

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

VIVIANE FRANZOI DA SILVA

**ATITUDES DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE
SAÚDE DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE ENSINO
DO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA - DF

2018

VIVIANE FRANZOI DA SILVA

ATITUDES DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE
DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE ENSINO DO
DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Cuidado, Gestão e Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues

Brasília - DF

2018

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

SV858a SILVA, VIVIANE FRANZOI DA
ATITUDES DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÕES DA EQUIPE
DE SAÚDE DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE
ENSINO DO DISTRITO FEDERAL / VIVIANE FRANZOI DA SILVA;
orientador MARIA CRISTINA SOARES RODRIGUES. -- Brasília,
2018.
97 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Enfermagem) --
Universidade de Brasília, 2018.

1. SEGURANÇA DO PACIENTE. 2. CULTURA ORGANIZACIONAL. 3.
EQUIPE DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE. 4. GESTÃO DE SEGURANÇA.
5. UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA. I. RODRIGUES, MARIA
CRISTINA SOARES, orient. II. Título.

VIVIANE FRANZOI DA SILVA

**ATITUDES DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE
SAÚDE DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE ENSINO
DO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em: 28/02/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues
Universidade de Brasília – UnB
Presidente da Banca

Prof^ª. Dra. Márcia Cristina da Silva Magro
Universidade de Brasília – UnB
Membro Efetivo

Prof^ª. Dra. Paula Regina de Souza Hermann
Faculdade de Ceilândia - UnB
Membro Efetivo externo

Prof^ª. Dra. Gisele Martins
Universidade de Brasília - UnB
Membro Suplente

Dedico este trabalho à minha família, fonte inesgotável de energia, amor e cumplicidade, reflexo do amor de Deus por mim!

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida, por conceder saúde e forças para enfrentar tempestades, e por tornar-me consciente e confiante a respeito do que realmente importa.

Agradeço às pessoas fundamentais que motivam a condução dos meus sonhos, ao meu marido Adriano e, aos meus filhos João Vítor e Yasmin, por encher meus dias de alegria e por compreender minha ausência.

Aos meus pais que não medem esforços, ao oportunizar o estudo, a valorização do ensino, os incentivos, ensinamentos, pelo carinho e amor incondicional.

Ao meu irmão Vinícius e minha cunhada Mariana, pela presença, palavra reconfortante, instrumentos de Deus em nossa família. Minha cunhada, em especial, foi quem direcionou e facilitou esta etapa.

À minha família de Brasília, Rio de Janeiro, Santa Catarina e de Pernambuco pela torcida, apoio e pela assistência aos filhos em momentos de estudo.

À minha orientadora, prof^a. Maria Cristina Soares Rodrigues, pelo apoio, carinho e oportunidade. A compreensão e empatia, em momentos significativos, aumentou minha admiração.

À aluna Íris pelo esforço, dedicação e auxílio na pesquisa, e a ex-residente Natália pelo incentivo a concorrer a vaga na UnB, auxílio e encorajamento.

Aos meus amigos, em especial, à Jane que apresentou o tema com entusiasmo quando estive à frente do Núcleo de Segurança do Paciente e à Michelle pelo incentivo e carinho diário.

À Universidade de Brasília e ao PPGEnf por permitir-me regressar como aluna ao mestrado.

Às docentes que aceitaram o convite de leitura, avaliação e participação na banca de defesa desta dissertação, com a certeza de trocas oportunas e válidas.

Ao Hospital de estudo, a Unidade de Terapia Intensiva, à equipe de saúde participante da pesquisa e aos meus colegas de trabalho. Obrigada pelo suporte nesta trajetória de mais de dois anos.

