

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE**

RAÍSSA BIANCA LUIZ

**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL
DE ENSINO DE MINAS GERAIS**

UBERABA

2013

RAÍSSA BIANCA LUIZ

**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL
DE ENSINO DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração “O trabalho na saúde e na enfermagem”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: O trabalho na saúde e na enfermagem.

Eixo Temático: Organização e avaliação dos serviços de saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Barbosa

UBERABA

2013

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

Luiz, Raíssa Bianca
L979c A cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino de
Minas Gerais / Raíssa Bianca Luiz. -- 2013.
137 f. : tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2013.
Orientadora: Profa Drª Maria Helena Barbosa

1. Segurança do paciente. 2. Gerenciamento de segurança. 3.
Pessoal de saúde. I. Barbosa, Maria Helena. II. Universidade Federal
do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616.253.8

RAÍSSA BIANCA LUIZ

**A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE
ENSINO DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração “O Trabalho na Saúde e na Enfermagem”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, linha de pesquisa “O trabalho na saúde e na enfermagem”.

_____ de _____ de _____.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Helena Barbosa – Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho
Universidade Estadual do Ceará

Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dedico aos meus pais, Aguimar e Solange, por estarem sempre presentes e por serem meus exemplos de perseverança, força, honradez e apoio incondicional e ao Raphael de Almeida Pucci, pelo amor, companheirismo, amizade e apoio, nos momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me conceder esta oportunidade de aprimorar meus conhecimentos, me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades e por me suprir em todas as minhas necessidades.

À minha orientadora, professora doutora Maria Helena Barbosa, minha imensa gratidão, por me guiar nesta trajetória, pela confiança em meu trabalho, por todos os ensinamentos, pelas oportunidades oferecidas e por me proporcionar viver esta experiência.

À professora doutora Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho, por me conceder a utilização do instrumento Questionário de Atitudes de Segurança - SAQ, por estar sempre disponível para esclarecer minhas dúvidas, pelas sugestões sempre pertinentes que contribuíram enormemente para execução deste trabalho, e por aceitar compor a banca examinadora.

À professora doutora Ana Lúcia de Assis Simões, por ter aceitado prontamente compor a banca examinadora e por todas as contribuições para este estudo.

Aos meus pais, pelo incentivo em todos os momentos desta jornada, pela paciência e carinho, ensinando-me, principalmente, a importância da construção e coerência de meus próprios valores.

Ao Raphael de Almeida Pucci, por compreender minha ausência em alguns momentos, por estar ao meu lado quando eu mais precisei, por me dar força, incentivo, conforto nos momentos difíceis, pela paciência, carinho e, sobretudo, amor.

À minha família, especialmente minhas tias e avós, por sempre acreditarem em mim, me incentivando, me dando forças e energias positivas, mesmo que distantes.

À minha querida amiga, Jordânia Lumênia Tavares, por compartilhar comigo todas as atividades inerentes ao programa, por ser minha irmã em todos os momentos, pelo apoio, carinho e amizade que se estendeu além do curso.

À minha amiga Ellen Cristina Vargas, por estar presente em todos os momentos desta trajetória, sempre prestativa, com bom humor, amizade e companheirismo.

Aos meus amigos Alisson Fernandes Bolina e Guilherme Abner, pelo companheirismo, pelos momentos difíceis e os de vitórias.

À Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) pela concessão da bolsa financeira, durante todo o período, a qual possibilitou a execução deste trabalho.

A todos os professores que compuseram o quadro permanente e colaborador, do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde (PPGAS), pelo conhecimento agregado e por serem responsáveis pelo meu desenvolvimento intelectual.

Ao professor Vanderlei José Haas, pela assessoria estatística, pelos momentos de conversas produtivas, pela amizade e pelo auxílio no desenvolvimento deste trabalho.

Aos profissionais de apoio do PPGAS (secretários e equipe de portaria), por me auxiliarem em todos os momentos em que precisei, de forma eficiente e eficaz.

Ao secretário Fábio Garcia, pelos momentos de descontração, conselhos, sorrisos, ajudas, sugestões sempre úteis e apoio.

À diretoria clínica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, por concederem a realização desta pesquisa, pelo interesse e apoio quanto à temática estudada.

Ao Departamento de Recursos Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e da Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba, por disponibilizarem as listas com os nomes dos profissionais lotados no Hospital de Clínicas para realização deste trabalho.

Aos profissionais que participaram do estudo e contribuíram com o desenvolvimento deste trabalho.

Aos membros do colegiado do PPGAS, por todas as discussões, durante as reuniões, que contribuíram para o acréscimo de conhecimento em outras esferas.

À Maria Aparecida Bizinoto (Cida) que, mesmo distante, oferecia apoio, incentivo, uma palavra amiga, sugestões e dicas que foram fundamentais ao longo do curso.

Aos amigos da V turma de mestrado em atenção à saúde, pela agradável convivência, pela troca de experiências e conhecimentos e pelo companheirismo.

À bibliotecária Ana Paula Azevedo pela paciência, conhecimento, amizade e auxílio no desenvolvimento deste trabalho.

Às acadêmicas de graduação em enfermagem Thuanne Aleixo, Fernanda Franco, Eduarda Mendes e Nylze Helena pelo significativo auxílio, durante o período de coleta de dados.

A todos que, de algum modo, foram fundamentais e contribuíram com a realização desta pesquisa, meus sinceros agradecimentos.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

Albert Einstein

RESUMO

LUIZ, Raíssa Bianca. **A cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino de Minas Gerais**. 2013. 133f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2013.

A questão de segurança do paciente tem se tornado foco de atenção para as organizações de saúde que estimulam a adoção de uma cultura de segurança, a fim de reduzir a ocorrência de eventos adversos e melhorar a qualidade da assistência prestada. Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a cultura de segurança do paciente, na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde, em um hospital de ensino do Triângulo Mineiro. Trata-se de um estudo observacional, seccional e com abordagem quantitativa, realizado com 556 profissionais. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) sob Parecer nº 2306. Os dados foram coletados com os profissionais da saúde vinculados à UFTM e à Fundação de Amparo e Pesquisa de Uberaba, utilizando-se o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), traduzido e validado para o idioma português, Brasil. Este instrumento foi constituído por variáveis sociodemográficas e profissionais, além de seis domínios relacionados à cultura de segurança. Para análise dos dados, utilizou-se o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). As variáveis qualitativas foram analisadas segundo estatística descritiva, e, para as quantitativas, foram utilizadas medidas descritivas de centralidade e dispersão. Para verificar a cultura de segurança do paciente, na perspectiva dos profissionais de saúde, foi calculado o escore final do instrumento por meio da média de todos os itens do instrumento menos um e multiplicado por vinte e cinco. Para análise bivariada da influência das variáveis categóricas sobre os escores do SAQ, foi utilizado para variáveis categóricas dicotômicas o teste t de *Student*, para variáveis com três ou mais categorias foi utilizada a análise de variância e para as variáveis ordinais, a correlação de *Sperman* ($\alpha= 0,05$). Para identificação dos preditores sobre os escores do SAQ, foi utilizada a regressão linear múltipla, tendo-se como desfecho principal o domínio clima de segurança ($\alpha= 0,01$). Verificou-se que a maioria dos profissionais estudados era do sexo feminino (76,6%), prestava assistência aos pacientes adultos (54,0%), possuía cargos somente assistenciais, lotados na área crítica (51,5%), sem curso de pós-graduação (57,6%), sem outros vínculos empregatícios (70,9%) e vinculados à UFTM (53,8%). Houve maior proporção de profissionais com cinco a dez anos na especialidade (24,1%) e de 11 a 20 anos de tempo na instituição (29,0%) e de tempo de formação (31,8%). O escore geral do instrumento foi de 61,8 (DP=13,7) e mediana 63,3, o domínio com melhor escore foi a satisfação no trabalho 80,5 (DP=17,7) e mediana 85,0, e os domínios com menor escore foram o da percepção da gerência da unidade e do hospital (média 54,4; DP= 19,5; mediana 52,3) e o das condições de trabalho (média 53,5; DP= 26,3; mediana 50,0). O setor de atuação com o melhor escore geral foi o serviço de hemoterapia (78,3; DP= 7,7) e o pior, o serviço de padronização de materiais (32,4). Entre os profissionais, a categoria fonoaudiólogo apresentou o melhor escore geral (71,5), e a categoria terapeuta ocupacional, o pior escore (28,8). As variáveis que apresentaram associações significativas, na análise bivariada,

foram a atuação profissional, o tempo de atuação na especialidade, o tempo de formação, o tempo na instituição, a categoria profissional e o vínculo institucional. Na análise de regressão linear múltipla, foi encontrada como preditor a variável atuação profissional (profissionais assistenciais e não assistenciais) para o domínio, percepção da gerência da unidade e do hospital, sendo que os profissionais não assistenciais tiveram melhor percepção para este domínio em relação aos assistenciais ($p=0,01$). A identificação dos domínios que precisam ser aprimorados, dentro da instituição e entre os profissionais assim como para avaliação da cultura de segurança organizacional, permite nortear a construção de estratégias que garantam a segurança do paciente nas organizações de saúde.

Descritores: Segurança do paciente. Gerenciamento de segurança. Pessoal de saúde.

ABSTRACT

LUIZ, Raíssa Bianca. **The patient safety culture in a teaching hospital of Minas Gerais**. 2013. 133f. Dissertation (Mastership in Health Care) – Post Graduation Program in Health Care, Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba, 2013.

The issue of patient safety has become a focus of attention for health care organizations that encourage the adoption of a culture of safety in order to reduce adverse events and improve the quality of care provided. This research aimed to assess the culture of patient safety from the perspective of the professional health care team in a teaching hospital of Triângulo Mineiro. This is an observational, cross-sectional quantitative approach, performed with 556 professionals. This study was approved by the Ethics in Research UFTM in opinion n°. 2306. Data were collected with health professionals linked to UFTM and Foundation of Research and Uberaba, using the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), translated and validated for the Portuguese language, Brazil. This instrument consisted of sociodemographic and professional plus six areas related to safety culture. Data analysis used the Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Qualitative variables were analyzed using descriptive statistics and quantitative measurements were descriptive of centrality and dispersion. To check the culture of patient safety from the perspective of health professionals, we calculated the final score of the instrument by the average of all the items of the instrument multiplied least one and twenty-five. For bivariate analysis of the influence of categorical variables on the SAQ scores was used for dichotomous categorical variables, the Student t test for variables with three or more categories and the analysis of variance for ordinal variables, the Spearman correlation ($\alpha = 0,05$). To identify predictors of scores on the SAQ was used multiple linear regression having as main outcome domain security climate ($\alpha = 0,01$). It was found that most professionals studied were female (76,6%), providing assistance to adult patients (54,0%), had only welfare offices, crowded in the critical area (51,5%), not being graduate (57,6%), with no other employment relationships (70,9%) and linked to UFTM (53,8%). A greater proportion of professionals with five to ten years in the specialty (24,1%) and 11-20 years of time in the institution (29,0%) and training time (31,8%). The overall score of the instrument was 61,8 (SD= 13,7) and median 63,3, the domain score was the best job satisfaction 80,5 (SD= 17,7) and median 85,0 and domains with lower scores were the perception of the management of the unit and the hospital (mean 54,4, SD= 19,5, median 52,3) and working conditions (mean 53,5, SD = 26,3, median 50,0). The business sector with the best overall score was the transfusion service (78,3, SD = 7,7) and the worst service standardization of materials (32,4). Among the professionals, the category audiologist showed the best overall score (71,5) and the category Occupational Therapist worst score (28,8). Variables that showed significant associations in bivariate analysis were professional performance, time of work in the specialty, training time, time in the institution, the professional category and institutional affiliation. In multiple linear regression analysis, was found as a predictor variable professional activities (professional assistance and non-assistance) for the domain of perception management unit and hospital, and the professionals had better perception for domain entity in relation to care

($p=0,01$). The identification of areas that need improvement within the institution and among professionals as well as for assessment of organizational safety culture, guiding the development of strategies to ensure patient safety in healthcare organizations.

Descriptors: Patient Safety. Safety management. Health personal.

RESUMEN

LUIZ, Raíssa Bianca. **A cultura de la seguridad del paciente en un hospital de enseñanza del Minas Gerais**. 2013. 133f. Dissertación (Maestría en Atención a la Salud) – Programa de Postgrado en Atención a la Salud, Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba, 2013.

La cuestión de la seguridad del paciente se ha convertido en un foco de atención para las organizaciones de atención de salud que fomenten la adopción de una cultura de la seguridad a fin de reducir los efectos adversos y mejorar la calidad de la atención prestada. Esta investigación tuvo como objetivo evaluar la cultura de seguridad del paciente desde el punto de vista del equipo profesional de la salud en un hospital universitario de Triangulo Mineiro. Se trata de un enfoque cuantitativo observacional, transversal, realizado con 556 profesionales. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en UFTM dictamen n° 2306. Los datos fueron recogidos con profesionales de la salud vinculados a UFTM y la Fundación de Investigación y Uberaba, utilizando el Cuestionario de Actitudes de Seguridad (SAQ), traducido y validado para la lengua portuguesa, Brasil. Este instrumento consiste en áreas sociodemográficas y profesionales más seis relacionados con la cultura de la seguridad. El análisis de datos utiliza el paquete estadístico para Ciencias Sociales (SPSS). Las variables cualitativas se analizaron mediante estadística descriptiva y mediciones cuantitativas fueron descriptivo de centralidad y dispersión. Para comprobar la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales de la salud, se calculó la puntuación final del instrumento por el promedio de todos los ítems del instrumento multiplicado menos uno y veinticinco. Para el análisis bivariado de la influencia de las variables categóricas sobre los resultados del SAQ se utilizó para las variables categóricas dicotómicas, la prueba de la t de Student para las variables con tres o más categorías y el análisis de la varianza para las variables ordinales, la correlación de Spearman ($\alpha = 0,05$). Para identificar predictores de las puntuaciones en el Cuestionario de Autoevaluación se utilizó la regresión lineal múltiple que tiene como principal resultado el clima de seguridad de dominio ($\alpha = 0,01$). Se encontró que la mayoría de los profesionales estudiados eran mujeres (76,6 %), la asistencia a los pacientes adultos (54,0 %), sólo tenía oficinas de bienestar, hacinados en la zona crítica (51,5 %), no siendo Licenciado (57,6%), sin otras relaciones de empleo (70,9%) y los relacionados con UFTM (53,8%). Una mayor proporción de profesionales con cinco a diez años en la especialidad (24,1%) y 11-20 años de tiempo en la institución (29,0%) y el tiempo de formación (31,8%). La puntuación total del instrumento fue de 61,8 (DE = 13,7) y la mediana de 63,3, la puntuación de dominio fue la mejor satisfacción en el trabajo 80,5 (DE= 17,7) y la mediana de 85,0 y dominios con menor puntuación fueron la percepción de la gestión de la unidad y el hospital (media 54,4, SD= 19,5, mediana 52,3) y las condiciones de trabajo (media 53,5, SD=26,3, mediana 50,0). El sector empresarial, con la mejor puntuación general fue el servicio de transfusión (78,3, SD = 7,7) y el peor servicio de la normalización de los materiales (32,4). Entre los profesionales, la categoría audiólogo mostró la mejor puntuación general (71,5) y el terapeuta ocupacional peor puntuación de la categoría (28,8). Las variables que mostraron una asociación significativa en el análisis bivariado fueron

desempeño profesional, el tiempo de trabajo en la especialidad, el tiempo de formación, el tiempo en la institución, la categoría profesional y afiliación institucional. En el análisis de regresión lineal múltiple, se encontró como predictor actividades profesionales variable (asistencia profesional y no asistencia) para el dominio de la unidad de gestión de la percepción y el hospital, y los profesionales tenían una mejor percepción de dominio de la entidad en relación a la atención ($p= 0,01$). La identificación de las áreas que necesitan ser mejoradas dentro de la institución y de los profesionales, así como para la evaluación de la cultura de seguridad de la organización, la orientación del desarrollo de estrategias para garantizar la seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias.

Descriptor: Seguridad del paciente. Administración de la seguridad. Personal de salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da categoria profissional, segundo a população, amostra, participantes do estudo e a porcentagem de adesão profissional. Uberaba, MG, 2013.....	46
Tabela 2 - Características sociodemográficas e profissionais dos participantes da pesquisa. n=556. Uberaba, MG, 2013.....	47
Tabela 3 - Frequência de respostas dos participantes relacionada ao domínio 1- Clima de trabalho em equipe. n= 556. Uberaba, MG, 2013.	50
Tabela 4 - Frequência de respostas dos participantes relacionada ao domínio 2- Clima de segurança. n= 556. Uberaba, MG, 2013.	52
Tabela 5 - Frequência de respostas dos participantes relacionada ao domínio 3- Satisfação no trabalho. n= 556. Uberaba, MG, 2013.	53
Tabela 6 - Frequência de respostas dos participantes relacionada ao domínio 4- Percepção do estresse. n= 556. Uberaba, MG, 2013.	54
Tabela 7 - Frequência de respostas dos participantes relacionada ao domínio 5- Percepção da gerência da unidade e do hospital. n= 556. Uberaba, MG, 2013.	55
Tabela 8 - Frequência de respostas dos participantes relacionada ao domínio 6- Condições de trabalho. n= 556. Uberaba, MG, 2013.	57
Tabela 9 - Frequência de respostas dos participantes relacionada aos itens que não correspondem a nenhum domínio. n= 556. Uberaba, MG, 2013.....	58
Tabela 10 - Análise descritiva das respostas obtidas segundo o domínio 1- Clima de trabalho em equipe. n= 556. Uberaba, MG, 2013.	59
Tabela 11 - Análise descritiva das respostas obtidas, segundo o domínio 2- Clima de segurança. n= 556. Uberaba, MG, 2013.	60
Tabela 12 - Análise descritiva das respostas obtidas, segundo o domínio 3- Satisfação no trabalho. n= 556. Uberaba, MG, 2013.	61
Tabela 13 - Análise descritiva das respostas obtidas, segundo o domínio 4- Percepção do estresse. n= 556. Uberaba, MG, 2013.	61
Tabela 14 - Análise descritiva das respostas obtidas segundo o domínio 5- Percepção da gerência da unidade e do hospital. n= 556. Uberaba, MG, 2013.	62

Tabela 15 - Análise descritiva das respostas obtidas, segundo o domínio 6- condições de trabalho. n= 556. Uberaba, MG, 2013.	63
Tabela 16 - Análise descritiva das respostas obtidas, segundo os itens que não pertencem a nenhum domínio. n= 556. Uberaba, MG, 2013.	63
Tabela 17 - Análise descritiva do escore geral e por domínios do SAQ. n=556. Uberaba, MG, 2013.	65
Tabela 18 - Análise dicotômica do escore geral e por domínios do SAQ. n=556. Uberaba, MG, 2013.	66
Tabela 19 - Análise dicotômica dos escores dos itens que não pertencem a nenhum domínio. n=556. Uberaba, MG, 2013.	66
Tabela 20 - Análise descritiva dos escores do SAQ dos profissionais estudados, segundo a área crítica. n=287. Uberaba, MG, 2013.	69
Tabela 21 - Análise descritiva dos escores do SAQ dos profissionais estudados, segundo a área semicrítica. n=242. Uberaba, MG, 2013.	70
Tabela 22 - Análise descritiva dos escores do SAQ dos profissionais estudados, segundo a área não crítica. n=27. Uberaba, MG, 2013.	71
Tabela 23 - Análise descritiva dos escores do SAQ dos sujeitos estudados, segundo a categoria profissional de nível superior. n=175. Uberaba, MG, 2013.	74
Tabela 24 - Análise descritiva dos escores do SAQ dos sujeitos estudados, segundo a categoria profissional de nível médio. n= 381. Uberaba, MG, 2013.	75
Tabela 25 - Associação entre o escore geral e dos domínios do SAQ e a variável sexo, dos profissionais estudados. n=556. Uberaba, MG, 2013.	78
Tabela 26 - Associação entre o escore geral e dos domínios do SAQ e as variáveis atuação principal, atuação profissional, unidade de atuação e categoria profissional, dos profissionais estudados. n=556. Uberaba, MG, 2013.	78
Tabela 27 - Associação entre o escore geral e dos domínios do SAQ e as variáveis tempo de atuação, tempo de formação e tempo na instituição, dos profissionais estudados. n=556. Uberaba, MG, 2013.	79
Tabela 28 - Associação entre o escore geral e dos domínios do SAQ e as variáveis pós-graduação, outro vínculo empregatício e vínculo profissional, dos sujeitos estudados. n=556. Uberaba, MG, 2013.	81

Tabela 29 - Regressão linear múltipla dos fatores associados aos escores do SAQ dos profissionais participantes do estudo. n=556. Uberaba, MG, 2013... 83

LISTA DE SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ANOVA – Análise de variância

CEP/UFTM – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

EA – Eventos Adversos

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EUA – Estados Unidos

FUNEPU – Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba

HC/UFTM – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAQ – *Safety Attitudes Questionnaire*/ Questionário de Atitudes de Segurança

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
1.1 CULTURA E CLIMA ORGANIZACIONAL	25
1.2 CULTURA E CLIMA DE SEGURANÇA	30
1.3 QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA	33
2 JUSTIFICATIVA	36
3 OBJETIVOS	38
3.1 GERAL	38
3.2 ESPECÍFICOS	38
4 MATERIAL E MÉTODOS	39
4.1 TIPO DE ESTUDO	39
4.2 LOCAL DE ESTUDO	39
4.3 POPULAÇÃO	39
4.3.1 Critérios de inclusão	40
4.3.2 Critérios de exclusão	40
4.4 AMOSTRA	40
4.5 COLETA DE DADOS.....	41
4.5.1 Instrumento de coleta de dados	41
4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO	42
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	43
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	44
5 RESULTADOS	45
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	45
5.1.1 Distribuição da amostra	45
5.1.2 Características sociodemográficas e profissionais	46
5.2 ANÁLISE DESCRITIVA DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA POR DOMÍNIOS	50
5.2.1 Distribuição das frequências das respostas obtidas por cada domínio do SAQ	50
5.2.2 Análise descritiva dos domínios do SAQ, segundo o valor máximo e mínimo, média, mediana e desvio-padrão	58
5.3 ANÁLISE DO SCORE GERAL E POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA	64
5.3.1 Análise descritiva do score geral e por domínios do SAQ	64
5.3.2 Análise dicotômica do score geral e por domínios do SAQ	65
5.3.3 Análise descritiva do score geral e por domínios do SAQ, segundo a área de atuação	67

5.3.4 Análise descritiva do escore geral e por domínios do SAQ, segundo a categoria profissional	72
5.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE OS ESCORES DO SAQ E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS.....	75
6 DISCUSSÃO	84
7 CONCLUSÃO	115
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
REFERÊNCIAS.....	118
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	131
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA: PERSPECTIVA DA EQUIPE SOBRE ESTA ÁREA DE CUIDADO.....	132
ANEXO 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	136
ANEXO 2- AUTORIZAÇÃO PARA USO DO INSTRUMENTO SAQ VALIDADO PARA O PORTUGUÊS – BRASIL	137
ANEXO 3- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFTM	138

1 INTRODUÇÃO

A questão de segurança do paciente tem se tornado assunto prioritário nas organizações de saúde, sendo considerada como um elemento fundamental para a qualidade do cuidado em saúde (CLINCO, 2007). A expressão, segurança do paciente, pode ser definida como o ato de prevenir e evitar os resultados adversos ou as lesões originadas, no processo de atendimento em saúde (NASCIMENTO, 2011).

Nesse sentido, as instituições hospitalares têm como meta proporcionar uma assistência de qualidade aos usuários, livre de danos e risco, resultando em padrões de excelência, satisfação e confiança dos usuários nos serviços de saúde (SCHMADL, 2004).

Entretanto, o que se verifica é a continuidade de práticas inseguras que colocam em risco a vida do paciente, durante a permanência hospitalar. Erros humanos acontecem em todas as instâncias do cuidado, porém a maioria pode ser prevenida a partir de uma configuração do sistema de saúde voltada para práticas seguras (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999).

A notoriedade do tema, segurança do paciente, intensificou-se após a publicação do relatório *'To Err is Human'*, pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos em 1999, chamando atenção da mídia e profissionais de saúde, com a frase: "Os erros são humanos, mas podem ser prevenidos" (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999, p. 22).

Esse relatório mostrou que a mortalidade em decorrência de eventos adversos (EA) podia chegar até 98.000 mortes nos Estados Unidos, sendo relacionadas principalmente a erros de medicação (AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION STAFF, 1998). Ainda, de acordo com esse documento, estima-se que o valor de gastos com eventos adversos, considerados preveníveis, era de 17 a 29 bilhões de dólares anuais (THOMAS et al., 1999).

Pesquisa realizada nos Estados Unidos (EUA), com objetivo de identificar métodos eficazes na detecção de EA em pacientes hospitalizados, encontrou que a cada três admissões hospitalares, pelo menos uma está relacionada à ocorrência de eventos adversos (CLASSEN et al., 2011).

No Brasil, estudo realizado em três hospitais universitários do Rio de Janeiro identificou que, no ano de 2003, a incidência de EA era de 7,6% (84 de

1.103 pacientes), sendo que 66,7% (56 de 84 EA) eram considerados evitáveis (WALTER MENDES et al., 2009).

Outra investigação, realizada em um hospital da região Centro-Oeste brasileira, no ano de 2010, indicou uma prevalência de 18,7% de EA (140 em 750 internações), a partir da análise dos prontuários dos pacientes (PARANAGUÁ et al., 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 10% das internações hospitalares são acometidas por EA (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; CARNEIRO et al., 2011).

Percebe-se que a maioria das notificações de EA ocorre por meio do relato verbal (CLASSEN et al., 2011) ou registro em prontuário de pacientes (PARANAGUÁ et al., 2013). No entanto, o sistema de saúde adota uma postura punitiva, frente aos erros, gerando atitudes de medo, desconfiança e culpa dos indivíduos, influenciando para ocultação das falhas cometidas (ANVISA, 2010).

Assim, é salutar a formação de uma cultura de notificação e descrição adequada dos EAs, uma vez que a subnotificação mascara as reais condições de segurança do paciente, dentro das instituições hospitalares, e dificulta o reconhecimento de potenciais ameaças à segurança.

A ocorrência de EA remete a implicações negativas que atingem desde o paciente, os profissionais envolvidos até a sociedade.

Os pacientes, que experimentam um longo período de internação hospitalar ou incapacidades como resultado de erros, sofrem prejuízos físicos, sociais e desconforto psicológico, além de diminuir a confiança e satisfação no sistema de saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999).

Para os profissionais, a ocorrência de erros representa em perda da moral e frustração por não serem capazes de oferecer o melhor atendimento ao paciente (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999).

O impacto dos EAs, para a sociedade, resulta em afastamento do trabalho e do convívio social, diminuição na produtividade, traduzindo-se em reflexos negativos no estado de saúde da população (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999).

Todas essas implicações, causadas por práticas inseguras na saúde, fazem com que a questão dos EAs se torne um problema de saúde pública,

indicando a necessidade de se desenvolverem estratégias de monitoramento de erros e melhorias dirigidas para a segurança do paciente (DIAS; MARTINS; NAVARRO, 2012).

O Comitê Americano de Qualidade dos Cuidados na Saúde propõe a interação entre alguns fatores que contribuem para melhoria da questão da segurança do paciente, entre eles: motivação e ética profissional, liderança eficaz e estímulo institucional de ações em prol da segurança (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999).

Dentre as estratégias e ações, utilizadas para estimular a segurança e minimizar a ocorrência de erros, estão a ampliação das medidas educativas direcionadas à realidade da instituição e a adoção de sistemas de interceptação de erros (MIASSO et al., 2006). Outras medidas preventivas incluem a utilização de protocolos clínicos, dose unitária de medicamentos, prontuário eletrônico, adoção de uma cultura de segurança, entre outras.

Entre essas estratégias, a cultura de segurança tem se tornado foco de pesquisadores preocupados com a segurança do paciente. Isso porque a adoção da cultura de segurança configura a estrutura organizacional das instituições voltadas para uma assistência segura. Ou seja, todos os valores, atitudes e competências das organizações de saúde passam a ter como pilar a segurança das práticas em saúde.

Nesse sentido, a presença de uma cultura organizacional, evidenciada a partir das características e dos padrões de comportamento dos profissionais dentro das instituições, voltada para segurança do paciente, tem o potencial de identificar áreas que precisam ser aprimoradas, a fim de garantir práticas seguras na assistência ao paciente (HARTMANN et al., 2009; SPEROFF et al., 2010).

No entanto, um dos passos primordiais para adoção de uma cultura de segurança é o conhecimento, por parte das organizações, da sua estrutura organizacional, do reconhecimento de seus objetivos, valores, ideais e pressupostos que sejam transmitidos de forma clara e horizontal a todos os membros, estimulando atitudes e comportamentos voltados ao alcance das metas e dos objetivos.

1.1 CULTURA E CLIMA ORGANIZACIONAL

Para um melhor entendimento sobre a cultura e o clima organizacional, é interessante a compreensão prévia dos conceitos de organização e cultura.

As sociedades contemporâneas têm sido essencialmente baseadas nas organizações que fazem parte da maioria das atividades cotidianas dos indivíduos (DIAS, 2013a).

Na literatura, existem vários autores que conceituam organização, entretanto, a definição mais funcional é a proposta por Edgar Schein, de que uma organização é formada por um grupo de indivíduos que se unem para a execução de um objetivo em comum por meio da coordenação de atividades, da divisão de trabalho e de funções. O autor ainda acrescenta que, dentro das organizações, há presença de uma hierarquia de autoridade e responsabilidade (SCHEIN, 1968).

A partir desse conceito, ficam evidentes alguns traços que identificam uma organização. É formada por indivíduos que, por meio da divisão de tarefas, cooperam entre si, obedecendo a determinadas normas, com o objetivo de atender a suas necessidades e alcançar objetivos comuns (DIAS, 2013a).

Além disso, pode-se observar que, dentro das organizações, há uma divisão entre elementos formais e informais.

Os formais são mais facilmente observados, visto que correspondem à estrutura física e organizacional da empresa, tais como, os recursos materiais, a tecnologia empregada na empresa, o tipo de organização, as formas de subordinação e a hierarquia (DIAS, 2013a).

Já os elementos informais, por não aparecerem na estrutura formal de uma organização e por não estarem estabelecidos formalmente no organograma, são mais difíceis de serem visualizados. Eles correspondem ao conjunto de hábitos, práticas e costumes compartilhados por toda a organização, assumindo padrões, crenças, normas e características singulares e únicas que são compartilhados entre seus membros (DIAS, 2013a). Nessa perspectiva, pode-se considerar que toda organização tem sua cultura própria.

A cultura, por sua vez, é tudo aquilo que é criado pelo ser humano em um grupo social, abrangendo o conjunto de conhecimentos, símbolos,

experiências, costumes, comportamentos; é transmitida pela herança social e aprendida por um processo de socialização dos indivíduos (DIAS, 2013b).

