 2019.
- RUIZ, C. O.; RÍOS, F. L. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesional es sanitarios: revisión y perspectivas. **Int. J. Clin. Health Psychol.**, v. 4, n. 1, p. 137-60, 2004.
- RUNCIMAN, W.; et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **Int. J. Qual. Health Care.** v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009.
- SALILIH, S. Z.; ABAJOBIR, A. A. Work-related stress and associated factors among nurses working in Public Hospitals of Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. **Workplace Health and Safety**, v. 62, n. 8, p. 326-332, 2014.
- SALLES, M. M.; FERREIRA, D. S. S.; LÔBO, I. M. F. Cultura de segurança: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Braz. J. Hea. Rev**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 1213-1219, 2019.

SANTI, D. B.; BARBIERI, A. R.; CHEADE, M. F. M. Absenteísmo-doença no serviço público brasileiro: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Med. Trab**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 71-81, 2018.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. M. T. Organizational culture and climate for patient safety in Intensive Care Units Seguridad del paciente en Unidades de Cuidados Intensivos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n esp., p. 123-130, 2015.

SANTIAGO, T. H. R. **Cultura organizacional para segurança do paciente em terapia intensiva: comparação de dois instrumentos: Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) e Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)**. 2014, 110 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Universidade de São Paulo, São Paulo. 2014.

SANTOS, T. M. B.; FRAZÃO, I. S.; FERREIRA, D. M. A. Estresse ocupacional ocupacional em enfermeiros de um hospital universitário*. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 76-81, 2011.

SANTOS, F. J. et al. Cultura de segurança do paciente em uma maternidade de risco habitual. **ABCS Health Sci**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 52-57, 2019.

SCOTT, T. et al. The quantitative measurement of organizational culture in health care: a review of available instruments. **Health Services Research**, v.38, n. 3, p. 923-945, 2003.

SCHAUFELI W. Evaluación de riesgos psicosociales y prevención del estrés laboral: algunas experiencias holandesas. **Rev. Psicol. Trab. Organizac.** v. 15, p. 147-71, 1999.

SCHWENDIMANN, R. et al. Variation in safety culture dimension swithin and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. **BMJ Quality Safety**, London, v. 22, n. 1, p. 32-41, 2013.

SCHOOLEY, B. et al. Comparing Burnout Across Emergency Physicians, Nurses, Technicians, and Health Information Technicians Working for the Same Organization. **Medicine**, v. 95, n. 10, e2856, 2016.

SELYE H. **Stress – a tensão da vida**. São Paulo: IBRASA, 1959. 397p.

SEXTON, J. B., et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Serv. Res.** v. 44, n. 6, p. 1-10, 2006.

SEXTON, J.B.; THOMAS, E.J.; GRILLO, S.P. **The Safety Attitudes Questionnaire: Guidelines for administration**. Texas: University of Texas; 2003.

SIGUERO, A. M. et al. Prevalência do Burnout do Trabalhador e Doença Psiquiátrica em Médicos da Atenção Básica em uma Área de Saúde de Madri. **Aten. Primaria**, v. 31, n. 9, p. 564–574, 2003.

SILVA, L. A. et al. Atendimentos aos trabalhadores da saúde em unidade de pronto atendimento hospitalar. **Cienc Cuid Saude**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 286-93, 2014.

- SILVA, J. L. L. et al. Psycho social factors and prevalence of burnout syndrome in nursingunits in intensive care units. **Ver. Bras. Ter. Intensiva.** v. 27, n. 2, p. 125-133, 2015.
- SILVA, D. S. D. et al. Depression and suicide risk among Nursing professionals: an integrative review. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 1023-1031, 2015.
- SILVA, R. M. et al. Perfil de estudantes de enfermagem com personalidade hardiness ou síndrome de burnout. **Rev enferm UFPE on line**, Pernambuco, v. 11, n. 4, p. 1606-15, 2017. Disponível em: 10.5205/reuol.10438-93070-1-RV.1104sup201701 Acesso em:
- SILVA, R. A. D. et al. Síndrome de Burnout: realidade dos fisioterapeutas intensivistas? **Fisioter Pesqui**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 388-394, 2018.
- SILVEIRA, R. S.; et al. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, p. 125-30, 2005.
- SOLOVIEVA, S. et al. Evaluation of the validity of job exposure matrix for psychosocial factors at work. **PLoS One**, v. 9, n. 9, e108987, 2014.
- SORATTO, J. et al. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia saúde da família1. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. e2500016, 2017.
- SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**/organizado por Paulo Sousa e Walter mendes. – Rio de Janeiro, EaD/ENSP, p. 452, 2014.
- SOUZA, W. C.; SILVA, A. M. M. A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no Burnout em profissionais de saúde. **Estud. Psicol.**, v. 19, n. 1, p. 37-48, 2002.
- SUÑER-SOLER, R. et al. Burnout and quality of life among Spanish health care personnel. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**. v. 20, p. 305–313, 2013.
- TEODORO, M. D. A. Estresse ocupacional no Trabalho. Editorial. Com. Ciências Saúde. v. 23, n. 3, p. 205-206, 2012.
- TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.29, n.1, p. 26-37, 2016.
- THOMAS, A.; LOMAS, J. Establishing the use of a safety attitudes questionnaire to assess the safety climate across a critical care network. **J. Intensive Care Soc**, Reino Unido, v. 19, n. 3, p. 219–225, 2018.
- TOMAZONI, A. et al. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 755-63, 2014.
- TONDO, J.C.A.; GUIRARDELLO, E.B. Perception of nursing professionals on patient safety culture. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília. 2017, v. 70, n. 6, p. 1284-1290, 2017.

TONINI, N. S. et al. Taxa de adesão à higienização das mãos no centro obstétrico de um hospital escola. **Revista Varia**, v. 3, n. 2, 2017.

TOSO, G. L. et al. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, e58662, 2016.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. enferm. USP**. v. 44, n. 2, p. 274-279, 2010.

ULUTAŞDEMİR, N. et al. The impacts of occupational hazards and their effects on occupational stress levels of the health professional (the sample from the South eastregion of Turkey). **Environ Health Prev. Med.** v. 20, n. 6, p. 410-421, 2015.

VIEIRA, M. et al. Educational and occupational trajectories of workers of the Unified Health System and their professional expectations. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, spe2, p. 92-103, 2017.

ZANELLI, J. C. **Estresse ocupacional nas Organizações de trabalho-Compreensão e Intervenções baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed. 2010.

ZOTTELE, C.; et al. Hand hygiene compliance of healthcare professionals in an emergency department. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 5, e03242, 2017.

WANG, F. et al. A meta-analysis on dose-response relationship between night shift work and the risk of breast cancer. **Ann Oncol**, v. 24, n. 11, p. 2724-2732, 2013.

WILLEMS, E. A. **Stress among Social Work Professionals in Mental Health Care Settings**. St. Catherine University, Saint Paul, MN, USA, 2014.

APÊNDICES

**APÊNDICE A - AUTORIZAÇÃO DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL PELO
PROJETO MATRICIAL PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS**



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

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a mestranda Alessandra Suptitz Carneiro, 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 do paciente e agravos à saúde do trabalhador em ambiente hospitalar" aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM) através do parecer 2.447/277 em 19 de dezembro de 2017 e registrado na Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) sob número 133/2017, da qual sou pesquisadora responsável.

Rafaela Andolhe
Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria
Coordenadora da Pesquisa

Santa Maria, 26 de setembro de 2018.

APÊNDICE B – REFERÊNCIAS DA REVISÃO BIBLIOMÉTRICA

- ALVES, D. F. S.; GUIRARDELLO, E. B. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, e58817, 2016.
- ALZHRANI, N.; JONES, R.; LATIF, M. A. Attitudes of doctors and nurses toward patient safety within emergency departments of two Saudi Arabian hospitals. **BMC Health Serv Res.**, v. 18, n. 736, 2018.
- ANDRES, R. et al. Design and Implementation of a Trauma Care Bundle at a Community Hospital. **BMJ Quality Improvement Reports**, v. 6, n. 2, p. 1-6, 2017.
- BARBOSA, M. B. et al. Clima de segurança do paciente em unidades de clínica médica e cirúrgica. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 18, e1183, 2016.
- BARBOSA, M. H. et al. Clima de segurança do paciente em um hospital especializado em oncologia. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 17, n. 4, 2015.
- BRASAITTE, I. et al. Health care professionals' attitudes regarding patient safety: cross-sectional survey. **BMC Res Notes**, v. 9, n. 177, 2016.
- BREDESEN, I. M. et al. Patient and organisational variables associated with pressure ulcer prevalence in hospital settings: a multilevel analysis. **BMJ Open**, v. 5, e007584, 2015.
- CARVALHO, P. A. et al. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 23, n. 6, p. 1041-1048, 2015.
- CARVALHO, R. E. F. L.; **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de atitudes de segurança.** Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.
- CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. D. B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.20, n. 3, 2012.
- CARVALHO, R. E. F. L. et al. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 25, e2849, 2017.
- CAUDURO, F.L. et al. Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 129-38, 2015.
- CAVALCANTI, A. B. A cluster randomized trial of a multifaceted quality improvement intervention in Brazilian intensive care units: study protocol. **Implement Sci.**, v. 10, n. 8, 2015.

CHIEN, S. F.; WAN, T. T.; CHEN, Y. C. Factors influencing teamwork and collaboration within a tertiary medical center. **World J Methodol.**, v. 26, n. 2, p. 18-23, 2012.

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

CUI, Y. et al. The safety attitudes questionnaire in Chinese: psychometric properties and benchmarking data of the safety culture in Beijing hospitals. **BMC Health Serv Res.** v. 17, n. 1, p. 590, 2017.

DEILKÅS, E. T.; HOFLOSS, D. Propriedades psicométricas da versão norueguesa do Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), versão genérica (Short Form 2006). **BMC Health Serv Res.** v. 8, n. 191, 2008.

DORIGAN, G. H.; GUIRARDELLO, E. B. Effect of the practice environment of nurses on job outcomes and safety climate. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, e3056, 2018.

DEILKÅS, E.; HOFLOSS, D. Patient safety culture lives in departments and wards: multilevel partitioning of variance in patient safety culture. **BMC Health Serv Res.**, v. 31, n. 10:85, 2010.

ELSOUS, A. et al. Psychometric Properties of an Arabic Safety Attitude Questionnaire (Short Form 2006). **Oman Med J.**, v. 2, p. 115-123, 2017.

ELSOUS, A. et al. A cross-sectional study to assess the patient safety culture in the Palestinian hospitals: a baseline assessment for quality improvement. **JRSM Open**, v. 7, n. 12, 2016.

ENAS, M. B.; BAYOUMI, M. M. Improvement Critical Care Patient Safety: Using Nursing Staff Development Strategies, At Saudi Arabia. **Global Journal of Health Science**, v. 7, n. 2, 2015.

ERESTAM, S. et al. Changes in safety climate and teamwork in the operating room after implementation of a revised WHO checklist: a prospective interventional study. **Patient Saf Surg.**, v. 11, n. 4, 2017.

EVERSON, J. et al. Repeated, Close Physician Coronary Artery Bypass Grafting Teams Associated with Greater Teamwork. **Health Serv Res.**, v. 53, n. 2, p.1025-1041, 2018.

FERMO, V.C. et al. M.M. Patient safety culture in a bone marrow transplantation unit. **Rev Bras Enferm.** v. 68, n. 6, p. 827-34, 2015.