“Se vi ao longe é porque estava nos ombros dos gigantes”

(Aristóteles)

RESUMO

SILVA, V. F. da. **Atitudes de Segurança do Paciente: percepções da equipe de saúde de Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital de Ensino do Distrito Federal.** 2018. 97 folhas. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

Erros e eventos adversos acontecem nos sistemas de saúde do mundo, causam graves prejuízos aos envolvidos e requerem medidas eficazes e planejamentos organizacionais que visam a prevenção e redução destes incidentes. Atitudes profissionais para a Segurança do Paciente caracterizam-se como metas das instituições envolvidas com o cuidado e a implantação de estratégias seguras e eficientes contribuem para a Cultura de Segurança. A Cultura de Segurança está presente no reflexo das boas atitudes da equipe de saúde, e através da percepção dos profissionais torna-se possível estimar fortalezas e fragilidades para as questões de Segurança do Paciente. Com intuito de analisar a percepção das atitudes de segurança de equipes assistenciais, profissionais são motivados a mensurar a cultura de segurança, por meio de questionários, nos ambientes de trabalho. Assim, neste estudo objetivou-se analisar se as percepções da equipe de saúde de Unidade de Terapia Intensiva estão correlacionadas com as atitudes de Segurança do Paciente de um Hospital de Ensino do Distrito Federal. Trata-se de estudo quantitativo, analítico, correlacional, do tipo *survey* transversal. A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2016, com aplicação de um questionário sociodemográfico e profissional e do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), instrumento que avalia a Cultura de Segurança institucional, sendo considerados positivos escores maiores ou iguais a 75. Dados de ambos instrumentos foram correlacionados e utilizados os testes de *Kruskal Wallis*, *Mann-Whitney*, *Sperman* e *Fisher*. Aspectos éticos foram respeitados e a pesquisa aprovada com parecer de número 1.621.523. Participaram da pesquisa 51 profissionais de saúde, média de idade de 36 anos, maioria feminino (N=27), prevalecendo casados (N=28) e com grau de instrução nível superior (N=22). Os dados revelaram predomínio de uma Cultura de Segurança do Paciente incipiente (média=66,3). Entre os domínios, Satisfação no Trabalho apresentou o escore mais forte (média=84), enquanto Condições de Trabalho indicou maior fragilidade (média=55) para Cultura de Segurança, seguidos de Percepção da Gerência (média=57) e Clima de Segurança (média=59). Entre a equipe de saúde, médicos (N=5) apresentaram escores mais baixos em todos os domínios (média=52,6), profissionais com apenas um vínculo (N=29) gostam de trabalhar na unidade (média=97) e profissionais com a faixa etária acima de 35 anos (N=24) revelaram menor Percepção do Estresse (média=61). Este estudo analisou as percepções da equipe de saúde relacionadas às atitudes de Segurança do Paciente e identificou a existência de uma cultura de risco na Unidade de Terapia Intensiva analisada, uma vez que a média geral do SAQ foi de 66,3, abaixo da média esperada, que seria maior ou igual a 75. Atitudes dos profissionais revelaram fragilidades, com três domínios indicando uma necessidade de melhorias nos processos de trabalho da unidade, aprimoramento na comunicação e participação ativa da alta gestão. Para desenvolver atitudes de segurança, ratifica-se a importância de aprimoramento profissional desde o início da formação, e investimentos contínuos em capacitações e pesquisas em Segurança do Paciente, visto que profissionais treinados têm uma visão mais crítica e ampliada referente aos processos de segurança, fator positivo para mudanças construtivas.

Palavras-Chaves: Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Gestão da Segurança; Equipe de Assistência ao Paciente; Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, V. F. da. **Attitudes of Patient Safety: perceptions of the team of health of Intensive Care Unit of a Teaching Hospital at Federal District.** 2018. 97 pages. Dissertation (Master's degree) Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2018.