Assim como para a organização, vários autores também expressaram suas definições de cultura, mas as mais interessantes para compreensão do conceito de cultura e clima organizacional são as oriundas a partir da sociologia e da antropologia que a conceituam como “sistema de ideias, conhecimentos, técnicas e artefatos, de padrões de comportamento e atitudes que caracterizam uma sociedade” (DICIONÁRIO DE SOCIOLOGIA GLOBO, 1981). Percebe-se que a cultura apresenta aspectos materiais, construídos pelo homem tais como os artefatos, equipamentos e tecnologias; e aspectos não materiais, como, as atitudes, os costumes e comportamentos que caracterizam e identificam uma sociedade.

Assim, se podem identificar vários ambientes culturais: vilas, cidades, tribos, países, nações etc. (DIAS, 2013b) que apresentam aspectos materiais e não materiais específicos de cada uma.

Na cultura brasileira, por exemplo, estão inseridas várias outras culturas, como as regionais e indígenas que são chamadas de subculturas, pois apresentam traços discerníveis dentro de uma cultura mais geral (DIAS, 2013b). Nesse sentido, as organizações, por apresentarem características específicas e próprias, são consideradas subculturas.

Uma organização hospitalar, por exemplo, apresenta hábitos, costumes, linguajar e trajes próprios que são diferentes de outras organizações, caracterizando-se como uma cultura organizacional hospitalar.

Assim, cada uma das organizações apresenta a sua cultura que a individualiza no conjunto das demais, adquirindo de certa forma uma personalidade organizacional que é manifestada por seus membros e as caracteriza (DIAS, 2013c).

Partindo desses pressupostos, surge o conceito de cultura organizacional. A utilização do termo, cultura organizacional, ainda é recente, sendo popularizada a partir da década de 1980. Em geral, os conceitos encontrados na literatura são semelhantes e se complementam (LIMA; ALBANO, 2002).

A cultura organizacional pode ser entendida como conjunto de princípios, regras e normas administrativas, crenças e valores dos indivíduos que agem e interagem dentro de uma organização (LIMA; ALBANO, 2002).

Outra abordagem do conceito é a proposta por Nassar (2000, p. 46) que define como “conjunto de valores, crenças e tecnologias que mantêm unidos os mais diferentes membros da organização, perante as dificuldades, operações do cotidiano, metas e objetivos”.

Percebe-se que essas definições são análogas, e cada organização apresenta um formato único, uma vez que os atributos intrínsecos: crenças, valores e características dos indivíduos são próprios e singulares de cada contexto organizacional (LIMA; ALBANO, 2002).

Cabe salientar, ainda, a definição de cultura organizacional, proposta por Shein (2004) que a conceitua como conjunto de proposições desenvolvidas por um determinado grupo, a fim de auxiliá-lo a lidar com os problemas de origem interna e externa, garantindo resultados válidos e positivos.

O autor considera ainda que essas proposições, desenvolvidas dentro do grupo, possam ser ensinadas e passadas a novos membros, para que estes consigam lidar de forma correta com os problemas e atingir os objetivos e resultados desejáveis pela empresa.

Essa definição parte do pressuposto de que existe um padrão de atitudes, considerado válido e funcional o bastante, para ser ensinado aos novos membros como forma de enfrentar os problemas e alcançar os objetivos propostos.

A análise da cultura organizacional tem sido descrita como uma importante ferramenta aliada à melhoria da qualidade dos serviços prestados (SPEROFF et al., 2010). Por meio do conhecimento da cultura organizacional de uma empresa, é possível detectar e aprofundar a análise dos fatores que interferem de forma direta ou indireta no planejamento, execução, controle e avaliação dos serviços prestados, orientando as decisões dos líderes da empresa em todos os níveis da estrutura organizacional (JERICÓ; PERES; KURCGANT, 2008).

No entanto, essa análise não é simples, uma vez que a cultura de uma organização engloba diversos indicadores, difíceis de serem mensurados, tais como: perfil dos líderes, da gerência e dos funcionários, tipos de comunicação adotados, filosofia que guia a política de gestão, coerência entre a missão da organização e as atitudes praticadas e o clima organizacional (LIMA; ALBANO, 2002; SCHEIN, 2004).

Entre esses componentes, o clima organizacional é o mais propício à avaliação, devido à facilidade de análise. Ele pode ser avaliado por meio da percepção dos profissionais quanto ao ambiente de trabalho no qual estão inseridos (GONZÁLES-ROMÁ et al., 1999).

O clima pode ser entendido como a expressão pessoal da visão que os trabalhadores adquirem da organização à qual pertencem (DIAS, 2013d).

Por meio da percepção do clima organizacional, os membros das organizações interpretam a realidade institucional que experimentam e, em consequência, seu comportamento se adapta a tal realidade (DIAS, 2013d).

Pode-se dizer que, de certa forma, o clima organizacional representa o reflexo da cultura do serviço (LIMA; ALBANO, 2002), uma vez que esta molda a percepção coletiva do ambiente organizacional.

Entretanto alguns autores identificaram algumas diferenças entre cultura e clima organizacional. Por exemplo, a cultura se desenvolve através de uma evolução histórica, está interiorizada entre os membros da organização e para ser modificada exige intensos esforços e longo período de tempo. Já o clima é instantâneo, ou seja, não é histórico, é mais superficial e ligado ao momento presente e é mais maleável para ser modificado, por meio de alterações de algumas variáveis institucionais (DENISSON, 1996; MORAN; VOLWEIN, 1992; PAYNE, 2000; SCHEIN, 2000; TRICE; BEYER, 1993).

Em resumo, a questão-chave que norteia as denominações de clima e cultura é que a cultura organizacional de um determinado grupo influencia o clima, sendo este retratado nas percepções dos membros que a compõem.

O clima organizacional pode ser influenciado por diversos fatores entre eles, físicos, familiares, sociais, educacionais, econômicos e institucionais que afetam a percepção do indivíduo sobre o clima da empresa (DIAS, 2013d). O clima retrata o grau de satisfação, o comportamento e a motivação dos funcionários, a produtividade da empresa, o alcance dos resultados e objetivos desejáveis (LUZ, 2001; MASSÓ, 2011).

Em função do clima organizacional, uma instituição pode provocar em seus membros diferentes tipos de percepções. De acordo com a estrutura da organização, as regras, as normas, a comunicação e as atitudes, os profissionais podem formar diferentes percepções, configurando-se em diferentes tipos de clima (DIAS, 2013d).

O clima pode ser caloroso ou frio; burocrático; de tolerância; positivo ou negativo, dependendo de como os membros se sentem em relação à cultura da organização (ABURTO; BONALES, 2011). Se o clima organizacional favorece o diálogo, haverá melhor trabalho em equipe e melhor interação entre a chefia e os subordinados, por exemplo.

Alguns autores identificaram os reflexos de um clima organizacional positivo e negativo para os funcionários, dentro de uma instituição. O clima positivo reflete em satisfação profissional, menores taxas de acidentes, maior produtividade e relações interpessoais positivas; reflete também em satisfação dos clientes externos, confiabilidade e segurança com os serviços prestados. Já o clima negativo provoca alta rotatividade profissional, altas taxas de absenteísmo, baixa produtividade e distanciamento entre os membros da equipe (ABURTO; BONALES, 2011).

Apesar das várias vantagens de um clima organizacional positivo, alguns estudos têm demonstrado que o clima organizacional negativo e insatisfatório ainda é comum. Entre as principais causas, estão listados a falta de liderança por parte da gestão, comunicação vertical, insuficiente motivação dos funcionários, escasso trabalho em equipe e ausência de treinamento e capacitação dos gestores (ABURTO; BONALES, 2011).

Assim, a qualidade das ações, que as organizações prestam, está intimamente relacionada à cultura organizacional, sendo necessário reconhecer os fatores que precisam ser aprimorados e os fatores facilitadores para estabelecer e/ou manter um clima organizacional positivo.

No contexto das instituições de saúde, estudos apontam que a cultura organizacional é o principal elemento no que se refere à melhoria da qualidade da assistência e ao desenvolvimento de um clima de segurança ao paciente (HARTMANN et al., 2009; SPEROFF et al., 2010).

Pesquisa realizada em 40 hospitais dos EUA, utilizando diferentes tipos de questionários de segurança, encontrou que organizações hospitalares caracterizadas por uma cultura organizacional de trabalho em equipe estiveram positivamente associadas ao clima de segurança do paciente, à satisfação com o serviço, ao apoio da gerência quanto a questões de segurança e à percepção positiva das condições de trabalho (SPEROFF et al., 2010).

Assim, são por meio da cultura e clima organizacional que surgem os conceitos de cultura e clima de segurança, pressupostos norteadores das práticas seguras nos serviços de saúde.

1.2 CULTURA E CLIMA DE SEGURANÇA

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio do programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, estabeleceu normas, padrões e diretrizes com objetivo de dar suporte aos países para o desenvolvimento de políticas e práticas voltadas para a segurança do paciente. Priorizou-se a realização de pesquisas com base em evidências científicas que tratassem dos problemas de segurança (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

A partir desse contexto, organizações de saúde, agências de pesquisa, órgãos regulamentadores e especialistas da melhoria da qualidade da assistência propuseram que as instituições de saúde adotassem um modelo de cultura de segurança (NIEVA; SORRA, 2003).

O termo cultura de segurança vem sendo utilizado a partir de experiências positivas em áreas, consideradas de alto risco, como a energia nuclear, aviação e aeroespacial (FLIN et al., 2000). Nesta realidade, a cultura de segurança foi definida como conjunto de valores, atitudes, percepções e competências, de um indivíduo ou de um grupo, que produzem um modelo de conduta e empenho com o gerenciamento de segurança da instituição (INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY, 1991).

Posteriormente, esse conceito foi adaptado para o contexto das instituições de saúde, sendo definido como: “Produto de valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais que determinam o compromisso, estilo e a proficiência, quanto às questões de segurança do paciente em uma instituição de saúde” (NIEVA; SORRA, 2003, p. 18). Ressalta-se que esta foi a definição adotada no presente estudo.

A cultura de segurança de uma organização é fator fundamental no desenvolvimento de um sistema voltado para práticas seguras em saúde (VINCENT; ADAMNS; STANHOPE, 1998).

Para que essas práticas aconteçam no âmbito das instituições de saúde, é necessário, primeiramente, verificar se a instituição possui uma cultura de

segurança. A partir daí, podem ser identificados os principais fatores que precisam ser aprimorados dentro do serviço, a fim de garantir a segurança ao paciente; ou ainda identificar fatores organizacionais que impedem a formação de uma cultura de segurança (GERSHON et al., 2004; SCOTT et al., 2003).

Na literatura, alguns instrumentos têm sido desenvolvidos com objetivo de mensurar a cultura de segurança do paciente por meio da percepção do clima de segurança pelos profissionais da saúde (LEE et al., 2010).

Conceitua-se clima de segurança como conjunto de crenças e percepções dos profissionais sobre a questão de segurança, em seu ambiente de trabalho (FLIN et al., 2000; ZOHAR, 1980). O clima reflete a percepção dos profissionais sobre as questões de segurança, em um determinado momento, em seu local de trabalho. Entende-se como clima a parte mensurável da cultura, podendo ser avaliado por meio da percepção dos profissionais. É mais simples mensurar percepção do que avaliar competências, valores e atitudes, componentes inerentes à cultura de segurança (SEXTON et al., 2006).

Estudos têm mostrado que percepções positivas quanto ao clima de segurança estão associadas à adoção de comportamentos seguros, melhoria na comunicação, realização de programas de treinamentos, redução de eventos adversos entre outros, contribuindo para práticas seguras no cuidado ao paciente (ALAHMADI, 2010; EL-JARDALI et al., 2011; LEE et al., 2010).

Investigação realizada, em hospitais de Taiwan, demonstrou associação entre percepção positiva dos profissionais, quanto às questões de segurança, e melhor comunicação e trabalho em equipe e incentivos à realização de programas de treinamento de segurança (LEE et al., 2010).

Revisão conduzida com objetivo de discutir instrumentos que avaliam aspectos organizacionais nos serviços de saúde identificou que o clima de segurança positivo está relacionado à diminuição de eventos adversos e à adoção de práticas seguras, garantindo qualidade na assistência e segurança ao paciente (GERSHON et al., 2004).

Vale salientar que outros fatores podem estar relacionados à cultura de segurança. Tais fatores podem resultar em segurança para o paciente.

Engajamento da administração e gerência, presença de normas que garantam segurança, recursos organizacionais lotados para segurança, o reconhecimento da unidade, apoio às iniciativas de segurança e atmosfera do

ambiente de trabalho foram listados como fatores que podem influenciar o clima e impactar na cultura de segurança (ROSEN et al., 2010).

Além desses aspectos, Sexton, Thomas (2003) incluem o trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção do estresse, condições de trabalho e percepção das ações desempenhadas pela gerência da unidade e hospitalar quanto à segurança, sendo o referencial teórico adotado no presente estudo.

No entanto, grande parte destes fatores ainda permanece desconhecida, no que se refere ao comportamento dos profissionais (SEXTON; THOMAS, 2003), denotando a necessidade de pesquisas envolvendo a temática.

Especialmente no Brasil, poucos estudos são encontrados na literatura englobando esse assunto. Alguns autores descreveram pontos fracos e fortes encontrados por profissionais de enfermagem para implantação de uma cultura de segurança (QUES; MONTORO; GONZÁLEZ, 2010). Entre os fatores que contribuem para a segurança foram listados: mudança organizacional, formação e desenvolvimento profissional, relacionamento com os pacientes, a investigação e o planejamento estratégico.

Como pontos fracos foram relatados ameaças envolvendo as seguintes categorias: profissão, organização e infraestrutura, indicadores, comunicação e cultura de segurança e formação em segurança (QUES; MONTORO; GONZÁLEZ, 2010).

Outros estudos, porém, abordam questões relacionadas à segurança do paciente (CARNEIRO; LEITE, 2011; LOPES; GALVÃO, 2010; TRAMONTINI, GRAZIANO, 2007), mas poucas pesquisas são realizadas com enfoque na avaliação da cultura de segurança, nos hospitais brasileiros.

A escassez de instrumentos validados no país, capazes de mensurar a cultura de segurança, pode ser um dos fatores que dificultem a realização das mesmas.

A mensuração da cultura de segurança pode ser realizada a partir da aplicação de métodos quantitativos e qualitativos. Os métodos qualitativos comumente utilizam grupos focais, de observação e estudos de caso, tendo como vantagem a liberdade de expressão dos entrevistados, contato direto com pesquisadores, bem como percepção de detalhes que não seriam possíveis de serem captados no método quantitativo (YULE, 2003).

Já a metodologia quantitativa baseia-se em formulários, entrevistas e questionários. Caracteriza-se por ser um método rápido e simples na mensuração da cultura de segurança (CARVALHO, 2011).

Na literatura, referente à temática, a maior proporção de estudos utiliza os métodos quantitativos, a partir do emprego de instrumentos como forma de avaliar a percepção de segurança dos profissionais de saúde, por meio do clima de segurança (CARVALHO, 2011). Corroborando a literatura da área, a presente investigação adotará a abordagem quantitativa e a utilização de um questionário que avalia o clima de segurança.

Inúmeros instrumentos estão disponíveis, internacionalmente, para mensuração do clima de segurança, porém estudo mostrou que grande parte deles apresentava pouco embasamento teórico, não relatava características psicométricas e apresentava uma série de limitações (FLIN et al., 2000).

Em meio a esse contexto, o *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)* é um instrumento que merece destaque. Na literatura, há relatos de ser o único capaz de relacionar os escores de clima de segurança com os indicadores de segurança do paciente, tais como: taxa de infecção hospitalar, tempo de permanência hospitalar, taxas de úlcera por pressão, entre outros (PRONOVOST; SEXTON, 2005).

Esse questionário ainda é enfatizado por sua validade e confiabilidade, além de ser um dos mais sensíveis instrumentos capazes de avaliar atitudes de segurança (COLLA et al., 2005).

Assim, a percepção dos membros de uma instituição em relação a diferentes aspectos do clima de segurança é uma ferramenta importante para análise da cultura de segurança da organização (BISPO, 2006).

1.3 QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA

O SAQ mensura o clima de segurança, percebido pelos profissionais da saúde, que reflete diretamente a cultura de segurança da organização. Este instrumento foi desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas, Eric Thomas, John B. Sexton e Robert L. Helmreich. Originalmente, o SAQ surgiu a partir da escala *Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire*, derivada de um questionário amplamente utilizado nas avaliações comerciais, o

Flight Management Attitudes Questionnaire (THOMAS; SEXTON; HELMREICH, 2003).

Os itens do SAQ foram originados a partir de grupos focais com prestadores do cuidado, revisão da literatura e com discussões guiadas por especialistas na área. Inicialmente, o SAQ era focado em quatro itens, baseados em pesquisas da medicina e indústrias de aviação que correspondiam ao clima de segurança, clima de trabalho em equipe, percepção do estresse e clima organizacional. Posteriormente, foram introduzidos mais três domínios correspondentes à satisfação no trabalho, percepção da gerência da unidade e do hospital e condições de trabalho (SEXTON; THOMAS; GRILLO, 2003).

Esse instrumento pode ser aplicado em Unidades de Terapia Intensiva, bloco cirúrgico, ambulatórios clínicos e unidades de internação. Esta flexibilidade é possível, uma vez que o conteúdo de seus itens é o mesmo, o pesquisador apenas necessita especificar o texto que descreve, conforme a unidade onde este será aplicado (SEXTON; THOMAS; GRILLO, 2003).

O SAQ foi traduzido e aplicado em diferentes países como Estados Unidos, Inglaterra, Austrália, Suíça, Itália, Espanha, Portugal, Nova Zelândia e China, apresentando boas propriedades psicométricas (DEILKAS; HOFLOSS, 2008; LEE et al., 2010).

No Brasil, a tradução e validação ocorreram em 2011, sendo denominado de Questionário de Atitudes de Segurança. O instrumento foi aplicado em seis hospitais de três regiões do Brasil, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste, com mais de 1.300 profissionais das enfermarias clínicas e cirúrgicas. A versão brasileira é considerada válida e confiável, capaz de avaliar a cultura de segurança nas instituições de saúde, por meio da mensuração do clima de segurança (CARVALHO, 2011).

O SAQ tem sido considerado como um dos instrumentos mais sensíveis quanto à avaliação de atitudes de segurança. Ele pode ser utilizado antes e após intervenções que contribuam para melhoria da segurança. Além disso, seus resultados podem ser comparados com indicadores de segurança, como tempo de permanência hospitalar, ocorrência de infecção hospitalar, úlceras por pressão, entre outros (COLLA, 2005; PRONOVOST; SEXTON, 2005).

Escores positivos no SAQ têm sido associados à diminuição de erros de medicação, pneumonia associada à ventilação mecânica, infecção da corrente sanguínea e menor tempo de permanência em Unidades de Terapia Intensiva (SEXTON et al., 2004).

O instrumento é dividido em duas partes. A primeira corresponde a seis domínios: clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção do estresse, percepção da gerência da unidade e do hospital e condições de trabalho (THOMAS; SEXTON; HELMREICH, 2003). Alguns itens não pertencem a nenhum domínio, são eles: vivência dos profissionais quanto à colaboração com os enfermeiros, médicos e farmacêuticos da unidade e falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento (THOMAS; SEXTON; HELMREICH, 2003).

Esses domínios permitem a identificação dos fatores que se relacionam, positiva ou negativamente, com o clima de segurança do paciente, a partir da percepção dos profissionais de saúde.

A segunda parte contém dados relacionados aos profissionais, como sexo, categoria profissional, tempo de atuação e a unidade de atuação (SEXTON; THOMAS; GRILLO, 2003).

No Brasil, esse é o primeiro instrumento validado capaz de avaliar a cultura de segurança nas instituições de saúde (CARVALHO, 2011).

Assim, o SAQ é uma ferramenta importante, capaz de diagnosticar os domínios que precisam ser aprimorados dentro da instituição de saúde (gerenciamento e ambiente de trabalho) e entre os profissionais (estresse, satisfação no trabalho e o trabalho em equipe), a fim de garantir uma assistência segura e de qualidade ao paciente.

Frente ao exposto, esta pesquisa pretende responder aos seguintes questionamentos:

- Como a cultura de segurança do paciente é percebida pelos profissionais da equipe de saúde de uma instituição hospitalar de ensino?
- Quais os fatores (domínios) da cultura de segurança, segundo o SAQ, são identificados como críticos ou positivos na instituição hospitalar de ensino?
- Há diferenças na percepção da cultura de segurança entre os sexos, categorias profissionais, unidade e tempo de atuação na instituição hospitalar de ensino?

2 JUSTIFICATIVA

A ocorrência de eventos adversos acarretam inúmeros prejuízos relacionados ao paciente, como incapacidades, traumas físicos e psicológicos, aumento no tempo de permanência hospitalar e afastamento do convívio social e do trabalho. Estes prejuízos não remetem somente ao paciente, já os profissionais, sofrem danos éticos e morais além de prejuízos na interação profissional-paciente. Para as instituições de saúde, os eventos adversos trazem aumentos dos custos, perda da confiança na instituição, bem como detrimientos morais e organizacionais.

Para que sejam realizadas práticas e medidas em prol da segurança do paciente, é necessário que as organizações de saúde adotem um modelo de cultura de segurança. Dessa forma, um dos primeiros aspectos a se considerar é conhecer se a instituição possui valores, percepção e compromisso com as questões voltadas para a segurança do paciente. Além disso, outros fatores institucionais e ambientais podem estar relacionados à adoção de práticas seguras, como o estresse profissional, trabalho em equipe, satisfação com o trabalho e as condições em que o funcionário trabalha.

As organizações que discutem segurança do paciente, tais como OMS, *the UK National Health Service*, *the Joint Commission for The Accreditation of Healthcare Organizations*, *The Agency for Healthcare Research and Quality*, and *the U.S. National Quality Fórum*, incentivam pesquisas para a promoção de uma cultura de segurança, a fim de garantir melhorias na assistência à saúde do paciente.

Considera-se que a promoção de uma cultura de segurança é um dos principais pilares no movimento de segurança do paciente. E a avaliação da cultura de segurança é considerada uma ferramenta importante para diagnosticar condições organizacionais que levam a eventos adversos e danos ao paciente, além de contribuir para o desenvolvimento de intervenções para melhoria da segurança nas organizações de saúde (NIEVA; SORRA, 2003).

Em 2008, a OMS lançou um edital para realização de pesquisas com a temática segurança do paciente, denominado de *Small Research Grants for Patient Safety*, com enfoque para os países em desenvolvimento. Essa

iniciativa, além de apoiar pesquisas, visa a contribuir com a capacitação de pesquisadores na área, bem como disseminar e promover a cultura de segurança.

O desenvolvimento desta pesquisa é ainda justificado pela escassez de instrumentos validados para o Brasil, capazes de mensurar a cultura de segurança. O primeiro instrumento validado com esta finalidade, o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), ocorreu em 2011 e tem sido amplamente utilizado em pesquisas internacionais.

A utilização do SAQ permite a identificação de fatores que dificultam ou facilitam o desenvolvimento de uma cultura de segurança, bem como os domínios que precisam ser aprimorados, dentro das instituições de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar a cultura de segurança do paciente, na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde, em um hospital de ensino do Triângulo Mineiro.

3.2 ESPECÍFICOS

1. Caracterizar os profissionais da equipe de saúde, participantes do estudo, segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais;
2. Verificar a cultura de segurança do paciente, segundo o escore geral do instrumento e por domínios;
3. Verificar se há associação entre os escores do SAQ (geral e por domínios) e as variáveis sociodemográficas e profissionais;
4. Determinar os preditores sociodemográficos e profissionais sobre os escores de cultura de segurança do paciente.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo observacional, seccional com abordagem quantitativa. Entre os estudos observacionais, encontra-se o seccional que envolve a coleta de dados em um ponto do tempo. O delineamento seccional é especialmente apropriado para descrever a situação, o *status* do fenômeno, ou ainda as relações entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT, 2005a). Ademais, a abordagem quantitativa parte do ponto inicial de um estudo (a colocação da questão) para um ponto final (a obtenção de uma resposta), em uma sequência lógica de passos (POLIT, 2005b).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital público, de ensino – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC/UFTM) – que atende pacientes de alta complexidade, localizado no município de Uberaba – Minas Gerais.

O referido hospital confere ampla abertura regional, envolvendo os 27 municípios que compõem a macrorregião do triângulo sul e atende à demanda de formação profissional por meio da tríade ensino, pesquisa e extensão (UFTM, 2013a).

Atualmente comporta 290 leitos, sendo 20 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Infantil, 10 leitos de UTI Adulto e 10 de UTI Coronariana (UFTM, 2013a).

O corpo clínico é composto por profissionais com diferentes especializações que atuam tanto na área acadêmica quanto assistencial (UFTM, 2013a).

4.3 POPULAÇÃO

A população foi constituída por 1.184 profissionais da equipe de saúde que incluíram a equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem

e auxiliares de enfermagem), os médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, técnicos de laboratório, farmácia e radiologia, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, auxiliares de saúde e psicólogos, vinculados à UFTM e à Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba (FUNEPU).

4.3.1 Critérios de inclusão

Participaram do estudo os profissionais de saúde lotados em suas unidades de atuação:

- há pelo menos um mês;
- com regime de trabalho de, no mínimo, 20 horas semanais;
- e os que aceitaram participar do estudo.

A utilização dos critérios acima se justifica, uma vez que o SAQ foi validado sob estas condições.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os profissionais que estavam em licença médica, atestado ou afastado do trabalho por outro motivo, durante o período de coleta de dados, e os que não foram encontrados após três tentativas.

4.4 AMOSTRA

Primeiramente, foram solicitadas listas com nomes dos profissionais de saúde no Departamento de Recursos Humanos (DRH) da UFTM e FUNEPU. Após, os 1.184 nomes, da população em estudo, foram digitados em uma planilha eletrônica do programa *Excel®* para *Windows®*. Em seguida, realizou-se amostragem aleatória simples, para obtenção do tamanho amostral.

O cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação $R^2 = 0,02$ em um modelo de regressão linear múltipla com quatro preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de $\alpha = 0,05$ e erro do tipo II de $\beta = 0,2$, resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico

de 80%. Utilizando-se o aplicativo *Power Analysis and Sample Size (PASS)*, versão de 2002 (NCSS, 2008), e introduzindo-se os valores acima descritos, obteve-se um tamanho de amostra mínimo de $n = 590$. Considerando uma perda de amostragem de 15% (recusas em participar), o número final de tentativas de entrevista foi de $n = 695$. A variável resposta ou desfecho principal foi o domínio de clima de segurança. Dessa forma, o tamanho amostral, do presente estudo, foi de 695 profissionais da equipe de saúde.

4.5 COLETA DE DADOS

Antes da coleta de dados, a pesquisadora realizou uma reunião com a gerência do HC/UFTM e com o responsável (supervisor) de cada unidade, a fim de explicar a importância e os objetivos do estudo, bem como os procedimentos técnicos para realização da pesquisa. A coleta de dados teve duração de três meses (de maio a julho de 2013).

Para obtenção dos dados, utilizou-se o instrumento denominado Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), validado para o idioma português do Brasil (ANEXO 1). Foi obtida autorização da autora responsável pela validação do instrumento para a utilização nesta pesquisa (ANEXO 2).

Os instrumentos foram entregues aos profissionais da equipe de saúde, sorteados na amostra, para serem preenchidos e devolvidos posteriormente, com data de devolução preestabelecida. Foi entregue, também, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) para cada participante.

4.5.1 Instrumento de coleta de dados

O SAQ é composto de duas partes. A primeira parte contém 41 itens e corresponde aos seis domínios divididos em: Clima de Trabalho em Equipe, Satisfação no Trabalho, Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital, Clima de Segurança, Condições de Trabalho e Percepção do Estresse.

A resposta de cada item segue a escala de cinco pontos de *Likert*: “discorda totalmente” (A), “discorda parcialmente” (B), “neutro” (C), “concorda parcialmente” (D), “concorda totalmente” (E) e “não se aplica”.

O escore final da escala varia de 0 a 100, onde zero é a pior percepção do clima de segurança e 100, a melhor percepção. Segundo os autores originais do instrumento, são considerados escores positivos a pontuação maior ou igual a 75 (SEXTON; THOMAS; GRILLO, 2003).

A segunda parte visa a coletar dados do profissional (sexo, categoria profissional, tempo de atuação na especialidade e a unidade de atuação). Além destas, foram acrescentadas outras variáveis profissionais (atuação principal e profissional, tempo de formação e de atuação na instituição, presença de pós-graduação, presença de outro vínculo empregatício e vínculo institucional), consideradas de relevância pela pesquisadora, descritas e detalhadas no item subsequente (APÊNDICE B).

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Relacionadas ao profissional: sexo; atuação principal (assistência aos pacientes adultos, pediátricos ou ambos); atuação profissional (somente assistencial, somente administrativo, ambos e não está em contato com o paciente, profissionais cuja função não estava ligada à administração, mas também, não prestavam assistência direta aos pacientes); presença de pós-graduação; presença de outro vínculo empregatício; vínculo institucional (FUNEP ou UFTM); setor de atuação profissional; tempo de atuação do profissional na especialidade (corresponde ao tempo em que o profissional possui na sua especialidade), tempo em que o profissional atua na instituição e tempo de formação (APÊNDICE B).

Os setores de atuação do profissional foram divididos conforme Portaria nº930, de 27 de agosto de 1992, do Ministério da Saúde, que classifica as áreas hospitalares segundo o potencial de contaminação. Dessa forma, as áreas críticas são aquelas consideradas com risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco ou onde se encontram pacientes com sistema imunológico deprimido, dentre elas destacam-se bloco cirúrgico, UTI, unidade de terapia renal, laboratório de análises clínicas, banco de sangue entre outras. As áreas semicríticas são todas as áreas ocupadas por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não

infeciosas, como, por exemplo, enfermarias de clínica médica, cirúrgica e ortopédica. E as áreas não críticas são todas as áreas hospitalares não ocupadas por pacientes, tais como escritório, depósitos e sanitários (BRASIL, 1992).

As variáveis tempo de atuação do profissional na sua especialidade, tempo em que o profissional atua na instituição e tempo de formação foram categorizadas no seguinte formato: menos de 6 meses, de 6 a 11 meses, de 1 a 2 anos, de 3 a 4 anos, de 5 a 10 anos, de 11 a 20 anos e 21 anos ou mais.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica do programa *Excel*® para *Windows*®, validados por dupla digitação e exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.0 para *Windows*® para processamento e análise.

As variáveis qualitativas foram analisadas segundo estatística descritiva por meio da distribuição de frequência absoluta e percentual, enquanto para as variáveis quantitativas foram utilizadas medidas descritivas de centralidade (média) e de dispersão (desvio-padrão, valor mínimo e valor máximo).

Para verificar a cultura de segurança do paciente, segundo o escore geral do instrumento, inicialmente foi realizada a inversão dos itens reversos do instrumento (item 2, 11 e 36). Nos itens reversos, as respostas preenchidas como “concordo totalmente”, por exemplo, passam a ser “discordo totalmente” após a inversão. Posteriormente utilizou-se a fórmula $(m(q.1, q.2r, q.3, q.4, q.5, q.6, q.7, q.8, q.9, q.10, q.11r, q.12, q.13...q.41)) - 1) \times 25$, onde m corresponde à média dos itens do instrumento como um todo.

Concernente ao cálculo dos escores, por domínio, somaram-se as respostas dos itens de cada domínio e dividiu-se o resultado pelo número de itens correspondente a cada domínio, com base na fórmula $(m-1) \times 25$, onde m é a média dos itens do domínio em questão, variando no intervalo [0-100].