FRANKEL, A. et al. Revealing and resolving patient safety defects: the impact of leadership Walk Rounds on frontline caregiver assessments of patient safety. **Health Serv Res.**, v.43, n. 6, p. 2050-66, 2008.

GABRANI, a. et al. Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: a cross-sectional study. **BMJ Open.** v. 5, e 006528, 2015.

GASPARINO, R.C. et al. Percepção da enfermagem frente ao clima de segurança do paciente em instituições pública e privada. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 38, n. 3, e68240, 2017.

GOLLE, L. et al. Cultura de segurança do paciente em hospital privado. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.** (Online) v. 10, n. 1, p. 85-89, 2018.

GÖRAS, C. et al. Swedish translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operating room version). **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 104, 2013.

GÖRAS, C. et al. Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a crosssectional survey. **BMJ Open**, v. 7, e015607, 2017.

GUIRARDELLO, 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**, Ribeirão Preto. v. 25, e2884. 2017.

HAERKENS, M. H. T. M. et al. Validation of the Dutch language version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ-NL). **BMC Health Services Research**, v. 16, p. 385, 2016.

HAERKENS, M. H. et al. Crew Resource Management in the Intensive Care Unit: a prospective 3-year cohort study. **Acta Anaesthesiol Scand.** v. 59, n. 10, p.1319-29, 2015.

HENKIN, S. et al. Improving nurse-physician teamwork through interprofessional bedside rounding. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 2016, n. 9, p.201-205, 2016.

HUANG, D. T. et al. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. **Int J Qual Health Care**, v. 22, n. 3, p. 151-61, 2010.

HUANG, C. et al. The Perceptions of Physicians and Nurses Regarding the Establishment of Patient Safety in a Regional Teaching Hospital in Taiwan. **Iran J Public Health.**, v. 47, n. 6, p. 852–860, 2018.

JIANG, K. et al. A cross-sectional survey on patient safety culture in secondary hospitals of Northeast China. **PLoS ONE**, v. 14, n. 3, e0213055, 2018.

JE, S. M. et al. Assessing Safety Attitudes among Healthcare Providers after a Hospital Wide High Risk Patient Care Program. **Yonsei Med J.**, v. 55, n. 2, p. 523–529, 2014.

KHOSHBIN, A.; LINGARD, L.; WRIGHT, J. G. Evaluation of preoperative and perioperative operating room briefings at the Hospital for Sick Children. **Can J Surg.** v. 52, n. 4, p. 309–315, 2009.

KLEMENC-KETIS, Z.; DEILKÅS, L. T.; HOFLOSS, D.; BONDEVIK, G. T. Variations in patient safety climate and perceived quality of collaboration between professions in out of hours care. **J Multidiscip Healthc.**, v. 10, p. 417–423, 2017.

KOLANKIEWICZ, A. C. B. et al. Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. **Acta paul. enferm. [online]**. v. 1.30, n. 5, p.531-537, 2017.

- KRISTENSEN, S. et al. Adaptation and validation of the Safety Attitudes Questionnaire for the Danish hospital environment. **Clin Epidemiol**, v. 7, p. 149-60, 2015.
- KRISTENSEN, S. Strengthening leadership as a catalyst for enhanced patient safety culture: a repeated cross-sectional experimental study. **BMJ Open**, v. 6, e010180, 2016.
- KRISTENSEN, S. et al. The virgin land of quality management: a first measure of patient safety climate at the National Hospital of the Faroe Islands. **Drug Healthc Patient Saf.**, v. 8, p. 49–57, 2016.
- LAFLEUR, A.; SIMARD, A.C. Adjusting to duty hour reforms: residents' perception of the safety climate in interdisciplinary night-float rotations. **Can Med Educ J.**, v. 9, n. 4, e111–e119, 2018.
- LEE, Y. C. et al. A New Approach to Identify High Burnout Medical Staffs by Kernel K-Means Cluster Analysis in a Regional Teaching Hospital in Taiwan. **Inquiry**. v. 28, n. 53, 2016.
- LEE, W. C. et al. Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version Safety Attitude Questionnaire. **BMC Health Serv Res**. v. 10, n. 10, p. 234-44, 2010.
- LI, Y. et al. Validation study of the safety attitudes questionnaire (SAQ) in public hospitals of Heilongjiang province, China. **PLoS ONE**, v. 12, n. 6, e0179486, 2017.
- LISTYOWARDOJO, T. A. et al. A safety culture assessment by mixed methods at a public maternity and infant hospital in China. **J Multidiscip Healthc.**, v. 3, n. 10, p. 253-262, 2017.
- LOURENCAO, D. C. A.; TRONCHIN, D. M. R. Segurança do paciente no ambiente cirúrgico: tradução e adaptação cultural de instrumento validado. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 29, n. 1, p. 1-8, 2016.
- LUIZ, R. B. et al. Factors associated with the patient safety climate at a teaching hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 880-887, 2015.
- LUCRO, J. et al. The Safety Attitudes Questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the NICU. **Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.**, v. 97, n. 2, p. 127-32, 2012.
- LUCRO, J. et al. Comparing NICU teamwork and safety climate across two commonly used survey instruments. **BMJ Qual Saf**, v. 25, p. 954–961, 2016.
- LUCRO, J. et al. Neonatal intensive care unit safety culture varies widely. **Arch Dis Child Fetal Neonatal**, v. 97, n. 2, p. 120-6, 2012.
- LUCRO, J. et al. Burnout in the NICU setting and its relation to safety culture. **BMJ Qual Saf.**, v. 23, n. 10, p. 806-13, 2014.
- MARINHO, M. M.; RADUNZ, V. B.; BARBOSA, S. F. F. Assessment of safety culture by surgical unit nursing teams. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 581-590, 2014.

MARTIN, M; et al. Patient Safety in Surgery. **Annals of Surgery**, v. 243, n. 5, p. 628-635, 2006.

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

McGUIRE, M. J. et al. Patient safety perceptions of primary care providers after implementation of an electronic medical record system. **J Gen Intern Med**. v. 28, n. 2, p. 184-92, 2013.

MEURLING, L. et al. Systematic simulation-based team training in a Swedish intensive care unit: a diverse response among critical care professions. **BMJ Qual Saf.**, v. 22, n. 6, p. 485-94, 2013.

MODAK, I. et al. Measuring Safety Culture in the Ambulatory Setting: The Safety Attitudes Questionnaire—Ambulatory Version. **J Gen Intern Med**, v. 22, n. 1, p. 1–5, 2007.

NGUYEN, G. et al. Validation of the safety attitudes questionnaire (short form 2006) in Italian in hospitals in the northeast of Italy. **BMC Health Serv. Res.** v. 15, n. 284, 2015.

OLSSON, C.; FORSBERG, A.; BJERSÅ, K. Safety climate and readiness for implementation of evidence and person centered practice – A national study of registered nurses in general surgical care at Swedish university hospitals. **BMC Nursing**, v. 15, n. 54, p. 1-12, 2016.

ONGUN, P.; INTEPELER, S. S. Operating room professionals' attitudes towards patient safety and the influencing factors. **Pak J Med Sci**, v. 33, n. 5, p. 1210-1214, 2017.

PALTVED, C. et al. Designing in situ simulation in the emergency department: evaluating safety attitudes amongst physicians and nurses. **Advances in Simulation**, v. 2, n. 4, p. 1-10, 2017.

PANNICK, S. et al. Translating staff experience into organisational improvement: the HEADS-UP stepped wedge, cluster controlled, non randomised trial. **BMJ Open**, v. 7, e014333, 2017.

RANDMAA, M. et al. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. **BMJ Open**, v. 4, e004268, 2014.

RAFTOPOULOS, V.; SAVVA, N.; PAPADOPOULOU, M. Safety culture in the maternity units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire. **BMC Health Serv Res.**, v. 27, p. 11:238, 2011.

REIS, F. F. P. et al. Cultura de segurança em unidade de terapia intensiva. **Rev Enferm Atenção Saúde [Online]**. v. 6, n. 2, p. 34-48, 2017.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo. 2012 , v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012.

- ROCHA, N. H. G. et al. Determinantes sociodemográficos e profissionais na cultura de segurança do paciente. **Rev Enferm Atenção Saúde [Online]**. v. 6, n. 1, p. 80-94, 2017.
- ROSS, J. Highly Reliable Procedural Teams: The Journey to Spread the Universal Protocol in Diagnostic Imaging. **Perm J.**, v. 18, n. 1, p. 33-37, 2014.
- ROWAN, K. et al. Teamwork and safety attitudes among staff in critical care units and the relationship to patient mortality. **Critical Care**, v. 1, p. 341, 2004.
- SAMSURI, E. S.; LIN, L. P.; FAHRNI M. L. Safety culture perceptions of pharmacists in Malaysian hospitals and health clinics: a multicentre assessment using the Safety Attitudes Questionnaire. **BMJ Open**. v. 5, n. 11, e008889, 2015.
- SANTANA, H. T.; RODRIGUES, M. C. S.; EVANGELISTA, M. D. S. N. Surgical teams' attitudes and opinions towards the safety of surgical procedures in public hospitals in the Brazilian Federal District. **Notas Res do BMC**, v. 9, p. 276, 2016.
- SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. esp. 5, p. 123-130, 2015.
- SEUNG-HWAN, K.; SHAO-JEN W. Incorporating work experience of medical staff into patient safety climate management: a multi-group analysis. **Services Research**, v. 18, p. 919, 2018.
- SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Serv Res.**, v. 6, n. 44, 2006.
- SEXTON, J. B. et al. Exposure to Leadership WalkRounds in neonatal intensive care units is associated with a better patient safety culture and less caregiver burnout. **BMJ Qual Saf.**, v. 23, n. 10, p. 814-22, 2014.
- SOH, A. L.; BARKER, R. T.; MORELLO, C. A. B. Measuring safety climate in Australian hospitals: potential to make changes and improve safety. **Innovation in Aging**, v. 1, n. 1, p. 651, 2017.
- SORENSEN, J. L. et al. Simulation-based multiprofessional obstetric anaesthesia training conducted in situ versus offsite leads to similar individual and team outcomes: a randomised educational trial. **BMJ Open**. v. 5, e008344, 2015.
- TAYLOR, J. A.; PANDIAN, R. A dissonant scale: stress recognition in the SAQ. **BMC Res Notes**, v. 31, n. 6, p. 302, 2013.
- THOMAS, A.; LOMAS, J. Establishing the use of a safety attitudes questionnaire to assess the safety climate across a critical care network. **Journal of the Intensive Care Society**, v. 19, n. 3, p. 219-225, 2018.
- TONDO, J. C. A.; GUIRARDELLO, E.B. Perception of nursing professionals on patient safety culture. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília. v. 70, n. 6, p. 1284-1290, 2017.

TOSO, G.L. et al. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 37, n. 4, e58662, 2016.

YII-CHING, L. et al. Causal Relationship Analysis of the Patient Safety Culture Based on Safety Attitudes Questionnaire in Taiwan. **Journal of Healthcare Engineering. Journal of Healthcare Engineering.** v. 2018, Article ID 4268781, 8 p., 2018.

ZIMMERMANN, N. Assessing the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals: a validation study. **BMC Health Serv Res.** v. 10, n. 13, p.347, 2013.

WEAVER, M. D. et al. The association between EMS workplace safety culture and safety outcomes. **Prehosp Emerg Care.**, v. 16, n. 1, p. 43-52, 2012.

APÊNDICE C

Quadro 4 - Produções selecionadas sobre o uso do SAQ no ambiente hospitalar. Santa Maria, RS, 2019*.