Mistakes and adverse events happen in the health systems of the world, these cause serious damages to those involved and request effective measures and organization's planning's that seek the prevention and reduction of these incidents. Professional attitudes for the Patient Safety are characterized as goals of the institutions involved with the care and the implantation of safe and efficient strategies they contribute to Safety's Culture. Safety's Culture is present in the reflex of the good attitudes of the team of health, and through the professionals' perception it becomes possible to esteem fortresses and fragilities for the subjects of Safety of the Patient. With intention of analyze the perception of safety's attitudes attendance teams, professionals are motivated to measure safety's culture, through questionnaires, in the work atmospheres. Like this, in this study it was aimed at to analyze if the perceptions of the team of Intensive Care Unit are correlated with the Attitudes of Patient Safety of a Hospital of Teaching at Federal District. It is study quantitative, analytic, correlational, traverse of the type survey. The collection of data happened the months of October and November of 2016, with the application of a social, demographic and professional questionnaire and of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), it score that evaluates institutional Safety's Culture, being considered positive larger scores or same to 75. Datas of both instruments were correlated and used *Kruskal Wallis*, *Mann-Whitney*, *Sperman and Fisher* tests. Ethical aspects were respected and the approved research with seeming of number 1.621.523. It participated in the research 51 professionals of health, average of 36 year-old age, feminine majority (N=27), prevailing married (N=28) and with degree of instruction superior level (N=22). The data revealed prevalence of an incipient Safety Patient Culture (average=66,3). Among the domains, Satisfaction in the Work presented the strongest score (average=84), while Conditions of Work indicated larger fragility (average=55) for Safety Culture, followed by Perception of the Management (average=57) and Climate of Safety (average=59). Among the team of health, the doctors (N=5) presented lower scores in all the domains (average=52,6), professionals with just an entail (N=29) like to work in the unit (average=97) and professionals with the age group above 35 years (N=24) revealed smaller Perception of the Stress (average=61). This study analyzed the perceptions of the team of health related to the attitudes of Patient Safety and it identified the existence of a risk culture in the Intensive Care Unit analyzed, once the general average of SAQ was of 66,3, below the expected average, that would be larger or equal to 75. The professionals' attitudes revealed fragilities, with three domains indicating a need of improvements in the processes of work of the unit, perfecting in the communication and participation activates of the discharge administration. To develop attitudes of safety, the importance of professional training is ratified from the beginning of the formation, and continuous investments in trainings and researches in Safety of the Patient, because trained professionals have a more critical vision and enlarged regarding safety's processes, positive factor for constructive changes.

Keywords: Patient Safety; Organizational Culture; Safety Management; Patient Care Team; Intensive Care Units; Nursing.

RESUMEN

SILVA, V. F. da. **Las actitudes de Seguridad del Paciente: las percepciones del equipo de salud de Unidad del Cuidado Intensivo de un Hospital de Enseñanza al Distrito Federal.** 2018. 97 páginas. Dissertación (Maestría) del Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia, Brasilia, 2018.

Los errores y los eventos adversos pasan en los sistemas de salud del mundo, éstos causan daños y perjuicios serios a aquéllos involucrados y demanda las medidas eficaces y planificaciones del organización que buscan la prevención y reducción de estas casualidades. Se caracterizan actitudes profesionales para la Seguridad del Paciente como las metas de las instituciones involucradas con el cuidado y la implantación de caja fuerte y las estrategias eficaces que ellos contribuyen a la Cultura de Seguridad. La Cultura de seguridad está presente en el reflejo de las actitudes buenas del equipo de salud, y a través de la percepción de los profesionales se pone posible estimar fortalezas y fragilidades por los asuntos de Seguridad del Paciente. Con la intención de analice la percepción de la asistencia de actitudes de seguridad unce, se motivan los profesionales medir la cultura de seguridad, a través de las encuestas, en las atmósferas de trabajo. En este estudio se apuntó a analizar así, si se ponen en correlación las percepciones del equipo de Unidad del Cuidado Intensiva con las Actitudes de Seguridad del Paciente de un Hospital de Enseñanza al Distrito Federal. Es el estudio cuantitativo, analítico, correlacional, el travesano del estudio del tipo survey. La colección de datos pasó los meses de octubre y noviembre de 2016, con la aplicación de una encuesta social, demográfica y profesional y de la *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), él cuenta que evalúa la Cultura de Seguridad institucional, siendo considerado positivas las cuentas más grandes o igual a 75. Se pusieron en correlación datas de ambos instrumentos y usaron las pruebas del Kruskal Wallis, Mann-Whitney, Sperman y Fisher. Se respetaron los aspectos éticos y la investigación aceptado con parecer de número 1.621.523. Participó en la investigación 51 profesionales de salud, el promedio de 36 edad año-vieja, la mayoría femenina (N=27), prevaleciendo casado (N=28) y con el grado de instrucción el nivel superior (N=22). Los datos revelaron predominio de una Cultura de Paciente de Seguridad incipiente (promedio=66,3). Entre los dominios, la Satisfacción en el Trabajo presentó la cuenta más fuerte (promedio=84), mientras las Condiciones de Trabajo indicaron la fragilidad más grande (promedio=55) para la Seguridad Cultive, siguió por la Percepción de la Dirección (promedio=57) y Clima de Seguridad (promedio=59). Entre el equipo de salud, los doctores (N=5) presentaron las más bajo cuentas en todos los dominios (promedio=52,6), profesionales con sólo una vinculación (N=29) gustan trabajar en la unidad (promedio=97) y profesionales con el grupo de edad anteriormente 35 años (N=24) revelaron Percepción más pequeña de la Tensión (promedio=61). Este estudio analizó las percepciones del equipo de salud relacionadas a las actitudes de Seguridad del Paciente e identificó la existencia de una cultura de riesgo en la Unidad del Cuidado Intensiva analizada, una vez el promedio general de SAQ era de 66,3, debajo del promedio esperado que sería más grande o igual a 75. Las actitudes de los profesionales revelaron fragilidades, con tres dominios que indican una necesidad de mejoras en los procesos de trabajo de la unidad, perfeccionando en la comunicación y la participación activa de la administración de la descarga. Para desarrollar actitudes de seguridad, se ratifica la importancia de entrenamiento profesional del principio de la formación, e inversiones continuas en los entrenamientos e investigaciones en la Seguridad del Paciente, porque los profesionales especializados tienen una visión más crítica y agrandaron con respecto a los procesos de seguridad, el factor positivo para los cambios constructivos.