Para análise bivariada, da influência das variáveis categóricas sobre os escores de segurança, utilizou-se o teste t de *Student* (categóricas dicotômicas), análise de variância (ANOVA) para três ou mais categorias e o

teste de correlação de Spearman, para as variáveis ordinais. Foram consideradas associações estatisticamente significativas aquelas com $p \leq 0,05$.

Para determinar os preditores sociodemográficos e profissionais sobre os escores do SAQ, utilizou-se a regressão linear múltipla para o escore geral e demais domínios. A variável categoria profissional (equipe de médicos; equipe de enfermagem e equipe de outros profissionais) foi recodificada em duas variáveis indicadoras (Variáveis Dummy) com códigos zero e um. Uma para categoria “equipe médica” e outra para categoria “equipe de enfermagem”. A categoria “equipe de outros profissionais” foi considerada como categoria de referência. O nível de significância estatística adotado foi de 0,05.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP-UFTM) para apreciação, sob Protocolo número 2306, e os dados foram coletados após a aprovação deste projeto, respeitando a Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Foi entregue aos profissionais que participaram da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Ressalta-se que foi garantido o anonimato para todos os participantes da pesquisa, utilizando-se números para a identificação dos profissionais. Os dados serão mantidos arquivados por cinco anos e posteriormente serão incinerados, sob a responsabilidade da pesquisadora.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A partir de uma população de 1.184 profissionais da equipe de saúde, a amostra deste estudo constituiu-se por 695 profissionais, sorteados aleatoriamente, que trabalhavam no hospital de clínicas da UFTM, no período de maio a julho de 2013. Entretanto, 556 questionários foram preenchidos e devolvidos, representando uma taxa de participação profissional de 80%. Dos 695 profissionais da amostra, 139 não participaram do estudo. Destes 139, 30 (4,3%) estavam em afastamento ou licença-saúde, 20 (2,8%) pediram demissão ou estavam lotados em outros setores fora do hospital campo de estudo, 30 (4,3%) estavam em licença-maternidade, durante o período de coleta de dados, e 59 (8,4%) se recusaram a participar do estudo.

5.1.1 Distribuição da amostra

No presente estudo, prevaleceram os profissionais de nível médio, 381 (68,6%), e a categoria profissional que mais respondeu ao instrumento foram os técnicos de enfermagem, 250 (45,0%), seguidos dos enfermeiros, 82 (14,7%), e auxiliares de enfermagem, 69 (12,4%).

Ao se analisar a porcentagem de adesão dos profissionais, ou seja, a categoria profissional que mais preencheu o instrumento, segundo a amostra sorteada, os nutricionistas e os terapeutas ocupacionais apresentaram maior adesão (100%), seguidos dos enfermeiros (95,3%) e dos técnicos de enfermagem, (92,5%). Em contrapartida, os profissionais que menos aderiram ao estudo foram os fonoaudiólogos (25,0%), seguidos dos farmacêuticos (40,0%) e dos auxiliares de saúde (40,9%).

A Tabela 1, a seguir, apresenta a distribuição da categoria profissional segundo a população de profissionais lotados no Hospital de Clínicas da UFTM, a amostra sorteada, os profissionais participantes do estudo e a porcentagem de adesão de cada categoria profissional.

Tabela 1 - Distribuição da categoria profissional, segundo a população, amostra, participantes do estudo e a porcentagem de adesão profissional. Uberaba, MG, 2013.

Categoria Profissional	População		Amostra		Participantes		Porcentagem de Adesão
Nível superior							
	n	%	n	%	n	%	%
Assistente social	17	1,4	12	1,7	10	1,8	83,3
Enfermeiro	143	12,1	86	12,4	82	14,7	95,3
Farmacêutico	13	1,1	5	0,7	2	0,4	40,0
Fisioterapeuta	54	4,6	32	4,6	18	3,2	56,5
Fonoaudiólogo	9	0,8	4	0,6	1	0,2	25,0
Médico	105	8,9	66	9,5	52	9,4	78,7
Nutricionista	7	0,6	4	0,6	4	0,7	100,0
Psicólogo	8	0,7	6	0,9	5	0,9	83,3
Terapeuta ocupacional	1	0,1	1	0,1	1	0,2	100,0
Subtotal	357	30,3	214	31,1	175	31,5	-
Nível médio							
Auxiliar de enfermagem	210	17,7	106	15,3	69	12,4	65,0
Auxiliar de Saúde	49	4,1	22	3,2	9	1,6	40,9
Técnico de enfermagem	446	37,7	270	38,8	250	45,0	92,5
Técnico em farmácia	33	2,8	25	3,6	12	2,2	48,0
Técnico de laboratório	37	3,1	23	3,3	15	2,7	65,2
Técnico em radiologia	52	4,4	33	4,7	26	4,7	78,8
Subtotal	827	69,8	481	68,9	381	68,6	-
TOTAL	1184	100	695	100	556	100	-

Fonte: a autora, 2013.

5.1.2 Características sociodemográficas e profissionais

A maioria dos profissionais era do sexo feminino, 426 (76,6%). Observou-se que a atuação principal dos profissionais era com pacientes adultos, 300 (54,0%), e a maioria dos profissionais ocupava cargos somente assistenciais, 393 (70,7%).

Referente ao setor de atuação, o maior número de profissionais trabalhava em área crítica, 287 (51,5%), no qual prevaleceu o pronto-socorro adulto, 50 (9,0%). A área semicrítica foi a segunda com maior número de profissionais, 242 (43,8%). Destes, 39 (7,0%) estavam lotados na clínica

cirúrgica. Na área não crítica, a maior parte trabalhava na central de equipamentos, 8 (1,4%).

Quanto ao tempo na especialidade dos profissionais, o tempo de atuação do profissional no seu respectivo setor, houve maior proporção entre 5 e 10 anos de atuação, 134 (24,1%). Já, relacionado ao tempo em que os profissionais atuavam na instituição, prevaleceu de 11 a 20 anos, 161 (29,0%). No que se refere ao tempo de formação, houve maior número de profissionais entre 11 e 20 anos, 177 (31,8%).

A maioria dos participantes da pesquisa não possuía nenhum curso de pós-graduação, 320 (57,6%). Entretanto, dos que tinham algum tipo de pós-graduação, 203 (36,5%) eram no nível *lato sensu*, especialização.

Quanto à presença de outro vínculo empregatício, a maioria, 394 (70,9%), não possuía, e 299 (53,8%) eram servidores públicos estatutários federais, tendo como vínculo institucional a UFTM.

A Tabela 2, a seguir, apresenta as características sociodemográficas e profissionais dos participantes do estudo.

Tabela 2 - Características sociodemográficas e profissionais dos participantes da pesquisa. n=556. Uberaba, MG, 2013.

		(continua)	
Variáveis		n	%
Sexo	Masculino	130	23,4
	Feminino	426	76,6
Atuação Principal	Adulto	300	54,0
	Pediátrico	105	18,9
	Ambos	151	27,2
Atuação Profissional	Somente Assistencial	393	70,7
	Somente Administrativo	15	2,7
	Ambos	121	21,8
	Não está em contato direto com paciente	27	4,9
Setor de Atuação Área crítica	Bloco cirúrgico	25	4,5
	Central de materiais e esterilização	15	2,7
	Central de quimioterapia	3	0,5
	Hemodinâmica	13	2,3
	Pronto-socorro adulto	50	9,0
	Pronto-socorro infantil	19	3,4
	Serviço cirurgia cardíaca	2	0,4
	Serviço de hemoterapia	3	0,5

Tabela 2 - Características sociodemográficas e profissionais dos participantes da pesquisa. n=556. Uberaba, MG, 2013.

		(continuação)	
Variáveis		n	%
Área crítica	Serviço de patologia clínica	10	1,8
	Serviço de radioterapia	4	0,7
	Transplante de medula óssea	12	2,2
	Unidade de doenças infectoparasitárias	20	3,6
	Unidade de terapia renal	18	3,2
	UTI adulto	23	4,1
	UTI coronária	24	4,3
	UTI neonatal	46	8,3
Subtotal	-	287	51,5
Área semicrítica	Acolhimento	5	0,9
	Berçário	22	4,0
	Clínica cirúrgica	39	7,0
	Clínica médica	34	6,1
	Departamento de nutrologia	1	0,2
	Departamento de oftalmologia	2	0,4
	Endoscopia	2	0,4
	Ginecologia e obstetrícia	26	4,7
	Neurologia	20	3,6
	Ortopedia	18	3,2
	Pediatria	20	3,6
	Sala de internação	1	0,2
	Serviço de farmácia	14	2,5
	Serviço de nutrição e dietética	2	0,4
	Serviço social	2	0,4
	Hospital-dia	5	0,9
	Serviço de parasitologia	2	0,4
	Serviço de radiologia	8	1,4
	Serviço de som e imagem	17	3,1
	Serviço de tomografia	2	0,4
Subtotal	-	242	43,8
Área não crítica	Central de equipamentos	8	1,4
	Sala de humanização	1	0,2
	Segurança do trabalho	1	0,2
	Serviço de padronização de materiais	1	0,2
	Setor de captação de órgãos	3	0,5
	Comissão de controle de infecção hospitalar	3	0,5
	Diretoria clínica	2	0,4
	Diretoria de enfermagem	7	1,3
	Ouvidoria	1	0,2
	Subtotal	-	27
Tempo na Especialidade		6	1,1
	Menos 6 meses	22	4,0
	6 a 11 meses	67	12,1
	1 a 2 anos	103	18,5
	3 a 4 anos	134	24,1
	5 a 10 anos	134	24,1

Tabela 2 - Características sociodemográficas e profissionais dos participantes da pesquisa. n=556. Uberaba, MG, 2013.

Variáveis	(conclusão)		
	n	%	
	11 a 20 anos	128	23,0
	21 anos ou mais	96	17,3
Tempo em que atua na instituição		6	1,1
	Menos 6 meses		
	6 a 11 meses	19	3,4
	1 a 2 anos	56	10,1
	3 a 4 anos	67	12,1
	5 a 10 anos	155	27,9
	11 a 20 anos	161	29,0
	21 anos ou mais	92	16,5
Tempo de Formação	Menos 6 meses	1	0,2
	6 a 11 meses	4	0,7
	1 a 2 anos	30	5,4
	3 a 4 anos	60	10,8
	5 a 10 anos	148	26,6
	11 a 20 anos	177	31,8
	21 anos ou mais	136	24,5
Pós-Graduação	Sim	236	42,4
	Não	320	57,6
Tipo de Pós-Graduação			
<i>Lato sensu</i>	Especialização	203	36,5
<i>Stricto Sensu</i>	Mestrado	27	4,9
	Doutorado	9	1,6
	Pós-doutorado	1	0,2
	Não se aplica	316	56,8
Outro Vínculo empregatício		162	29,1
	Sim		
	Não	394	70,9
Vínculo Institucional	FUNEPU	257	46,2
	UFTM	299	53,8

Fonte: a autora, 2013.

5.2 ANÁLISE DESCRITIVA DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA POR DOMÍNIOS

5.2.1 Distribuição das frequências das respostas obtidas por cada domínio do SAQ

De acordo com o domínio 1, clima de trabalho em equipe, a maior parte dos profissionais respondeu “concordo parcialmente” e “concordo totalmente” para os itens deste domínio, demonstrando que a maior parte compreende a qualidade do relacionamento interpessoal e a colaboração entre os membros da equipe.

O item 2, (“Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente”) apresentou uma frequência alta para “discordo totalmente”; entretanto deve-se ressaltar que este item é considerado reverso, ou seja para os profissionais que responderam “discordo totalmente” significa que eles não consideram ser difícil falar abertamente, quando percebem um problema com o paciente.

A Tabela 3, a seguir, apresenta as frequências de respostas dos itens pertencentes ao domínio, clima de trabalho em equipe.

Tabela 3 - Frequência de respostas dos participantes relacionada ao domínio 1- Clima de trabalho em equipe. n= 556. Uberaba, MG, 2013.

(continua)

Clima de Trabalho em Equipe	DT n (%)	DP n (%)	Neutro n (%)	CP n (%)	CT n (%)	NA n (%)
1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área.	19 (3,4)	50 (9,0)	43 (7,7)	235 (42,3)	185 (3,3)	7 (4,3)
2. (R) Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.	135 (24,3)	95 (17,1)	56 (10,1)	168 (30,2)	88 (15,8)	14 (2,5)
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado. (Ex. não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	37 (6,7)	91 (16,4)	52 (9,4)	174 (31,3)	196 (35,3)	5 (1,1)

Tabela 3 - Frequência de respostas dos participantes relacionada ao domínio 1- Clima de trabalho em equipe. n= 556. Uberaba, MG, 2013.

Clima de Trabalho em Equipe	(conclusão)					
	DT n (%)	DP n (%)	Neutro n (%)	CP n (%)	CT n (%)	NA n (%)
4. Eu tenho o apoio de que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	20 (3,6)	38 (6,8)	47 (8,5)	211 (37,9)	227 (40,8)	13 (2,3)
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazer perguntas quando existe algo que eles não entendem.	24 (4,3)	48 (8,6)	50 (9,0)	162 (29,1)	267 (48,0)	5 (0,9)
6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	69 (12,4)	88 (15,8)	54 (9,7)	186 (33,5)	145 (26,1)	14 (2,5)

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Siglas: DT: “Discordo Totalmente”; DP: “Discordo Parcialmente”; CP: “Concordo Parcialmente”; CT: “Concordo Totalmente”; NA: “Não se Aplica”; **(R)**: “Item reverso”.

Referente ao domínio 2, clima de segurança, as respostas também se concentraram em “concordo parcialmente” e “concordo totalmente”, sendo o item 12 (“Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente”) com a maior frequência de “concordo totalmente”, 212 (38,1).

A Tabela 4 apresenta a frequência de respostas aos itens do domínio, clima de segurança.

Tabela 4 - Frequência de respostas dos participantes relacionada ao domínio 2- Clima de segurança. n= 556. Uberaba, MG, 2013.

Clima de Segurança	DT n (%)	DP n (%)	Neutro n (%)	CP n (%)	CT n (%)	NA n (%)
7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.	38 (6,8)	58 (10,4)	63 (11,3)	197 (35,4)	196 (35,6)	4 (0,7)
8. Erros são tratados de maneira apropriada nesta área.	57 (10,3)	90 (16,2)	82 (14,7)	191 (34,4)	131 (23,6)	5 (0,9)
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.	31 (5,6)	57 (10,3)	71 (12,8)	167 (30,0)	217 (39,0)	13 (2,3)
10. Eu recebo retorno apropriado para meu desempenho.	94 (16,9)	103 (18,5)	70 (12,6)	165 (29,7)	121 (21,8)	3 (0,5)
11. (R) Nesta área é difícil discutir sobre erros.	89 (16,0)	112 (20,1)	73 (13,1)	185 (33,3)	96 (17,3)	1 (0,2)
12. Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente.	40 (7,2)	50 (9,0)	88 (15,8)	153 (27,5)	212 (38,1)	13 (2,3)
13. A cultura nesta área fica fácil aprender com os erros dos outros.	73 (13,1)	70 (12,6)	97 (17,4)	162 (29,1)	141 (25,4)	13 (2,3)

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Siglas: DT: “Discordo Totalmente”; DP: “Discordo Parcialmente”; CP: “Concordo Parcialmente”; CT: “Concordo Totalmente”; NA: “Não se Aplica”; **(R)**: “Item reverso”.

No domínio 3, satisfação no trabalho, identificou-se maior concentração das respostas em “concordo totalmente”, principalmente para os itens 15 (“Eu gosto do meu trabalho”), 463 (83,3%), 18 (“Eu me orgulho de trabalhar nesta área”), 385 (69,2%) e 17 (“Este é um bom lugar para trabalhar”), 289 (52,0%). Além disso, os itens 17 e 18 não apresentaram frequências de respostas “não se aplica”, mostrando que a maioria dos profissionais tem uma visão positiva em relação ao local de trabalho.

A Tabela 5 mostra a distribuição de frequência das respostas relacionadas ao domínio, satisfação no trabalho.

Tabela 5 - Frequência de respostas dos participantes relacionada ao domínio 3- Satisfação no trabalho. n= 556. Uberaba, MG, 2013.

Satisfação no Trabalho	DT n (%)	DP n (%)	Neutro n (%)	CP n (%)	CT n (%)	NA n (%)
15. Eu gosto do meu trabalho.	7 (1,3)	4 (0,7)	16 (2,9)	62 (11,2)	463 (83,3)	4 (0,7)
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	29 (5,2)	47 (8,5)	46 (8,3)	181 (32,6)	250 (45,0)	3 (0,5)
17. Este é um bom lugar para trabalhar.	12 (2,2)	31 (5,6)	31 (5,6)	193 (34,7)	289 (52,0)	-
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	10 (1,8)	13 (2,3)	34 (6,1)	114 (20,5)	385 (69,2)	-
19. A moral nesta área é alta.	56 (10,1)	84 (15,1)	82 (14,7)	196 (35,3)	130 (23,4)	8 (1,4)

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Siglas: DT: “Discordo Totalmente”; DP: “Discordo Parcialmente”; CP: “Concordo Parcialmente”; CT: “Concordo Totalmente”; NA: “Não se Aplica”.

O domínio 4, percepção do estresse, trata do reconhecimento de quanto os fatores estressores interferem na execução do trabalho e apresentou maiores frequências de “concordo totalmente” para os itens 20 (“Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado”), 255 (45,9%), 21 (“Eu sou menos eficiente no trabalho, quando estou cansado (a)”), 226 (40,6%) e 22 (“Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis”), 190 (34,2%). Isso demonstra que boa parte dos profissionais consegue reconhecer que a carga de trabalho excessiva, o cansaço e situações tensas ou hostis influenciam a realização do trabalho.

O item 23 apresentou distribuição das respostas de forma equânime, para “discordo totalmente”, 120 (21,6%), “concordo em parte”, 131 (23,6%) e “concordo totalmente”, 106 (19,1%).

A Tabela 6 apresenta a frequência de respostas relacionadas ao domínio, percepção do estresse.

Tabela 6 - Frequência de respostas dos participantes relacionada ao domínio 4- Percepção do estresse. n= 556. Uberaba, MG, 2013.

Percepção do Estresse	DT n (%)	DP n (%)	Neutro n (%)	CP n (%)	CT n (%)	NA n (%)
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	52 (9,4)	43 (7,7)	47 (8,5)	147 (26,4)	255 (45,9)	12 (2,2)
21. Eu sou menos eficiente no trabalho, quando estou cansado (a).	53 (9,5)	64 (11,5)	48 (8,6)	161 (29,0)	226 (40,6)	4 (0,7)
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	80 (14,4)	86 (15,5)	46 (8,3)	146 (26,3)	190 (34,2)	8 (1,4)
23. O cansaço prejudica meu desempenho, durante situações de emergência (Ex. reanimação cardiopulmonar e convulsões).	120 (21,6)	87 (15,6)	47 (8,5)	131 (23,6)	106 (19,1)	65 (11,7)

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Siglas: DT: “Discordo Totalmente”; DP: “Discordo Parcialmente”; CP: “Concordo Parcialmente”; CT: “Concordo Totalmente”; NA: “Não se Aplica”.

O domínio 5, percepção da gerência da unidade e do hospital, apresentou predomínio das respostas em “concordo parcialmente” e “concordo totalmente”.

Entretanto, alguns itens obtiveram distribuição das respostas de forma mais uniforme como o item 25 (“A administração não compromete consistentemente a segurança do paciente. (Unidade)”) e 28.1 (“Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): (Hospital)”).

O item 29 (“Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes”) obteve maior frequência de resposta para “discordo totalmente”, 243 (43,7%), representando a insatisfação dos profissionais quanto ao número e à qualificação dos trabalhadores do setor.

A Tabela 7, a seguir, apresenta a distribuição das respostas relacionadas ao domínio, percepção da gerência da unidade e do hospital.

Tabela 7 - Frequência de respostas dos participantes relacionada ao domínio 5- Percepção da gerência da unidade e do hospital. n= 556. Uberaba, MG, 2013.

(continua)

Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital	DT n (%)	DP n (%)	Neutro n (%)	CP n (%)	CT n (%)	NA n (%)
24. A administração apoia meus esforços diários. (Unidade)	79 (14,2)	70 (12,6)	95 (17,1)	174 (31,3)	134 (24,1)	4 (0,7)
24.1. A administração apoia meus esforços diários. (Hospital)	121 (21,8)	83 (14,9)	143 (25,7)	139 (25,0)	65 (11,7)	5 (0,9)
25. A administração não compromete consistentemente a segurança do paciente. (Unidade)	104 (18,7)	93 (16,7)	122 (21,9)	115 (20,7)	112 (20,1)	10 (1,8)
25.1. A administração não compromete consistentemente a segurança do paciente. (Hospital)	96 (17,3)	105 (18,9)	140 (25,2)	119 (21,4)	83 (14,9)	13 (2,3)
26. A administração está fazendo um bom trabalho. (Unidade)	43 (7,7)	69 (12,4)	111 (20,0)	192 (34,5)	138 (24,8)	3 (0,5)
26.1. A administração está fazendo um bom trabalho. (Hospital)	49 (8,8)	95 (17,1)	134 (24,1)	184 (33,1)	91 (16,4)	3 (0,5)
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: (Unidade)	101 (18,2)	82 (14,7)	123 (22,1)	152 (27,3)	84 (15,1)	14 (2,5)
27.1. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: (Hospital)	100 (18,0)	90 (16,2)	152 (27,3)	136 (24,5)	65 (11,7)	13 (2,3)
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): (Unidade)	87 (15,6)	79 (14,2)	92 (16,5)	158 (28,4)	127 (22,8)	13 (2,3)

Tabela 7 - Frequência de respostas dos participantes relacionada ao domínio 5- Percepção da gerência da unidade e do hospital. n= 556. Uberaba, MG, 2013.

Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital	(conclusão)					
	DT n (%)	DP n (%)	Neutro n (%)	CP n (%)	CT n (%)	NA n (%)
28.1. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): (Hospital)	94 (16,9)	94 (16,9)	107 (19,2)	154 (27,7)	95 (17,1)	12 (2,2)
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.	243 (43,7)	106 (19,1)	35 (6,3)	103 (18,5)	62 (11,2)	7 (1,3)

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Siglas: DT: “Discordo Totalmente”; DP: “Discordo Parcialmente”; CP: “Concordo Parcialmente”; CT: “Concordo Totalmente”; NA: “Não se Aplica”.

O último domínio, condições de trabalho, concentrou as respostas em “concordo parcialmente” e “concordo totalmente”, o que demonstra que grande parte dos profissionais percebeu seu ambiente de trabalho com qualidade.

Contudo, o item 30 (“Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe”) apresentou maior proporção de respostas em “discordo parcialmente”, 143 (25,7%).

A Tabela 8 mostra a distribuição da frequência de respostas dos itens 30 ao 32, correspondente ao domínio, condições de trabalho.

Tabela 8 - Frequência de respostas dos participantes relacionada ao domínio 6- Condições de trabalho. n= 556. Uberaba, MG, 2013.

Condições de Trabalho	DT n (%)	DP n (%)	Neutro n (%)	CP n (%)	CT n (%)	NA n (%)
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	117 (21,0)	143 (25,7)	67 (12,1)	143 (25,7)	84 (15,1)	2 (0,4)
31. Todas as informações necessárias para decisões diagnósticas e terapêuticas estão disponíveis para mim.	86 (15,5)	110 (19,8)	77 (13,8)	157 (28,2)	92 (16,5)	34 (6,1)
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.	66 (11,9)	86 (15,5)	86 (15,5)	148 (26,6)	148 (26,6)	22 (4,0)

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Siglas: DT: “Discordo Totalmente”; DP: “Discordo Parcialmente”; CP: “Concordo Parcialmente”; CT: “Concordo Totalmente”; NA: “Não se Aplica”.

A seguir, é apresentada a frequência de respostas dos itens 14, 33, 34, 35 e 36, os quais não pertencem a nenhum domínio, segundo os autores do instrumento. Observou-se que a maior parte das respostas esteve concentrada em “concordo parcialmente” e “concordo totalmente”.

O item 33 (“Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área”) obteve a maior frequência de resposta “concordo totalmente”, 239 (43,0%). O item 36 (“Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns”) também obteve maior frequência de “concordo totalmente”. Ressalta-se que este item é reverso, demonstrando que a maior parte dos profissionais percebeu a comunicação de forma negativa.

A Tabela 9 apresenta a frequência de respostas aos itens 14, 33, 34, 35 e 36 que não pertencem a nenhum domínio.

Tabela 9 - Frequência de respostas dos participantes relacionada aos itens que não correspondem a nenhum domínio. n= 556. Uberaba, MG, 2013.

Itens não pertencentes a nenhum domínio	DT n (%)	DP n (%)	Neutro n (%)	CP n (%)	CT n (%)	NA n (%)
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração.	108 (19,4)	106 (19,1)	129 (23,2)	136 (24,5)	63 (11,3)	14 (2,5)
33. Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área.	26 (4,7)	46 (8,3)	44 (7,9)	192 (34,5)	239 (43,0)	9 (1,6)
34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área.	35 (6,3)	71 (12,8)	69 (12,4)	197 (35,4)	173 (31,1)	11 (2,0)
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área.	38 (6,8)	59 (10,6)	142 (25,5)	144 (25,9)	101 (18,2)	72 (12,9)
36. (R) Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.	54 (9,7)	65 (11,7)	74 (13,3)	182 (32,7)	171 (30,8)	10 (1,8)

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Siglas: DT: “Discordo Totalmente”; DP: “Discordo Parcialmente”; CP: “Concordo Parcialmente”; CT: “Concordo Totalmente”; NA: “Não se Aplica”; **(R)**: “Item reverso”.

5.2.2 Análise descritiva dos domínios do SAQ, segundo o valor máximo e mínimo, média, mediana e desvio-padrão

Para a apresentação dos resultados descritivos do instrumento, por domínios, primeiramente reverteram-se os itens reversos (2,11 e 36), e as respostas foram padronizadas, seguindo uma escala de 0 a 100, na qual 0 corresponde a “discordo totalmente”, 25, a “discordo parcialmente”, 50, a “neutro”, 75, a “concordo parcialmente” e 100, a “concordo totalmente”.

Referente ao domínio, clima de trabalho em equipe, observou-se que a média variou entre 50,9 (DP= 36,5) e 77,2 (DP= 28,6), e a maioria dos itens apresentou mediana 75,0.

A Tabela 10, a seguir, apresenta as médias e medianas, bem como desvio-padrão, o valor máximo e mínimo das respostas para os itens do domínio, clima de trabalho em equipe.

Tabela 10 - Análise descritiva das respostas obtidas segundo o domínio 1- Clima de trabalho em equipe. n= 556. Uberaba, MG, 2013.

Clima de Trabalho em Equipe	Valor Min-Max		Média	Mediana	Desvio-padrão
1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área.	0	100	74,3	75,0	26,5
2. (R) Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.	0	100	50,9	50,0	36,5
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado. (Ex. não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	0	100	68,2	75,0	32,1
4. Eu tenho o apoio de que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	0	100	77,0	75,0	26,3
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazer perguntas quando existe algo que eles não entendem.	0	100	77,2	75,0	28,6
6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	0	100	61,5	75,0	34,2

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Sigla: **(R)**: Item reverso

Quanto ao domínio clima de segurança, o item 11(“Nesta área é difícil discutir sobre erros”) obteve a menor média, 46,1 (DP=33,9), e o item 9 (“Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área”) a maior média, 72,2 (DP=30,1). No entanto, a mediana concentrou-se em 75,0.

Na Tabela 11, são apresentados os valores máximo e mínimo, médias, medianas e desvios-padrão das respostas referentes ao domínio clima de segurança.

Tabela 11 - Análise descritiva das respostas obtidas, segundo o domínio 2- Clima de segurança. n= 556. Uberaba, MG, 2013.

Clima de Segurança	Valor Min-Max		Média	Mediana	Desvio-padrão
7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente.	0	100	70,6	75,0	30,4
8. Erros são tratados de maneira apropriada nesta área.	0	100	61,3	75,0	32,3
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.	0	100	72,2	75,0	30,1
10. Eu recebo retorno apropriado para meu desempenho.	0	100	55,2	75,0	35,3
11. (R) Nesta área é difícil discutir sobre erros.	0	100	46,1	25,0	33,9
12. Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente.	0	100	70,6	75,0	31,1
13. A cultura nesta área fica fácil aprender com os erros dos outros.	0	100	60,5	75,0	33,8

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Sigla: **(R)**: Item reverso

O domínio satisfação no trabalho apresentou as maiores médias do instrumento, variando entre 61,9 (DP=32,0) e 93,9 (DP=16,5). A maior parte dos itens apresentou mediana 100,0. Ou seja, a maioria dos profissionais respondeu “concordo totalmente” para os itens deste domínio. O item 15 (“ Eu gosto do meu trabalho”) apresentou a maior média 93,9 (DP=16,5). Em contrapartida, o item 19 (“O moral nesta área é alto”) obteve a pior média 61,9 (DP=32,0).

A Tabela 12 demonstra a análise descritiva, segundo os valores máximo e mínimo, média, mediana e desvio-padrão dos itens do domínio 3.

Tabela 12 - Análise descritiva das respostas obtidas, segundo o domínio 3- Satisfação no trabalho. n= 556. Uberaba, MG, 2013.

Satisfação no Trabalho	Valor Min-Max		Média	Mediana	Desvio-padrão
15. Eu gosto do meu trabalho.	0	100	93,9	100,0	16,5
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	0	100	76,0	75,0	29,0
17. Este é um bom lugar para trabalhar.	0	100	82,2	100,0	23,9
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	0	100	88,3	100,0	21,3
19. O moral nesta área é alto.	0	100	61,9	75,0	32,0

Fonte: a autora, 2013.

O domínio, percepção do estresse, obteve a pior média para o item 23 (“O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (Ex. reanimação cardiorrespiratória e convulsões)”), 50,8 (DP=37,8), demonstrando que os profissionais não reconhecem as situações de emergência como um fator estressor que influencia na execução do trabalho. E a maior média foi a do item 20 (“Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado”), 73,4 (DP= 32,9), indicando o reconhecimento dos profissionais de que o excesso de trabalho é um fator estressor. Para este domínio, a maioria dos itens apresentou mediana 75,0.

A Tabela 13, a seguir, apresenta as médias e medianas das respostas de cada item do domínio 4.

Tabela 13 - Análise descritiva das respostas obtidas, segundo o domínio 4- Percepção do estresse. n= 556. Uberaba, MG, 2013.

Percepção do Estresse	Valor Min-Max		Média	Mediana	Desvio-padrão
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	0	100	73,4	75,0	32,9
21. Eu sou menos eficiente no trabalho, quando estou cansado (a).	0	100	70,0	75,0	33,4
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros, em situações tensas ou hostis.	0	100	62,8	75,0	36,5
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (Ex. reanimação cardiorrespiratória e convulsões).	0	100	50,8	50,0	37,8

Fonte: a autora, 2013.

Os itens relacionados ao domínio, percepção da gerência da unidade e do hospital, apresentaram as médias mais baixas do instrumento, variando entre 33,3 (DP=36,8) e 64,1 (DP= 30,2).