ID	TÍTULO	BASE
E1	Cultura de segurança do paciente em hospital privado	BDENF
E2	Determinantes sociodemográficos e profissionais na cultura de segurança do paciente	BDENF
E3	Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil	LILACS
E4	Impact of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team	LILACS
E5	Cultura de segurança em áreas de terapia intensiva	BDENF
E6	A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro	LILACS
E7	Clima de segurança do paciente em áreas de clínica médica e cirúrgica	LILACS
E8	Segurança do paciente no ambiente cirúrgico: tradução e adaptação cultural de instrumento validado	LILACS
E9	Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico	LILACS
E10	Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem	LILACS
E11	Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals	LILACS
E12	Cultura de segurança do paciente em área de Transplante de Medula Óssea	LILACS
E13	Clima de segurança do paciente em um hospital especializado em oncologia	LILACS
E14	Factors associated with the patient safety climate at a teaching hospital	LILACS
E15	Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico	LILACS
E16	Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Áreas de Terapia Intensiva	LILACS
E17	Assessment of safety culture by surgical unit nursing Teams	LILACS
E18	Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico	LILACS
E19	Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil	LILACS
E20	Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem	LILACS
E21	Perception of nursing professionals on patient safety culture	LILACS
E22	Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes	LILACS
E23	Percepção da enfermagem frente ao clima de segurança do paciente em instituições públicas e privadas	LILACS
E24	Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: a cross-sectional study	PUBMED
E25	The safety attitudes questionnaire in Chinese: psychometric properties and benchmarking data of the safety culture	PUBMED
E26	Validation study of the safety attitudes questionnaire (SAQ) in public hospitals of Heilongjiang province, China	PUBMED
E27	Validation of the Dutch language version of the Safety Attitudes	PUBMED

	Questionnaire (SAQ-NL)	
E28	Causal Relationship Analysis of the Patient Safety Culture Based on Safety Attitudes Questionnaire in Taiwan	PUBMED
E29	Assessing the safety attitudes questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals - a validation study	PUBMED
E30	Swedish translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operating room version)	PUBMED
E31	Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006)	PUBMED
E32	Validation of the safety attitudes questionnaire (short form 2006) in Italian in hospitals in the northeast of Italy	PUBMED
E33	Adaption and validation of the Safety Attitudes Questionnaire for the Danish hospital setting	PUBMED
E34	Safety culture perceptions of pharmacists in Malaysian hospitals and health clinics: a multi centre assessment using the Safety Attitudes Questionnaire	PUBMED
E35	Systematic simulation-based team training in a Swedish intensive care unit: a diverse response among critical care professions	PUBMED
E36	Patient Safety Perceptions of Primary Care Provider safter Implementation of na Electronic Medical Record System	PUBMED
E37	The Safety Attitudes Questionnaire as a Tool for Benchmarking Safety Culture in the NICU	PUBMED
E38	The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research	PUBMED
E39	Measuring Safety Culture in the Ambulatory Setting: The Safety Attitudes Questionnaire—Ambulatory Version	PUBMED
E40	Strengthening leadership as a catalyst for enhanced patient safety culture: a repeated cross-sectional experimental study	PUBMED
E41	Comparing NICU teamwork and safety climate across two commonly used survey instruments	PUBMED
E42	Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a cross-sectional survey	PUBMED
E43	Assessing Safety Attitudes among Healthcare Providers after a Hospital-Wide High-Risk Patient Care Program	PUBMED
E44	Variations in patient safety climate and perceived quality of collaboration between professions in out-of-hours care	PUBMED
E45	Neonatal Intensive Care Unit Safety Culture Varies Widely	PUBMED
E46	Safety Culture in the Maternity Units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire	PUBMED
E47	A safety culture assessment by mixed methods at a public maternity and infant hospital in China	PUBMED
E48	Designing in situ simulation in the emergency department: evaluating safety attitudesamongstphysicians and nurses	PUBMED
E49	Safety climate and readiness for implementation of evidence and person centered practice – A national study of registered nurses in general surgical care at Swedish university hospitals	PUBMED
E50	Factors influencing team work and collaboration within a tertiary medical center	PUBMED
E51	A dissonant scale: stress recognition in the SAQ	PUBMED
E52	Design and Implementation of a Trauma Care Bundle at a Community	PUBMED

	Hospital	
E53	Highly Reliable Procedural Teams: The Journey to Spread the Universal Protocol in Diagnostic Imaging	PUBMED
E54	The virgin land of quality management: a first measure of patient safety climate at the National Hospital of the Faroe Islands	PUBMED
E55	Surgical teams' attitudes and opinions towards the safety of surgical procedures in public hospitals in the Brazilian Federal District	PUBMED
E56	Operating room professionals' attitudes towards patient safety and the influencing factors	PUBMED
E57	A New Approach to Identify High Burnout Medical Staffs by Kernel K-Means Cluster Analysis in a Regional Teaching Hospital in Taiwan	PUBMED
E58	Translating staff experience into organisational improvement: the HEADS-UP stepped wedge, cluster controlled, non-randomised trial	PUBMED
E59	Improving nurse-physician teamwork through interprofessional bedside rounding	PUBMED
E60	Patient safety culture lives in departments and wards: Multilevel partitioning of variance in patient safety culture	PUBMED
E61	Evaluation of preoperative and perioperative operating room briefings at the Hospital for Sick Children	PUBMED
E62	Revealing and Resolving Patient Safety Defects: The Impact of Leadership Walk Rounds on Frontline Caregiver Assessments of Patient Safety	PUBMED
E63	Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study	PUBMED
E64	Health care professionals' attitudes regarding patient safety: cross-sectional survey	PUBMED
E65	Burnout in the NICU setting and its relation to safety culture	PUBMED
E66	Hospital Safety Culture in Taiwan: A Nationwide Survey Using Chinese Version Safety Attitude Questionnaire	PUBMED
E67	Psychometric Properties of an Arabic Safety Attitude Questionnaire (Short Form 2006)	PUBMED
E68	A cross-sectional study to assess the patient safety culture in the Palestinian hospitals: a baseline assessment for quality improvement	PUBMED
E69	Teamwork and safety attitudes among staff in critical care units and the relationship to patient mortality	PUBMED
E70	Simulation-based multi-professional obstetric an-aesthesia training conducted in situ versus off-site leads to similar individual and team outcomes: a randomised educational trial	PUBMED
E71	Establishing the use of a safety attitudes questionnaire to assess the safety climate across a critical care network	PUBMED
E72	Adjusting to duty hour reforms: residents' perception of the safety climate in interdisciplinary night-float rotations	PUBMED
E73	Factors influencing team-work and collaboration within a tertiary medical center	PUBMED
E74	A cluster randomized trial of a multifaceted quality improvement intervention in Brazilian intensive care units: study protocol	PUBMED
E75	Attitudes of doctors and nurses toward patient safety within emergency departments of two Saudi Arabian hospitals	PUBMED
E76	The association between EMS work-place safety culture and safety outcomes	PUBMED

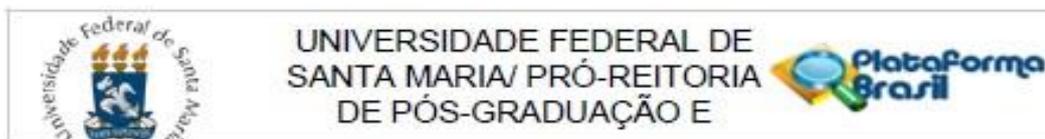
E77	Changes in safety climate and teamwork in the operating room after implementation of a re-vised WHO checklist: a prospective interventional study	PUBMED
E78	Crew Re-source Management in the Intensive Care Unit: a prospective 3-year cohort study	PUBMED
E79	Exposure to Leadership WalkRounds in neonatal intensive care units is associated with a better patient safety culture and less care-giver burnout	PUBMED
E80	Repeated, Close Physician Coronary Artery Bypass Grafting Teams Associated with Greater Teamwork	PUBMED
E81	Preoperative Safety Briefing Project	PUBMED
E82	The Perceptions of Physicians and Nurses Regarding the Establishment of Patient Safety in a Regional Teaching Hospital in Taiwan	PUBMED
E83	SBAR improves communication and safety climate and decreases incident re-ports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study	PUBMED
E84	Measuring safety cli-mate in australian hospitals: potential to make changes and improve safety	PUBMED
E85	Patient and organisational variables associated with pressure ulcer prevalence in hospital settings: a multilevel analysis	PUBMED
E86	Effect of the practice envi-onment of nurses on job outcomes and safety cli-mate*	PUBMED
E87	Incorporating work experience of medical staff into patient safety climate management: a multi-group analysis	PUBMED
E88	Improvement Critical Care Patient Safety: Using Nursing Staff Development Strategies, At Sau-di Arabia	PUBMED
E89	Patient Safety in Surgery	PUBMED

Fonte: Autores

* A lista de referências da revisão bibliométrica encontra-se no Apêndice B. Salienta-se que os estudos foram utilizados para construção dos demais itens do referencial teórico.

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO MATRICIAL PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM



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: 80587417.0.0000.5346

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

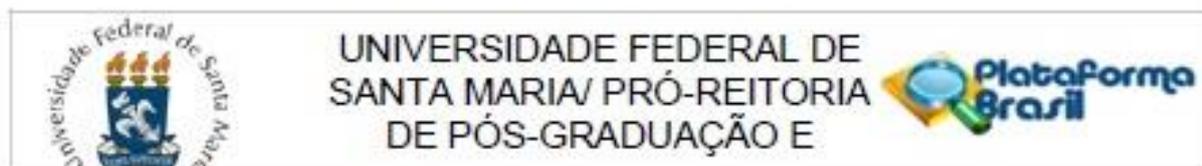
DADOS DO PARECER

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 aplicados questionários autopercebíveis 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_BASICAS_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

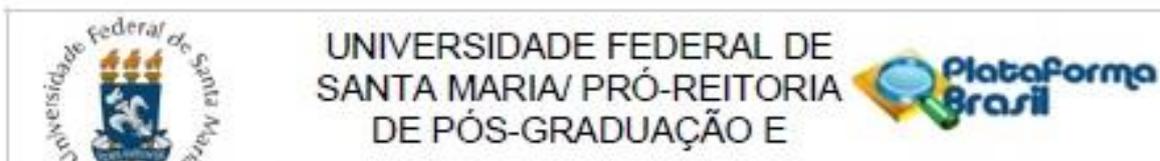
CEP: 97.105-970

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)



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



ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Autoras da pesquisa: Prof^aDr^aGraziele de Lima Dalmolin, Prof^aDr^a Rafaela Andolhe, Prof^aDr^a Tania Bosi de Souza Magnago, Prof^aDr^aAngela 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 Lopez Munhoz, Patrícia Tuchtenhagen, Roosieloiza 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. Esperamos 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 Ministério da Educação Universidade Federal de Santa Maria Centro de Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado 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 foi-me entregue.

Santa Maria, ____/____/____

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador responsável



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



ANEXO C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

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

Autoras da pesquisa: Prof^aDr^aGraziele de Lima Dalmolin, Prof^aDr^a Rafaela Andolhe, Prof^aDr^a Tania Bosi de Souza Magnago, Prof^aDr^aAngela 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 adadossociodemográficos (sexo, idade, entre outras), profissionais (tipo, anos trabalhados, entre outras) e de saúde (estresse ocupacional, 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,.....dede 20.....

.....