Palabras claves: Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Gestión de la Seguridad; Grupo de Atención al Paciente; Unidades de Cuidados Intensivos; Enfermería.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Modelo do “Queijo Suíço”.....	25
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ESCORES DOS ITENS 1 A 6, DO DOMÍNIO 1 (D1) – CLIMA DE TRABALHO EM EQUIPE EM EQUIPE.....	41
GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ESCORES DOS ITENS 7 A 13, DO DOMÍNIO 2 (D2) – CLIMA DE SEGURANÇA.....	42
GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ESCORES DOS ITENS 15 A 19, DOMÍNIO 3 (D3) – SATISFAÇÃO NO TRABALHO.....	42
GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ESCORES DOS ITENS 10 A 23, DO DOMÍNIO 4 (D4) – PERCEPÇÃO DO ESTRESSE.....	43
GRÁFICO 5A – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ESCORES DOS ITENS 24 A 28, DO DOMÍNIO 5 (D5) - PERCEPÇÃO DA GERÊNCIA: CHEFIA DA CHEFIA DA UNIDADE.....	44
GRÁFICO 5B – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ESCORES DOS ITENS 24 A 28, DO DOMÍNIO 5 (D5) – PERCEPÇÃO DA GERÊNCIA: DIREÇÃO HOSPITALAR.....	44
GRÁFICO 6 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ESCORES DOS ITENS 30 A 32, DO DOMÍNIO 6 (D6) – CONDIÇÕES DE TRABALHO.....	45
GRÁFICO 7 – CORRELAÇÃO DE <i>SPEARMAN</i> ENTRE IDADE DOS PROFISSIONAIS E O DOMÍNIO 4 – PERCEPÇÃO DO ESTRESSE.....	50
GRÁFICO 8 – ESCORES DOS ITENS DO SAQ, POR DOMÍNIOS, CORRESPONDENTE A VARIÁVEL TREINAMENTO DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	55