A Tabela 14 mostra a distribuição das médias, medianas, valores mínimo e máximo e desvio-padrão das respostas correspondentes ao domínio 5

Tabela 14 - Análise descritiva das respostas obtidas segundo o domínio 5- Percepção da gerência da unidade e do hospital. n= 556. Uberaba, MG, 2013.

Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital	Valor Min-Max	Média	Mediana	Desvio-padrão
24. A administração apoia meus esforços diários. (Unidade)	0 100	59,7	75,0	33,9
24.1. A administração apoia meus esforços diários. (Hospital)	0 100	47,5	50,0	33,0
25. A administração não compromete consistentemente a segurança do paciente. (Unidade)	0 100	51,7	50,0	35,0
25.1. A administração não compromete consistentemente a segurança do paciente. (Hospital)	0 100	49,4	50,0	32,9
26. A administração está fazendo um bom trabalho. (Unidade)	0 100	64,1	75,0	30,2
26.1. A administração está fazendo um bom trabalho. (Hospital)	0 100	57,8	50,0	29,8
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: (Unidade)	0 100	51,7	50,0	33,5
27.1. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: (Hospital)	0 100	48,9	50,0	31,9
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): (Unidade)	0 100	57,3	75,0	34,7
28.1. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): (Hospital)	0 100	52,8	50,0	33,9
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.	0 100	33,3	25,0	36,8

Fonte: a autora, 2013.

No último domínio, condições de trabalho, a média variou entre 47,0 (DP=34,9) e 60,6 (DP=34,1). Para a maior parte dos itens, a mediana concentrou-se em 50,0.

A Tabela 15 apresenta as médias e medianas das respostas de cada item do domínio, condições de trabalho.

Tabela 15 - Análise descritiva das respostas obtidas, segundo o domínio 6- condições de trabalho. n= 556. Uberaba, MG, 2013.

Condições de Trabalho	Valor Min-Max		Média	Mediana	Desvio-padrão
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.	0	100	47,0	50,0	34,9
31. Todas as informações necessárias para decisões diagnósticas e terapêuticas estão disponíveis para mim.	0	100	52,8	50,0	34,1
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.	0	100	60,6	75,0	34,1

Fonte: a autora, 2013.

Em relação aos itens que não pertencem a nenhum domínio, o item 36 (“Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns”) obteve a pior média, 33,9 (DP=32,5), demonstrando que atrasos no atendimento, por falhas de comunicação, acontecem. E o item 33 (“Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área”) apresentou a maior média, 76,1 (DP=28,3). A mediana concentrou-se em 75,0.

A Tabela 16 apresenta a análise descritiva dos itens 14, 33, 34 e 36.

Tabela 16 - Análise descritiva das respostas obtidas, segundo os itens que não pertencem a nenhum domínio. n= 556. Uberaba, MG, 2013.

Itens não pertencentes a nenhum domínio	Valor Min-Max		Média	Mediana	Desvio-padrão
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração.	0	100	47,2	50,0	32,6
33. Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área.	0	100	76,1	75,0	28,3
34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área.	0	100	68,4	75,0	30,4
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área.	0	100	60,9	75,0	29,4
36. (R) Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.	0	100	33,9	25,0	32,5

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Sigla: **(R)**: Item reverso.

5.3 ANÁLISE DO ESCORE GERAL E POR DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA

5.3.1 Análise descritiva do escore geral e por domínios do SAQ

A média e a mediana do escore geral do instrumento foram de 61,8 (DP=13,7) e 63,3, respectivamente. Quanto maior o escore do instrumento, melhor é a percepção dos profissionais em relação ao clima de segurança. Entretanto, segundo os autores originais do SAQ, são considerados valores positivos, quando o total do escore é maior ou igual a 75, indicando, no presente estudo, que a percepção geral foi negativa.

Por domínios, a média variou entre 52,4 (DP=19,5) e 80,5 (DP=17,7) e mediana entre 50,0 e 85,0.

O domínio 5, percepção da gerência da unidade e do hospital, apresentou o pior escore (média 52,4; DP=19,5), enquanto o domínio 3, satisfação no trabalho, apresentou o maior escore (média 80,5; DP=17,7).

Na presente pesquisa, o coeficiente alfa do instrumento foi de 0,89, indicando uma correlação forte entre os itens do SAQ.

Referente à avaliação do coeficiente alfa por domínios, três deles apresentaram alfa acima de 0,70 (domínios satisfação no trabalho, percepção do estresse e percepção da gerência da unidade e do hospital). O domínio, percepção da gerência da unidade e do hospital, foi o que apresentou melhor consistência interna (0,81), e o domínio, condições de trabalho, foi o que apresentou com menor valor de alfa (0,63).

A Tabela 17 apresenta os valores do escore geral e por domínios, das médias, medianas, desvio padrão e do coeficiente interno alfa.

Tabela 17 - Análise descritiva do escore geral e por domínios do SAQ. n=556. Uberaba, MG, 2013.

Escore	Média	Mediana	Valor Min-Máx		Desvio-Padrão	α^*
Geral	61,8	63,3	10,9	95,7	13,7	0,89
Domínio1- Clima de trabalho em equipe	68,3	70,8	4,17	100	19,0	0,65
Domínio 2- Clima de segurança	63,5	67,8	7,1	100	18,2	0,69
Domínio 3- Satisfação no trabalho	80,5	85,0	0	100	17,7	0,74
Domínio 4- Percepção do estresse	64,9	68,7	0	100	27,2	0,77
Domínio 5- Percepção da gerência da unidade e do hospital	52,4	52,3	0	100	19,5	0,81
Domínio 6- Condições de trabalho	53,5	50,0	0	100	26,3	0,63

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Sigla: α^* : *Alfa de Cronbach*.

5.3.2 Análise dicotômica do escore geral e por domínios do SAQ

Após a análise descritiva do instrumento SAQ, o escore geral e por domínios foram dicotomizados, segundo o proposto pelos autores originais do instrumento. Assim os escores maiores ou iguais a 75,0 foram categorizados como positivos, e os menores que esse valor, como negativos.

O escore geral obteve 455 (81,8%) sujeitos com escore negativo, ou seja, menor que 75,0.

O domínio que apresentou maior número de profissionais com visão negativa foi o relacionado à percepção da gerência da unidade e do hospital. A maioria dos profissionais, 472 (84,9%), tem uma visão negativa em relação à gerência. O único domínio que obteve maior percentual de profissionais com visão positiva foi o de satisfação no trabalho, 405 (72,8%).

A Tabela 18, a seguir, apresenta a frequência do escore geral e por domínios, categorizados em positivos e negativos.

Tabela 18 - Análise dicotômica do escore geral e por domínios do SAQ. n=556. Uberaba, MG, 2013.

Dicotomia escores do SAQ	Escore Geral n (%)	Escore Dom. 1 n (%)	Escore Dom. 2 n (%)	Escore Dom.3 n (%)	Escore Dom. 4 n (%)	Escore Dom. 5 n (%)	Escore Dom. 6 n (%)
Positivo	101 (18,2)	259 (46,6)	186 (33,5)	405 (72,8)	268 (48,3)	84 (15,1)	158 (28,4)
Negativo	455 (81,8)	297 (53,4)	370 (66,5)	151 (27,2)	287 (51,7)	472 (84,9)	398 (71,6)

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Siglas: Dom.1: Clima de trabalho em equipe; Dom. 2: Clima de segurança; Dom. 3: Satisfação no trabalho; Dom. 4: Percepção do estresse; Dom. 5: Percepção da gerência da unidade e do hospital; Dom. 6: Condições de trabalho.

Referente aos itens que não pertencem a nenhum domínio (14, 33, 34, 35 e 36), o item 33 “Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área” foi o que apresentou maior porcentagem de percepção positiva, 431 (35,8%), e o item 36 “Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns” foi o que apresentou maior porcentagem de visão negativa, 437 (78,6).

A Tabela 19, a seguir, apresenta a frequência dos escores para os itens que não pertencem a nenhum domínio, categorizados em positivos e negativos.

Tabela 19 - Análise dicotômica dos escores dos itens que não pertencem a nenhum domínio. n=556. Uberaba, MG, 2013.

Itens não pertencentes a nenhum domínio	Dicotomia escores do SAQ	
	POSITIVO n (%)	NEGATIVO n (%)
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração.	199 (35,8)	199 (35,8)
33. Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área.	431 (77,5)	125 (22,5)
34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área.	370 (66,5)	186 (33,5)
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área.	245 (44,1)	311 (55,9)
36. (R) Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.	119 (21,4)	437 (78,6)

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Sigla: **(R)**: Item reverso.

5.3.3 Análise descritiva do escore geral e por domínios do SAQ, segundo a área de atuação

Em relação ao escore geral, na área crítica, o serviço de cirurgia cardíaca apresentou o pior escore 51,5 (DP= 3,0) e, em contrapartida, o serviço de hemoterapia apresentou o melhor escore 78,3 (DP=7,7). Para a área semicrítica, a sala de internação obteve a pior média 45,7, e o setor de endoscopia, a melhor média 76,8 (DP= 16,4). Na área não crítica, o pior escore geral foi do serviço de padronização de materiais (32,4), e o melhor escore foi o do serviço de captação de órgãos, 75,1 (DP=8,0).

No que se refere ao domínio, clima de trabalho em equipe, na área crítica, o escore variou entre 47,9 (DP=20,6) e 90,0 (DP= 9,4), sendo o serviço de cirurgia cardíaca com o pior escore e a central de quimioterapia com o melhor. Na área semicrítica, a média variou entre 54,2 e 87,5 (DP= 17,7). E na área não crítica, a sala de humanização foi o setor com o menor escore (25,0), e a ouvidoria com o melhor escore (100,0).

O domínio, clima de segurança, variou entre 56,9 (DP= 19,3) e 83,3 (DP= 7,4), para a área crítica, sendo o pior e o melhor escore o pronto-socorro adulto e o serviço de hemoterapia, respectivamente. Para área semicrítica, variou entre 44,6 (DP=2,5) (serviço de nutrição e dietética) e 87,5 (DP=12,3) (departamento de oftalmologia), e para área não crítica variou entre 25,0 (serviço de padronização de materiais) e 83,3 (DP=4,1) (setor de captação de órgãos).

Para o domínio, satisfação no trabalho, na área crítica, a menor média foi do serviço de cirurgia cardíaca, 72,5 (DP=3,5), e a maior média do serviço de radioterapia, 98,7 (DP=2,5). Para a área semicrítica, dois setores apresentaram a menor média de 62,5, o serviço de nutrição e dietética (DP=17,7) e o serviço de tomografia (DP=24,7); e a maior média 100,0 foi a do departamento de nutrologia. Quanto à área não crítica, a menor média 45,0 foi a do serviço de padronização de materiais, e a maior foi a da sala de humanização, 95,0.

Concernente ao domínio, percepção do estresse, na área crítica, o setor que mais conseguiu reconhecer os fatores estressantes, no seu ambiente de trabalho, foi o serviço de patologia clínica, 87,3 (DP=21,3), e o que menos reconheceu foi a central de quimioterapia, 35,4 (DP=37,8). Para a área

semicrítica, o maior escore foi do serviço de nutrição e dietética, 87,5 (DP=17,7), e o menor escore foi da sala de internação. Já na área não crítica, a ouvidoria apresentou o pior escore 0,0, e a sala de humanização, o maior 100,0.

Em relação ao domínio, percepção da gerência da unidade e do hospital, na área crítica, o setor que apresentou a melhor percepção foi o serviço de hemoterapia, apresentando média 71,9 (DP=10,6), e a pior percepção foi do serviço de cirurgia cardíaca, com média 45,4 (DP=16,0). Na área semicrítica, a melhor percepção foi do departamento de nutrologia, 80,0, e a pior percepção, 36,4, foi dos setores de tomografia (DP=6,4) e sala de internação. Na área não crítica, o serviço de padronização de materiais obteve a pior percepção em relação à gerência, 18,2, e o setor de captação de órgão, a melhor percepção, 76,5 (DP= 7,9).

No último domínio, condições de trabalho, para área crítica, o melhor escore foi do serviço de hemoterapia, 77,8 (25,4), e o pior foi do serviço de cirurgia cardíaca, 33,3 (DP=23,6). Para área semicrítica, o serviço de tomografia obteve a pior percepção, 33,3 (DP= 11,8), e a melhor percepção foi do departamento de nutrologia, 83,3. Para área não crítica, a ouvidoria apresentou o pior escore para o domínio, 0,0, e a segurança do trabalho, o melhor escore, 100,0.

Nas Tabelas 20, 21 e 22, a seguir, estão apresentadas as médias dos escores gerais e por domínios, de acordo com a área de atuação dos profissionais deste estudo (crítica, semicrítica e não crítica).

Tabela 20 - Análise descritiva dos escores do SAQ dos profissionais estudados, segundo a área crítica. n=287. Uberaba, MG, 2013.

Área de Atuação	Escore Geral Média (DP)	Escore Dom. 1 Média (DP)	Escore Dom. 2 Média (DP)	Escore Dom. 3 Média (DP)	Escore Dom. 4 Média (DP)	Escore Dom. 5 Média (DP)	Escore Dom. 6 Média (DP)
Bloco cirúrgico	57,1 (15,5)	61,3 (18,4)	59,4 (21,9)	75,8 (21,1)	61,2 (29,1)	46,0 (15,8)	50,2 (24,5)
Central de materiais e esterilização	64,4 (14,6)	67,5 (19,9)	62,7 (21,9)	83,7 (20,8)	56,2 (29,9)	62,1 (18,9)	57,8 (27,9)
Central de quimioterapia	71,7 (16,4)	90,0 (9,4)	79,8 (8,9)	86,7 (18,9)	35,4 (37,8)	64,4 (30,3)	61,1 (26,8)
Hemodinâmica	65,9 (9,9)	72,7 (15,5)	72,5 (18,8)	86,5 (10,0)	74,5 (25,6)	56,6 (13,4)	48,7 (31,1)
Pronto-socorro adulto	55,2 (12,6)	60,7 (17,7)	56,9 (19,3)	73,9 (21,3)	62,9 (23,3)	46,4 (15,9)	46,5 (23,4)
Pronto-socorro infantil	61,4 (13,6)	69,1 (19,8)	65,8 (13,6)	78,5 (17,3)	58,8 (32,6)	50,5 (32,6)	51,5 (28,6)3
Serviço cirurgia cardíaca	51,5 (3,0)	47,9 (20,6)	58,9 (7,6)	72,5 (3,5)	62,5 (0,0)	45,4 (16,0)	33,3 (23,6)
Serviço de hemoterapia	78,3 (7,7)	84,0 (9,4)	83,3 (7,4)	83,3 (20,2)	86,8 (17,7)	71,9 (10,6)	77,8 (25,4)
Serviço de patologia clínica	65,4 (11,1)	54,2 (15,3)	60,2 (21,5)	86,0 (14,7)	87,3 (21,3)	62,1 (20,3)	59,2 (21,8)
Serviço de radioterapia	73,5 (1,9)	81,2 (19,4)	74,8 (18,2)	98,7 (2,5)	64,6 (26,0)	64,9 (14,1)	47,9 (12,5)
Transplante de medula óssea	72,6 (10,4)	87,0 (13,3)	75,1 (9,6)	92,5 (8,1)	51,0 (23,2)	59,9 (15,6)	69,4 (16,4)
Unidade de doenças infectoparasitárias	59,4 (17,6)	65,7 (23,9)	57,4 (22,8)	83,0 (28,0)	62,0 (28,0)	49,4 (18,4)	50,4 (29,5)
Unidade de terapia renal	65,3 (13,4)	67,9 (15,3)	70,5 (19,6)	83,3 (13,5)	75,9 (19,3)	53,4 (20,5)	66,6 (24,0)
UTI adulto	61,0 (16,9)	69,4 (22,1)	68,1 (16,9)	81,5 (21,0)	65,6 (25,8)	47,8 (26,1)	44,6 (30,7)
UTI coronária	66,4 (11,7)	78,9 (14,6)	66,8 (14,7)	87,3 (11,9)	60,7 (24,2)	56,3 (21,6)	58,8 (27,1)
UTI neonatal	63,9 (13,3)	71,7 (18,8)	65,4 (15,8)	80,9 (14,9)	68,0 (30,0)	53,8 (19,3)	56,7 (29,4)

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Sigla: Dom.1: Clima de trabalho em equipe; Dom. 2: Clima de segurança; Dom. 3: Satisfação no trabalho; Dom. 4: Percepção do estresse; Dom. 5: Percepção da gerência da unidade e do hospital; Dom. 6: Condições de trabalho; DP: Desvio- Padrão.

Tabela 21 - Análise descritiva dos escores do SAQ dos profissionais estudados, segundo a área semicrítica. n=242. Uberaba, MG, 2013.

(continua)

Área de Atuação	Escore Geral Média (DP)	Escore Dom. 1 Média (DP)	Escore Dom. 2 Média (DP)	Escore Dom. 3 Média (DP)	Escore Dom. 4 Média (DP)	Escore Dom. 5 Média (DP)	Escore Dom. 6 Média (DP)
Acolhimento	61,6 (8,3)	61,7 (8,0)	60,0 (9,2)	76,0 (17,1)	51,2 (30,7)	60,4 (8,1)	63,3 (12,6)
Berçário	57,7 (12,3)	65,7 (16,7)	58,3 (20,4)	77,9 (18,7)	61,9 (31,3)	45,4 (16,3)	52,6 (24,2)
Clínica cirúrgica	60,5 (12,3)	70,9 (14,4)	60,9 (17,0)	82,7 (19,9)	64,3 (28,5)	48,8 (19,1)	49,8 (27,8)
Clínica médica	61,4 (12,3)	65,8 (16,3)	60,4 (13,8)	76,1 (17,5)	62,9 (26,5)	55,8 (17,2)	52,9 (23,0)
Departamento de nutrologia	81,8 (-)	75,0 (-)	75,0 (-)	100,0 (-)	66,6 (-)	80,0 (-)	83,3 (-)
Departamento de oftalmologia	70,4 (17,9)	87,5 (17,7)	87,5 (12,6)	92,5 (10,6)	52,0 (55,9)	48,9 (43,4)	75,0 (35,3)
Endoscopia	76,8 (16,4)	89,6 (14,7)	76,8 (2,5)	85,0 (0,0)	53,1 (39,8)	67,0 (20,9)	66,7 (35,3)
Ginecologia e obstetria	59,7 (14,8)	68,4 (19,0)	63,7 (19,1)	75,0 (19,4)	73,0 (21,9)	47,2 (18,5)	51,4 (31,2)
Neurologia	60,2 (15,0)	66,2 (22,7)	61,6 (18,2)	81,7 (16,3)	58,9 (29,3)	49,3 (20,6)	52,9 (18,9)
Ortopedia	66,2 (11,6)	76,5 (15,2)	67,5 (15,9)	87,8 (10,0)	68,6 (17,3)	54,1 (17,8)	59,7 (32,9)
Pediatria	55,7 (14,0)	60,0 (20,8)	54,3 (19,6)	69,0 (21,6)	65,8 (21,9)	50,7 (16,8)	49,9 (26,1)
Sala de internação	45,7 (-)	54,2 (-)	78,6 (-)	65,0 (-)	12,5 (-)	36,4 (-)	50,0 (-)
Serviço de farmácia	66,7 (9,3)	76,6 (17,7)	62,5 (14,1)	83,2 (12,9)	69,5 (35,4)	56,4 (12,7)	62,2 (21,2)
Serviço de nutrição e dietética	51,7 (0,5)	61,6 (4,7)	44,6 (2,5)	62,5 (17,7)	87,5 (17,7)	43,2 (12,8)	45,8 (5,9)
Serviço social	66,9 (25,8)	68,7 (20,6)	57,1 (15,1)	85,0 (14,1)	54,1 (17,7)	67,0 (40,1)	54,2 (17,7)
Hospital-dia	64,8 (3,0)	78,7 (17,2)	77,0 (10,9)	86,0 (11,9)	54,2 (29,0)	79,2 (10,6)	65,0 (13,7)
Serviço de parasitologia	63,8 (21,3)	56,2 (8,8)	62,5 (12,6)	87,5 (3,5)	37,5 (53,0)	57,9 (24,1)	66,7 (11,8)

Tabela 21 - Análise descritiva dos escores do SAQ dos profissionais estudados, segundo a área semicrítica. n=242. Uberaba, MG, 2013.

(conclusão)

Área de Atuação	Escore Geral Média (DP)	Escore Dom. 1 Média (DP)	Escore Dom. 2 Média (DP)	Escore Dom. 3 Média (DP)	Escore Dom. 4 Média (DP)	Escore Dom. 5 Média (DP)	Escore Dom. 6 Média (DP)
Serviço de radiologia	68,8 (16,2)	76,6 (23,7)	67,8 (29,1)	86,2 (17,9)	61,9 (25,1)	61,6 (17,8)	65,6 (16,3)
Serviço de som e imagem	58,3 (10,7)	57,3 (18,8)	62,7 (16,7)	81,0 (15,1)	73,0 (23,5)	50,8 (21,4)	48,3 (25,8)
Serviço de tomografia	46,7 (2,9)	61,2 (1,8)	60,7 (10,1)	62,5 (24,7)	45,8 (64,8)	36,4 (6,4)	33,3 (11,8)

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Sigla: Dom.1: Clima de trabalho em equipe; Dom. 2: Clima de segurança; Dom. 3: Satisfação no trabalho; Dom. 4: Percepção do estresse; Dom. 5: Percepção da gerência da unidade e do hospital; Dom. 6: Condições de trabalho; DP: Desvio- Padrão.

Tabela 22 - Análise descritiva dos escores do SAQ dos profissionais estudados, segundo a área não crítica. n=27. Uberaba, MG, 2013.

(continua)

Área de Atuação	Escore Geral Média (DP)	Escore Dom. 1 Média (DP)	Escore Dom. 2 Média (DP)	Escore Dom. 3 Média (DP)	Escore Dom. 4 Média (DP)	Escore Dom. 5 Média (DP)	Escore Dom. 6 Média (DP)
Central de equipamentos	64,0 (9,0)	65,1 (13,3)	70,9 (6,2)	83,1 (9,6)	78,1 (21,4)	56,6 (13,3)	50,0 (27,4)
Sala de humanização	40,2 (-)	25,0 (-)	46,4 (-)	95,0 (-)	100,0 (-)	25,0 (-)	16,7 (-)
Segurança do trabalho	75,0 (-)	75,0 (-)	78,6 (-)	90,0 (-)	83,3 (-)	63,6 (-)	100,0 (-)
Serviço de padronização de materiais	32,4 (-)	41,7 (-)	42,8 (-)	45,0 (-)	56,2 (-)	18,2 (-)	8,3 (-)
Setor de captação de órgãos	75,1 (8,0)	88,9 (12,7)	83,3 (4,1)	90,0 (5,0)	67,4 (29,6)	76,5 (7,9)	23,6 (12,0)
Comissão de controle de infecção hospitalar	60,8 (12,4)	55,5 (34,9)	63,1 (14,9)	70,0 (13,2)	83,3 (9,5)	60,6 (5,7)	69,4 (24,0)
Diretoria clínica	63,1 (0,4)	68,7 (2,9)	57,1 (15,1)	90,0 (0,0)	62,5 (53,0)	50,0 (6,4)	62,5 (17,7)

Tabela 22 - Análise descritiva dos escores do SAQ dos profissionais estudados, segundo a área não crítica. n=27. Uberaba, MG, 2013.

Área de Atuação	Escore Geral Média (DP)	Escore Dom. 1 Média (DP)	Escore Dom. 2 Média (DP)	Escore Dom. 3 Média (DP)	Escore Dom. 4 Média (DP)	Escore Dom. 5 Média (DP)	(conclusão)
							Escore Dom. 6 Média (DP)
Diretoria de enfermagem	65,9 (15,3)	64,9 (19,9)	67,7 (29,3)	77,8 (19,1)	73,2 (23,0)	65,2 (19,1)	55,9 (17,1)
Ouvidoria	70,9 (-)	100,0 (-)	82,1 (-)	80,0 (-)	0,0 (-)	72,7 (-)	0,0 (-)

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Sigla: Dom.1: Clima de trabalho em equipe; Dom. 2: Clima de segurança; Dom. 3: Satisfação no trabalho; Dom. 4: Percepção do estresse; Dom. 5: Percepção da gerência da unidade e do hospital; Dom. 6: Condições de trabalho; DP: Desvio- Padrão.

5.3.4 Análise descritiva do escore geral e por domínios do SAQ, segundo a categoria profissional

Em relação ao escore geral do instrumento, a categoria profissional, de nível superior, que apresentou a melhor percepção foi o fonoaudiólogo, 71,5, e a de pior percepção foi o terapeuta ocupacional, 28,8. Para o nível médio, o melhor escore foi dos técnicos em laboratório, 67,8 (DP=12,2), e o pior escore foi dos auxiliares de enfermagem, 58,2 (DP=14,6).

Quanto ao domínio, clima de trabalho em equipe, para o nível superior, a maior média foi dos fonoaudiólogos, 75,0, e a pior do terapeuta ocupacional, 16,7. Para os profissionais do nível médio, os técnicos em farmácia obtiveram a melhor média, 75,8 (DP=19,1), e os técnicos em laboratório, a pior média, 67,8 (DP=12,2).

No domínio, clima de segurança, os fisioterapeutas apresentaram o melhor escore, para os profissionais de nível superior, e os terapeutas ocupacionais, o pior escore, 66,0 (DP=14,6) e 32,1, respectivamente. Para os de nível médio, os auxiliares de enfermagem obtiveram o pior escore do clima de segurança, 57,5 (DP=20,8), e os técnicos em laboratório, o melhor escore, 65,1 (DP= 20,1).

Referente ao domínio, satisfação no trabalho, para o nível superior, os fisioterapeutas continuaram apresentando a melhor percepção, 87,6 (DP=12,0), e os terapeutas ocupacionais a pior, 25,0. Na categoria de nível

médio, os auxiliares de enfermagem apresentaram a pior média, 78,0 (DP=26,6), e os técnicos em laboratório, a melhor, 87,8 (DP=17,7).

Para o domínio, percepção do estresse, os psicólogos foram a categoria profissional que mais conseguiu reconhecer os fatores estressores em seu ambiente de trabalho, apresentando escore de 75,8 (DP=24,7), e os farmacêuticos a categoria que menos reconheceu, com escore de 50,0 (DP=35,3). Nos profissionais de nível médio, os técnicos em laboratório obtiveram melhor escore para este domínio, 80,5 (DP=29,0), e os técnicos em enfermagem, o pior escore, 60,1 (DP=28,1).

No quinto domínio, percepção da gerência da unidade e do hospital, a média variou entre 32,1 (terapeuta ocupacional) e 59,4 (DP=20,2) (assistente social), para os profissionais do nível superior. Para o nível médio, o escore variou entre 48,5 (DP=20,5) (técnicos de enfermagem) e 63,5 (DP=29,0) (técnicos de laboratório).

O domínio, condições de trabalho, obteve, para os profissionais de nível superior, maior média entre os fonoaudiólogos, 75,0, e a pior média para a categoria terapeuta ocupacional. E para os profissionais de nível médio, os técnicos em farmácia obtiveram o melhor escore, 64,9 (DP=21,7), e os auxiliares de saúde, o pior, 45,4 (DP=17,2).

As Tabelas 23 e 24 apresentam as análises descritivas dos escores gerais e por domínios (média e desvio-padrão), segundo a categoria profissional dos sujeitos da pesquisa.

Tabela 23 - Análise descritiva dos escores do SAQ dos sujeitos estudados, segundo a categoria profissional de nível superior. n=175. Uberaba, MG, 2013.

Categoria Profissional	Escore Geral Média (DP)	Escore Dom. 1 Média (DP)	Escore Dom. 2 Média (DP)	Escore Dom. 3 Média (DP)	Escore Dom. 4 Média (DP)	Escore Dom. 5 Média (DP)	Escore Dom. 6 Média (DP)
Assistente social	64,8 (16,8)	68,0 (23,1)	63,6 (16,1)	78,1 (18,7)	66,9 (18,3)	59,4 (20,2)	62,5 (22,3)
Enfermeiro	61,8 (14,5)	66,7 (20,3)	65,3 (18,6)	80,9 (17,4)	68,7 (21,0)	53,3 (20,7)	47,9 (27,9)
Farmacêutico	67,6 (1,6)	81,2 (2,9)	60,7 (10,1)	97,5 (3,5)	50,0 (35,3)	55,7 (4,8)	45,8 (5,9)
Fisioterapeuta	63,8 (11,9)	73,8 (21,7)	66,0 (14,6)	87,6 (12,0)	54,7 (33,1)	51,1 (15,2)	61,3 (23,8)
Fonoaudiólogo	71,5 (-)	75,0 (-)	64,3 (-)	85,0 (-)	53,3 (-)	55,5 (-)	75,0 (-)
Médico	65,6 (15,4)	72,1 (20,2)	62,6 (18,1)	81,2 (14,9)	71,3 (27,3)	57,3 (20,7)	58,0 (26,2)
Nutricionista	59,7 (9,2)	74,6 (15,5)	58,9 (21,1)	72,5 (15,5)	70,3 (25,7)	48,3 (11,5)	58,3 (18,0)
Psicólogo	62,8 (14,5)	64,2 (28,0)	67,8 (25,0)	81,0 (11,4)	75,8 (24,7)	54,0 (12,8)	55,0 (31,1)
Terapeuta ocupacional	28,8 (-)	16,7 (-)	32,1 (-)	25,0 (-)	75,0 (-)	32,1 (-)	41,6 (-)

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Sigla: Dom.1: Clima de trabalho em equipe; Dom. 2: Clima de segurança; Dom. 3: Satisfação no trabalho; Dom. 4: Percepção do estresse; Dom. 5: Percepção da gerência da unidade e do hospital; Dom. 6: Condições de trabalho; DP: Desvio- Padrão.

Tabela 24 - Análise descritiva dos escores do SAQ dos sujeitos estudados, segundo a categoria profissional de nível médio. n= 381. Uberaba, MG, 2013.

Categoria Profissional	Escore Geral Média (DP)	Escore Dom. 1 Média (DP)	Escore Dom. 2 Média (DP)	Escore Dom. 3 Média (DP)	Escore Dom. 4 Média (DP)	Escore Dom. 5 Média (DP)	Escore Dom. 6 Média (DP)
Auxiliar de enfermagem	58,2 (14,6)	64,8 (17,1)	57,5 (20,8)	78,0 (23,6)	68,5 (25,3)	48,5 (20,5)	47,6 (26,7)
Auxiliar de Saúde	61,3 (14,6)	71,9 (23,2)	62,3 (19,0)	87,8 (17,7)	65,9 (31,3)	49,2 (19,0)	45,4 (17,2)
Técnico de enfermagem	61,3 (12,9)	69,3 (17,1)	64,7 (17,3)	79,9 (17,1)	60,1 (28,1)	51,3 (19,2)	54,6 (26,6)
Técnico em farmácia	66,5 (10,1)	75,8 (19,1)	62,8 (15,0)	80,8 (12,4)	72,7 (35,8)	56,5 (13,8)	64,9 (21,7)
Técnico de laboratório	67,8 (12,2)	60,4 (17,8)	65,1 (20,1)	85,7 (14,1)	80,5 (29,0)	63,5 (18,5)	63,9 (21,6)
Técnico em radiologia	59,7 (11,7)	61,1 (20,0)	63,2 (17,5)	81,1 (16,6)	68,7 (26,3)	52,1 (19,4)	48,9 (24,0)

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Sigla: Dom.1: Clima de trabalho em equipe; Dom. 2: Clima de segurança; Dom. 3: Satisfação no trabalho; Dom. 4: Percepção do estresse; Dom. 5: Percepção da gerência da unidade e do hospital; Dom. 6: Condições de trabalho; DP: Desvio- Padrão.