Assinatura do pesquisador responsável

**ANEXO D - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, LABORAL E
PERFIL DE SAÚDE**

Perfil sociodemográfico e laboral

1. Setor: _____
2. Regime de trabalho: () Celetista/EBSERH () Estatutário/RJU
3. Gênero: () M () F () Outro
4. Data de nascimento: ____/____/____
5. Estado civil: () sem companheiro () com companheiro
6. Filhos: () Não () Sim Quantos? _____
7. Cargo:
 - () Assistente social
 - () Enfermeiro
 - () Farmacêutico
 - () Fisioterapeuta
 - () Fonoaudiólogo
 - () Médico da equipe responsável
 - () Médico residente
 - () Nutricionista
 - () Odontólogo
 - () Psicólogo
 - () Administrativo (Auxiliar de escritório, secretário, recepcionista, almoxarife)
 - () Auxiliar/Técnico de enfermagem
 - () Técnico de laboratório
 - () Técnico de radiologia
 - () Cozinheiro/ Copeiro
 - () Motorista
 - () Serviço de higiene e limpeza/lavanderia
 - () Serviço de manutenção
 - () Vigilante/porteiro
 - () Auxiliar de saúde
 - () Outro: _____

8. Maior formação COMPLETA:

- Ensino fundamental
- Ensino Médio
- Graduação
- Especialização/Residência
- Mestrado
- Doutorado

9. Tempo de formação: _____ anos

10. Tempo de trabalho na instituição: _____ anos

11. Tempo de trabalho no setor: _____ anos

12. Turno de trabalho atual nessa unidade: manhã tarde noite misto

13. Carga horária semanal de trabalho: _____ horas

14. Possui outro emprego ou vínculo empregatício?

Não Sim. Qual a carga horária semanal? _____ horas

15. Há quantos dias não tem folga nessa unidade? _____ dias

16. Você se sente satisfeito por trabalhar no seu setor? sim não

17. Tem intenção de deixar o trabalho? Não Sim

Perfil de saúde

18. Peso: _____ 18. Altura: _____

19. Circunferência abdominal: _____

20. Circunferência da cintura: _____

21. Circunferência do quadril: _____

22. PA: _____ / _____

23. Necessidade de horas de sono diária: _____ horas

24. Horas efetivamente dormidas por dia: _____ horas

25. Para suas necessidades você considera esse número de horas:

suficiente pouco suficiente insuficiente

26. Qual o tempo em minutos ou horas diárias você utiliza o computador? _____

27. Qual o tempo em minutos ou horas diárias você utiliza o celular? _____

28. Você pratica atividade física? Não. Sim. Quantas vezes por semana? _____

29. Você tem tempo para o lazer? Não. Sim Às vezes.

30. Possui algum problema de saúde diagnosticado pelo médico?

Não. Sim. Qual (is)? _____

31. Faz uso de medicação contínua?

Não. Sim, com prescrição médica. Quais? _____

Sim, por conta própria. Quais? _____

30. Você fuma? Não. Sim. Às vezes.

31. Afastou-se do trabalho por problemas de saúde no último ano?

Não. Sim. Quantos dias? _____

ANEXO E – QUESTIONÁRIO *JOB STRESS SCALE* (JSS)

Em cada questão indique a frequência com que você fez ou sentiu a respeito da situação, conforme opções abaixo.

	Frequente- mente	Às vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca
F1. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	1	2	3	4
F2. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?	1	2	3	4
F3. Seu trabalho exige demais de você?	1	2	3	4
F4. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?	1	2	3	4
F5. O seu trabalho costuma lhe apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	1	2	3	4
F6. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?	1	2	3	4
F7. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?	1	2	3	4
F8. Seu trabalho exige que você tome iniciativas?	1	2	3	4
F9. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?	1	2	3	4
F10. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?	1	2	3	4
F11. Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?	1	2	3	4
	Concordo totalmente	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo totalmente
F12. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.	1	2	3	4
F13. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.	1	2	3	4
F14. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.	1	2	3	4
F15. Se eu não estiver num bom dia, meus colegas me compreendem	1	2	3	4
F16. No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.	1	2	3	4
F17. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.	1	2	3	4

ANEXO F – QUESTIONÁRIO *MASLACH BURNOUT INVENTORY*

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

Com que frequência sente isso?	Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mês	Algumas vezes na última semana	Diariamente
H1. Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.	0	1	2	3	4
H2. Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado.	0	1	2	3	4
H3. Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, sinto-me fatigado.	0	1	2	3	4
H4. Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender se sentem a respeito das coisas.	0	1	2	3	4
H5. Sinto que estou tratando pacientes e familiares como se fossem objetos impessoais.	0	1	2	3	4
H6. Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa.	0	1	2	3	4
H7. Sinto que trato com muita efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender.	0	1	2	3	4
H8. Sinto que meu trabalho está me desgastando.	0	1	2	3	4
H9. Sinto que estou influenciando positivamente nas vidas das pessoas, através de meu trabalho.	0	1	2	3	4
H10. Sinto que tornei-me mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho.	0	1	2	3	4
H11. Preocupo-me com este trabalho que está me endurecendo emocionalmente.	0	1	2	3	4
H12. Sinto-me muito vigoroso em meu trabalho.	0	1	2	3	4
H13. Sinto-me frustrado por meu trabalho.	0	1	2	3	4
H14. Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho.	0	1	2	3	4
H15. Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as	0	1	2	3	4

peças as quais tenho que atender profissionalmente.					
H16. Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.	0	1	2	3	4
H17. Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com os receptores do meu trabalho.	0	1	2	3	4
H18. Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.	0	1	2	3	4
H19. Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.	0	1	2	3	4
H20. Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.	0	1	2	3	4
H21. No meu trabalho eu manejo os problemas emocionais com muita calma.	0	1	2	3	4
H22. Parece-me que pacientes e familiares culpam-me por alguns de seus problemas.	0	1	2	3	4



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



ANEXO H – 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 EBSEH 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:

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO	
A1. N° do Instrumento: _____	A1 _____
A2. Data da coleta de dados: ___/___/____ Coletador _____	A2
BLOCO B - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	
B1. Data de nascimento: ___/___/____	B1 ___/___/____
B2. Gênero: [1] M [2] F [3] Outro _____	B2 ____
B3. Estado civil: [1] sem companheiro [2] com companheiro	B3 ____
B4. Filhos: [1] Não [2] Sim	B4 ____
B4a. Se, sim, qual o número de filhos? _____	B4a ____
BLOCO C – PERFIL LABORAL	
C1. Setor: _____	C1
C2. Regime de trabalho: [1] Celetista/EBSERH [2] Estatutário/RJU	C2 ____
C3. Cargo: [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)	C3 ____

<p>[12] Auxiliar/Técnico de enfermagem [13] Técnico de laboratório</p> <p>[14] Técnico de radiologia [15] Cozinheiro/ Copeiro</p> <p>[16] Motorista</p> <p>[17] Serviço de higiene e limpeza/lavanderia [18] Serviço de manutenção</p> <p>[18] Vigilante/porteiro</p> <p>[19] Outro: _____</p>	
<p>C4. Maior formação COMPLETA:</p> <p>[1] Ensino fundamental [2] Ensino Médio [3] Graduação</p> <p>[4] Especialização/Residência [5] Mestrado [6] Doutorado</p>	C4 ____
<p>C5. Tempo de formação: _____ anos _____ meses</p>	C5 ____
<p>C6. Tempo de trabalho na instituição: _____ anos _____ meses</p>	C6 ____
<p>C7. Tempo de trabalho no setor: _____ anos _____ meses</p>	C7 ____
<p>C8. Turno de trabalho atual nessa unidade:</p> <p>[1] manhã [2] tarde [3] noite [4] misto</p>	C8 ____
<p>C9. Carga horária semanal de trabalho: _____ horas</p>	C9 ____
<p>C10. Possui outro emprego ou vínculo empregatício?</p> <p>[1] Não [2] Sim</p> <p>C10a. Se sim, qual a carga horária semanal? _____ horas</p>	C10 ____ C10a ____
<p>C11. Há quantos dias não tem folga nessa unidade? _____ dias</p>	C11 ____
<p>C12. Você se sente satisfeito por trabalhar no seu setor?</p> <p>[1] Não [2] Sim</p>	C12 ____
<p>C13. Tem intenção de deixar o trabalho?</p> <p>[1] Não [2] Sim [3] Não sei/não pensei nisso</p>	C13 ____

Segundo Momento

Será preenchido pelos coletadores:

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

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 antecubital 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.

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

D20. Você tem alguma questão que não foi abordada neste estudo e que gostaria de sugerir para um estudo posterior?

D20____

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 terá que responder em relação a duas esferas, **adm unid (chefia imediata, do setor), adm hosp. (diretora, administração geral do hospital).**

BLOCO E – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (SAQ)							
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	Não se aplica	Código
E1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área.	1	2	3	4	5	9	E1
E2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.	1	2	3	4	5	9	E2
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	E3
E4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	1	2	3	4	5	9	E4
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	E5
E6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	1	2	3	4	5	9	E6
E7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.	1	2	3	4	5	9	E7

E8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área.	1	2	3	4	5	9	E8
E9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.	1	2	3	4	5	9	E9
E10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.	1	2	3	4	5	9	E10
E11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros.	1	2	3	4	5	9	E11
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	E12
E13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	1	2	3	4	5	9	E13
E14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração.	1	2	3	4	5	9	E14
E15. Eu gosto do meu trabalho.	1	2	3	4	5	9	E15
E16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	1	2	3	4	5	9	E16
E17. Este é um bom lugar para trabalhar.	1	2	3	4	5	9	E17
E18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	1	2	3	4	5	9	E18
E19. O moral nesta área é alto.	1	2	3	4	5	9	E19
E20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	1	2	3	4	5	9	E20
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
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	Não se aplica	Código
E23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação	1	2	3	4	5	9	E23

cardiorrespiratória, convulsões).							
E24. A administração da unidade apoia meus esforços diários.	1	2	3	4	5	9	E24
E24a. A administração do hospital (Direção) apoia meus esforços diários.	1	2	3	4	5	9	E24a
E25. A administração da unidade não compromete conscientemente a segurança do paciente.	1	2	3	4	5	9	E25
E25a. A administração do hospital (Direção) não compromete conscientemente a segurança do paciente.	1	2	3	4	5	9	E25a
E26. A administração da unidade está fazendo um bom trabalho.	1	2	3	4	5	9	E26
E26a. A administração do hospital (Direção) está fazendo um bom trabalho.	1	2	3	4	5	9	E26a
E27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa administração da unidade .	1	2	3	4	5	9	E27
E27a. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa administração do hospital (Direção).	1	2	3	4	5	9	E27a
E28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da administração da unidade .	1	2	3	4	5	9	E28
E28a. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da administração do hospital (Direção).	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	E32
E33. Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área.	1	2	3	4	5	9	E33
E34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área.	1	2	3	4	5	9	E34
E35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área.	1	2	3	4	5	9	E35
E36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.	1	2	3	4	5	9	E36

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.

BLOCO F – JOB STRESS SCALE - JSS

Em cada questão indique a frequência com que você fez ou sentiu a respeito da situação, conforme opções abaixo.