LISTA DE QUADRO

QUADRO 1 – DOMÍNIOS DO <i>SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE</i> BRASIL, 2011.....	34
--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA UTI DE UM HOSPITAL DE ENSINO DO DISTRITO FEDERAL VÍNCULOS (N=51). BRASÍLIA, DF, 2016.....	39
TABELA 2 – ESCORES DOS ITENS SEM DOMÍNIOS DO SAQ VÍNCULOS (N=51). BRASÍLIA, DF, 2016.....	46
TABELA 3 –DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS DO SAQ POR DOMÍNIOS, SEGUNDO PERCEÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA UTI DO HOSPITAL VÍNCULOS (N=51). BRASÍLIA, DF, 2016.....	47
TABELA 4 – ESCORES DOS ITENS DO SAQ, POR DOMÍNIOS, CORRESPONDENTE A VARIÁVEL CATEGORIA PROFISSIONAL VÍNCULOS (N=51). BRASÍLIA, DF, 2016.....	48
TABELA 5 – ESCORES DOS ITENS DO SAQ, CORRESPONDENTE A VARIÁVEL CATEGORIA PROFISSIONAL VÍNCULOS (N=51). BRASÍLIA, DF, 2016.....	49
TABELA 6 – ESCORES DOS ITENS DO SAQ, POR DOMÍNIO, CORRESPONDENTE A VARIÁVEL FAIXA ETÁRIA VÍNCULOS (N=51). BRASÍLIA, DF, 2016.....	50
TABELA 7 – ESCORES DOS ITENS DO SAQ, POR DOMÍNIOS, CORRESPONDENTE A VARIÁVEL TEMPO DE FORMAÇÃO VÍNCULOS (N=51). BRASÍLIA, DF, 2016.....	51
TABELA 8 – ESCORES DO SAQ, POR ITENS, CORRESPONDENTE A VARIÁVEL TEMPO DE FORMAÇÃO VÍNCULOS (N=51). BRASÍLIA, DF, 2016.....	52
TABELA 9 – ESCORES DOS ITENS DO SAQ, POR DOMÍNIOS, CORRESPONDENTE A VARIÁVEL FORMAÇÃO PROFISSIONAL VÍNCULOS (N=51). BRASÍLIA, DF, 2016.....	52
TABELA 10 – ESCORES DOS ITENS DO SAQ, POR DOMÍNIOS, CORRESPONDENTE A VARIÁVEL TEMPO NO HOSPITAL VÍNCULOS (N=51). BRASÍLIA, DF, 2016.....	53
TABELA 11 – ESCORES DOS ITENS DO SAQ, POR DOMÍNIOS, CORRESPONDENTES A VARIÁVEL NÚMERO DE VÍNCULOS (N=51). BRASÍLIA, DF, 2016.....	54
TABELA 12 – ESCORES DOS ITENS DO SAQ CORRESPONDENTES A VARIÁVEL NÚMERO DE VÍNCULOS. BRASÍLIA, DF, 2016.....	54

TABELA 13 – ESCORES DOS ITENS DO SAQ CORRESPONDENTE A VARIÁVEL TREINAMENTO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – PROFISSIONAIS CAPACITADOS E NÃO CAPACITADOS. BRASÍLIA, DF, 2016.....	56
---	----

LISTA DE SIGLAS

AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
DF	Distrito Federal
EA	Eventos Adversos
EBSERH/DF	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EGOV/DF	Escola de Governo do Distrito Federal
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
<i>HSOPSC</i>	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
<i>PubMed</i>	<i>US National Library of Medicine National Institutes of Health</i>
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
<i>SciELO</i>	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SIH/SUS	Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
SP	Segurança do Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE SÍMBOLO

% Por cento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	19
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 Segurança do Paciente: Aspectos Históricos	21
2.2 Erros e eventos adversos em saúde	24
2.3 Atitudes profissionais para uma Cultura de Segurança do Paciente	26
2.4 Equipe de saúde e Unidade de Terapia Intensiva	27
3 OBJETIVOS DO ESTUDO	30
3.1 Objetivo geral	30
3.2 Objetivos específicos	30
4 MÉTODOS	30
4.1 Tipo de estudo	31
4.2 Local de estudo e período	31
4.3 População, critérios de inclusão e exclusão	32
4.4 Instrumentos da pesquisa	33
4.5 Procedimentos da coleta de dados	36
4.6 Análise dos dados	37
4.7 Aspectos éticos	38
5 RESULTADOS	38
5.1 Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes do estudo	38
5.2 Escores de atitudes de Segurança do Paciente, na percepção da equipe de saúde, por itens dos domínios do instrumento SAQ	40
5.3 Escores dos itens sem domínio no SAQ	46
5.4 Análise descritiva do SAQ por domínio	46
5.5 Escores dos itens do SAQ, por domínios, correspondente à variável categoria profissional	47
5.6 Escores dos itens do SAQ, por domínios, correspondente a variável sexo	49
5.7 Escores dos itens do SAQ, por domínios, correspondente a variável idade	49
5.8 Escores dos itens do SAQ, por domínios, correspondente à variável tempo de formação	51
5.9 Escores dos itens do SAQ, por domínios, correspondente à variável formação profissional	52