5.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE OS ESCORES DO SAQ E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS

Em relação ao sexo, o escore geral do SAQ para o sexo masculino foi de 61,5 (DP=61,5), enquanto para o feminino foi de 61,8 (DP=13,6), contudo a diferença não foi considerada significativa ($p= 0,81$).

Observou-se que o domínio, satisfação no trabalho, apresentou as maiores médias para ambos os sexos. O domínio, condições de trabalho, obteve a pior média para o sexo masculino, 52,3 (DP= 25,9), enquanto para o sexo feminino foi o domínio, percepção da gerência da unidade e do hospital, 52,3 (DP=19,8). Ressalta-se que, para nenhum domínio, o sexo não apresentou diferença estatística significativa.

Quanto à atuação principal, os profissionais cuja atuação estava voltada para adultos obtiveram escore geral de 61,7 (DP=13,4), os que prestavam assistência apenas às crianças apresentaram escore de 60,7 (DP=13,4), e os

profissionais cuja atuação era tanto com adultos quanto com crianças, o escore foi de 62,6 (DP=14,3). Entretanto não houve diferença estatística ($p=0,55$).

Em relação aos domínios, os três grupos (adulto, pediátrico e ambos), obtiveram os maiores escores para o domínio, satisfação no trabalho, e os piores para o domínio, percepção da gerência da unidade e do hospital.

As áreas de atuação dos profissionais do estudo foram divididas em assistenciais e não assistenciais. Assim, o escore geral dos profissionais assistenciais foi de 61,5 (DP= 13,7) e dos não assistenciais foi de 65,2 (DP=12,6). A diferença entre os escores apresentou uma significância estatística marginal ($p= 0,09$).

O domínio, satisfação no trabalho, foi o que apresentou maior escore entre os grupos. Já o domínio, condições de trabalho, apresentou o pior escore para os profissionais que não estão em contato com a assistência, e o domínio, percepção da gerência da unidade e do hospital, apresentou o pior escore entre os assistenciais. Observou-se que, para este domínio (percepção da gerência da unidade e do hospital), houve associação estatisticamente significativa, ($p<0,05$).

Referente às unidades de atuação (crítica, semicrítica e não crítica), a área não crítica apresentou o melhor escore geral, 63,9 (DP= 13,3). Para os domínios, os melhores escores foram o da satisfação no trabalho e os piores foram o domínio de percepção da gerência da unidade e do hospital, para as áreas críticas e semicríticas, e o domínio de condições de trabalho para a área não crítica. Entretanto, não foram observadas associações estatisticamente significativas entre o escore geral e por domínios e as áreas de atuação estudadas.

As categorias profissionais foram divididas em três grupos, equipe de enfermagem, equipe médica e equipe de outros profissionais. Em relação ao escore geral, houve diferença significativa entre a equipe de enfermagem e a equipe médica, ($p<0,02$). Referente aos domínios, observaram-se associações significativas, também entre a equipe de enfermagem e a equipe médica, para o domínio, percepção da gerência da unidade e do hospital, ($p<0,05$) e para o domínio, condições de trabalho ($p=0,05$).

No que se refere ao tempo de atuação do profissional, verificou-se correlação estatisticamente significativa em relação ao domínio, percepção do

estresse, ($p < 0,05$) e coeficiente de correlação de Spearman, 0,10. A partir disso, observou-se que profissionais com menos de 6 meses de atuação apresentaram melhor escore, 69,4 (DP=28,0) em relação a este domínio do que aqueles com mais tempo de exercício profissional.

A variável tempo de formação apresentou correlação significativa para o domínio, satisfação no trabalho, ($p < 0,05$), sendo o maior escore, (90,0) para os profissionais com menos de 6 meses de formação e para o domínio, percepção do estresse, ($p < 0,05$), tendo também como maior escore (91,7) os profissionais formados há menos de 6 meses.

Concernente ao tempo de atuação do profissional na instituição, observaram-se correlações estatisticamente significativas para os domínios, satisfação no trabalho ($p < 0,05$) ($r_s = 0,10$) e percepção do estresse, ($p < 0,05$) ($r_s = 0,09$). Para ambos os domínios, a categoria que apresentou a melhor percepção foi a de 21 anos ou mais de tempo de atuação na instituição.

Quanto à presença de pós-graduação, quem a possuía obteve melhores percepções em relação ao escore geral e aos domínios, clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção do estresse, percepção da gerência da unidade e do hospital e condições de trabalho. No entanto, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas.

Em relação ao vínculo institucional (FUNEPU e UFTM), percebeu-se que os profissionais vinculados à FUNEPU obtiveram melhor escore em relação ao domínio geral, 62,8 (DP=13,1), apresentando uma associação marginalmente significativa ($p = 0,08$). O domínio, clima de trabalho em equipe, foi mais bem percebido pelos profissionais vinculados à FUNEPU, 70,7 (DP=17,9), e apresentou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,05$). Para o domínio, percepção do estresse, os profissionais vinculados à UFTM obtiveram melhor escore, 68,6 (DP=26,7), demonstrando também associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

As Tabelas 25, 26, 27 e 28, a seguir, apresentam as associações entre os escores do SAQ e as variáveis sexo, atuação principal, atuação profissional, área de atuação, categoria profissional, tempo de atuação profissional na unidade, tempo de formação, tempo em que o profissional atua na instituição, presença de pós-graduação, outro vínculo empregatício e o vínculo institucional.

Tabela 25 - Associação entre o escore geral e dos domínios do SAQ e a variável sexo, dos profissionais estudados. n=556. Uberaba, MG, 2013.

Variável	Escore Geral Média (DP)	Escore Dom. 1 Média (DP)	Escore Dom. 2 Média (DP)	Escore Dom. 3 Média (DP)	Escore Dom. 4 Média (DP)	Escore Dom. 5 Média (DP)	Escore Dom. 6 Média (DP)
SEXO							
Masculino	61,5 (13,8)	68,6 (19,5)	61,2 (17,7)	80,3 (18,0)	63,2 (27,7)	52,8 (18,4)	52,3 (25,9)
Feminino	61,8 (13,6)	68,1 (18,9)	64,2 (18,3)	80,5 (17,6)	65,4 (27,0)	52,3 (19,8)	53,9 (26,4)
<i>P</i>	0,81	0,83	0,10	0,89	0,42	0,79	0,55

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Sigla: Dom.1: Clima de trabalho em equipe; Dom. 2: Clima de segurança; Dom. 3: Satisfação no trabalho; Dom. 4: Percepção do estresse; Dom. 5: Percepção da gerência da unidade e do hospital; Dom. 6: Condições de trabalho. *P*: Valor de *P*; DP: Desvio-padrão.

Tabela 26 - Associação entre o escore geral e dos domínios do SAQ e as variáveis atuação principal, atuação profissional, unidade de atuação e categoria profissional, dos profissionais estudados. n=556. Uberaba, MG, 2013.

Variáveis	Escore Geral Média (DP)	Escore Dom. 1 Média (DP)	Escore Dom. 2 Média (DP)	Escore Dom. 3 Média (DP)	Escore Dom. 4 Média (DP)	Escore Dom. 5 Média (DP)	Escore Dom. 6 Média (DP)
(continua)							
ATUAÇÃO PRINCIPAL							
Adulto	61,7 (13,4)	68,8 (18,2)	63,9 (18,1)	81,4 (17,4)	63,2 (25,9)	52,2 (19,3)	52,5 (25,7)
Pediátrico	60,7 (13,4)	68,3 (19,0)	62,0 (17,7)	77,7 (17,4)	65,7 (28,8)	50,9 (19,3)	53,3 (27,6)
Ambos	62,6 (14,3)	67,2 (20,5)	63,9 (18,9)	80,5 (18,4)	67,8 (28,3)	53,8 (20,0)	55,6 (26,6)
<i>P</i>	0,55	0,69	0,64	0,17	0,22	0,49	0,48
ATUAÇÃO PROFISSIONAL							
Assistencial	61,5 (13,7)	67,9 (19,0)	63,5 (17,9)	80,2 (17,8)	65,3 (26,9)	51,8 (19,6)	53,1 (26,3)
Não Assistencial	65,2 (12,6)	71,6 (18,9)	64,2 (21,7)	83,2 (16,9)	60,6 (30,6)	59,4 (17,0)	58,0 (25,6)
<i>P</i>	0,09	0,23	0,89	0,29	0,27	0,01	0,24
UNIDADE							
Área Crítica	62,2 (14,2)	68,6 (19,5)	64,4 (18,7)	81,3 (17,8)	64,6 (27,2)	52,5 (20,5)	53,7 (27,0)

Tabela 26 - Associação entre o escore geral e dos domínios do SAQ e as variáveis atuação principal, atuação profissional, unidade de atuação e categoria profissional, dos profissionais estudados. n=556. Uberaba, MG, 2013.

(conclusão)							
Variáveis	Escore Geral Média (DP)	Escore Dom. 1 Média (DP)	Escore Dom. 2 Média (DP)	Escore Dom. 3 Média (DP)	Escore Dom. 4 Média (DP)	Escore Dom. 5 Média (DP)	Escore Dom. 6 Média (DP)
UNIDADE							
Área Semicrítica	60,9 (13,0)	68,1 (18,2)	62,0 (17,5)	79,5 (17,9)	64,5 (27,3)	51,5 (18,3)	53,8 (25,2)
Área não crítica	63,9 (13,3)	66,2 (21,3)	68,3 (18,2)	80,7 (14,8)	72,4 (26,6)	59,3 (17,7)	48,9 (28,0)
<i>P</i>	0,41	0,19	0,12	0,49	0,34	0,13	0,64
CATEGORIA PROFISSIONAL							
Equipe de enfermagem	60,9 (13,6)	68,1 (18,3)	63,6 (18,5)	79,9 (18,4)	63,4 (26,6)	51,2 (19,7)	51,9 (26,8)
Equipe médica	65,7 (15,4)	72,1 (20,2)	62,6 (18,1)	81,2 (14,9)	71,3 (27,6)	57,4 (20,7)	58,0 (26,2)
Equipe de outros profissionais	63,3 (12,6)	66,9 (21,2)	63,7 (17,0)	82,1 (15,8)	68,2 (28,9)	54,9 (17,2)	58,0 (23,1)
<i>P</i>	0,02	0,26	0,92	0,53	0,06	0,03	0,05

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Sigla: Dom.1: Clima de trabalho em equipe; Dom. 2: Clima de segurança; Dom. 3: Satisfação no trabalho; Dom. 4: Percepção do estresse; Dom. 5: Percepção da gerência da unidade e do hospital; Dom. 6: Condições de trabalho. *P*: Valor de *P*; DP: Desvio-padrão.

Tabela 27 - Associação entre o escore geral e dos domínios do SAQ e as variáveis tempo de atuação, tempo de formação e tempo na instituição, dos profissionais estudados. n=556. Uberaba, MG, 2013.

(continua)							
Variáveis	Escore Geral Média (DP)	Escore Dom. 1 Média (DP)	Escore Dom. 2 Média (DP)	Escore Dom. 3 Média (DP)	Escore Dom. 4 Média (DP)	Escore Dom. 5 Média (DP)	Escore Dom. 6 Média (DP)
TEMPO DE ATUAÇÃO							
Menos de 6 meses	64,5 (10,3)	64,6 (16,4)	57,7 (16,5)	89,6 (3,32)	69,4 (28,0)	57,9 (15,3)	65,3 (24,4)
6 a 11 meses	58,8 (15,6)	65,7 (20,6)	59,1 (20,2)	74,3 (25,1)	60,0 (26,9)	50,4 (20,7)	52,6 (27,4)
1 a 2 anos	63,5 (12,1)	72,7 (16,3)	66,4 (13,7)	81,9 (13,9)	63,9 (24,5)	51,7 (16,6)	51,6 (25,9)
3 a 4 anos	62,7 (12,9)	71,2 (17,6)	65,6 (17,2)	81,1 (18,0)	60,5 (27,5)	53,5 (17,8)	54,9 (27,4)

Tabela 27 - Associação entre o escore geral e dos domínios do SAQ e as variáveis tempo de atuação, tempo de formação e tempo na instituição, dos profissionais estudados. n=556. Uberaba, MG, 2013.

(continuação)							
Variáveis	Escore Geral Média (DP)	Escore Dom. 1 Média (DP)	Escore Dom. 2 Média (DP)	Escore Dom. 3 Média (DP)	Escore Dom. 4 Média (DP)	Escore Dom. 5 Média (DP)	Escore Dom. 6 Média (DP)
5 a 10 anos	60,1 (13,2)	65,3 (20,2)	62,9 (17,7)	78,1 (17,1)	64,6 (27,4)	50,9 (20,7)	53,9 (25,6)
11 a 20 anos	59,9 (15,3)	67,7 (19,7)	61,0 (20,1)	79,8 (18,4)	66,9 (26,7)	49,6 (20,5)	48,9 (24,7)
21 anos ou mais	64,8 (12,9)	67,7 (18,8)	64,9 (19,4)	83,9 (17,6)	69,0 (28,9)	57,6 (19,2)	58,3 (24,7)
rs*	0,01	-0,05	-0,005	0,05	0,10	0,05	0,01
P	0,77	0,19	0,91	0,19	0,01	0,26	0,79
TEMPO DE FORMAÇÃO							
Menos de 6 meses	80,5 (-)	50,0 (-)	71,4 (-)	90,0 (-)	91,7 (-)	77,3 (-)	91,7 (-)
6 a 11 meses	55,5 (5,0)	56,2 (9,9)	56,2 (13,5)	73,7 (21,7)	60,9 (32,4)	50,6 (9,5)	47,9 (17,2)
1 a 2 anos	59,8 (14,4)	68,2 (16,6)	61,1 (14,7)	76,8 (20,0)	53,5 (27,9)	51,2 (18,2)	54,2 (26,0)
3 a 4 anos	64,7 (11,3)	72,7 (15,4)	66,8 (15,4)	80,9 (15,7)	63,7 (24,0)	54,9 (16,6)	58,3 (25,3)
5 a 10 anos	61,3 (13,5)	68,6 (20,3)	63,6 (17,6)	79,0 (17,9)	61,6 (28,0)	52,0 (19,3)	53,8 (26,3)
11 a 20 anos	60,1 (14,3)	66,8 (19,1)	62,7 (19,4)	79,9 (16,7)	68,3 (26,7)	49,6 (20,6)	49,5 (26,9)
21 anos ou mais	63,6 (13,6)	68,3 (19,5)	63,8 (19,2)	83,4 (18,9)	67,3 (27,2)	55,4 (19,5)	56,0 (25,7)
rs*	0,02	-0,03	0,01	0,12	0,12	0,01	-0,01
P	0,62	0,41	0,69	0,005	0,005	0,66	0,74
TEMPO NA INSTITUIÇÃO							
Menos de 6 meses	65,4 (10,5)	71,5 (21,6)	59,5 (17,7)	78,7 (21,3)	61,1 (35,5)	56,8 (14,1)	70,8 (26,2)
6 a 11 meses	65,6 (11,9)	69,7 (16,6)	66,7 (14,8)	80,5 (19,8)	54,3 (26,8)	61,3 (17,2)	62,7 (25,0)
1 a 2 anos	63,5 (12,4)	73,6 (15,6)	66,6 (16,1)	79,9 (19,0)	63,7 (27,1)	51,9 (15,3)	55,9 (24,1)

Tabela 27 - Associação entre o escore geral e dos domínios do SAQ e as variáveis tempo de atuação, tempo de formação e tempo na instituição, dos profissionais estudados. n=556. Uberaba, MG, 2013.

(conclusão)							
Variáveis	Escore Geral Média (DP)	Escore Dom. 1 Média (DP)	Escore Dom. 2 Média (DP)	Escore Dom. 3 Média (DP)	Escore Dom. 4 Média (DP)	Escore Dom. 5 Média (DP)	Escore Dom. 6 Média (DP)
3 a 4 anos	62,4 (13,6)	70,5 (17,8)	65,2 (16,1)	80,1 (17,9)	63,9 (25,2)	52,8 (18,8)	53,7 (27,1)
5 a 10 anos	59,9 (14,1)	66,3 (21,3)	62,2 (17,8)	78,2 (16,9)	64,1 (27,7)	49,7 (21,1)	52,6 (25,5)
11 a 20 anos	60,6 (13,8)	67,6 (18,4)	61,5 (19,6)	80,3 (17,3)	66,2 (26,3)	51,2 (18,9)	49,4 (26,4)
21 anos ou mais	64,2 (13,6)	67,2 (18,9)	65,6 (19,5)	85,4 (17,6)	68,2 (29,0)	56,8 (20,3)	57,6 (27,3)
rs*	-0,007	-0,07	-0,006	0,10	0,09	0,03	-0,03
P	0,87	0,07	0,89	0,01	0,03	0,50	0,37

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Sigla: Dom.1: Clima de trabalho em equipe; Dom. 2: Clima de segurança; Dom. 3: Satisfação no trabalho; Dom. 4: Percepção do estresse; Dom. 5: Percepção da gerência da unidade e do hospital; Dom. 6: Condições de trabalho. P: Valor de P; DP: Desvio-padrão; *Coeficiente de Correlação de Spearman.

Tabela 28 - Associação entre o escore geral e dos domínios do SAQ e as variáveis pós-graduação, outro vínculo empregatício e vínculo profissional, dos sujeitos estudados. n=556. Uberaba, MG, 2013.

(continua)							
Variáveis	Escore Geral Média (DP)	Escore Dom. 1 Média (DP)	Escore Dom. 2 Média (DP)	Escore Dom. 3 Média (DP)	Escore Dom. 4 Média (DP)	Escore Dom. 5 Média (DP)	Escore Dom. 6 Média (DP)
PÓS-GRADUAÇÃO							
Sim	61,3 (14,5)	67,6 (20,6)	63,2 (18,4)	79,6 (18,7)	65,9 (26,8)	51,7 (20,1)	52,0 (25,4)
Não	62,1 (12,9)	68,7 (17,8)	63,8 (18,1)	81,1 (17,2)	64,3 (27,5)	52,9 (19,0)	54,6 (26,9)
P	0,48	0,52	0,70	0,30	0,49	0,49	0,24
OUTRO VÍNCULO EMPREGATÍCIO							
Sim	62,9 (13,8)	70,1 (18,9)	62,6 (18,6)	81,8 (17,6)	65,0 (27,0)	53,3 (19,6)	54,3 (24,4)
Não	61,3 (13,6)	67,5 (19,0)	63,9 (18,0)	79,9 (17,7)	64,9 (27,3)	52,0 (19,4)	53,2 (27,0)
P	0,22	0,15	0,46	0,21	0,97	0,48	0,66

Tabela 28 - Associação entre o escore geral e dos domínios do SAQ e as variáveis pós-graduação, outro vínculo empregatício e vínculo profissional, dos sujeitos estudados. n=556. Uberaba, MG, 2013.

Variáveis	Escore	Escore	Escore	Escore	Escore	Escore	Escore
	Geral	Dom. 1	Dom. 2	Dom. 3	Dom. 4	Dom. 5	Dom. 6
	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média
	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)
VINC. INSTITUC.							
FUNEPU	62,8 (13,1)	70,7 (17,9)	64,7 (16,7)	81,4 (16,7)	60,7 (27,2)	53,2 (18,2)	56,6 (25,5)
UFTM	60,8 (14,1)	66,1 (19,7)	62,5 (19,4)	79,7 (19,4)	68,6 (26,7)	51,7 (20,5)	50,8 (26,6)
<i>P</i>	0,08	0,05	0,15	0,25	0,001	0,34	0,09

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Sigla: Vinc. Instituc.: Vínculo Institucional; Dom.1: Clima de trabalho em equipe; Dom. 2: Clima de segurança; Dom. 3: Satisfação no trabalho; Dom. 4: Percepção do estresse; Dom. 5: Percepção da gerência da unidade e do hospital; Dom. 6: Condições de trabalho. *P*: Valor de *P*; DP: Desvio-padrão.

A partir da análise multivariada, por meio da regressão linear múltipla, percebeu-se que a única variável preditora estatisticamente significativa, ($p=0,01$), associada aos escores do SAQ, foi a atuação (profissionais assistenciais e não assistenciais) profissional para o domínio percepção da gerência da unidade e do hospital. De fato, esta variável já apresentava associação significativa na análise bivariada preliminar. Tal resultado demonstra que os profissionais não assistenciais apresentam melhor percepção em relação à gerência, comparados aos profissionais assistenciais.

A Tabela 29, a seguir, apresenta a análise multivariada por meio da regressão linear múltipla dos fatores associados aos escores do SAQ dos profissionais participantes do estudo.

Tabela 29 - Regressão linear múltipla dos fatores associados aos escores do SAQ dos profissionais participantes do estudo. n=556. Uberaba, MG, 2013.

Variáveis	Escore Geral		Escore Dom. 1		Escore Dom. 2		Escore Dom.3	
	β	<i>P</i>	β	<i>P</i>	β	<i>P</i>	β	<i>P</i>
Atuação Profissional	-0,07	0,07	-0,06	0,13	-0,01	0,78	-0,03	0,39
Equipe de Enfermagem	-0,05	0,25	0,04	0,38	0,00	0,94	-0,05	0,26
Equipe Médica	0,06	0,21	0,09	0,06	-0,01	0,76	-0,01	0,83
Tempo de Atuação	0,03	0,51	0,00	0,91	0,02	0,73	-0,03	0,53
Tempo na Instituição	0,05	0,37	-0,09	0,13	-0,04	0,41	0,10	0,09

Variáveis	Escore Dom. 4		Escore Dom. 5		Escore Dom. 6	
	β	<i>P</i>	β	<i>P</i>	β	<i>P</i>
Atuação Profissional	0,05	0,23	-0,10	0,01	-0,04	0,25
Equipe de Enfermagem	-0,09	0,07	-0,06	0,23	-0,08	0,11
Equipe Médica	0,02	0,69	-0,06	0,23	-0,08	0,11
Tempo de Atuação	0,01	0,75	0,05	0,36	0,07	0,22
Tempo na Instituição	0,07	0,20	-0,03	0,55	-0,10	0,08

Fonte: a autora, 2013.

Nota: Siglas: Dom.1: Clima de trabalho em equipe; Dom. 2: Clima de segurança; Dom. 3: Satisfação no trabalho; Dom. 4: Percepção do estresse; Dom. 5: Percepção da gerência da unidade e do hospital; Dom. 6: Condições de trabalho. β : Coeficiente de regressão padronizado; *P*: Valor de *P*.

6 DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, o SAQ foi utilizado para avaliação da cultura de segurança no referido hospital campo de estudo, a partir da percepção dos profissionais de saúde.

A taxa de participação dos profissionais, deste estudo, foi de 80% (556 de 695). Na literatura, foram encontradas taxas maiores 86% (547 de 639) (PROFIT et al., 2012), e em outras pesquisas, taxas menores 75,7% (80 de 106) (RAFTOPOULOS; SAVVA; PAPADOPOULOU, 2011), 43,4% (652 de 1.502) (FRANCE et al., 2010), 47,9% (2.103 de 4.394) (HUANG et al., 2010) e 29,8% (507 de 1.700) (GUTIÉRREZ-CÍA et al., 2010).

Dos 556 profissionais que responderam ao instrumento, prevaleceu a equipe de enfermagem (72,1%), com maior proporção entre os técnicos de enfermagem (45,0%). Estudo utilizando-se o SAQ, em unidades de UTI neonatal, também encontrou maior proporção da categoria de enfermagem (82%) (PROFIT et al., 2012). Outra pesquisa com UTI, nos EUA, verificou maior proporção de enfermeiros (41,6%) (HUANG et al., 2010). Entretanto, outras investigações encontraram maior porcentagem de equipe médica entre os participantes do estudo (GUTIÉRREZ-CÍA et al., 2010; MODAK et al., 2007).

No que se refere ao nível de adesão, a categoria profissional que mais aderiu à presente pesquisa, ou seja, os profissionais que mais preencheram o instrumento foram os nutricionistas (100%) e terapeutas ocupacionais (100%) e os que menos aderiram foram os fonoaudiólogos (25,0%). Em estudos que utilizaram o SAQ, houve maior adesão entre os enfermeiros (LEE et al., 2010; PROFIT et al., 2012) e menor adesão para a categoria médica (DEILKAS; HOFLOSS, 2008; LEE et al., 2010).

Quanto às características sociodemográficas e profissionais, a presente investigação encontrou que a maioria era do sexo feminino (76,6%). Outras pesquisas também encontraram maior proporção de mulheres (ETCHEGARAY; THOMAS, 2012; LEE et al., 2010; MODAK et al., 2007; RAFTOPOULOS; PAVLAKIS, 2012; SINGER et al., 2008). Percebe-se que o maior percentual do sexo feminino em algumas profissões da área da saúde, principalmente na área da enfermagem, ainda é presente, e não acontece apenas no Brasil. Estudo que objetivou refletir a “feminização” da enfermagem brasileira propõe

que o cuidar faz parte da identidade feminina e que transcende o espaço de trabalho (LOPES; LEAL, 2005). A evolução histórica demonstra que somente as mulheres aprenderam a cuidar e principalmente cuidados necessários à manutenção da vida (LOPES; LEAL, 2005). Além disso, alguns autores acrescentam ainda a ampliação do acesso da mulher à educação e ao trabalho (SCHEFFER; CASSENOTE, 2013). Entretanto, em alguns setores do hospital, pode-se encontrar maior proporção de homens. Autores que utilizaram o SAQ, em salas operatórias, de nove hospitais dos EUA, encontraram maioria de homens (55,6%) entre os participantes do estudo (CARNEY et al., 2010). Em estudo realizado em três hospitais de emergência em Pittsburgh, Pensilvânia, também houve maior proporção do sexo masculino (71,8%) (PATTERSON et al., 2010).

Em relação ao setor de atuação, no presente estudo, a maioria trabalhava na área crítica (51,5%), ou seja, área onde existe um risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco ou onde se encontram pacientes com seu sistema imunológico deprimido (BRASIL, 1992).

Estudo com o clima de segurança do paciente, realizado em 92 hospitais dos EUA, obteve maior número de profissionais concentrados na área semicrítica e não crítica (SINGER et al., 2008). Já pesquisa realizada em hospitais da Arábia Saudita obteve maior porcentagem de profissionais lotados em áreas críticas e semicríticas, sendo o maior percentual em UTI (15,7%) (ALAHMADI, 2010).

Na literatura sobre a temática, encontram-se mais estudos voltados para o clima de segurança em áreas críticas tais como UTI, setores de emergência e salas operatórias (CARNEY et al., 2010; ETCHEGARAY; THOMAS, 2012; FRANCE et al., 2010; GUTIÉRREZ-CÍA et al., 2010; HUANG et al., 2010; PATTERSON et al., 2010; POLEY et al., 2011; PROFIT et al., 2012).

Referente ao tempo dos profissionais na especialidade, ou seja, o tempo de atuação/ experiência dos profissionais em seu setor, a maior parte possuía entre cinco e dez anos (24,1%). Outros autores corroboram este resultado (ETCHEGARAY; THOMAS, 2012; ZWART et al., 2011). Estudo realizado em Cyprus, Grécia, encontrou que a média do tempo na especialidade foi de cinco anos (RAFTOPOULOS; SAVVA; PAPADOUPOULOU, 2011). Em 12 UTIs de hospitais dos EUA, houve maior proporção de profissionais com 20 ou mais

anos de experiência (PROFIT et al., 2012). Entretanto, em hospitais da Arábia Saudita, a maior parte dos profissionais possuía menos de cinco anos na especialidade (ALAHMADI, 2010).

O tempo de experiência do profissional pode refletir em bom desempenho na execução dos procedimentos gerais da profissão (PRETO; PEDRÃO, 2009), uma vez que este profissional já esteve mais em contato com a dinâmica profissional. Por outro lado, os profissionais com menos experiência têm chances maiores de discutir suas dificuldades com aqueles com mais anos de experiência (PRETO; PEDRÃO, 2009).

Referente ao tempo de formação dos profissionais, prevaleceu entre 11 e 20 anos, (29,0%). Estudo com objetivo de correlacionar as condutas profissionais e a ocorrência de eventos adversos, em um setor de emergência, verificou associação estatisticamente significativa entre o tempo de formado e as condutas frente aos erros. Profissionais com maior tempo de formação relataram como primeira conduta priorizar o cuidado ao paciente, enquanto aqueles com menos tempo de formados relataram como conduta inicial, comunicar o profissional médico (SANTOS; PADILHA, 2005).

Percebe-se que o maior tempo de exercício profissional pressupõe maior segurança no controle e identificação das manifestações apresentadas pelo paciente, comparativamente, aos recém-formados que comunicam ao médico como primeira conduta, certamente na busca de uma solução compartilhada do problema (SANTOS; PADILHA, 2005).

Outra pesquisa realizada com intuito de identificar barreiras e fortalezas, em torno da questão de segurança do paciente, identificou que a formação profissional pode interferir positiva ou negativamente na cultura de segurança do paciente (QUES; MONTORO; GONZÁLEZ, 2010).

A formação profissional pode ser uma barreira, quando os temas relacionados à segurança clínica são insuficientes durante a formação, gerando insensibilidade dos profissionais quanto à prevenção de eventos adversos e quanto à promoção de uma cultura de segurança (QUES; MONTORO; GONZÁLEZ, 2010). Contudo, a formação profissional pode ser considerada uma fortaleza à segurança, uma vez que o desenvolvimento de estudos de graduação e pós-graduação, envolvendo a cultura de segurança do paciente,

gera novos conhecimentos e estratégias de fortalecimento a respeito da temática (QUES; MONTORO; GONZÁLEZ, 2010).

Dessa forma, supõe-se que quanto maior o tempo de formado, menos o profissional teve acesso ao estudo da cultura de segurança durante a formação, já que a temática é relativamente recente.

Quanto ao tempo de atuação no hospital campo de estudo, houve maior número de profissionais com tempo entre 11 e 20 anos (31,8%). A pesquisa de Singer et al. (2008) também obteve tempo na instituição semelhante, de mais de 10 anos. Já, em outras investigações, o tempo em que o profissional atuava no hospital de estudo foi menor (ALAHMADI, 2010; CARNEY et al., 2010; MATSUBARA; HAGIHARA; NOBUTOMO, 2008).

O tempo em que o profissional atua na instituição, representado pela rotatividade dos profissionais, pode ser entendido como indicador de segurança do paciente, já que uma alta rotatividade repercute na qualidade das atividades do profissional bem como compromete a continuidade de cuidados aos pacientes (CARVALHO, 2011; PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

Além disso, o tempo na instituição interfere no conhecimento que o profissional tem a respeito do funcionamento institucional (ESPAÑA, 2009) e da estrutura organizacional que estão intimamente relacionados à cultura de segurança da organização.