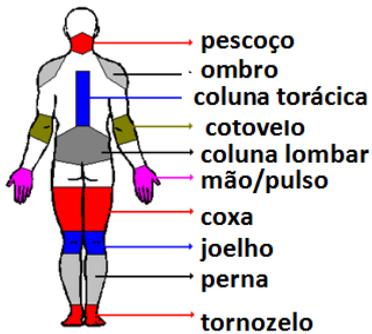
	Frequente mente	Às vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca	Código
F1. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	1	2	3	4	F1 ____
F2. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?	1	2	3	4	F2 ____

F3. Seu trabalho exige demais de você?	1	2	3	4	F3 ___
F4. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?	1	2	3	4	F4 ___
F5. O seu trabalho costuma lhe apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	1	2	3	4	F5 ___
F6. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?	1	2	3	4	F6 ___
F7. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?	1	2	3	4	F7 ___
F8. Seu trabalho exige que você tome iniciativas?	1	2	3	4	F8 ___
F9. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?	1	2	3	4	F9 ___
F10. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?	1	2	3	4	F10 ___
F11. Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?	1	2	3	4	F11 ___
F12. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.	1	2	3	4	F12 ___
F13. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.	1	2	3	4	F13 ___
F14. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.	1	2	3	4	F14 ___
F15. Se eu não estiver num bom dia, meus colegas me compreendem	1	2	3	4	F15 ___
F16. No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.	1	2	3	4	F16 ___
F17. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.	1	2	3	4	F17 ___

BLOCO G

Composto pelo Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares, que é indicado para a identificação de distúrbios osteomusculares no propósito de colaborar para o diagnóstico do ambiente ou do posto de trabalho e não ao diagnóstico clínico (PINHEIRO, TRÓCCOLI, CARVALHO, 2002).

BLOCO G - QUESTIONÁRIO NÓRDICO DE SINTOMAS OSTEOMUSCULARES



Por favor, responda às questões colocando um "X" no quadrado apropriado para cada pergunta. Por favor, responda todas as perguntas mesmo que você nunca tenha tido problemas em qualquer parte do seu corpo. A figura mostra como o corpo foi dividido. Você deve decidir, por si mesmo, qual parte está ou foi afetada, se houver alguma.

No último ano, você teve alguma dor ou desconforto em?			Este problema atrapalhou para fazer alguma coisa em casa ou fora de casa, alguma vez, no último ano?			Teve esta dor/desconforto alguma vez nos últimos sete dias?				
	Não	Sim		Não	Sim		Não	Sim		
G1. Pescoço			G11. Pescoço			G21. Pescoço				
G2. Ombros			G12. Ombros			G22. Ombros				
G3. Cotovelos			G13. Cotovelos			G23. Cotovelos				
G4. Pulso ou mão			G14. Pulso ou mão			G24. Pulso ou mão				
G5. Coluna torácica			G15. Coluna torácica			G25. Coluna torácica				
G6. Coluna lombar			G16. Coluna lombar			G26. Coluna lombar				
G7. Coxas			G17. Coxas			G27. Coxas				
G8. Pernas			G18. Pernas			G28. Pernas				
G9. Joelhos			G19. Joelhos			G29. Joelhos				
G10. Tornozelos			G20. Tornozelos			G30. Tornozelos				
No geral, que nota você daria para sua dor musculoesquelética nos últimos 7 dias, em que "0" significa sem dor e "10" a pior dor?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

BLOCO H - INVENTÁRIO MASLACH DE BURNOUT (IMB)**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).

Marque um X a coluna que indica com que frequência você se sente como o enunciado de cada questão.						
Com que frequência sente isso?	Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mês	Algumas vezes na última semana	Diariamente	Código
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, através de meu trabalho.	0	1	2	3	4	H9____
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__

BLOCO I

Composto pela a escala Avaliação do Presenteísmo, que indica a relação entre presenteísmo, problemas de saúde e a produtividade entre os trabalhadores. O participante deverá, descrever suas experiências no trabalho nos últimos 30 dias. Essas experiências podem ter sido influenciadas por diversos fatores pessoais e do ambiente e alteradas ao longo do tempo. Para cada afirmativa abaixo, o participante deverá escolher uma única resposta que melhor retrate seu grau de concordância ou discordância, considerando suas experiências de trabalho nos últimos 30 dias.

BLOCO I – AVALIAÇÃO DO PRESENTEÍSMO	
I 1 – NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você teve algum problema de saúde? 1[] Não 2[] Sim. Qual problema de saúde? _____	I 1 _____
I 2 – NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você faltou ao trabalho por algum problema de saúde, consulta médica ou para fazer algum exame de saúde? 1[] Não 2[] Sim. Quantos dias? _____	I 2 _____

I 3 – NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você esteve presente no trabalho apesar de apresentar algum problema de saúde ou algum sinal ou sintoma de adoecimento?						I 3
1[] Não. Passe para o BLOCO J						I 3a
2[] Sim. I 3a- Se sim, qual(ais)? _____						
I 3b- <i>Stanford Presenteeism Scale</i> – SPS-6 (Escala Stanford de Presenteísmo)						
Por favor, descreva suas experiências no trabalho nos últimos 30 dias. Essas experiências podem ter sido influenciadas por diversos fatores pessoais e do ambiente e alteradas ao longo do tempo. Para cada afirmativa abaixo, escolha uma única resposta que melhor retrate seu grau de concordância ou discordância, considerando suas experiências de trabalho nos últimos 30 dias. *Nota: as expressões “dor nas costas”, “problema cardiovascular”, “doença”, “problema de estômago” e outros termos semelhantes podem ser substituídos pela palavra “problema de saúde” em qualquer um desses itens.						I 3b
Por favor, utilize a seguinte escala para suas respostas:						
1 - Eu discordo totalmente 2 - Eu discordo parcialmente 3 - Não concordo nem discordo 4 - Eu concordo parcialmente 5 - Eu concordo totalmente						
1 - Devido ao meu (problema de saúde)* foi muito mais difícil lidar com o estresse no meu trabalho.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]	I 3b1
2 - Apesar do meu (problema de saúde)*, consegui terminar tarefas difíceis no meu trabalho.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]	I 3b2
3 - Devido ao meu (problema de saúde)*, não pude ter prazer no trabalho.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]	I 3b3
4 - Eu me senti sem ânimo para terminar algumas tarefas no trabalho, devido ao meu (problema de saúde)*.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]	I 3b4
5 - No trabalho consegui me concentrar nas minhas metas apesar do meu (problema de saúde)*.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]	I 3b5
6 - Apesar do meu (problema de saúde)*, tive energia para terminar todo o meu trabalho.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]	I 3b6
I 4 - Quais os motivos que te levam a ir trabalhar, mesmo não se sentindo bem de saúde?						
1[] Minha ausência vai sobrecarregar meus colegas						I 4
2[] Minha ausência vai comprometer a assistência						
3[] Tenho receio de perder meu emprego						
4[] Meu ambiente doméstico não é bom. Prefiro trabalhar a ficar em casa						
5[] Não há quem me substitua e meu serviço vai ficar acumulado						
6[] Tenho outros motivos: _____						

BLOCO J

Composto pelo Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool, instrumento que verifica o uso problemático do álcool. O participante preencherá as questões abaixo e marcando a pontuação de cada resposta no parêntese correspondente, sendo que cada resposta tem um valor.

BLOCO J - TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL (AUDIT)	
Leia as questões abaixo e marque a opção que correspondente à sua resposta.	
J1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas? (0) Nunca [<i>vá para as questões 9-10</i>] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana	J1 _____
J2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber? (0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7, 8 ou 9 (4) 10 ou mais	J2 _____
J3. Com que frequência você toma “seis ou mais doses” de uma vez? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <i>[Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10]</i>	J3 _____
J4. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias	J4 _____
J5. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias	J5 _____
J6. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido no dia anterior? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias	J6 _____
J7. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias	J7 _____
J8. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias	J8 _____
J9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (3) Sim, nos últimos 12 meses	J9 _____
J10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da	J10 _____

saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?
 (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses



BLOCO K

Composto pelo instrumento utilizado na coleta de cortisol salivar.

BLOCO K- INSTRUMENTO DE COLETA DE CORTISOL SALIVAR	
Iniciais do nome _____	
Data de nascimento: __/__/__	
K1. Data da coleta ____/____/____	K1 _____
K2a. Hora da primeira coleta _____hs	K2 _____
K2b. Hora da segunda coleta _____hs	
K3. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino	K3 _____
K4. Amostra: (1) Dia de Trabalho (2) Dia de folga	K4 _____
K5. Ingestão de Álcool nas 24 horas que antecedem a coleta: (1) Não (2) Sim	K5 _____
K6. Uso de medicamentos: (1) Não (2) Sim	K6 _____
K7. Quais medicamentos:	K7
K7a. Nome _____ Dose _____ Horários _____	

K7b. Nome _____ Dose _____ Horários _____				
K7c. Nome _____ Dose _____ Horários _____				
K7d. Nome _____ Dose _____ Horários _____				
K8. Tabagista: (1) Não (2) Sim				K8 _____
K9. Usa anticoncepcional oral: (1) Não (2) Sim				K9 _____
K10a. Quantos dias após o primeiro dia de menstruação se encontra no momento? (colocar "zero" caso não menstrue) _____ dias. K10a. Duração do ciclo menstrual: _____ dias				K10 _____ K10a _____
K11a: Esta gestante? (1) Não (2) Sim (3) Não se aplica				K11a _____
K11b: Se sim, quantas semanas de gestação? _____ semana				K11b _____
K12. Teve uma boa noite de sono anterior a coleta: (1) Não (2) Sim				K12 _____
	Não foi estressante	Pouco estressante	Muito estressante	
K13. O turno de trabalho foi mais estressante do que o normal?	1	2	3	K13 _____
K14. O dia de folga foi mais estressante do que o normal?	1	2	3	K14 _____

Após o preenchimento do questionário acima será realizado a coleta do cortisol salivar por meio de salivetes (Figura 2), que serão oferecidos pelo laboratório de análise de escolha. O salivete consiste em *swab* oral, que será devidamente identificado e armazenado em condições e local apropriado para posterior encaminhamento ao laboratório de análise. O *swab* oral está inserido em um recipiente dentro de outro recipiente. O salivete deve ser acondicionado em caixa isotérmica com gelox logo após a coleta e armazenada em geladeira assim que possível (não congelar).

Figura 2 - Exemplo de Salivete.

Fonte: Site Medicalexpo

Para a coleta de cortisol salivar, os participantes devem tomar alguns cuidados que são de extrema importância para sua correta análise laboratorial:

- **24h Antes:** Não ingerir bebidas alcoólicas;
- **2h Antes:** Evitar escovar os dentes; **30 Minutos antes:** Não ingerir comida ou bebida (exceto água). **Aconselhável:** Imediatamente antes da coleta: Fazer bochecho leve com água. **IMPORTANTE:** Não possuir lesões orais com sangramento ativo ou potencial e não estar em uso de medicação corticoide.

Estas orientações serão explicadas e entregues impressas aos os participantes no mínimo um dia antes da coleta.

A coleta será realizada duas vezes em um dia de trabalho e em um dia de folga, totalizando quatro coletas por participante. No dia de folga o próprio participante deverá realizar a coleta, neste sentido é importante orientá-lo corretamente sobre os cuidados. Os horários de coleta serão no início do turno de trabalho e no final, e nos mesmos horários no dia de folga.

Um instrumento próprio para a coleta do cortisol salivar será preenchido pelo coletador durante a coleta, que deve ser anexado ao questionário do participante.

Procedimento (a ser realizado nos três turnos de trabalho, após assinatura do TCLE pelo participante):

1. No início do turno de trabalho, preencher o instrumento de coleta de cortisol salivar e o espaço de identificação no tubo salivete com as iniciais do participante, data de nascimento, data e horário da coleta.
2. Retirar a tampa do salivete e o recipiente interno fechado, entregá-lo ao participante para que abra e coloque o algodão na boca. O algodão pode ser colocado embaixo da língua ou mastigado levemente entre dois a três minutos de maneira a **encharcá-lo (importante)**.