5.10	Escores dos itens do SAQ, por domínios, correspondente a variável tempo no hospital	53
5.11	Escores dos itens do SAQ, por domínios, correspondente à variável número de vínculos	53
5.12	Escores dos itens do SAQ, por domínios e itens, correspondente à variável treinamento de segurança do paciente	55
6	DISCUSSÃO	56
7	CONCLUSÕES	63
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICES	72
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SAQ)	72
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL ..	73
	APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SAQ)	75
	APÊNDICE D – PLANO DE TRABALHO DAS AUXILIARES DE PESQUISA	77
	APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	79
	APÊNDICE F – ITENS E DOMÍNIOS DO INSTRUMENTO SAQ E A FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS DA EQUIPE DE SAÚDE, SEGUNDO SUA PERCEPÇÃO	82
	ANEXOS	83
	ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA– CEP/FS-UnB	83
	ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA– FEPECS/SES-DF	89

APRESENTAÇÃO

Uma assistência segura e com qualidade é a principal meta das instituições relacionadas com o cuidado ao paciente, e para um ambiente seguro, torna-se essencial a melhoria dos processos de trabalho e o desempenho de atitudes de segurança pela equipe de saúde, com a finalidade de reduzir riscos de incidentes, promover e consolidar a Cultura de Segurança ao Paciente.

A pesquisadora desse estudo exerce atividade profissional em enfermagem há mais de uma década, desde o término da graduação, e desempenhou atividades assistenciais e educativas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), inclusive, ao assumir por um período o papel de preceptora e coordenadora do Programa de Residência em Enfermagem em UTI da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

No cenário hospitalar, desenvolve ações conjuntas com a gestão a fim de promover a Segurança do Paciente e institucionalizar melhorias nos processos de trabalho, ao criar e acompanhar comissões e apoiar o desenvolvimento de metas do Núcleo de Segurança do Paciente da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Em virtude de a pesquisadora ter vivenciado a assistência à saúde em UTI e ao lidar com dificuldades e desafios diários que envolvem a Segurança do Paciente, foi desenvolvida esta pesquisa com a intenção de analisar as percepções da equipe de saúde de UTI relacionadas as atitudes de segurança. Para identificar atitudes positivas que permeiam a Cultura de Segurança na realidade institucional, tornou-se essencial medir indicadores de processos de forma padronizada, para um planejamento adequado e possibilidades de futuras intervenções.

Este trabalho está dividido em oito capítulos que objetivam apresentar e discutir dados referentes à percepção da equipe de saúde em UTI e o cumprimento de atitudes positivas relacionadas a assistência à saúde de pacientes em um hospital de ensino no Distrito Federal (DF).

No primeiro capítulo, abordam-se a importância da temática, relativas à Segurança do Paciente e suas definições, a alta incidência de erros associados aos cuidados e as principais dificuldades e limitações para reduzir eventos adversos no cenário mundial.

No segundo capítulo, expõe-se a revisão da literatura subdividida em quatro subitens, que são: 1) Segurança do Paciente: aspectos históricos; 2) Erros e Eventos Adversos em Saúde; 3) Atitudes Profissionais para uma Cultura de Segurança do Paciente; e 4) Equipe de Saúde e Unidade de Terapia Intensiva.

No terceiro capítulo, apresentam-se os objetivos propostos para o desenvolvimento da pesquisa, tomando-se como referência a questão norteadora do estudo.