A maioria dos profissionais estudados não possuía pós-graduação (70,9%). Contudo, dentre os que possuíam, houve predomínio de pós-graduação *Lato Sensu* - especialização (36,5%). O mercado de trabalho e a complexidade do sistema de saúde têm exigido cada vez mais que os profissionais estejam mais bem qualificados. Acredita-se que o fato de o profissional estar mais preparado para lidar com pacientes facilita uma maior adaptação ao setor (PRETO; PEDRÃO, 2009), amenizando possíveis erros que venham a ocorrer. Estudo realizado com enfermeiros de uma UTI encontrou que profissionais sem nenhum curso de especialização apresentaram-se mais estressados que os profissionais com, pelo menos, um curso de especialização (PRETO; PEDRÃO, 2009).

Quanto à presença de outro vínculo empregatício, a maioria dos profissionais não possuía (70,9%), e 53,8% eram funcionários vinculados à UFTM, ou seja, servidores públicos estatutários federais. A dedicação a um

único vínculo empregatício tem sido relatada, na literatura, como favorável à questão de segurança do paciente, uma vez que outras jornadas de trabalho e todas as responsabilidades atribuídas é um fator que pode desencadear o estresse profissional (PRETO; PEDRÃO, 2009).

Em relação ao vínculo institucional, no hospital campo de estudo, há dois tipos de vínculos. Os servidores públicos federais, aprovados em concurso público e que, após três anos de estágio probatório, possuem estabilidade em seus cargos (BRASIL, 1988) e os servidores públicos celetistas, vinculados à FUNEPU, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, e regulamentados pela Lei Federal nº. 9.962/00 e que não possuem garantia de estabilidade (BRASIL, 2000).

Na literatura, não há evidências da relação entre diferentes tipos de vínculo e a cultura de segurança do paciente. Entretanto, dentro de uma organização, a presença de legislações distintas, onde cada profissional tem de seguir normas, regras e condutas diferentes, pode gerar situações de estresse, desconforto e até conflitos dentro da instituição, uma vez que existem profissionais que atuam no mesmo setor, exercem as mesmas funções, têm as mesmas responsabilidades, porém estão ligados a um sistema de gestão diferente.

Estudo realizado em um hospital de Minas Gerais, sobre gestão de pessoas, também encontrou a existência de vários vínculos dentro da mesma instituição hospitalar (PEIXOTO; BRITO; SANTANA, 2012). Entretanto, essa realidade corresponde a uma situação de desregulamentação de recursos humanos no Sistema Único de Saúde brasileiro, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 (MÉDICE, 2001).

Essa diversidade de vínculos provoca desigualdade com relação ao Plano de Carreira entre os profissionais de saúde, pode favorecer a desmotivação no trabalho, a insatisfação e a desvinculação dos trabalhadores com os serviços públicos (MÉDICI, 2001; PEIXOTO; BRITO; SANTANA, 2012).

Quanto à análise do SAQ, por domínios, percebe-se que as respostas dos profissionais variaram entre os itens, sendo para alguns domínios de forma mais significativa e outros de forma mais discreta.

Concernente ao primeiro domínio, clima de trabalho em equipe, a distribuição de frequências das respostas demonstrou que, para a maior parte

dos itens, os profissionais concordaram positivamente. O item 5 “É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem” apresentou a maior média (77,2). No entanto, o escore geral para este domínio foi de 68,3 (DP=19,0) e mediana 63,3, demonstrando uma percepção ruim quanto ao trabalho em equipe, dos profissionais estudados. Além disso, a maioria dos profissionais (53,4%) apresentou escores negativos (escore menor que 75) para este domínio.

Outros estudos também encontraram médias inferiores a 75,0 para o domínio, clima de trabalho em equipe (GUTIÉRREZ-CÍA et al., 2010; LEE et al., 2010; POLEY et al., 2011; PRONOVOST et al., 2008).

Já nos trabalhos de Nordén-Hägg et al. (2010), Profit et al. (2012), Raftopoulos e Pavlakis (2012) e Relihan et al. (2009), a média para esse domínio foi superior, de 75,6 (DP= 14,9), 74,15 (DP= 14,5), 83,2 (DP= 18,3) e 76,7 respectivamente.

Corroborando os dados deste estudo, investigação realizada em UTI de um hospital de Pittsburgh, EUA, também encontrou maior porcentagem de profissionais (86,7%) com visão negativa do trabalho em equipe (HUANG et al., 2007). Pesquisa realizada em 99 UTIs do Estado de Michigan, EUA, verificou 63% de profissionais com escore negativo (PRONOVOST et al., 2008). Entretanto, em estudo realizado em hospitais espanhóis, verificou-se que 62,1% dos profissionais obtiveram respostas positivas para este domínio (GUTIÉRREZ-CÍA et al., 2010).

O trabalho em equipe contribui de forma significativa para a cultura de segurança do paciente. O trabalho de Alahmadi (2010) identificou que, dentre os componentes que influenciam positivamente a cultura de segurança, estão o aprendizado organizacional, a comunicação sobre os erros e o trabalho em equipe. Outro estudo, realizado em hospitais da Jordânia, identificou uma relação forte e positiva entre o clima de segurança e o trabalho em equipe (ABUALRUB; GHARAIBEH; BASHAYRED, 2012).

Pesquisa de revisão da literatura, que relacionou o trabalho em equipe e a segurança do paciente, constatou que falhas oriundas do trabalho em equipe e de comunicação entre os membros das instituições podem ser um fator crucial para ocorrência de EA (MANSER, 2008). Outras investigações demonstram, ainda, que a presença do clima de trabalho em equipe contribui para melhoria

da qualidade no atendimento e redução do tempo de permanência hospitalar (GITTELL et al., 2000), diminuição de erros cirúrgicos (WIEGMANN et al., 2007) e menores taxas de mortalidade em UTI (WHEELAN; BURCHILL; TILIN, 2003).

Além disso, profissionais com forte trabalho em equipe relatam níveis mais altos de satisfação no trabalho, de permanência dentro da instituição, altos níveis de autonomia e menores níveis de doenças ocupacionais (RAFFERTEY; BALL; AIKEN, 2001).

A ausência de equipes interdisciplinares e de grupos de trabalho tem sido relacionada com a piora da segurança clínica e satisfação do usuário, produção de uma assistência isolada e escassamente controlada pelos profissionais, com o aumento das complicações no paciente e diminuição na qualidade do atendimento prestado (QUES; MONTORO; GONZÁLEZ, 2010).

Ressalta-se, ainda, que todos os membros da equipe devem ser participantes e ativos no processo de tomada de decisão, reconhecendo o seu papel na rede de segurança do paciente, respeitando e entendendo a contribuição de outros profissionais da equipe (DENNISON, 2005). Para que haja esta participação ativa, é necessário que o profissional seja incentivado a identificar possíveis erros, antes que eles ocorram, a colaborar com a atuação de outros membros da equipe, a questionar situações que possam indicar uma ameaça à segurança do paciente e a garantir uma comunicação efetiva (FIRTH-COZENS, 2001; WATSON, 2003).

O segundo domínio, clima de segurança, obteve frequência de respostas “concordo parcialmente” para quase todos os itens, apresentando a maior média (72,2) para o item 9 “Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área” e a pior (46,1) média para o item 11 “Nesta área é difícil discutir sobre erros”. Tal resultado demonstra uma contradição, pois, apesar de os profissionais conhecerem os meios para encaminhar as questões referentes à segurança do paciente, eles sentem dificuldade em discutir tais questões. A média geral do domínio foi 63,5 (DP= 18,2), mediana 67,8, e 66,5% dos profissionais apresentaram escore abaixo de 75,0, demonstrando também uma percepção negativa em relação ao comprometimento organizacional para segurança do paciente.

Dentre alguns estudos que utilizaram o SAQ, foram encontradas médias superiores para este domínio (clima de segurança) que variaram entre 80,4 (DP=15,61) e 70,9 (DP=13,1) (NORDÉN-HÄGG et al., 2010; POLEY et al., 2011; PROFIT et al., 2012; RAFTOPOULOS; PAVLAKIS, 2012; RELIHAN et al., 2009). Em pesquisa realizada em cinco hospitais de Cyprus, Grécia, 94,4% dos profissionais concordaram que erros são tratados de maneira apropriada e 91,9% se sentiriam seguros se fossem tratados como paciente nos referidos hospitais (RAFTOPOULOS; PAVLAKIS, 2012). Ao analisar a frequência de respostas de um estudo brasileiro, que utilizou o SAQ, 79% dos profissionais concordaram totalmente que eram encorajados pelos colegas de trabalho a informar qualquer preocupação quanto à segurança do paciente (RIGOBELLO et al., 2012).

Poucos estudos foram encontrados com médias do clima de segurança inferiores, tais como em pesquisa chinesa de Lee et al. (2010) 37,2 (DP= 11,4) e Gutiérres-Cía et al. (2010) 59,4 (DP= 13,1).

Evidências na literatura apontam que instituições com altos níveis de clima de segurança tendem a apresentar menores índices de ocorrência de eventos adversos, maior notificação de erros e incidentes, melhor comunicação entre os gestores e funcionários e maior segurança do paciente (HARTMANN et al., 2009).

Estudo realizado, com objetivo de identificar a relação entre a cultura organizacional e o clima de segurança, encontrou que hospitais com uma cultura organizacional voltada para o empreendedorismo e trabalho em equipe foram estatisticamente associados a maiores níveis de clima de segurança. Enquanto outros hospitais com estrutura organizacional hierárquica obtiveram baixos escores de clima de segurança (HARTMANN et al., 2009). Os resultados desse estudo fornecem uma importante informação da relação entre a cultura organizacional e o clima de segurança do paciente, direcionando os gestores no planejamento de intervenções e estratégias que comprometam com a segurança do paciente.

Hospitais com forte clima de segurança priorizam a segurança e a integram nas ações diárias da organização e nas condutas individuais e em grupo dos profissionais. Além disso, capacitam os funcionários e promovem um psicológico voltado para segurança, ou seja, um sistema onde o profissional

não se sinta culpado ou punido por assumir erros e riscos interpessoais. Por meio dessas ações, os membros de uma organização conseguem prevenir, solucionar e aprender coletivamente, a partir dos problemas que ocorrem na assistência à saúde dos pacientes (EDMONDSON, 1999).

Alguns autores identificaram três grupos de dimensões que são importantes componentes do clima de segurança. A primeira diz a respeito às características e estruturas organizacionais, como alocação de recursos materiais, tecnológicos e humanos e o envolvimento dos administradores e gestores em todos os níveis de cuidado da instituição. A segunda dimensão reflete as características normativas, incluindo normas de comportamento e condutas socialmente aceitáveis e regras voltadas à segurança do paciente em todas as unidades de atuação profissional. A terceira retrata a dinâmica interpessoal e o trabalho em equipe (SINGER et al., 2009).

Estudos envolvendo clima de segurança encontraram, ainda, que o melhor clima de segurança está relacionado a menores taxas de relatos de incidentes (WEINGART; FARBSTEIN; PHILLIPS, 2004) e a melhores condutas, ações e comportamentos voltados para a segurança do paciente (SINGER et al., 2009).

Pesquisa de Taylor et al. (2012) encontrou uma associação negativa entre o clima de segurança e o trabalho em equipe e a ocorrência de úlceras por pressão e acidentes de trabalho, de forma que baixas percepções do domínio, clima de segurança e do trabalho em equipe, pelos profissionais, refletiram em maior ocorrência de eventos adversos e maiores taxas de acidentes ocupacionais.

O item 14, do instrumento SAQ, não pertence a nenhum domínio e pergunta se o profissional acredita que suas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se ele as expressasse à administração. Tal questionamento corresponde à participação profissional no planejamento e na elaboração das ações de segurança pela gerência e administração. Para este item, a média e a mediana apresentaram-se com valores baixos, 47,2 (DP=32,6) e 50,0, respectivamente. No presente estudo, 24,5% dos profissionais concordaram em parte com esta questão. Entretanto, verificou-se que 64,2% dos profissionais obtiveram escores abaixo de 75,0, demonstrando uma visão negativa em relação a esse item. Estudo brasileiro, utilizando o

SAQ, encontrou que, de 203 profissionais, apenas 40% concordaram totalmente quanto à participação de sua opinião na administração do hospital (RIGOBELLO et al., 2012).

A baixa percepção dos profissionais na inclusão de suas sugestões na administração hospitalar reflete em pouca participação dos membros da organização na discussão, planejamento e elaboração das ações. Pesquisa realizada em um hospital de Belo Horizonte, Minas Gerais, com objetivo de compreender a prática de gestão de pessoas, constatou fragilidades na integração multiprofissional, falta de participação dos trabalhadores na gestão e baixa autonomia nas unidades assistenciais (PEIXOTO; BRITO; SANTANA, 2012).

Entretanto, estudos têm incentivado a postura e participação ativa dos profissionais na elaboração de novas estratégias (CAVALCANTE et al., 2008) para a segurança do paciente. Bernardes et al. (2011) ressaltam um modelo de gestão colegiada que favorece a gestão participativa, descentralização da gestão por meio de relações horizontais no organograma. Para operacionalização desse modelo, são criadas unidades de produção autônomas que avaliam e planejam a assistência de seus respectivos setores, favorecendo a integração de diferentes categorias profissionais. Cabe salientar que é imprescindível a mudança de cultura e postura das corporações profissionais que ainda estão atreladas à disputa de poder e à fragmentação do cuidado prestado (BERNARDES et al., 2011).

Estudo realizado no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, São Paulo, com erros de medicação, obteve resultados positivos após a implantação de um programa de gestão cujo objetivo era compartilhar informações e soluções por meio do estabelecimento de metas, estímulo a uma gestão transparente e participativa que permitia analisar os resultados por meio de um conjunto de dados e elaboração de metas para o futuro. Nesse estudo, após a implantação do programa de gestão, alguns indicadores alcançaram e ultrapassaram suas metas dentro de um curto período de tempo (ALCÂNTARA; CASSIOLATO, 2010).

O terceiro domínio do SAQ, satisfação no trabalho, apresentou 80% dos itens com frequência de resposta “concordo totalmente”. Apenas o item 19 “O moral nesta área é alto” apresentou maior frequência de “concordo

parcialmente”. Já o item cinco “Eu gosto do meu trabalho” obteve a maior média (93,9) do domínio. Entre os domínios do SAQ, o fator satisfação no trabalho representou a maior média do instrumento 80,5 (DP=17,7) e mediana 85,0. Além disso, este domínio foi o único a apresentar a maioria dos profissionais (72,8%) com percepção positiva, ou seja, com escore igual ou superior a 75,0.

Os resultados demonstram que os profissionais deste estudo estão mais satisfeitos no trabalho em relação aos profissionais de alguns hospitais dos EUA (média 79,8), de Taiwan (média 42,1), da Holanda (média 70,9), e da Irlanda (média 67,2) (GUTIÉRREZ-CÍA et al., 2010; LEE et al., 2010; POLEY et al., 2011; PROFIT et al., 2012; RELIHAM et al., 2009). Contudo, as médias superiores, para este domínio, foram encontradas em hospitais suíços (média 82,6) e gregos (média 82,4) (NORDÉN-HÄGG et al., 2010; RAFTOPOULOS; PAVLAKIS, 2012).

O item “eu gosto do meu trabalho” tem demonstrado percepções positivas entre os profissionais, como está mostrado nos estudos de hospitais espanhóis, onde 95,1% dos funcionários relataram gostar de seus trabalhos e nos hospitais gregos, com 92,9% de respostas positivas para este item (GUTIÉRREZ-CÍA, et al., 2010; RAFTOPOULOS; PAVLAKIS, 2012). No presente estudo, este item apresentou a maior média para o domínio.

Investigação realizada em um hospital de Ribeirão Preto, São Paulo, também encontrou que o domínio, satisfação no trabalho, foi o único a apresentar escores acima de 75 (RIGOBELLO et al., 2012).

Estudo utilizando o SAQ, em hospitais irlandeses, encontrou associação significativa entre atitudes positivas de relato de erros e investigação de incidentes com a satisfação dos profissionais no trabalho (RELIHAN et al., 2009).

Outra pesquisa, realizada em um Centro de Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, concluiu que no contexto organizacional, alguns fatores podem interferir no desenvolvimento de atividades com eficiência e na segurança da assistência prestada, tais como a comunicação deficitária, presença de estresse e insatisfação no trabalho (CALDERO; MIASSO; CORRADI-WEBSTER, 2009).

Autores indicam que um sistema de gestão de segurança, nas organizações, deve estar pautado, entre outros fatores, na motivação, centrada na satisfação profissional, no estabelecimento de critérios de atitudes desejáveis pela organização e na valorização dos profissionais engajados na questão de segurança do paciente (DÍAZ-CABRERA; HERNÁNDEZ-FERNAUD; DÍAZ, 2007).

A existência de uma correlação entre a satisfação e o desempenho no trabalho foi encontrada em investigação de Robbins, Judge e Sobral (2010). Eles ainda afirmam que funcionários satisfeitos tendem a falar bem da empresa, a contribuir com os colegas e a apresentar boas expectativas com relação ao trabalho (ROBBINS; JUDGE; SOBRAL, 2010), melhorando assim seu desempenho e voltando suas ações para a segurança do paciente.

Para o quarto domínio, percepção do estresse, verificou-se, para distribuição da frequência de respostas aos itens do domínio, que 45,9% dos profissionais concordaram totalmente que a carga de trabalho excessiva prejudica o desempenho, 40,6% concordaram totalmente que são menos eficientes no trabalho quando estão cansados, 34,2% responderam “concordo totalmente” para a maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis, e 23,6% dos profissionais estudados concordaram em parte que o cansaço prejudica o desempenho, durante situações de emergência. Para este domínio, o item que apresentou maior média (73,4) foi o 20 “Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado”. Entretanto, o escore geral do domínio, percepção do estresse, foi de 64,8 (DP=27,2), mediana 68,7 e apresentando a maioria dos profissionais (51,7%) com escores abaixo de 75,0. Assim, pode-se dizer que a maioria dos profissionais deste estudo não reconhece o quanto os fatores estressores interferem na execução do trabalho.

Apesar de a maioria dos profissionais, deste estudo, apresentar baixos escores para o domínio percepção do estresse, na literatura foram encontradas médias inferiores, tais como nos estudos de Poley et al. (2011) (média 54,7), Profit et al. (2012) (média 58,7) e Raftopoulos e Pavlakis (2012) (média 30,7), demonstrando que os profissionais desses estudos não reconheceram que situações tensas, hostis, carga excessiva de trabalho, cansaço e situações de emergência podem interferir na execução do trabalho.

Contudo, os profissionais dos estudos de Gutiérrez-Cía et al. (2010), Nordén-Hägg et al. (2010) e Relihan et al. (2009) apresentaram médias superiores para este domínio, 68,4 (DP=17,3), 72,15 (DP= 22,7) e 75,5 (DP= 17,7), mostrando o reconhecimento destes profissionais quanto aos fatores estressores. Com a utilização do SAQ em três países (EUA, Inglaterra e Nova Zelândia), encontrou-se que 77% dos profissionais concordaram que são menos eficientes no trabalho, quando estão cansados (SEXTON et al., 2006). Já em estudo realizado em UTIs públicas, obteve-se 36,3% dos profissionais com respostas acima de 75,0 para o item “o cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência” (RAFTOPULOS; PAVLAKIS, 2012).

Revisão da literatura encontrou incidências elevadas para síndrome de Burnout, estresse, depressão, fadiga e sono entre os médicos residentes dos estudos analisados (LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010). Tais fatores refletem negativamente na segurança do paciente, uma vez que profissionais cansados e estressados estão mais propensos a cometer erros.

Estudo que investigou a ocorrência de erros médicos em pacientes hospitalizados demonstrou que fatores psicológicos (tédio, ansiedade e estresse) e fisiológicos (fadiga, sono) contribuem para ocorrência de erros (CARVALHO; VIEIRA, 2002).

Pesquisadores identificaram alguns fatores relatados pelos profissionais da área de enfermagem desencadeadores de estresse, tais como desmotivação pelos baixos salários, relações conflituosas em diferentes níveis hierárquicos, problemas no desempenho de funções pela falta de conhecimentos e habilidades. Toda esta problemática gera insatisfação profissional, perda de interesse, estagnação profissional e desmotivação, podendo resultar em baixa qualidade nos serviços prestados pelo profissional (CECAGNO; CECAGNO; SIQUEIRA, 2003; CORRADI; ZGODA; PAUL, 2008).

Outra questão amplamente discutida na literatura é a baixa valorização salarial de algumas categorias profissionais que obriga o funcionário a buscar outras jornadas de trabalho, causando desgaste fisiológico e psicológico do profissional. A sobrecarga de trabalho, com jornadas duplas ou triplas, pode conduzir os profissionais à alienação, à irritação e ao estresse (CAMELO; ANGEMANI, 2008), representando um fator determinante na ocorrência de erros.

Estudo com objetivo de identificar fatores associados à síndrome de Burnout, entre profissionais da enfermagem, encontrou que sobrecarga e falta de motivação para o trabalho, conflito de valores pessoais com os institucionais, possuir a mesma função em instituições diferentes e dificuldade em conciliar vários empregos foram estatisticamente associados a esta síndrome, caracterizada pelo esgotamento físico e mental intenso (MANEGHINI; PAZ; LAUTERT, 2011).

Verifica-se, contudo, que não são apenas os fatores estressantes inerentes ao profissional que interferem na assistência segura. A alta pressão no ambiente de trabalho pode predispor a maiores chances para ocorrência de eventos adversos ou mesmo para acidentes de trabalho que comprometem a qualidade dos cuidados prestados (SANDÍ, 2006).

Estudo qualitativo, realizado com objetivo de identificar o estresse entre profissionais e buscar estratégias de enfrentamento, identificou que o trabalho em equipe, a promoção de confraternizações e harmonia entre os membros da empresa, realização de reuniões entre os profissionais para discutir problemas relacionados ao serviço e investimento em programas “antiestresse”, tais como atividades socioculturais, atividade física, cursos de atualização e reciclagem foram algumas das soluções relatadas pelos profissionais participantes do estudo, para melhorar a atmosfera do ambiente de trabalho e reduzir o estresse (CALDERO; MIASSO; CORRADI-WEBSTER, 2009).

Outra pesquisa, realizada em um hospital da região Sul brasileira, apontou, como estratégias para diminuição do estresse, a valorização dos trabalhadores e o investimento na educação permanente em saúde, os quais podem ter papel protetor frente a situações estressoras no cotidiano do trabalho à medida que proporcionam autonomia entre os profissionais (NEGELISKII; LAUTERT, 2011).

Referente ao quinto domínio, percepção da gerência da unidade e do hospital, observou-se que as respostas dos profissionais aos itens desse domínio concentraram-se em “concordo parcialmente” e “concordo totalmente”. Contudo, o item 29 “Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes” obteve maior frequência de “discordo totalmente”. Além disso, este item apresentou a pior média do domínio (33,3). Corroborando este dado, estudo de Sexton et al. (2006)

identificou que a maioria dos profissionais (52%) não concorda com a quantidade e qualidade dos profissionais para assistência ao paciente. Este item também foi identificado por Gutiérrez-Cía et al. (2010) como uma debilidade na percepção da cultura de segurança de hospitais espanhóis.

Contudo, estudo realizado em Cyprus, Grécia, encontrou para essa questão médias superiores (58,4), e que 60% dos profissionais tiveram uma visão positiva para esse item (RAFTOPOULOS; PAVLAKIS, 2012).

Estudo de revisão da literatura concluiu que, a partir dos estudos analisados, o insuficiente número de profissionais na atuação assistencial está relacionado ao aumento das taxas de infecção, da mortalidade, do número de quedas, da extubação acidental e no aumento do tempo de internação (VERSA et al., 2011).

Pesquisa realizada em um hospital tailandês, que considerou a qualificação e o dimensionamento adequado dos membros que compõem a equipe de enfermagem, apresentou dados de redução dos índices de extubação, de quedas e de úlceras por pressão, após a inclusão de maior número de enfermeiros à equipe (THUNGJAROENKUL et al., 2008).

A média e a mediana geral, do domínio, percepção da gerência da unidade e do hospital, foram de 52,4 (DP=19,5) e 52,3 respectivamente, representando o menor escore entre todos os domínios. Ressalta-se ainda que este domínio apresentou o maior número de profissionais (84,9%) com visão negativa, demonstrando a reprovação dos profissionais do estudo, quanto às ações da gerência frente às questões de segurança.

Em estudo realizado na Suíça, a média para esse domínio foi de 70,25 (DP= 21,6), e 53,6% dos profissionais obtiveram uma visão positiva (NORDÉN-HÄGG et al., 2010). Apesar de essa média ser superior à encontrada no presente estudo, esse domínio apresentou-se com o menor escore na pesquisa da Suíça.

Médias inferiores foram encontradas em serviços de medicina intensiva da Espanha (média 41,0), em enfermarias irlandesas (média 48,9) e em hospitais chineses (média 45,2) (GUTIÉRREZ-CÍA et al., 2010; LEE et al., 2010; RELIHAN et al., 2009).

A gerência de uma instituição tem papel determinante na cultura de segurança do paciente, uma vez que os gestores são um dos principais

responsáveis pelo planejamento, elaboração e monitoramento da cultura organizacional voltada para ações de segurança ao paciente.

Pesquisa com objetivo de identificar o reconhecimento de eventos adversos, nas circunstâncias de cuidado, pelos profissionais de saúde, encontrou que a presença de cuidados não seguros é proveniente de falhas no planejamento, na colaboração, na execução, na avaliação e no monitoramento das ações e vão além dos profissionais que desempenham uma assistência direta ao paciente. Esses cuidados envolvem todo o sistema de saúde: gestores, administradores, tanto na esfera pública, quanto na privada (WEGNER; PEDRO, 2012).

Na literatura, a utilização da nomenclatura gestão da segurança tem sido identificada como uma estratégia de gestão da qualidade, focada na segurança do paciente (ANVISA, 2010).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) elaborou um material de reflexão teórico-prática para questão da assistência segura e propõe que o gerenciamento das organizações seja envolvido pela promoção de uma cultura de segurança positiva entre os profissionais da instituição de saúde. Neste material, foram listadas quatro principais condutas para promoção de uma cultura de segurança por parte dos gestores organizacionais (ANVISA, 2010).

A prevenção dos problemas de segurança é a primeira conduta que diz respeito à implantação de barreiras organizacionais efetivas para impedir ou reduzir a ocorrência de erros e seu impacto para os pacientes, profissionais e organização. A prevenção inclui a adesão de boas práticas na rotina da instituição como identificação correta dos pacientes, limpeza e organização na preparação de medicamentos, protocolos clínicos, prontuários eletrônicos e gerenciamento de riscos. Para ocorrência dessas práticas, é necessária a criação de normas ou protocolos aprovados pela gerência e chefia e adaptados à realidade dos profissionais envolvidos na assistência.

Como segunda conduta, o material propõe a identificação dos problemas de segurança, a partir da criação de indicadores de monitoramento, com o objetivo de comparar instituições, identificar situações susceptíveis de melhoria e controlar o efeito das intervenções implantadas. Outra estratégia para identificação de problemas, amplamente utilizada em outros países, é a

notificação de incidentes, para se investigar a causa da ocorrência dos mesmos e intervir de forma eficaz (ANVISA, 2010). Entretanto, o sistema punitivo frente aos erros e o sentimento de culpa entre os profissionais podem levar à ocultação das falhas cometidas, gerando subnotificação dos casos de incidente.

A terceira estratégia está voltada para resolução dos problemas de segurança. Após a identificação das ameaças frente à segurança, é imprescindível tomar medidas de correção. Gestores e clínicos podem utilizar os ciclos de melhoria que consistem em avaliar o problema, intervir com a melhor solução e reavaliar para detectar e documentar a melhoria conseguida (ANVISA, 2010).

A criação e a manutenção da cultura de segurança é a última conduta preconizada. A cultura de segurança deve ser promovida em todos os âmbitos de serviços de saúde, e os gestores devem colocar como meta prioritária a melhoria da segurança por meio de definição de estruturas e sistemas de liderança, avaliação da cultura e divulgação dos resultados obtidos após as intervenções, promoção de trabalho em equipe, identificação e diminuição de riscos e perigos que comprometam a segurança (ANVISA, 2010).

O sexto e último domínio, avaliado pelo instrumento, refere-se às condições de trabalho, representado pelos itens 30, 31 e 32. Referente à distribuição de respostas para os itens deste domínio, houve maior concentração de “concordo parcialmente” e o item 32 “Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados” foi o que obteve maior média (60,6). Estudo de Raftopoulos e Pavlakis (2012) também encontrou este item com a maior média para o domínio (83,5), e a maioria dos profissionais (90%) concordou que os estagiários são adequadamente supervisionados. Corroborando esses dados, outros estudos encontraram que a maioria dos profissionais apresentou visão positiva para este item (LEE et al., 2010; NORDEN-HÄGG et al., 2010; SEXTON et al., 2006). Já em pesquisa brasileira, realizada em Ribeirão Preto-São Paulo, a maior parte dos profissionais concordou que o hospital fazia um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe (RIGOBELLO et al., 2012).

Esse domínio apresentou média geral de 53,5 (DP=26,3) e mediana de 50,0. Observou-se que 71,6% dos profissionais, participantes do estudo,

obtiveram escore abaixo de 75, demonstrando uma visão negativa quanto à percepção da qualidade de suporte ambiental e logístico no local de trabalho. Em estudo chinês, o domínio, condições de trabalho, foi identificado como o pior escore, apresentando média de 31,8 (DP= 13,5) (LEE et al., 2010). Pesquisadores espanhóis também encontraram que os escores para este domínio estavam entre os piores (média 45,2), perdendo apenas para o domínio, percepção da gerência da unidade e do hospital (média 41,0) (GUTIÉRREZ-CÍA et al., 2010).

Contudo, médias superiores às do presente estudo, para o domínio, condições de trabalho, foram encontradas em outras investigações (NORDENHÄGG et al., 2010; POLEY et al., 2011; PROFIT et al., 2012; RAFTOPOULOS; PAVLAKIS, 2012; RELIHAN et al., 2009).

Entende-se por condições de trabalho tudo o que influencia o próprio trabalho, não apenas o posto de trabalho e seu ambiente, mas também as relações entre produção e salário; duração da jornada; horários de trabalho; repouso e alimentação; benefícios assistenciais; transporte (WISNER, 1987).

Segundo Silva e Marziale (2002), as inadequadas condições de trabalho, provenientes do próprio ambiente de trabalho, da forma de organização, da execução de atividades insalubres expondo os profissionais a riscos biológicos (materiais contaminados e perfurocortantes; exposição a secreções e soluções de continuidade), riscos químicos (produtos de limpeza e desinfecção de materiais e ambiente e medicamentos) e os riscos físicos (temperatura, iluminação, ruídos) contribuem para o desgaste físico e mental dos profissionais, predispondo à ocorrência de erros.

Estudo realizado em um setor de emergência, no Ceará, o qual investigou o processo de trabalho dos profissionais de enfermagem, identificou, a partir dos relatos dos funcionários, que a falta de equipamentos de proteção individual, a carência de equipamentos de monitorização de pacientes e o espaço físico deficiente são fatores negativos ligados às condições de trabalho. Tais fatores prejudicam a qualidade da assistência prestada e interferem na eficácia e eficiência do serviço, contribuindo para ocorrência de danos e até morte nos pacientes (BARBOSA et al., 2009).

Condições de trabalho inadequadas podem levar a insatisfações, além de altos índices de absenteísmo e rotatividade que conduzem à suspeita de descontentamento com as condições de trabalho no setor (MACIEL, 2002).