3. O participante deve guardar novamente o algodão encharcado no recipiente e colocar este no segundo recipiente, como estava inicialmente.
4. Colocar os salivetes em pé em uma grade de tubos e está dentro da caixa isotérmica previamente preparada com os gelox até ser transferido para a geladeira.
5. Repetir os passos no final do turno de trabalho e orientar e entregar outro instrumento em branco e dois tubos salivete novos para o participante preencher e utilizar em casa no momento da coleta do dia de folga.



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 (GTESSP)**

REFERÊNCIAS

- ALVES, M.G.M. et al. Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 164-171, 2004.
- BARROS, E.N.C.; ALEXANDRE, N.M.C. Cross-cultural adaptation of Nordic musculoskeletal questionnaire. **IntNurs Rev.**, v. 50, n. 2, p. 101-8, 2003.
- CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. maio-jun. 2012 [acesso em: 03 jul. 2017]; 20(3): [8 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf
- CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil - Questionário de Atitudes de Segurança**. 158 f. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <http://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=ptBR&user=1Q7Yn2wAAAJ&citation_for_view=1Q7Yn2wAAAJ:3fE2CSJl8C>. Acesso em 03 jul 2017.
- FERREIRA, A.J.; et al. Tradução e validação para a língua portuguesa das escalas de presenteísmo WLQ-8 e SPS-6. **Avaliação Psicol**, vol. 9, n. 2, p. 253-66, 2010;

KARASEK, R.A. **Job Content Questionnaire and user's guide**. University of Massachusetts, 1985.

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.

KUORINKA, I, et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. **Appl Ergon**. n. 18 p. 233-7. 1987.

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**, v. 40, p. 584-9, 2005.

MASLACH, C.; JACKSON, S.E. The measurement of experienced burnout. **J Occupat Behavior**. v. 2, n. 99-113, 1981.

OZMINKOWSKI R. J.; GOETZEL R. Z; LONG S. R. A validity analysis of the work productivity short inventory (WPSI) instrument measuring employee health and productivity. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, vol. 45, p. 1183-1195, 2003.

PASCHOALIN, H. C. **Presente no trabalho, mesmo doente: o presenteísmo na Enfermagem**. – Rio de Janeiro: UFRJ, 2012. 169f: il. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, 2012.

PASCHOALIN, H. C. et al. Adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do Stanford Presenteeism Scale para avaliação do presenteísmo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n. 1, 08 telas, 2013.

PINHEIRO, F.A.; TRÓCCOLI, B.T.; CARVALHO, C.V. **Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade**. Rev Saúde Pública. v. 36, n. 3, p. 307-12, 2002.

REIS, C.T. et al. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. **Cad. Saúde Pública**. v. 32, n. 11, e00115614, nov. 2016.

SEXTON, J. B.; THOMAS, E. J.; GRILLO, S. P. **The Safety Attitudes Questionnaire: Guidelines for administration**. 2/03. Texas: University of Texas; 2003. p. 12.

ANEXO I – MANUAL DE CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO

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

MANUAL DE CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO DE DADOS DO PROJETO

“Cultura de segurança do paciente e agravos à saúde do trabalhador em ambiente hospitalar”

Autores:
Alessandra Suptitz Carneiro
Monique Portella Guerreiro
Oclaris Lopes Munhoz
Patrícia Tuchtenhagen
Roosi Eloiza Bolzan Zanon

Santa Maria, junho de 2018

APRESENTAÇÃO

Nesse manual estão apresentadas todas as questões do instrumento aplicado na pesquisa matricial “Cultura de segurança do paciente e agravos à saúde do trabalhador em ambiente hospitalar” e suas respectivas possibilidades de resposta para codificação do mesmo e posterior digitação.

O membro do projeto, ao realizar a codificação nos instrumentos, deverá observar todos os aspectos contidos neste manual. Para cada questão há uma explicação para sua codificação, algumas seguindo números que correspondem a categorias (variáveis qualitativas) e outras serão os próprios números das respostas no questionário (variáveis quantitativas).

O digitador, no momento de inserção dos dados na planilha específica, deverá observar os números codificados ao lado de cada questão nos instrumentos, na coluna cinza. Isto é, o digitador irá acessar os questionários já codificados, podendo se reportar a esse manual caso tenha dúvidas nesse processo.

CODIFICAÇÃO

A codificação foi elaborada pelos autores da pesquisa após o processamento de parte do material coletado. As respostas às questões abertas foram classificadas dentro de categorias, que receberam cada uma um código, que deve ser registrado sempre que aparecem nas respostas.

Nas questões sociodemográficas, perfil laboral e de saúde, as opções que não foram assinaladas, ou questões não preenchidas (não selecionadas), devem ficar **em branco** no banco de dados. As opções não assinaladas nas questões dos instrumentos específicos, para medir cultura de segurança e agravos a saúde do trabalhador, devem ser codificadas com “999”. O mesmo se aplica quando mais de uma opção for assinalada.

O Quadro a seguir apresenta a Codificação das questões do conjunto de instrumentos da pesquisa, seus respectivos códigos, explicações e instruções:

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO	
Questão A1 → número de codificação do instrumento: cada instrumento receberá um número, em ordem crescente, iniciando em 1 e será contínuo, até o último a ser codificado. Exemplo: 1, 2, 3..., e assim sucessivamente.	
Questão A2 → data da coleta: inserir data completa. Exemplo: XX/XX/XXXX	
BLOCO B – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	
Questão B1 → data de nascimento: inserir data completa. Exemplo: XX/XX/XXXX	
Questões B2, B3, B4 e B4a – Seguir categorização posta no instrumento.	
BLOCO C – PERFIL LABORAL	
Questão C1 → Setor / Unidade / Local de trabalho (inserir o número correspondente)	
1	Pronto-Socorro adulto e pediátrico (Sub-solo)
2	Unidade Toco ginecológico / Gineco-obstetrícia / materno-infantil (2ºA)
3	UCG – Unidade de Cirurgia Geral – Internação (3ºA)
4	Clínica Médica I (4ºA)
5	Nefrologia (4ºA)
6	Clínica Médica II (5ºA)
7	Pneumologia (5ºA)

8	Unidade de Terapia Intensiva Adulto (5ºA)
9	Unidade Cardiovascular Intensiva – UCI (5ºA)
10	Unidade Pediátrica (Internação) (6ºA)
11	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (6ºA)
12	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (6ºA)
13	Unidade de Cirurgia Geral – Bloco Cirúrgico (BC) (sub-solo)
14	Unidade de Cirurgia Geral – Sala de Recuperação Intermediária/Anestésica – SRI/SRA (Sub-solo)
15	Unidade de Laboratório de Análises Clínicas (Biologia Molecular; Hemato-oncologia, etc) (Térreo)
16	Unidade de Diagnóstico por Imagem (Raio X; Tomografia; Traçados /Métodos gráficos) (Térreo) Hemodinâmica
17	Centro Obstétrico – CO (Sub-solo), Matriciamento a violência
18	Unidade de Processamento de Materiais e Esterilização-UPME (Sub-solo)
19	Serviço de Hemoterapia (Sub-solo)
20	Ambulatórios (Ala I, Ala II – A, B, C, D, E, F; Container odontologia, vacinas) e Unidade de Reabilitação (fisioterapia, fonoterapia),
21	Unidade Psicossocial Paulo Guedes e Ambulatório Psiquiatria. (térreo)
22	Setor de Farmácia Hospitalar (Dispensação de Materiais e Medicamentos; Unidade de abastecimento farmacêutica; farmácia de quimioterapia no ambulatório de quimioterapia) (Sub-solo e Amb quimio)
23	Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar (Engenharias, infraestrutura física, manutenção, Almoxarifado e produtos para a saúde, Comissão de Padronização de Materiais, Hotelaria, SND (produção), Higiene e Segregação de Resíduos) (Sub-solo e área externa)
24	Centro de Tratamento da Criança com câncer (CTCriaC) e Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO) (térreo)
25	Unidade de Radioterapia e Quimioterapia (externo e interno)
26	Setor Vigilância Saúde Segurança Paciente (Serviço de controle de infecção hospitalar, Unid Gestão Riscos Assit, Núcleo Vigil Epidem Hosp) (2ºA)
27	Setores Administrativos (chefias): Superintendência; Auditoria; Setor jurídico; Gestão de processo e tecnologia da informação; Comunicação; Ouvidoria; Gerências (de Atenção a Saúde, de Ensino e Pesquisa, e Administrativa); e Divisões (Gestão do cuidado, Médica, de Enfermagem e de Apoio diagnóstico); Unidade de Pesquisa Clínica; e Unidade de Planejamento, Unidade de Apoio Assistencial; Setor de Regulação e avaliação em saúde/UPIAMA; (térreo e outros locais)
28	Divisão administrativa Financeira (setores de: orçamento e finanças, avaliação e controladoria, e Administrativo – e unidades de licitações, compras, contratos, pagamentos, contabilidades, patrimônio) Autorização de Procedimento de Alta Complexidade(sub-solo)
29	Divisão de Gestão de Pessoas: Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalhador, Núcleo Educ. Perman. em Saúde (NEPS). (4º, 2º, térreo e SS)
Questão C2 → Seguir categorização posta no instrumento.	
Questão C3 → Cargo – Deve seguir categorização posta no instrumento quando o cargo for correspondente aos números de 1 a 21. Quando for “22 – Outro” [Atentar para os primeiros instrumentos impressos onde o “21” era “outro”, nos novos instrumentos o item 21 corresponde a “Auxiliar de Saúde”] e inserir os números, abaixo listados, de acordo com o cargo descrito pelo participante.	