No quarto capítulo, é relatado o método subdividido em sete subitens. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, analítico, correlacional, do tipo *survey* transversal e descritivo em que se aplicaram dois instrumentos: o primeiro para coleta de dados sociodemográfico e profissional e o segundo a fim de avaliar a Cultura de Segurança, com a utilização do *Safety Attitudes Questionnaire* ou Questionário de Atitudes de Segurança, validado e adaptado para a realidade brasileira.

No quinto capítulo, estão os resultados do estudo e das correlações e associações entre as variáveis dos instrumentos. Os resultados são apresentados em gráficos e tabelas e na ordem em que foram correlacionadas as variáveis sociodemográficas e profissionais e o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ).

O sexto capítulo apresenta a discussão dos achados do estudo, sendo comparados com a literatura nacional e internacional, discute-se as limitações, além de discorrer a respeito dos avanços na temática no conhecimento atual.

A conclusão está no sétimo capítulo e as referências no oitavo.

Apêndices e anexos trazem os instrumentos e demais documentos necessários à pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

Questões relacionadas à Segurança do Paciente tornaram-se assunto prioritário nas últimas décadas no âmbito mundial, caracterizando-se como uma das principais metas das instituições de saúde. Estudos sobre os riscos aos quais os pacientes são expostos durante a assistência à saúde estão em destaque na comunidade científica e a Segurança do Paciente vem sendo apontada como um desafio à saúde pública (SILVA et al., 2016). Mesmo diante de todos os esforços relacionados à política de segurança, os riscos e a ocorrência de incidentes com danos continuam crescendo exponencialmente, o que valida a importância da sensibilização para uma assistência segura e com qualidade.

Nesse contexto, urge a necessidade de reduzir incidentes em saúde, melhorar os sistemas de qualidade clínica, de gestão de risco em organizações, ampliar recomendações para uma legislação adequada, motivar relatos de incidentes com danos, a proteção da confidencialidade dos profissionais envolvidos, o respeito pelos direitos dos pacientes e o cumprimento de deveres por parte de gestores e profissionais, com a busca de alternativas e soluções com o objetivo de melhorar a qualidade e a segurança dos pacientes (SOUSA; MENDES, 2014).

Segurança do Paciente (SP) é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde a um mínimo aceitável (WHO, 2012). Atitudes profissionais que permeiam a SP caracterizam-se como uma das metas essenciais a serem alcançadas pelas instituições envolvidas com o cuidado, e a implantação de estratégias seguras e eficientes, como treinamento em habilidades de comunicação, notificação dos erros, registro dos incidentes e a abolição do medo e da cultura punitiva dentro das instituições contribuem para a Cultura de Segurança (BRASIL, 2013; OKUYAMA, WAGNER, BIJNEN, 2014).

Conceituada como produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura, a Cultura de Segurança do Paciente é caracterizada como positiva quando há comunicação e confiança mútua, percepção da importância da segurança e medidas preventivas (BRASIL, 2013; REIS, MARTINS, LAGUARDIA, 2013).

Criar Cultura de Segurança vai além de adicionar um novo conjunto de regras, visto que a SP não é mais algo definido e aplicado pela administração, ao invés disso, torna-se direito e responsabilidade de todos (GOLDA, 2013). Quando os trabalhadores adotam padrões

seguros e praticam melhores comportamentos, eles podem regular sua própria segurança de forma muito mais eficaz e consistente. Toda organização possui uma Cultura de Segurança, operando em um nível ou outro, contudo, muitas organizações não conseguiram alcançar uma Cultura de Segurança de alto nível, enquanto outras ainda têm uma Cultura de Segurança precária (GOLDA, 2013).

Avaliar Cultura de Segurança por questionários ou entrevistas, permite a aquisição de informações sobre a temática em determinado momento e local específico, e isso torna-se um indicador organizacional que informa a “fotografia” do estado de segurança da instituição (VINCENT, 2009), e com o desafio de aperfeiçoar a qualidade da assistência em saúde e diminuir riscos, os profissionais têm sido motivados a avaliar a Cultura de Segurança do seu ambiente de trabalho.