Após o domínio, condições de trabalho, foram acrescentados quatro itens que não correspondem a nenhum domínio. Os três primeiros itens (33, 34 e 35) dizem respeito à colaboração vivenciada entre profissionais e os enfermeiros, médicos e farmacêuticos da unidade. E o último item (36) questiona sobre as falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento. Dos profissionais que participaram do estudo, 43,0% e 31,1% concordaram totalmente em relação à boa colaboração com os enfermeiros e médicos da unidade, respectivamente; 25,9% concordaram em parte com a colaboração dos farmacêuticos na unidade e 32,7% concordaram parcialmente com a existência de falhas de comunicação que levam a atrasos no atendimento.

Estudo realizado com a equipe de enfermagem de um hospital na região Sudeste brasileira obteve porcentagens superiores para os itens de colaboração entre a equipe, onde 80% dos profissionais concordaram com a boa colaboração entre os enfermeiros da unidade, 73% com a colaboração dos médicos e 45% concordaram com a colaboração dos farmacêuticos da unidade. Quanto à existência de falhas de comunicação, as porcentagens foram menores, onde 30% dos profissionais concordaram com este item (RIGOBELLO et al., 2012).

Já em estudo chinês, todas as porcentagens para os itens 33, 34 e 35 foram superiores às do presente estudo. Para a colaboração com os enfermeiros, 71,1% dos profissionais obtiveram respostas positivas, 60% concordaram com boa colaboração entre os médicos e 52,4%, com a boa colaboração dos farmacêuticos. Para o item ocorrência de falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento, 28,6% dos profissionais concordaram (LEE et al., 2010).

Percebe-se que tanto os profissionais do estudo brasileiro quanto do chinês relataram melhor convivência entre enfermeiros, médicos e farmacêuticos da equipe e obtiveram percepções mais positivas no que diz respeito às falhas de comunicação, quando comparados aos profissionais do presente estudo.

Ainda relacionado aos itens 33, 34, 35 e 36, a maior média (76,1; DP=28,3) esteve ligada à boa colaboração com os enfermeiros da unidade e a pior média (33,9; DP=32,5) relacionada às falhas na comunicação. A boa colaboração com os médicos da unidade apresentou média 68,4 (DP= 30,4) e com os farmacêuticos média 6,9 (DP= 29,4). No presente estudo, verificou-se que 77,5% e 66,5% dos profissionais apresentaram visão positiva (escore maior ou igual a 75,0) para os itens de boa colaboração com os enfermeiros e médicos, respectivamente. Já os itens 35 e 36 apresentaram a maioria dos profissionais com visão negativa (escore menor que 75,0) 55,9% e 78,6%, respectivamente.

Evidências científicas demonstram que, dentre outros fatores, a segurança dos cuidados médicos e de enfermagem e a interação/comunicação entre os profissionais são fatores avaliados como positivos, sob a ótica do usuário, e favorecem a qualidade dos serviços prestados e o modo de atuação dos profissionais (SELEGHIM et al., 2010).

No entanto, problemas de relacionamento entre profissionais ainda são comuns. Estudo com objetivo de caracterizar os processos ético-profissionais de enfermagem, tramitados no Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, identificou oito categorias de processos nos quais destacaram as iatrogenias, o exercício ilegal de profissões, as relações interprofissionais conflitantes e a responsabilidade profissional do enfermeiro. Quanto aos conflitos entre os profissionais, foram notificados problemas de relacionamento entre a própria equipe de enfermagem e com outros membros da equipe de saúde, confronto de competências e abuso de poder. Tais relações conflituosas interferem tanto no ambiente de trabalho como na vida pessoal dos profissionais (SCHNEIDER; RAMOS, 2012).

Em direção contrária, pesquisa realizada em farmácias suecas identificou altos escores para o clima de trabalho em equipe, tolerância aos sentimentos de estresse e angústia e bom relacionamento com outros departamentos hospitalares (KÄLVEMARK SPORRONG et al., 2005). Isso demonstra que, em alguns países, inclusive no Brasil, a farmácia hospitalar vem aprimorando as relações interprofissionais com outros prestadores de cuidados de saúde (BISSON, 2012).

Ressalta-se que a boa colaboração entre os membros da equipe implica em compartilhamento do planejamento e da divisão de tarefas, cooperação, colaboração e interação democrática, agregando os diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades na área da saúde (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2005).

Relacionado às falhas de comunicação que levam a atrasos no atendimento, pode-se dizer que a comunicação no ambiente hospitalar é dificultada pela complexidade e, muitas vezes, pelo tamanho da instituição. Os problemas da estrutura organizacional e de comunicação, somados ao comportamento individual dos profissionais, são as mais comuns fontes de conflito em ambientes hospitalares (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

Estudo realizado no Sul do país, com a equipe médica, encontrou que a falta de comunicação entre os médicos do Centro de Tratamento Intensivo esteve relacionada ao da mortalidade dos pacientes, principalmente devido ao atraso no início de antibióticos e no desmame da ventilação mecânica e à não prescrição de profilaxia para trombose venosa profunda (TEIXEIRA et al., 2010).

Percebe-se que a comunicação, dentro das organizações hospitalares, pode influenciar a qualidade assistencial, bem como ações voltadas para segurança do paciente.

Em relação ao escore geral, do instrumento SAQ, a média foi de 61,8 (DP= 13,7) e mediana 63,3. Além disso, o escore geral obteve 84,9% dos profissionais do estudo com visão negativa (escore menor que 75,0) da cultura de segurança do hospital campo de estudo. Corroborando os dados do presente estudo, foram encontradas algumas investigações cujas médias também ficaram abaixo do valor aceitável que é 75 (DAVENPORT et al., 2008; MODAK et al., 2007; RAFTOPOULOS; SAVVA; PAPADOPOULOU, 2011; RELIHAN et al., 2009).

Contudo, estudo realizado em unidade de UTI do Canadá encontrou que o escore geral do instrumento obteve percepções positivas quanto ao clima de segurança do paciente nessa unidade (KHO et al., 2009). Outros autores também identificaram percepções positivas quanto ao clima de segurança, em UTI de 61 hospitais americanos, sendo que 68% dos profissionais obtiveram uma visão positiva (FRANCE et al., 2010).

Alguns pesquisadores apresentaram seus resultados por meio da variação do escore geral do SAQ. Na Noruega, o escore geral variou entre 44 e 100 (DEILKAS; HOFLOSS, 2008), em UTI de Pittsburgh a variação foi de 43,9 a 74,9 (HUANG et al., 2007) e em hospital irlandês com média entre 46,4 e 68,5 (RELIHAN et al., 2009).

Percebe-se que, para maior parte dos estudos encontrados, a média do escore geral não alcançou o valor 75,0, demonstrando um baixo consenso entre os profissionais sobre o clima de segurança das instituições. Escores abaixo de 60 são considerados um sinal de alerta para as organizações de saúde, indicando urgência na promoção da cultura de segurança na instituição (CARVALHO, 2011).

A partir da avaliação da cultura de segurança de uma instituição, é possível identificar pontos fortes e fracos da estrutura organizacional e áreas problemáticas que necessitam de intervenção imediata (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

Na literatura, foram encontrados alguns fatores, considerados preditores e associados à cultura de segurança, tais como, relato verbal de eventos adversos, boa comunicação, liderança para segurança do paciente e a gestão da segurança (EL-JARDALI et al., 2011). Como pontos fracos, ou seja, barreiras para cultura de segurança, são listados o estímulo à colaboração e ao trabalho em equipe, o quantitativo de profissionais, a motivação por parte da gerência e ineficientes ações organizacionais voltadas para segurança (GUTIÉRREZ-CÍA et al., 2010).

Dessa forma, a cultura de segurança deve se tornar prioridade na estrutura organizacional, visto que melhora a satisfação dos funcionários, por meio da promoção do trabalho em equipe, com melhores condições de trabalho e satisfação profissional, além de oferecer bons resultados aos pacientes, através da diminuição de eventos adversos e prestação de uma assistência segura.

A análise descritiva dos escores geral e por domínios do SAQ, segundo a área de atuação, demonstrou que o serviço de hemoterapia apresentou o melhor escore geral 78,3 (DP= 7,7). Este resultado mostra que os profissionais desta área possuem uma visão positiva em relação à cultura de segurança do paciente. Tal achado pode ser justificado pela implantação do sistema de

hemovigilância que, no Brasil, ocorreu a partir do ano 2001 (ANVISA, 2004). Esse sistema atua como um mecanismo de avaliação e alerta, com o objetivo de direcionar ações que ampliem e aprimorem a segurança nas transfusões sanguíneas, com ênfase nos incidentes transfusionais (ANVISA, 2007), proporcionando melhor segurança na assistência ao paciente.

Assim, para que esse resultado se mantenha de maneira positiva, entre os profissionais do setor, é necessário que os serviços de hemoterapia garantam permanentemente a capacitação profissional com foco nas ações em hemovigilância, englobando a prevenção, a identificação e o registro dos incidentes transfusionais, com vistas a garantir a qualidade e a segurança do paciente (SOUSA NETO, 2010).

Para o domínio, clima de trabalho em equipe, o setor que obteve o melhor escore foi a ouvidoria (média 100,0). A ouvidoria das instituições hospitalares funciona como um mecanismo para avaliação dos serviços prestados sob a ótica dos pacientes, sendo considerado um órgão estratégico e um poderoso instrumento de transformação institucional. As queixas recebidas pela ouvidoria são encaminhadas às chefias dos setores responsáveis, as quais procedem à apuração dos fatos e emitem um parecer, de acordo com a avaliação realizada (SOUSA; SOARES, 2010).

Dessa forma, a partir dos resultados do presente estudo, nota-se que a percepção da ouvidoria quanto ao relacionamento e à colaboração entre os membros da equipe foi positiva.

Entretanto, estudo realizado em um hospital público federal, localizado no Rio de Janeiro, encontrou que dentre as principais reclamações dos usuários do serviço foram relatadas a falta de comunicação entre os profissionais do hospital e as falhas advindas da equipe de enfermagem (SOUZA et al., 2010).

Nesse sentido, a ouvidoria possibilita a prática avaliativa, permitindo a reflexão dos profissionais sobre o processo de trabalho, a partir das demandas dos usuários; e que o diálogo em equipe possibilita mudanças de conduta por meio das críticas recebidas, representando uma fonte de informações para o atendimento das reais necessidades dos usuários do serviço de saúde (SOUSA; SOARES, 2010).

Em relação ao segundo domínio, clima de segurança, o departamento de oftalmologia foi o setor que apresentou o maior escore, 87,5 (DP=12,6),

demonstrando uma percepção positiva dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente. Pesquisadores de um hospital em Botucatu, São Paulo, encontraram que o setor de oftalmologia foi um dos com baixos índices de eventos adversos. Foram notificados 826, os quais 28 (3,4%) ocorreram no setor de oftalmologia. Além disso, a maior parte dos eventos (3,1%) foi notificada à gerência (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010). A partir das evidências do presente estudo e dos achados na literatura, supõe-se que o departamento de oftalmologia pauta suas ações em segurança e estão conscientes de que a notificação de incidentes pode contribuir para a melhora do clima de segurança.

Para o domínio, satisfação no trabalho, os profissionais do serviço de radioterapia foram os que apresentaram a melhor percepção do local de trabalho, com média de 98,7 (DP=2,5). Estudo que analisou a satisfação no trabalho de membros da Sociedade Alemã de Radio-oncologia identificou que a visão positiva dos profissionais, sobre o seu local de trabalho, esteve próxima à média, sendo o escore de 4,1 em uma escala de nove pontos (onde 1 representava muito satisfeito e 9 não satisfeito) (SEHLEN et al., 2009).

Em ideia contrária, estudo que identificou a qualidade de vida no trabalho, em um serviço de radioterapia brasileiro, encontrou que os profissionais desse serviço possuíam um senso crítico em relação à qualidade, mostrando-se insatisfeitos com seu ambiente de trabalho (CANHOTO, 2011).

Pesquisa conduzida em três centros de radioterapia na Inglaterra, com objetivo de investigar a satisfação no trabalho dos profissionais destes setores, identificou a existência de fatores que influenciavam a percepção dos radioterapeutas em relação à satisfação no trabalho, tais como, o processo de trabalho que se refere às condições do ambiente de trabalho e a garantia de autonomia, a presença de liderança organizacional e a presença de estresse. Assim, os autores concluíram que uma reformulação no processo de trabalho, garantindo autonomia e melhores condições de trabalho, fortalecimento da liderança organizacional e minimização de fatores estressantes, pode melhorar a satisfação dos profissionais radioterapeutas (PROBST; GRIFFITHS, 2008).

Quanto ao domínio, percepção do estresse, a sala de humanização, do hospital campo de estudo, apresentou o melhor escore (média 100,0),

mostrando o reconhecimento do profissional quanto aos fatores estressores que influenciam na execução do trabalho.

Essa consciência, de fatores que interferem na execução do trabalho pelos profissionais ligados diretamente à humanização, pode ter sido influenciada pela Política Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar. Essa política institui que não são apenas os pacientes que precisam de atendimento humanizado, mas que as organizações hospitalares devem produzir ações humanizadas aos seus funcionários (BRASIL, 2001a), a partir do provimento de condições adequadas de trabalho, remuneração financeira adequada, estímulo ao trabalho em equipe, comunicação eficiente e número suficiente de profissionais. Dessa forma, a carga de trabalho excessiva, o cansaço e situações tensas ou hostis podem ser minimizados.

Ressalta-se que o serviço de humanização do HC da UFTM já possui o olhar voltado para humanização de seus colaboradores por meio da articulação das ações que promovam a cultura humanística entre os atores da saúde e usuários, bem como adequação do ambiente, com a perspectiva de apoio ao desenvolvimento da assistência humanizada para todos (UFTM, 2013b).

Referente ao quinto domínio, percepção da gerência da unidade e do hospital, o departamento de nutrição apresentou a melhor média entre os setores estudados (média 80,0). Nota-se que os setores de gerência do hospital (diretoria de enfermagem e diretoria clínica) apresentaram escores abaixo de 75,0, demonstrando insatisfação de suas próprias ações quanto às questões de segurança.

O serviço de nutrição do HC da UFTM é organizado por uma equipe multiprofissional composta por assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, médicos, nutricionistas e psicólogos, com o objetivo de promover, manter e restaurar o adequado suporte nutricional aos pacientes hospitalizados. Esse serviço recebe intenso suporte por parte da gerência hospitalar para o desenvolvimento de suas atividades, tais como, provisão de programas de educação permanente, assessoramento de outros setores hospitalares, apoio à assistência ambulatorial e domiciliar de pacientes, garantindo os potenciais benefícios da terapia nutricional e prevenindo eventuais iatrogenias relacionadas a essa terapia (UFTM, 2013c). A partir dessa elucidação, pode-se

justificar a percepção positiva do departamento de nutrologia quanto às ações da gerência.

Em relação ao domínio, condições de trabalho, o setor de segurança do trabalho apresentou a maior média, (100,0) entre todos os setores, demonstrando uma percepção positiva da qualidade do ambiente de trabalho.

Os profissionais de segurança do trabalho são responsáveis pela elaboração, participação e implementação da política de saúde e segurança no trabalho; acompanhamento e avaliação do ambiente de trabalho; identificam variáveis de controle de doenças, acidentes, qualidade de vida e meio ambiente. Desenvolvem, ainda, ações educativas na área de saúde e segurança no trabalho (BRASIL, 2001b). Dessa forma, eles têm a percepção das condições de trabalho de todos os setores hospitalares, sendo capazes de identificar e intervir em áreas que precisam ser aprimoradas.

Quanto à análise descritiva dos escores geral e por domínios do SAQ, segundo a categoria profissional, o fonoaudiólogo obteve as melhores médias para o escore geral (média 71,5) e o domínio, condições de trabalho (média 75,0). Os fonoaudiólogos fazem parte da equipe multidisciplinar em saúde, devendo estar comprometidos com a segurança do paciente, em todas as instâncias da assistência hospitalar.

Ressalta-se, ainda, que este profissional percebeu a qualidade do ambiente de trabalho, incluindo o treinamento de novos membros da equipe, o acesso à informação diagnóstica e terapêutica e supervisão adequada de estagiários, de forma positiva.

Para o domínio, clima de trabalho em equipe, os técnicos em farmácia apresentaram a melhor percepção entre os profissionais estudados (média 75,8). A boa colaboração entre os membros da equipe farmacêutica e a qualidade do relacionamento interpessoal com outros profissionais permitem que a dispensação de medicamentos aconteça a partir de um sistema racional, eficiente, econômico, seguro e de acordo com esquema terapêutico prescrito, garantindo a qualidade da assistência prestada ao paciente (UFTM, 2013d).

Na literatura, são encontrados inúmeros estudos envolvendo eventos adversos com medicação, ou no momento da prescrição, da dispensação ou da administração (COIMBRA, 2008; LOPES et al., 2012; NERI et al., 2011; TEIXEIRA; CASSIANAI, 2010). Assim a existência de um clima de trabalho em

equipe pode minimizar a ocorrência desses EAs e contribuir para uma assistência segura.

No que se refere ao domínio, clima de segurança, o maior escore esteve relacionado aos fisioterapeutas (média 66,0). Apesar de este escore ter sido o maior, verifica-se, porém, que ele está abaixo de 75,0, demonstrando uma percepção negativa quanto ao comprometimento organizacional para a segurança do paciente.

Concernente ao domínio, satisfação no trabalho, os auxiliares de saúde apresentaram média de 87,8 (DP= 17,7), sendo o melhor escore entre os profissionais estudados.

A Resolução do COFEN 7498/86 não classifica os auxiliares de saúde como membros da equipe de enfermagem, a qual engloba apenas os: auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros e parteiras. Assim o auxiliar de saúde representa uma categoria funcional, sob a supervisão da enfermagem, no hospital campo de estudo (BRASIL, 1986).

Embora essa categoria tenha apresentado a melhor satisfação profissional no presente estudo, na literatura, há relatos de que a ineficácia ou inexistência de um plano de promoção em relação à profissionalização desses trabalhadores, a menor remuneração e a maior exigência física na execução do cuidado prestado podem provocar altas taxas de absenteísmo e insatisfação no trabalho (BECKER; OLIVEIRA, 2008).

Para o domínio, percepção do estresse e da gerência da unidade e do hospital, os técnicos em laboratório foram os profissionais com os maiores escores, 80,5 (DP=29,0) e 63,5 (DP= 18,5), respectivamente. Contudo, a percepção dos profissionais em relação à gerência apresentou visão negativa (menor que 75,0), o que denota insatisfação da gerência quanto às ações de segurança.

O laboratório hospitalar é um ambiente considerado crítico e estressante, uma vez que predispõe o profissional a riscos de acidentes, devido à manipulação com amostras biológicas e materiais perfurocortantes. O próprio ambiente de trabalho já é considerado um fator estressante, assim, o profissional deve reconhecer que as situações tensas, hostis e o cansaço podem interferir nas atividades realizadas e buscar estratégias de

enfrentamento, na tentativa de reduzir o estresse gerado e minimizar as chances de ocorrência de erros.

Após a análise descritiva do SAQ, realizou-se a análise bivariada preliminar para verificar a associação entre escore geral e por domínios e as características sociodemográficas e profissionais, dos participantes do estudo.

As variáveis que apresentaram associações estatisticamente significativas foram: a atuação profissional (assistencial e não assistencial) para o domínio, percepção da gerência da unidade e do hospital ($p=0,01$), onde os profissionais não assistenciais obtiveram melhor escore em relação aos assistenciais; a categoria profissional para o escore geral ($p=0,02$), para o domínio, percepção da gerência da unidade e do hospital ($p=0,03$) e para o domínio, condições de trabalho ($p=0,05$), sendo que a equipe médica apresentou melhor percepção comparada à categoria de equipe de enfermagem nestas três variáveis; a variável tempo de atuação profissional para o domínio percepção do estresse ($p=0,01$), demonstrando que os profissionais com menos de seis meses de experiência possuem melhor percepção em relação ao reconhecimento dos fatores estressantes; a variável tempo de formação, para os domínios, satisfação no trabalho ($p=0,005$) e percepção do estresse ($p=0,005$), apresentando também melhores percepções para esses domínios os profissionais com menos de 6 meses de formação; a variável tempo na instituição para os domínios, satisfação no trabalho ($p=0,01$) e percepção do estresse ($p=0,03$), em que os profissionais com 21 anos ou mais apresentaram melhores percepções comparados aos demais, e a variável vínculo institucional (UFTM/FUNEP) para os domínios, clima de trabalho em equipe ($p=0,05$) e percepção do estresse ($p=0,001$), em que os profissionais vinculados à FUNEP apresentaram melhor percepção do clima de trabalho em equipe, enquanto os profissionais vinculados à UFTM, melhor percepção do estresse.

Contudo, na análise multivariada, por meio da regressão linear múltipla, a única variável considerada preditora, sobre os escores de cultura de segurança, foi a atuação profissional (assistencial e não assistencial), para o domínio, percepção da gerência da unidade e do hospital ($p=0,01$), sendo que os profissionais não assistenciais apresentaram melhor média (média 58,0), para este domínio, comparados aos assistenciais (média 53,1).

Corroborando esse achado, estudo realizado com objetivo de identificar o clima de segurança, em hospitais dos EUA, encontrou associações significativas entre os profissionais assistenciais e os profissionais da gerência, demonstrando que os profissionais ligados à gerência tiveram uma percepção mais positiva quando comparados aos profissionais assistenciais (SINGER et al., 2008).

Pesquisa realizada com profissionais ambulatoriais do Texas, EUA, também encontrou diferenças significativas entre a atuação profissional e os domínios do SAQ. Os funcionários envolvidos com a gerência obtiveram percepções superiores quando comparados aos médicos (envolvidos diretamente com a assistência), para o domínio, percepção da gerência da unidade e do hospital (MODAK et al., 2007).

Achados de Relihan et al. (2009) demonstraram que as enfermeiras gerenciais apresentaram, para os domínios, clima de trabalho em equipe ($p < 0,05$) e clima de segurança ($p < 0,01$), escores superiores em relação aos profissionais da saúde assistenciais.

Autores sugerem que a melhor percepção da gerência em relação aos profissionais assistenciais pode ser explicada pelo senso de propriedade e responsabilidade dos funcionários gerenciais quanto aos seus papéis nas enfermarias hospitalares. Além disso, os profissionais assistenciais podem se sentir excluídos dos processos de decisões administrativas, bem como na falta de participação na elaboração e implantação de estratégias, diminuindo sua autonomia e gerando insatisfação em relação às ações da gerência (RELIHAN et al., 2009).

Outra explicação para esses achados pode estar relacionada à vivência dos profissionais assistenciais quanto aos riscos de segurança, fazendo-os apresentar piores percepções em relação à gerência, uma vez que estes profissionais estão menos em contato com o cuidado direto ao paciente. Além disso, existe uma cultura de ocultar informações negativas (ocorrência de erros, incidentes e eventos adversos) pelos profissionais, dificultando que os problemas relacionados à segurança cheguem à gerência hospitalar. Outra questão apontada é que a vontade dos profissionais gerentes de que sua organização seja vista como compromissada com a segurança faz com que as suas percepções sejam positivas (SINGER et al., 2008). Entretanto, tal

situação pode apresentar-se como um problema, quando esta visão positiva não reflete a verdadeira realidade institucional (THOMAS; SEXTON; HELMREICH, 2003).

Entretanto, na literatura, foram encontrados estudos que identificaram outros preditores para a cultura de segurança do paciente. Dentre os mais citados estão a idade do funcionário, o sexo e a categoria profissional.

Hospitais de Cyprus, Grécia, encontraram que as variáveis idade e o relato de cansaço no trabalho foram considerados preditoras para os domínios, clima de trabalho em equipe, clima de segurança e condições de trabalho (RAFTOPOULOS; SAVVA; PAPADOPOULOU, 2011).

Investigação, com objetivo de verificar a relação entre o sexo e as percepções da cultura de segurança, encontrou que profissionais mais velhos tiveram melhor percepção do clima de trabalho em equipe que os mais novos; e que o sexo masculino obteve melhores percepções quanto à satisfação no trabalho e condições do ambiente de trabalho, comparado ao sexo feminino (CARNEY et al., 2010).

Já estudo realizado em centros obstétricos dos EUA encontrou associações estatisticamente significativas entre o domínio, clima de trabalho em equipe e a categoria profissional, sendo que os médicos apresentaram melhor escore comparados aos enfermeiros (LYNDON et al., 2013).

Em pesquisa de Modak et al. (2007), as enfermeiras apresentaram melhor reconhecimento dos fatores estressantes que interferem na execução do trabalho, em relação aos médicos, sendo estas diferenças estatisticamente significativas. Já em estudo de Huang et al. (2007), os enfermeiros obtiveram piores escores de condições de trabalho e percepção da gerência da unidade e do hospital, quando comparados aos médicos.

Outra investigação, utilizando o SAQ, identificou preditores de acordo com cada domínio. Para o domínio, clima de trabalho em equipe, as variáveis idade, tempo de experiência e tempo de atuação em UTI foram estatisticamente significativas. Para o domínio, clima de segurança, a idade (profissionais mais velhos apresentaram melhor escore) obteve associação significativa. O domínio, satisfação no trabalho, foi estatisticamente associado ao sexo do profissional, sendo as mulheres mais satisfeitas. Quanto à percepção do estresse, a idade também esteve associada. Para o domínio percepção da

gerência, não houve associação significativa. E em relação às condições de trabalho, a variável tempo de experiência em UTI esteve relacionada, sendo os profissionais com mais tempo de experiência com melhores percepções.

Além disso, os achados de France et al. (2010) identificaram que a categoria médica esteve estatisticamente associada ao clima de segurança do paciente, sendo considerada preditora, após o ajuste no modelo de regressão.

A identificação de preditores sobre os escores de segurança do paciente é uma importante ferramenta que, aliada às ações organizacionais, permite diagnosticar, planejar, intervir e executar atividades, a partir dos domínios que precisam ser aprimorados (condições de trabalho, ações gerenciais) e dos fatores intrínsecos e extrínsecos dos profissionais que necessitam de atenção (estresse, trabalho em equipe, satisfação). Todos esses esforços contribuem para implementação da cultura de segurança na instituição, tendo como resultado final a promoção à segurança do paciente.

7 CONCLUSÃO

A partir da análise da aplicação do SAQ, foi possível concluir que:

A maioria dos profissionais estudados era do sexo feminino, (76,6%), prestava assistência aos pacientes adultos (54,0%) e possuía cargos somente assistenciais. A maior parte dos profissionais trabalhava em áreas críticas, (51,5%), sendo o setor com maior número de funcionários o pronto-socorro adulto (9,0%). Em relação ao tempo na especialidade, houve maior proporção entre cinco e dez anos, (24,1%), em relação ao tempo na instituição e ao tempo de formação prevaleceram os profissionais com 11 a 20 anos, 29,0% e 31,8%, respectivamente. A maioria dos participantes não possuía nenhum tipo de pós-graduação (57,6%), nem outro vínculo empregatício (70,9%), e predominaram os profissionais vinculados à UFTM (53,8%).

O escore geral do instrumento foi de 61,8 (DP= 13,7) e mediana 63,3, demonstrando uma percepção negativa dos profissionais do estudo quanto à cultura de segurança do paciente. O domínio que apresentou a maior média e mediana foi o da satisfação no trabalho (80,5; DP= 17,7) e mediana 85,0, com destaque para o item 15 “Eu gosto do meu trabalho” o qual representou a maior quantidade de respostas “concordo totalmente”, 463 (88,3%); além disso, foi o único domínio a apresentar maior porcentagem de respostas positivas, 405 (72,8%). Os domínios que apresentaram pior escore foram o da percepção da gerência da unidade e do hospital (média 54,4; DP= 19,5; mediana 52,3) e o das condições de trabalho (média 53,5; DP= 26,3; mediana 50,0).

Quanto aos setores de atuação, o maior escore geral foi o do serviço de hemoterapia (78,3; DP= 7,7), e o setor com menor escore foi o do serviço de padronização de materiais (32,4). Em relação à categoria profissional, os fonoaudiólogos obtiveram a melhor média (71,5), e os terapeutas ocupacionais, a pior média, (28,8). Para o domínio, clima de trabalho em equipe, o setor e a categoria profissional que apresentaram o maior escore foram a ouvidoria (média 100,0) e os técnicos em farmácia (média 75,8; DP= 17,8), e com menor escore para este domínio foram a sala de humanização (média 25,0) e os terapeutas ocupacionais (média 16,7). Concernente ao domínio, clima de segurança, o departamento de oftalmologia e os fisioterapeutas obtiveram a melhor média (87,5; DP= 12,6) e (66,0; DP= 14,6), respectivamente. Já o

serviço de padronização de materiais e os terapeutas ocupacionais obtiveram a pior média (42,8) e (32,0), respectivamente. Referente ao domínio, satisfação no trabalho, o setor e a categoria profissional com maior escore foram o serviço de radioterapia (98,7; DP= 2,5) e os auxiliares de saúde (87,8; DP 17,7), e com o menor escore o serviço de padronização de materiais (42,8) e os terapeutas ocupacionais (25,0). Para o domínio, percepção do estresse, a sala de humanização e os técnicos em laboratório apresentaram as melhores médias (100,0) e (80,5; DP= 29,0), respectivamente, e a sala de internação e os farmacêuticos, a pior média, (12,5) e 50,0; (DP= 35,3). Quanto ao domínio 5, percepção da gerência da unidade e do hospital, o melhor escore esteve relacionado ao departamento de nutrologia (80,0) e aos técnicos de laboratório (63,5; DP= 18,5), e o pior escore, ao serviço de padronização de materiais (18,2) e aos terapeutas ocupacionais, (32,1). O domínio, condições de trabalho, obteve os maiores escores para o serviço de segurança do trabalho (100,0) e os fonoaudiólogos (75,0), e os piores para o serviço de tomografia e cirurgia cardíaca (33,3) e os terapeutas ocupacionais (41,6).

As variáveis que apresentaram associações estatisticamente significativas foram: a atuação profissional para o domínio, percepção da gerência da unidade e do hospital, ($p=0,01$); a categoria profissional para o escore geral, ($p=0,02$), para o domínio, percepção da gerência da unidade e do hospital, ($p=0,03$) e para o domínio, condições de trabalho, ($p=0,05$); a variável tempo de atuação profissional para o domínio, percepção do estresse, ($p=0,01$); a variável tempo de formação, para os domínios, satisfação no trabalho, ($p=0,005$) e percepção do estresse, ($p=0,005$); a variável tempo na instituição para o domínio, satisfação no trabalho, ($p=0,01$) e percepção do estresse, ($p=0,03$) e a variável vínculo institucional (UFTM/FUNEP) para os domínios, clima de trabalho em equipe ($p=0,05$) e percepção do estresse ($p=0,001$).

Verificou-se que a atuação do profissional foi a variável considerada preditora para o domínio, percepção da gerência da unidade e do hospital, sendo que os profissionais não assistenciais apresentaram melhor percepção comparada à dos profissionais assistenciais.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os escores do SAQ são importantes e determinantes para a cultura de segurança. No entanto, os resultados do presente estudo indicam a necessidade de maior atenção por parte da gerência hospitalar para os domínios, condições de trabalho e gerência da unidade e do hospital, visto que as percepções dos profissionais quanto a estes domínios foram vistas como uma das mais negativas.