21	Auxiliar de saúde
22	Técnico em farmácia
23	Biomédico
24	Biólogo
25	Físico
26	Terapeuta ocupacional
27	Engenheiro
Questão C4 → Seguir categorização posta no instrumento;	
Questão C5 → tempo de formação: colocar em meses;	
Questão C6 → tempo de trabalho na instituição: colocar em meses;	
Questão C7 → tempo de trabalho no setor: colocar em meses;	
Questão C8 → Seguir categorização posta no instrumento;	
Questão C9 → Carga horária em horas;	
Questão C10 → Seguir categorização posta no instrumento;	
Questão C10a → Qual outro emprego ou vínculo empregatício? No caso de resposta afirmativa na C10 considerar a seguinte codificação:	
1 – Assistência em Saúde	Plantonista; Trabalhador da Saúde; Psicólogo; Outro Hospital, Consultório; Instrumentação cirúrgica; Prefeitura Municipal; Técnico em radiologia; Consultório particular; Médico; Enfermeiro; Técnico de enfermagem; Assistente de laboratório; Fisioterapeuta; Médico autônomo; Cuidado domiciliar
2 – Docência	Supervisor de Aluno; Docência; Psicopedagoga; Tutora
3 – Autônomo	Autônomo;
Questão C11 → Informar número de dias sem folga;	
Questões C12 e C13 → Seguir categorização posta no instrumento;	
BLOCO D – PERFIL DE SAÚDE	
Questão D1 → altura em metros. Exemplo: 1,65m;	
Questão D2 → peso em Kg, com vírgula. Exemplo: 60,3 kg;	
Questão D3 e D3a → circunferência abdominal e da cintura: em centímetros;	
Questão D4 → circunferência do quadril: em centímetros;	
Questão D5 → pressão arterial, subdividida em D5a = PASistólica e D5b = PADiastólica. Colocar o valor correspondente para cada uma, na sua coluna específica, no banco de dados. Exemplo: 120/80 será descrita em colunas separadas 120 (D5a – PS) e 80 (D5b – PD);	
Questão D6 → Ganho de peso, dicotômica;	
Questão D6a → Número de quilos, em caso de afirmativa na D6;	
Questão D7 → Perda de peso, dicotômica;	
Questão D7a → Número de quilos, em caso de afirmativa na D7;	
Questão D8 → sono diário, em horas;	
Questão D9 → horas dormidas ao dia, em horas;	
Questão D 10 → Seguir categorização posta no instrumento;	
Questão D11 → tempo de uso do computador, em minutos;	
Questão D12 → tempo de uso do celular, em minutos;	
Questões D13 e D14 → Seguir categorização posta no instrumento;	
Questão D15 → Problema de saúde, dicotômica;	
Questão D15a → Qual problema de saúde diagnosticado pelo médico: Na coluna da direita foram agrupados todos os problemas de saúde referidos pelos profissionais. Em seguida, esses foram agrupados segundo sistemas e numerados de 1 a 11. Dessa forma, codificar conforme a numeração do sistema que corresponde ao problema relatado. Caso o participante relate mais de um problema de saúde, deverão ser listados os códigos	

correspondentes no banco de dados, nas colunas D15b (segundo problema), D15c (terceiro problema). Caso o participante relate quatro ou mais problemas em diferentes sistemas, que não comporte as variáveis D15a, D15b e D15c, foi criada a variável D15d. D15d – Quatro ou mais problemas diagnosticados: 1 (não) ou 2 (sim)	
CÓDIGO	LISTA DE PROBLEMAS DE SAÚDE – QUESTÃO D15a
1 – Sistema Cardiovascular	Hipertensão; Problemas cardíacos; Dilatação de aorta; Comunicação interventricular; Hemangioma; Varizes; Insuficiência coronariana; Insuficiência mitral leve; Extrassístole; Arritmia cardíaca; Prolapso de válvula mitral
2 – Psiquiátrico/ Psicológico	Depressão; Ansiedade; Stress; Irritabilidade; TDAH.
3 – Sistema Endócrino e Metabólico	Dislipidemia; Hipercolesterolemia; Síndrome metabólica; Diabetes; Pré-diabetes; Hipotireoidismo; Esteatose hepática; Obesidade; Hiperinsulinismo
4 – Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	Problemas na Coluna Lombar; Artrites; Artrite reumatóide; Condropatia patelar, Epicondilite bilateral, Hérnia de disco, Síndrome do Túnel do Carpo, Lesão Lombar de L5; Impacto coxofemoral bilateral; Tendinite; Capsulite ombro direito; Artrose de joelho; Espondilite Anquilosante; Neuropatia de membro inferior esquerdo; Luxação congênita de quadril a direita; Bursite trocantérica; Fibromialgia; Ruptura de tendão de ombro; Lordose; Escoliose; Artroses; Esporão de calcâneo; Dor miofascial; Desgaste joelho e quadril; Cansaço físico
5 – Sistema Gastrointestinal	Retocolite Ulcerativa; Doença Celíaca; Gastrite; Hemorroidas; Esofagite; Intolerância a lactose; Divertículos; Hérnia de hiato; Refluxo GE
6 – Sistema Respiratório	Asma; IVAS; Rinite
7 – Geniturinário	Bexiga Hiperativa; Infecção de Trato Urinário; ITU de repetição; Aborto; Prostatismo; Nefrolitíase; Litíase renal; Rins policísticos; Ovários policísticos
8 – Oftalmológico	Hipermetropia; Glaucoma;
9 – Neoplasias e Nódulos	Nódulo no seio; Câncer de tireóide; Mioma uterino; Nódulo na tireóide
10 – Dermatológico	Vitiligo; Psoríase; Dermatite atópica.
11 – Outros	Enxaqueca; Aneurisma cerebral com clipe; Lúpus, Endometriose; Trombofilia; Perda auditiva; Labirintite; Anemia; Neutropenia; Doença de chagas
Questão D16 → Seguir categorização posta no instrumento.	
Questão D16a – Medicação contínua, com prescrição. Na coluna da direita foram listados todos os medicamentos referidos pelos profissionais. Em seguida, esses foram agrupados por classe terapêutica e numerados de 1 a 15. Dessa forma, codificar conforme a numeração da classe terapêutica do medicamento. Caso o participante relate o uso de mais de uma classe de medicamentos, deverão ser listados os códigos correspondentes no banco de dados, nas colunas D16a1 (segunda classe de medicamento), D16a2 (terceira classe de medicamento). Caso o participante relate o uso de quatro medicamentos de diferentes classes, que não comporte as variáveis D16a, D16a1 e D16a2, foi criada a variável D16a3. D16a3 – Quatro ou mais classes de medicamentos: 1 (não) ou 2 (sim)	
CÓDIGO	LISTA DE MEDICAMENTOS CITADOS – QUESTÃO D16a
1 – Antidepressivos,	Venlafaxina; Fluoxetina; Sertralina (serenata); Citalopram; Rivotril;

ansiolíticos, anticonvulsivantes, e estimulantes do SNC	Lamotrigina; Zolpidem; Escitalopram (reconter); Bupropiona (zetrone, welbutrin); Nortriptilina; Alprazolam; Quetiapina; Lítio; Donaren; Pamelor; Mirtazapina; Clonazepam; Paroxetina; Pristiq; Duloxetina; Angipress CD; Friziun; Topiramato; Pregabalina; Lyrica 75 mg; Depakene; Ritalina LA; Cimby
2 – Anticoncepcionais e hormônios de reposição	Selene; Elani Ciclo; Fêmeina; Tâmisia; Micropil; Cerazeti; DIU; Yaz; Mirena; Qlaira; Indapen; Araceli; Juliet; Belara; Femiane; ACO=anticoncepcional; Primeva, Primogyna; Natifa; Tibolona; Suprelle
3 – Hormônios tireoideanos	Levotiroxina; (=) Puran; Syntroid; Euthyrox
4 – Anti-hipertensivo, diuréticos e cardiovasculares.	Losartana; Naprix; Telmisartana (Micardis); Diovan HCT 125; Succinato de Metoprolol = selozok; Benicar; Brasart; Atenolol; Propanolol; Isordil; Acertil; Lotar; Hidroclorotiazida; Espironolactona; Nebivolol; Nitrendipina; Amilorida; Clortalidona; Fluxocor; Enalapril; Doxazosina; furosemida; Valsartana (Brasart); Ramipril; Somalgim cardio
5 – Baixar colesterol e triglicérides (Estatinas e etc.)	Rosuvastatina = trezor = crestor = rosucor; Sinvastatina; Cipide; Lipless
6 – Antidiabéticos	Insulina; Metformina; Glifage; Galvus; Victoza;
7 – Anti-inflamatórios e Analgésicos	Cetoprofeno, Paco/Buscopan, Piascledine, Dexalgen, Mesalazina; Cefalive; Mezacol
8 – Anticoagulante	Marevan; Aspirina; Femprocumona; Brilinta = ticagrelor
9 – Antibióticos	Nitrofurantoina
10 – Vitaminas e minerais	Vitamina A; Vitamina D; Cálcio; Sulfato ferroso; Citrato de potássio
11 – Medicamentos oftalmológicos	Glaucotrat (timolol); Xalacom (latanoprost e maleato de timolol); Azopt (=Brinzolamida)
12 – Broncodilatador e associações	Foraseq; Duovent
13 – Antialérgicos/ corticosteróides	Alektos; Corticóide nasal; Nasonex; Budesonid; Meticortem; Avamiz
14 – Osteomuscular	Adalimumabe; Osteotec; Risedross = risenodrato sódico; Arava= leflunomide (antireumático)
15 – Outros	Unoprost; Cabergolina=Dostinex; Pantoprazol; Omeprazol; Coenzima Q10; Creatina; Homeopatia; Cosentyx= secuquinumab; tamoxifeno
<p>Questão D16b → Uso de medicação sem prescrição médica</p> <p>Na coluna da direita foram listados todos os medicamentos referidos pelos profissionais. Em seguida, esses foram agrupados por classe terapêutica e numerados de 1, 2 e 3. Dessa forma, codificar conforme a numeração da classe terapêutica do medicamento.</p> <p>Caso o participante relate o uso de mais de uma medicação sem prescrição médica, deverão ser listados os códigos correspondentes no banco de dados, nas colunas D16b1 (segunda classe de medicamento), D16b2 (terceira classe de medicamento). Caso o participante relate uso de quatro ou mais medicamentos sem prescrição médica, que não comporte as variáveis D16b, D16b1, D16b2, foi criada a variável D16b3.</p> <p>D16b3 – Quatro ou mais classes de medicamentos: 1 (não) ou 2 (sim)</p>	
CÓDIGO	LISTA DE MEDICAMENTOS CITADOS – QUESTÃO D16b
1 – Analgésicos, anti-inflamatórios e relaxantes musculares	Dorflex; Miosan; Neusaldina; Dipirona; Nimesulida

2 – Antialérgicos	Alegra; Loratadina;
3 – Anticoncepcional	Tâmisa
4 - Outros	Finasterida
Questão D17 → Seguir categorização posta no instrumento.	
Questão D18 → Afastamento, dicotômica	
Questão D18a → Inserir número de dias no caso de afirmativa na D18.	
Questão D19 → Sugestões para melhoria no ambiente de trabalho As sugestões foram agrupadas em 4 categorias: Organização do trabalho; Relações socioprofissionais; Condições de trabalho; e Educação em saúde. Codificar conforme a numeração da categoria que compreende as sugestões listadas. Caso haja mais de uma sugestão, de diferentes categorias: inserir o código da segunda categoria na D19a; e se houver uma terceira inserir na D19b.	
CÓDIGO	LISTA DE SUGESTÕES – QUESTÃO D19
1 – Organização do trabalho (dimensionamento de pessoal; divisão de tarefas; organização das escalas; regulação de internações e consultas)	Número de pessoal insuficiente; Aumentar a proporção de médicos por leito 1:5; mais funcionários; mais multiprofissionais;
	Flexibilidade na escala; Folgas bem distribuídas; Folga durante a semana; Redução da carga horária; Aumento do número de folgas;
	Execução de tarefas por categoria; Divisão de funções; Não sobrecarregar os Técnicos com funções como: levar paciente para exame, limpeza de material, ir na farmácia e laboratório; diminuir demanda de trabalho
	Foco no serviço, qualidade do atendimento ao invés da demanda
	Menos intervenção judicial; menos interferência externa na rotina de trabalho
	Comunicação para além do setor
	Gestão mais técnica e hierárquica
2 – Relações socioprofissionais (Relações Hierárquicas: chefia imediata e superiores. Relações com os Pares: colegas de trabalho; membros de equipes. Relações Externas: cidadãos-usuários dos serviços públicos; clientes e consumidores de produtos e serviços privados.)	Comunicação mais efetiva; Reuniões mensais; Reuniões sistemáticas
	Melhor relacionamento interpessoal; Menos críticas dos colegas; Menos fofoca; Mais ética
	Trabalho em equipe/integração; Interatividade entre colegas; Colega não atrapalhar o procedimento do outro; mais apoio da enfermagem em alguns plantões
	Apoio motivacional/coleguismo; Respeito e cooperação; Valorização pessoal; comprometimento da equipe multiprofissional
	Orientação e comunicação quando mudanças ocorrem
	Horizontalidade entre chefia e demais funcionários; Diálogo com chefia e equipes; Igualdade para seguir regras; Todas as categorias tenham voz
	Humanização dos servidores; Humanização da UTI;
	Equidade entre regimes de trabalho; Igualdade entre RJU e EBSERH; Que as coisas funcionem da mesma forma para os dois regimes
Melhores gestores; Mais apoio da direção	
3 – Condições de trabalho (melhorias no espaço/ área física; mais e melhores materiais e equipamentos; cuidados com a saúde do trabalhador)	Ter materiais para trabalhar; Mais equipamentos e condicionador de ar;
	Aumento da área física;
	Móveis, ambiente, iluminação, ventilação; Sistema à vácuo para aspiração para diminuir ruídos; Diminuir ruído; Móveis ergonômicos; Cadeiras confortáveis; encosto para os pés; e para os punhos; janelas na área interna; Manutenção da unidade (luz, bebedouro...)
	Local para descanso dos funcionários de enfermagem (BC/SRA/SRI); UCI, UTI, 5 andar
	Dois postos de enfermagem (3º andar)

	Espaço de convívio/área verde para os funcionários;
	Espaço para educação continuada;
	Ginástica laboral (e em horário adequado); Ioga
	Assistência de saúde aos profissionais; Acompanhamento psicológico; Grupos terapêuticos/psicoterapia; Plano de saúde
	Segurança
	Mais projetos sobre saúde do trabalhador
	Oferta de alimentação melhor para funcionários (janta invés de lanche); Aumentar tempo para refeições, Horário para refeições; hora do lanche coletiva no ambulatório (agrega a equipe)
	Mais silêncio no ambiente hospitalar
	Mais limpeza
4 – Qualificação/ Crescimento Profissional (capacitação; incentivos; competências; criatividade; oportunidades; carreira.)	Educação continuada;
	Cursos e capacitações;
	Formação complementar;
<p>Questão D20→ Sugestões de temas para serem trabalhados nos próximos estudos. As sugestões foram agrupadas por afinidade dentro de categorias temáticas que foram numeradas de 1 a 6. Dessa forma, codificar conforme código da categoria que compreende a sugestão do participante.</p>	
CÓDIGO	SUGESTÕES – QUESTÃO D20
1 – Aspectos físicos	Qualidade de vida do servidor; atividade física aos funcionários
2 – Aspectos psíquicos	Psicologia do trabalhador; acompanhamento psicológico, síndrome de Burnout, ansiedade, stress, se é feliz; frequência de problemas de saúde mental com trabalhadores
3 – Aspectos laborais	Sobrecarga postural, privação do sono ou alteração do ciclo do sono/ vigília em função de horário de trabalho, vontade em trocar de setor (vontade e tentativas), saúde do trabalhador noturno; aposentadoria/deixar de trabalhar; assistência à saúde dos funcionários; distanciamento / confiança entre profissionais; trabalho em equipe; se trabalha com dor
4 – Aspectos metodológicos	Incluir trabalhador que estuda; diminuição dos instrumentos de coletas de dados
5 – Aspectos relacionados a qualificação	Cursos de qualificação; avaliação da eficácia das capacitações e impacto no trabalho
6 – Aspectos da Gestão	Entender o funcionamento do sistema e como torná-lo mais resolutivo; Quando incluir dois ou mais dos aspectos anteriores, do 1 ao 5.
BLOCO E – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA - SAQ	
Composto por 36 questões, denominadas de E1 a E36, cuja codificação será de acordo com o	

número assinalado na escala Likert, que varia de 1 a 5, com possibilidade de marcar o número 9 quando não se aplica. Incluir o código “999” quando a resposta estiver em branco, nesta escala, ou apresentar mais de uma opção assinalada.	
BLOCO F – JOB STRESS SCALE – JSS	
Composto por 17 questões, denominadas de F1 a F17, cuja codificação será de acordo com o número assinalado na escala Likert, que varia de 1 a 4. Incluir o código “999” quando a resposta estiver em branco, ou apresentar mais de uma opção assinalada.	
BLOCO G – QUESTIONÁRIO NÓRDICO DE SINTOMAS OSTEOMUSCULARES	
Questão G1 a G30– Inserir em cada item as opções 1 (não) ou 2 (sim).	
Questão G31 (nota da dor) – Inserir na lateral do instrumento o número correspondente a resposta do participante. Incluir o código “999” quando a resposta estiver em branco neste instrumento.	
BLOCO H – INVENTÁRIO MASLACH DE BURNOUT (IMB)	
Composto por 22 questões, denominadas de H1 a H22, cuja codificação será de acordo com o número assinalado na escala Likert, que varia de 0 a 4. Incluir o código “999” quando a resposta estiver em branco, incluir o código “999” quando a resposta estiver em branco, ou apresentar mais de uma opção assinalada.	
BLOCO I – AVALIAÇÃO DO PRESENTEÍSMO	
Questão I1 → Problema de saúde nos últimos 30 dias – dicotômica.	
Questão I1a → Qual problema de saúde? Na coluna da direita foram agrupados todos os problemas de saúde referidos pelos profissionais. Em seguida, esses foram agrupados segundo sistemas e numerados de 1 a 11. Dessa forma, codificar conforme a numeração do sistema que corresponde ao problema de saúde relatado. Caso o participante relate mais de um problema de saúde, deverão ser listados os códigos correspondentes no banco de dados, nas colunas I1b (segundo problema de saúde), I1c (terceiro problema de saúde). Caso o participante relate quatro ou mais problemas em diferentes sistemas, que não comporte as variáveis I1a, I1b e I1c, foi criada a variável I1d. I1d – Quatro ou mais problemas diagnosticados: 1 (não) ou 2 (sim)	
CÓDIGO	PROBLEMA/SINAL/SINTOMA RELATADO – QUESTÃO I1a
1 – Sistema Cardiovascular	Hipertensão arterial, Angina, Arritmia cardíaca
2 - Psiquiátrico/ Psicológico	Desânimo, Ansiedade, estresse, cansaço mental
3 – Sistema Endócrino e Metabólico	Hipoglicemia (formigamento MMSS)
4 – Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	Lombalgia, Cervicalgia, Cervico-cefaleia, Dor na articulação dedos das mãos, Tendinite, Artrite, Artrose, Epicondilite, Dor ciática, Dores no corpo, dor osteomuscular, Artralgia, Fibromialgia, esporão calcâneo, Dor nas costelas, Dor no quadril
5 – Sistema Gastrointestinal	Gastroenterite, Dor gastroenteral, Gastrite, Constipação, Diarréia aguda, Vômitos, Apendicite; Dor abdominal; Virose com diarréia e vômito
6 – Sistema Respiratório	Gripe, Faringite, Sinusite, Resfriado, Rinite, IVAS, Asma, Dor de garganta, Coriza, Apneia do sono; Afonia
7 – Geniturinário	ITU, Dor devido à ITU, Infecção urinária; Aborto
8 – Oftalmológico	Infecção no olho
9 – Neoplasias/Nódulos	
10 – Dermatológico	Fissura no dedo do pé
11 – Outros	Cirurgia, Virose, Cefaléia, Enxaqueca, Labirintite, Febre, Otite, Endodontia, Herpes capilar

Questão I2 → Falta ao trabalho nos últimos 30 dias – dicotômica.	
Questão I2a → Incluir número de dias relatado de faltas ao trabalho.	
Questão I3 → Presença no trabalho – dicotômica.	
Questão I3a → Qual sinal/sintoma de adoecimento? Caso o participante relate mais de um sintoma, deverão ser listados os códigos correspondentes no banco de dados, nas colunas I3a1 (segunda categoria de sintoma), I3a2 (terceira categoria de sintoma). Caso o participante relate quatro ou mais sinais/sintomas em diferentes sistemas, que não comporte as variáveis I3a, I3a1, I3a2, foi criada a variável I3a3. I3a3– Quatro ou mais problemas diagnosticados: 1 (não) ou 2 (sim)	
1 – Sistema Cardiovascular	Hipertensão, Crise hipertensiva; Angina
2 - Psiquiátrico/ Psicológico	Desânimo; Falta de vontade de ir trabalhar; Anedonia, Tristeza por falecimento de familiar, Stress, Ansiedade; Cansaço mental; Instabilidade emocional
3 – Sistema Endócrino e Metabólico	Deficiência de vitamina D
4 – Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	Lombalgia, Dor lombar, Dor cervical, Dor na coluna, Dores no corpo, Dor no joelho, Mialgia, Dor no punho, Tendinite, Dor no calcâneo, Dor articular, Dor costela, Dor Ciática, Epicondilite, Dor nos membros inferiores, Dor osteomuscular, Artralgia, Fibromialgia, esporão calcâneo, Dor, cansaço, hérnia de disco, Artrose, Dor quadril Dor ATM
5 – Sistema Gastrointestinal	Gastroenterite, Vômito, Dor de estômago, Gastrite, Diarréia
6 – Sistema Respiratório	Dor de garganta, Resfriado, Tosse, Gripe, Rinite, Congestão nasal, Coriza
7 – Geniturinário	Infecção urinária; processo de abortamento; colocação de DIU
8 – Oftalmológico	Dor no olho
9 – Neoplasias/Nódulos	
10 – Dermatológico	Queda de cabelo, Alergia a luvas
11 – Outros	Cansaço, Cefaléia, Enxaqueca, Tontura, Zumbido no ouvido, Surdez, Febre virose, alergia, sono excessivo, otite; Dor no Ouvido
Questão I4 → Motivos que levam a trabalhar mesmo não se sentindo bem de saúde. Apresenta 6 itens que poderiam ter mais de um assinalado. Assim foi subdividida em I4_1, I4_2, I4_3, I4_4, I4_5 e I4_6, sendo uma variável para cada motivo que deve ser interpretado como dicotômica [1] Não ou [2] Sim. Questão I4_6a → Motivos (outros) que te levam a ir trabalhar, mesmo não se sentindo bem de saúde.	
1	Difícil conseguir atestado; médico não deu atestado; odeio tirar atestado e ter que ir na junta médica; falta de licença médica
2	Compromisso e responsabilidade; Tenho prazer em trabalhar; Não gosto de faltar (culpa); trabalhar é viver; os familiares precisam do meu trabalho
3	No trabalho tem problemas maiores que os meus
4	Necessidade de recuperar horas faltadas/ para não ter que recuperar horas depois; Residente não pode faltar; desconto do dia. Problemas financeiros.
5	Pressão da chefia

6	Ninguém se importa com os teus problemas. O que tem que ser feito, tem que ser feito. Preconceito dos colegas, falta de empatia.
7	Problema de saúde sem cura; doença crônica
8	Acredito que os sintomas vão passar
BLOCO J – TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL - AUDIT	
<p>Composto por 10 questões, denominadas de J1 ao J10, cuja codificação será de acordo com o número assinalado, que varia de 0 a 4. Quando a resposta na questão J1 for o código 0 (zero), o profissional irá responder somente as questões J9 e J10, devendo ficar em branco das questões J2 ao J8. Se a resposta da J1 for outro código, que não o 0 (zero) e as questões J2 e J3 somarem valor 0 (zero), o profissional irá responder somente as questões J9 e J10, devendo ficar em branco das questões J4 ao J8. Se alguma questão estiver em branco, ou com mais de uma opção assinalada, deve-se incluir o código 999 como resposta.</p>	