Assim, faz-se necessário que a administração da instituição esteja consciente dessa problemática e concentre seus esforços para elaboração de ferramentas, planejamento e intervenções capazes de implementar ações voltadas à segurança do paciente, bem como ferramentas de melhoria das condições de trabalho e da cultura organizacional.

Quanto às limitações do estudo, pode-se perceber que o HC da UFTM passava por um momento de transição administrativa. Dessa forma, muitos profissionais estavam com receio da instabilidade em seus cargos e se recusaram a preencher o instrumento por acreditarem que poderiam sofrer algum tipo de punição, uma vez que o instrumento avalia a opinião dos funcionários em relação à administração.

Outra dificuldade relacionada à coleta de dados foi que vários profissionais pediram demissão de seus cargos pela insegurança da transição administrativa e o destino ao qual seriam submetidos, após a entrada de outra empresa para administrar o HC da UFTM.

Ressalta-se, ainda, que a baixa quantidade de profissionais terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos contratados pelo hospital reflete em menor quantitativo dessas categorias profissionais.

Espera-se que esta pesquisa tenha contribuído para identificação dos domínios que precisam ser aprimorados dentro da instituição e entre os profissionais assim como para avaliação da cultura de segurança organizacional, norteando a construção de estratégias que garantam valores, atitudes, percepções, compromisso e competências de todos os membros da organização, voltados para as questões de segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

ABUALRUB, R. F.; GHARAIBEH, H. F. G.; BASHAYRED, A. E. I. The Relationships Between Safety Climate, Teamwork, and Intent to Stay at Work Among Jordanian Hospital Nurses. **Nursing Forum**, Auckland, v.47, n.1, p.65-75, Jan./Mar. 2012.

ABURTO, P. H.; BONALES, V. J. Habilidades directivas: determinantes em el clima organizacional. **Investigación y Ciencia**, Barcelona, n.51, p.41-9, jan./abr. 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: < <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2013.

_____. **Hemovigilância**: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas. Brasília, DF, 2007.

_____. **Manual técnico para investigação da transmissão de doenças pelo sangue**. Brasília, DF, 2004.

ALAHMADI, H. A. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. **Quality & Safety Health Care**, London, v.19, n.17, p.1-5, Oct. 2010.

ALCÂNTARA, S. T.; CASSIOLATO, S. Segurança do paciente: a atuação da farmácia na prevenção de erros de medicação em unidade de emergência de um hospital universitário. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos - 2010**. Brasília, DF, 2012. (Série F: Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: < http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/premio_medica/pdfs/livro_premio_DAF_2010.pdf >. Acesso em: 18 jun. 2013.

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION STAFF. **Hospital Statistics**. reprint Chicago: American Hospital Association, 1998.

BARBOSA, K. P. *et al.* Processo de trabalho em setor de emergência de hospital de grande porte: a visão dos trabalhadores de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.10, n.4, p.70-6, out./dez. 2009.

BECKER, S. G.; OLIVEIRA, M. L. C. Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.1, [7 telas], jan./fev. 2008.

BERNARDES, A. *et al.* Modelo de gestão colegiada e descentralizada em hospital público: a ótica da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.4, [8 telas], jul./ago. 2011.

BISPO, C. A. F. Um novo modelo de pesquisa de clima organizacional. **Produção**, São Paulo, v.16, n.2, p.258-73, maio./ago. 2006.

BISSON, M. P. Uma visão sobre a mudança de foco da Farmácia Hospitalar Brasileira. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo, v.3, n.13, p.1-60, jul./set. 2012.

BRASIL (Constituição de 1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 9.962, de 22 de Fevereiro de 2000. Disciplina o regime de emprego público do pessoal da Administração Federal Direta, Autárquica e Fundacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 1, 23 mar. 2000. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9962.htm>. Acesso em: 17 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 21082-85, 1996.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção I, p.8853-8855, 1986. Disponível em: < http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 17 set. 2013.

_____. Portaria n. 930, de 27 de agosto de 1992. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 12279-82, 1992. Disponível em: < <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/b44fbf00474576ba848bd43fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%BA+930-1992.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 17 set. 2013.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF, 2001a. (Série C: Projetos, Programas e Relatórios, n. 20). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF, 2001b. (Série A: Normas e manuais técnicos, 114).

CALDEIRO, A. R. L.; MIASSO, A. I.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.1, p.51-62, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a05.htm>. Acesso em: 09 set. 2013.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.7, n.2, p.232-40, abr./jun. 2008.

CANHOTO, A. M. S. **Qualidade de vida no trabalho**: estudo de caso no serviço de radioterapia externa. 2009. Dissertação (Mestrado). ISCTE Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2009.

CARNEIRO, F. S. *et al.* Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.204-11, abr./jun. 2011.

CARNEIRO, G. A.; LEITE, R. C. B. O. Lesões de pele no intra-operatório de cirurgia cardíaca: incidência e caracterização. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.45, n 3, p.611-16, jun. 2011.

CARNEY, B. T. *et al.* Sex differences in operating room care giver perceptions of patient safety: a pilot study from the veterans health administration medical team training program. **Quality & Safety in Health Care**, London, v.19, n.2, p.128-31, Apr. 2010.

CARVALHO, M.; VIEIRA, A. A. Erro médico em pacientes hospitalizados. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.78, n.4, p.261-68, 2002.

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil**: questionário de atitudes de segurança. 2011. 171 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CAVALCANTE, C. A. A. *et al.* Promoção da Saúde e trabalho: um ensaio analítico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.10, n.1, p.241-48, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a23.htm>>. Acesso em: 12 set. 2013.

CECAGNO, D.; CECAGNO, S.; SIQUEIRA, H. C. H. Satisfação de uma equipe de enfermagem quanto a profissão e emprego num hospital do sul do estado do Rio Grande do Sul. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.8, n.1, p.34-8, jul./ago. 2003.

CLASSEN, D. C. *et al.* 'Global trigger tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. **Health Affairs**, Philadelphia, v.30, n.4, p.581-89, Apr. 2011.

CLINCO, S. D. O. **Hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente**. 2007. 98 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2007.

COIMBRA, J. A. H. Prevenção e detecção de erros de medicação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.5, supl.1, p.142-48, 2006.

- COLLA, J. B. *et al.* Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Quality & Safety in Health Care**, London, v.14, n.5, p.364-66, Oct. 2005.
- CORRADI, E. M.; ZGODA, L. T. R. W.; PAUL, M. F. B. O gerenciamento de conflitos entre a equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.13, n.2, p.184-93, jan./mar. 2008.
- DAVENPORT, D. L. *et al.* Surgery resident working conditions and job satisfaction. **Surgery**, v.144. n.2, p.332-38, Aug. 2008.
- DEILKAS, E.; HOFLOSS, D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). **Health Services Research**, London, v.191, n.5, p.1-10, 2008.
- DENNISON, R. D. Creating an Organizational Culture for Medication Safety. **Nursing Clinics of North America**, Philadelphia, v.40, n.1, p.1-23, Mar. 2005.
- DÍAZ-CABRERA, D.; HERNÁNDEZ-FERNAUD, E.; ISLA-DÍAZ, R. An evaluation of a new instrument to measure organizational safety culture values and practices. **Accident Analysis and Prevention**, New York, v.39, n.6, p.202-11, Nov. 2007.
- DIAS, M. A. E.; MARTINS, M.; NAVARRO, N. Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.4, p.719-29, ago. 2012.
- DIAS, R. **Cultura organizacional: construção, consolidação e mudanças**. São Paulo: Atlas, 2013a. Cap. 1.
- _____. _____. São Paulo: Atlas, 2013b. Cap. 2.
- _____. _____. São Paulo: Atlas, 2013c. Cap. 3.
- _____. _____. São Paulo: Atlas, 2013d. Cap. 9.
- DICIONÁRIO GLOBO DE SOCIOLOGIA. 8. Ed. Porto Alegre/Rio de Janeiro: Globo, 1981.
- EDMONDSON, A. Psychological safety and learning behavior in work teams. **Administrative Science Quarterly**, Ithaca, v.44, n.2, p.350-83, June. 1999.
- EL-JARDALI, F. *et al.* Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. **Health Services Research**, London, v.11, n.45, p.4-12, 2011.
- ETCHEGARY, J. M.; THOMAS, E. J. Comparing two safety cultures surveys: safety attitudes questionnaire and hospital survey on patient safety. **BMJ Quality & Safety**, London, v.21, n.1, p.490-98, Apr. 2012.
- FIRTH-COZENS, J. Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork. **Quality in Health Care**, London, v.10, Suppl.2, p.26-31, Dec. 2001.

- FLIN, R. *et al.* Measuring safety climate: identifying the common features. **Safety Science**, Amsterdam, v.34, n.1-3, p.177-192, Feb. 2000.
- FRANCE, D. J. *et al.* Measuring and comparing safety climate in intensive care units. **Medical Care**, Philadelphia, v.48, n.3, p.279-84, Mar. 2010.
- GERSHON, R.R.M. *et al.* Measurement of organizational culture and climate in healthcare. **Journal of Nursing Administration**, v.34, n.1, p.33-40, Jan. 2004.
- GITTELL, J.H. *et al.* Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. **Medical Care**, Philadelphia, v.38, n.8, p.807-19, Aug. 2000.
- GONZÁLES-ROMÁ, V. *et al.* The validity of collective climates. **Journal of occupational and organizational psychology**, Leicester, v.72, n.1, p.25-40, Mar.1999.
- ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Política Social. **Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español**. Madrid, 2009. (Informes, Estudios e Investigación). Disponível em:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2013.
- GUTIÉRREZ-CÍA, I. *et al.* Percepción de la cultura de seguridad en los servicios de medicina intensiva españoles. **Medicina Clínica**, Barcelona, v.135, Supl.1, p.37-44, jul. 2010.
- HARTMANN, C. *et al.* Relationship of hospital organizational culture and patient safety climate in the Veterans Health Administration. **Medical Care Research and Review**, Thousand Oaks, v.66, n.3, p.320-38, Jun. 2009.
- HUANG, D. T. *et al.* Intensive care safety culture and outcomes: a US multicenter study. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v.22, n.3, p.151-161, Jun. 2010.
- HUANG, D. T. *et al.* Perceptions of safety vary across the intensive care units of a single institution. **Critical Care Medicine**, Philadelphia, v.35, n.1, p.165-76, Jan. 2007.
- INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY. **Safety culture: a report**. Vienna: International Safety Advisory Group, 1991. (Safety Series, 75-INSAG-4)
- JERICÓ, M. C.; PERES, A. M.; KURCGANT, P. Estrutura organizacional do serviço de enfermagem: reflexões sobre a influência do poder e da cultura organizacional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.3, p.569-77, set. 2008.
- KÄLVEMARK SPORRONG, S. *et al.* We are white coats whirling round - moral distress in Swedish pharmacies. **Pharmacy World & Science**, Germany, v.27, n.3, p.223-29, Jun. 2005.

KHO, M. E. *et al.* The climate of patient safety in a Canadian intensive care unit. **Journal of Critical Care**, Aliso Viejo, v.24, n.3, p.7-13, Sep. 2009.

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

LEE, W. C. *et al.* Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version safety attitude questionnaire. **Health Services Research**, London, v.10, p.1-8, Aug. 2010.

LIMA, S. M. B.; ALBANO, A. G. B. Um estudo sobre clima e cultura organizacional na concepção de diferentes autores. **Revista do Centro de Ciências Economia e Informática**, Bagé, v.6, n.10, p.33-40, ago. 2002.

LOPES, B. C. *et al.* Erros de medicação realizados pelo técnico de enfermagem na UTI: contextualização da problemática. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v.3, n.1, p.16-21, fev. 2012.

LOPES, C. M. M.; GALVÃO, C. M. Posicionamento cirúrgico: evidências para o cuidado de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.2, [8 telas], mar./abr. 2010.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, n.24, p.105-25, jan./jun. 2005.

LOURENÇÃO, L. G.; MOSCARDINI, A. C.; SOLER, Z. A. G. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.56, n.1, p.81-91, out. 2010.

LUZ, J. P. **Metodologia para análise de clima organizacional**: um estudo de caso para o banco do estado de Santa Catarina. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001. Disponível em: <<http://www.estela.ufsc.br/defesa/pdf/10805/pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2012.

LYNDON, A. *et al.* Predictors of likelihood of speaking up about safety concerns in labour and delivery. **BMJ Quality & Safety**, London, v.22, n.2, p.791-99, July. 2013.

MACIEL, T. R. S. **Fatores interferentes na satisfação dos trabalhadores de uma unidade de alimentação e nutrição hospitalar**. 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MANEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.20, n.2, p.225-33, jan./jul. 2011.

MANSER, T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. **The Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, Aarhus, v.53, n.2, p.143-51, Feb. 2009.

MASSÓ, A.A.S. Clima organizacional: um modo eficaz para dirigir los servicios de salud. **Avances en Enfermería**, Colômbia, v.30, n.1, p.107-13, 2011.

MATSUBARA, S.; HAGIHARA, A.; NOBUTOMO, K. Development of a patient safety climate scale in Japan. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v.20, n.3, p.211-20, enero./jun. 2008.

MAURO, M. Y. C. *et al.* Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.13-18, abr./jun. 2010.

MÉDICI, A. C. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.47, n.2, p.149-56, abr./jun. 2012.

MODAK, I. *et al.* Measuring safety culture in the ambulatory settings: the safety attitudes questionnaire – ambulatory version. **Society of General Internal Medicine**, Philadelphia, v.22, n.1, p.1-5, Jan. 2007.

NASCIMENTO, A. Sécurité des patient set culture de sécurité: une revue de la littérature. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.8, p.3591-3602, enero./agosto. 2011.

NASSAR, P. História e cultura organizacional. In: **Revista comunicação empresarial**. n.36, 2000.

NEGELISKII, C.; LAUTERT, L. Estresse laboral para o trabalho de enfermeiros de um grupo hospitalar. **Revista Latino-Americana**, Ribeirão Preto, v.13, n.3, [8 telas], maio./jun. 2011.

NERI, E. D. R. *et al.* Erros de prescrição de medicamentos em um hospital brasileiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.57, n.3, p.306-14, maio/jun. 2011.

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

NORDÉN-HÄGG, A. *et al.* Safety culture in pharmacies: the psychometric validation of the safety attitudes questionnaire (SAQ) in national sample of community pharmacies in Sweden. **Clinical Pharmacology**, London, v.10, n.8, p.1-12, Apr. 2010.

PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.44, n.2, p.287-94, jun. 2010.

PARANAGUÁ, T. T. B. *et al.* Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.26, n.3, p.256-62, 2013.

PATTERSON, P. D. *et al.* The emergency medical services safety attitudes questionnaire. **American Journal of Medical Quality**, Baltimore, v.25, n.2, p.109-15, Mar./Apr. 2010.

PEIXOTO, T. C.; BRITO, M. J. M.; SANTANA, L. C. Gestão de pessoas em uma unidade pediátrica na perspectiva do diagnóstico ONA e de profissionais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.14, n.4, p.893-902, out./dec. 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a18.htm>>. Acesso em: 10 set. 2013.

POLEY, M. J. *et al.* Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: in a evaluation using the safety attitudes questionnaire. **Pediatric Critical Care Medicine**, Baltimore, v.12, n.6, p.310-16, Nov. 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T., HUNGLER, B. P. Compreensão do delineamento da pesquisa quantitativa. In: POLIT, D. F.; BECK, C. T., HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004a. parte III, pag.163-98.

POLIT, D. F.; BECK, C. T., HUNGLER, B. P. Compreensão do processo de pesquisa. In: POLIT, D. F.; BECK, C. T., HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004b. parte I, pag.43-62.

NCSS. **PASS: Power Analysis & Sample Size Software**. Kaysville, 2008. (NCSS Statistical Software). Disponível em: <<http://www.ncss.com/software/pass/>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

PRETO, V. A.; PEDRÃO, L. J. O estresse do enfermeiro que atuam em unidade de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, n.4, p.841-48, 2009.

PROBOST, H.; GRIFFITHS, H. Job satisfaction of therapy radiographers in the UK: Results of a phase I qualitative study. **Radiography**, v. 5, n.2, p.146-57, May. 2009.

PROFIT, J. *et al.* The safety attitudes questionnaire as a tool for bench marking safety culture in the NICU. **Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal**, London, v.97, n.2, p.127-32, Marc. 2012.

PRONOVOST, P. J. *et al.* Improving patient safety in intensive care units in Michigan. **Journal of Critical Care**, Aliso Viejo, v.23, n.2, p.207-21, Jun. 2008.

PRONOVOST, P.; SEXTON, J. B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. **Quality & Safety in Health Care**, London, v.14, n.4, p.231-33, Aug. 2005.

QUES, A. A. M.; MONTORO, C. H.; GONZÁLES, M. G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.3, p.1-8, maio/jun. 2010.

RAFFERTY, A.; BALL, J.; AIKEN, L. Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? **Journal of Quality & Safety in Health Care**, London, v.10, Suppl 2, p.32-7, Dec. 2001.

RAFTOPOULOS, V.; SAVVA, N.; PAPADOPOULOU, M. Safety culture in the maternity units: a census survey using the safety attitudes questionnaire. **Health Services Research**, London, v.11, Suppl.1, p.1-10, 2011.

RAFTOPOULOS, V.; PAVLAKIS, A. Safety climate in 5 intensive care units: a Nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the safety attitudes questionnaire. **Journal of Critical Care**, Aliso Viejo, v.28, n.1, p.51-61, Feb. 2012.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.1, p.2199-2210, jan./nov. 2012.

RELIHAN, E. *et al.* Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit. **Irish Journal Medical Science**, Dublin, v.178, n.4, p.433-39, Dec. 2009.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.438-446, mar./abr. 2004.

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

ROBBINS, S. P.; JUDGE; T. A.; SOBRAL, F. **Comportamento Organizacional**. 14. ed. São Paulo: Pearson: Prentice Hall, 2010.

ROSEN, A. *et al.* Hospital safety climate and safety outcomes: is there a relationship in the VA. **Medical Care Research and Review**, Thousand Oaks, v.67, n.5, p.590-608, Oct. 2010.

SANDÍ, G.F. Presentismo: potencialidad en accidentes de salud. **Acta médica Costarricense**, San José de Costa Rica, v.48, n.1, p.30-4, mar. 2006.

SANTOS, A. E.; PADILHA, K. G. Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n.4, p.429-433, jul./ago. 2005.

SCHEFFER, M. C.; CASSENOTE, A. J. F. A feminização da medicina no Brasil. **Revista Bioética**, Brasília, v.21, n.2, p.268-277, 2013.

SCHEIN, E. H. **A psicologia na organização**. Lisboa: Livraria Clássica, 1968.

SCHEIN, E. **Organizational culture and leadership**. 3. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2004.

SCHMADL, J. C. **Quality assurance**: examination of the concept.

HADDAD, M. C. L. **Qualidade da assistência de enfermagem**: o processo de avaliação em hospital universitário público. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SCHNEIDER, D. G.; RAMOS, F. R. S. Processos éticos de enfermagem no Estado de Santa Catarina: caracterização dos elementos fáticos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.20, n.4, [9 telas], jul./ago. 2012.

SCOTT, T. *et al.* The quantitative measurement of organizational culture in healthcare: a review of available instruments. **Health Services Research**, London, v.38, n.3, p.923-45, Jun. 2003.

SEHLEN, S. *et al.* Job stress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses and physicists working in radiotherapy: a multicenter analysis by the DEGRO Quality of Life Work Group. **Radiation Oncology**, Berlin, v.4, n.6, p.1-9, Feb. 2009.

SELEGHIM, M. R. Avaliação de usuários sobre a qualidade dos serviços de um pronto socorro. **Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.11, n.3, p.122-31, jul./set. 2010.

SEXTON, J. B. *et al.* **Front line assessments of healthcare culture**: Safety Attitudes Questionnaire norms and psychometric properties. Huston: The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2004. (Technical Report, 04-01)

SEXTON, J. B.; THOMAS, E. J. **The safety attitudes questionnaire (SAQ)**: guidelines for administration. Huston: The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2003. (Technical Report, 03-02).

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

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Condições de trabalho versus absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, Supl.1, p.166-72, dez. 2006.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. O adoecimento da equipe de enfermagem e o absenteísmo doença. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.1, n.1, p.139-42, jan./jun. 2002.

SINGER, S. J. *et al.* Comparing Safety Climate between Two Populations of Hospitals in the United States. **BMC Health Service Research**, London, v.44, n.5, p.1563-83, Oct. 2009.

SINGER, S. J. *et al.* Patient safety climate in US hospitals. **Medical Care**, Philadelphia, v.46, n.11, p.1149-56, Jan. 2008.

SINGER, S. *et al.* Relationship of Safety Climate and Safety Performance in Hospitals. **BMC Health Service Research**, London, v.44, n.2 (Pt 1), p.399-421, Apr. 2009.

SOUSA NETO, A. L. **análise dos incidentes transfusionais imediatos notificados ao hemocentro regional de Uberlândia**. 2010. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-Minas Gerais, 2010.

SOUZA, R. C. R. *et al.* Educação permanente em enfermagem e a interface com a ouvidoria hospitalar. **Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.11, n.4, p.85-94, out./dez. 2010.

SOUZA, R. C. R.; SOARES, E. Perspectivas dos enfermeiros no prisma das demandas dos usuários em ouvidoria. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.411-16, jul./set. 2010.

SPEROFF, T. *et al.* Organizational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate. **Quality & Safety in Health Care**, London, v.19, n.1, p.592- 96, Dec. 2010.

TAYLOR, J. A. *et al.* Do nurse and patient injuries share common antecedents? An analysis of associations with safety climate and working conditions. **BMJ Quality & Safety**, London, v.21, n.2, p.101-11, Feb. 2012.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Análise da causa raiz: avaliação de erros de medicação e um hospital universitário. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.44, n.1, p.139-46, mar. 2010.

THOMAS, E. J.; SEXTON, J. B.; HELMREICH, E. L. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. **Critical Care Medicine**, v.31, n.1, p.956-59, Mar. 2003.

THUNGJAROENKUL, P., *et al.* Nurse staffing and cost of care in adult intensive care units in a university hospital in Thailand. **Nursing & Health Science**, v.10, n.1, p.31-36, Mar. 2008.

TRAMONTINI, C. C.; GRAZIANO, K. U. Controle da hipotermia de pacientes cirúrgicos idosos no intraoperatório: avaliação de duas intervenções de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão preto, v.15, n.4, [7 telas], jul./ago. 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO. **Hospital de Clínicas: apresentação**. 2012a. Disponível em: <

<http://uftm.edu.br/paginas/hospitalclinicas/cod/11/t/APRESENTACAO>>. Acesso em: 05 jan. 2013.

_____. **Hospital de Clínicas**: Grupo de Trabalho em Humanização: apresentação. 2012b. Disponível em: <
<http://uftm.edu.br/paginas/hospitalclinicas/cod/46/t/GRUPO+DE+TRABALHO+EM+HUMANIZACAO>>. Acesso em: 05 jul. 2013.

_____. **Hospital de Clínicas**: Serviço de Nutrologia. 2012c. Disponível em: <
<http://uftm.edu.br/paginas/hospitalclinicas/cod/77/t/SERVICO+DE+NUTROLOGIA>>. Acesso em: 05 set. 2013.

_____. **Hospital de Clínicas**: Farmácia. 2012d. Disponível em: <
<http://uftm.edu.br/paginas/hospitalclinicas/cod/19/t/FARMACIA>>. Acesso em: 05 ago. 2013.

VERSA, G. L. S. *et al.* Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.20, n.4, p.796-802, out./dez. 2011.

VICENT, C. A.; ADAMS, S. T.; STANHOPE, N. Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine. **British Medical Journal**, London, v.316, n.7138, p.1154-57, Apr. 1998.

WALTER MENDES, M. O. *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v.21, n.4, p.279–84, Aug. 2009.

WATSON D. Creating the culture of safety. **AORN Journal**, Denver, v.77, n.2, p.268-71, 2003.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.20, n.3, [8 telas], maio/jun. 2012.

WEINGART, S.K.; FARBSTAIN, R. D.; PHILLIPS, R. Using a Multihospital Survey to Examine the Safety Culture. **Joint Commission Journal on Quality and Safety**, Oakbrook Terrace, v.30, n.3, p.125–132, 2004.

WHEELAN, S. A.; BURCHILL, C. N.; TILIN, F. The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units. **American Journal of Critical Care**, Aliso Viejo, v.12, n.6, p.527–34, Mar. 2003.

WIEGMANN, D. A. *et al.* Disruptions in surgical flow and their relationship to surgical errors: an exploratory investigation. **Surgery**, v.142, n.5, p.658–65, Nov. 2007.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho**: Ergonomia: método e técnica. São Paulo: FTD: Oboré, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety**: rapid assessment methods for estimating Hazards. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World alliance for patient safety**: clean care is safe care, 2004.

YULE, S. **Safety culture and safety climate**: a review of the literature. 2008. Disponível em: <
http://www.efcog.org/wg/ism_pmi/docs/Safety_Culture/Feb08/safety_culture_and_safety_climate_a_review_of_the_literature.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2013.

ZWART, D. L. M. *et al.* Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of SCOPE. **BMC Family practice**, London, v.12, n.117, p.1-7, 2011.

ZOHAR, D. Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. **Journal of Applied Psychology**, Oxford, v.65, n.1, p.96-102, Feb. 1980.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE MINAS GERAIS
TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE ENSINO DE MINAS GERAIS. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é *avaliar a cultura de segurança do paciente no HC/UFTM, segundo a percepção dos profissionais da equipe de saúde* e, caso você participe, será necessário responder a um questionário. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, documento de identidade _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador responsável

Telefone de contato do pesquisador responsável pelo projeto Maria Helena Barbosa - (34) 9166-9447. Em caso de dúvida em relação a este documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA:
PERSPECTIVA DA EQUIPE SOBRE ESTA ÁREA DE CUIDADO**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

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

A) Você já havia preenchido este instrumento anteriormente?

1- () sim 2- () não Data (mês/ano): _____

B) Sexo: 1- () Masculino 2- () Feminino

C) Atuação Principal: 1- () adulto 2- () Pediátrico 3- () ambos

D) Cargo (marque somente um):

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| 1- () Médico da equipe responsável | 9- () Técnico em laboratório |
| 2- () Enfermeiro | 10- () Fonoaudiólogo |
| 3- () Auxiliar de enfermagem | 11- () Terapeuta ocupacional |
| 4- () Técnico de enfermagem | 12- () Técnico em Farmácia |
| 5- () Psicólogo | 13- () Técnico em Radiologia |
| 6- () Fisioterapeuta | 14- () Farmacêutico |
| 7- () Assistente social | 15- () Auxiliar de saúde |
| 8- () Nutricionista | 16- () Outro |

E) Setor que atua, neste hospital: _____

F) Considerando sua atuação profissional, neste hospital:

- 1- () somente Assistencial 2- () Somente Administrativa
3- () Ambos (Assistencial e Administrativo)

G) Tempo na Especialidade:

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| 1- () menos de 6 meses | 5- () 5 a 10 anos |
| 2- () 6 a 11 meses | 6- () 11 a 20 anos |
| 3- () 1 a 2 anos | 7- () 21 anos ou mais |
| 4- () 3 a 4 anos | |

H) Tempo de Formação:

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| 1- () menos de 6 meses | 5- () 5 a 10 anos |
| 2- () 6 a 11 meses | 6- () 11 a 20 anos |
| 3- () 1 a 2 anos | 7- () 21 anos ou mais |
| 4- () 3 a 4 anos | |

I) Tempo que atua na instituição:

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| 1- () menos de 6 meses | 5- () 5 a 10 anos |
| 2- () 6 a 11 meses | 6- () 11 a 20 anos |
| 3- () 1 a 2 anos | 7- () 21 anos ou mais |
| 4- () 3 a 4 anos | |

J) Possui Pós-graduação?

- 1- () sim 2- () não

K) Se sim, qual sua maior titulação?

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 1- () Especialização | 4- () Pós-doutorado |
| 2- () Mestrado | 5- () Não se aplica |
| 3- () Doutorado | |

L) Possui outro vínculo empregatício?

- 1- () sim 2- () não

M) Qual vínculo institucional?

- 1- () FUNEPU 2- () UFTM

ANEXOS

ANEXO 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

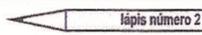
Questionário de Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado

Área clínica ou área de assistência ao paciente onde você passa maior parte de seu tempo:

Departamento:

Por favor, preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências nesta área

• Use somente lápis número 2



Preenchimento correto

Preenchimento incorreto

• Apague muito bem qualquer resposta que você desejar mudar



Não se aplica

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Neutro

Discordo parcialmente

Discordo totalmente

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

A	B	C	D	E	X
Discordo totalmente	Discordo em parte	Neutro	Concordo em parte	Concordo totalmente	Não se aplica

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

ANEXO 2- AUTORIZAÇÃO PARA USO DO INSTRUMENTO SAQ VALIDADO PARA O PORTUGUÊS – BRASIL

Re: Questionário de atitudes de segurança - Utilização

[Voltar para mensagens](#) |  

Para ver mensagens relacionadas a esta, [agrupar mensagens por conversa](#).

□ Rhanna Lima

Para Raíssa Bianca

14/03/2012

[Responder](#)

Olá Raíssa,

Você pode utilizar o Questionário de Atitudes de Segurança. Qualquer dúvida quanto à aplicação, pode entrar em contato comigo.

Abraço e boa sorte!

Rhanna

Em 13 de março de 2012 23:43, Raíssa Bianca <raissabianca.l@hotmail.com> escreveu:

Prezada Rhanna Boa tarde,

Meu nome é Raíssa, sou aluna de Pós-Graduação *strictu sensu* da Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM, sob orientação da Profª Drª Maria Helena Barbosa.

Em minha dissertação gostaríamos de avaliar a cultura de segurança do paciente entre os profissionais de saúde, de um hospital de ensino de Minas Gerais.

Dessa forma, venho através deste solicitar autorização para utilização do instrumento (SAQ) que você validou em sua tese de doutorado "Adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire* para o Brasil - Questionário de atitudes de segurança".

Grata

Att.

Raíssa Bianca Luiz

(34) 3338-6745

(34) 9194-3516

--

Rhanna Emanuela F. Lima de Carvalho

ANEXO 3- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFTM

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP
Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar – Bairro Nossa Senhora da Abadia
38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854
E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS DE UMA REGIÃO DE MINAS GERAIS
PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: MARIA HELENA BARBOSA
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 25/4/2012
PROTOCOLO CEP/UFTM: 2306

PARECER

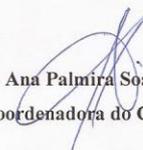
De acordo com as disposições da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM considera o protocolo de pesquisa **aprovado**, na forma (redação e metodologia) como foi apresentado ao Comitê.

Conforme a Resolução 196/96, o pesquisador responsável pelo protocolo deverá manter sob sua guarda, pelo prazo de no mínimo cinco anos, toda a documentação referente ao protocolo (formulário do CEP, anexos, relatórios e/ou Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE assinados, quando for o caso) para atendimento ao CEP e/ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Toda e qualquer alteração a ser realizada no protocolo deverá ser encaminhada ao CEP, para análise e aprovação.

O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início da realização do projeto.

Uberaba, 30 de novembro de 2012.


Prof.ª Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora do CEP/UFTM