A assistência à saúde livre de riscos e falhas em processos de trabalho é um dos objetivos dos profissionais de saúde e um compromisso desde sua formação, pois trabalhar em demasia, dedicar árduas horas em um setor que requer atenção redobrada e domínio em situações tensas podem aumentar as chances de incidentes (BARBOSA, et al., 2014). Ao considerar ambientes tensos, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) necessita de profissionais aptos a lidar com o inesperado, capacitados para atuarem em emergências, com habilidades ao prestar cuidados e que desenvolvam processos de trabalhos seguros, com comunicação clara e concisa, apropriados das rotinas e concentrados nos mínimos detalhes (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016).

Esta pesquisa justifica-se em virtude da complexidade dos pacientes internados em UTI e da estimativa de incidentes anuais à saúde de boa parcela da população mundial. Frente ao cenário de preocupação com a SP, torna-se essencial identificar a percepção dos profissionais sobre Cultura de Segurança, a fim de sensibilizá-los a prestar uma assistência com qualidade, respeito, com definição de metas e estabelecimento de prioridades (MARINHO et al., 2016; D’LIMA, MURRAY, BRETT, 2018).

Ao entender percepção como “ato ou efeito de perceber” ou “a capacidade para discernir, com juízo consciencioso acerca de algo ou alguém” (PERCEPÇÃO, 2018), este estudo dispõe analisar as atitudes positivas ou negativas a respeito da Cultura de Segurança em UTI. Para um completo diagnóstico situacional da avaliação cultural, estruturou-se como questão de pesquisa: quais atitudes evidenciam Cultura de Segurança na percepção da equipe de saúde de Unidade de Terapia Intensiva?

Tendo por base a necessidade de profissionais capacitados, aptos a lidar com o inesperado, dinâmicos, que almejam uma assistência segura e livre de falhas em cenários

tensos e hostis, considera-se pertinente a seguinte hipótese: atitudes de segurança do paciente para uma assistência com qualidade refletem em uma adequada Cultura de Segurança e estão presentes na Unidade de Terapia Intensiva.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção, busca-se as principais temáticas que envolvem a Cultura de Segurança do Paciente e sua relação com a UTI, os aspectos teóricos, históricos e científicos. Artigos foram pesquisados nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed)* e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)* no período de novembro de 2015 a dezembro de 2017.

Os descritores em ciências da saúde aplicados foram: Segurança do Paciente; Cultura organizacional; Gestão da Segurança; Equipe de Assistência ao Paciente; Unidade de Terapia Intensiva; e Enfermagem. Também foram aferidas resoluções, portarias, livros, dissertações e teses relacionados ao tema.

Após a leitura e análise da literatura identificada e selecionada, foi definida as subseções a seguir: Segurança do Paciente: Aspectos Históricos; Erros e Eventos Adversos em Saúde; Atitudes profissionais para uma Cultura de Segurança do Paciente e Equipe de Saúde e Unidade de Terapia Intensiva.

2.1 Segurança do Paciente: Aspectos Históricos

Hipócrates 460 anos a.C. citou a expressão “*primum non nocere*” que significava: primeiro não cause o dano. Portanto, desde aquela época já havia consciência de que o cuidado em saúde poderia causar dano ao paciente (BRASIL, 2014). Ao longo da história, houve avanço para a qualidade do cuidado com melhorias nos processos e adaptação ao contexto social e cultural. Porém, no final do século passado, a revolução e inovação tecnológica em conjunto com a medicina e com o cuidado em saúde proporcionaram mudanças na relação profissional-paciente, tornando o cuidado ainda mais complexo, mais efetivo, todavia potencialmente perigoso (BRASIL, 2014). Nesse contexto, emerge a Segurança do Paciente como sendo um produto, uma dimensão do cuidado com qualidade (SANTOS, 2014).

Movimentos em prol da Segurança do Paciente ganharam proporções alarmantes que repercutiram no maior conhecimento da população mundial a respeito da alta incidência dos Eventos Adversos (EA) após a publicação do relatório “*To err is human*” em 1999, nos Estados Unidos da América (EUA), que identificou sérios prejuízos iatrogênicos em pacientes internados, com danos provenientes do cuidado em saúde, atraindo a atenção de profissionais, gestores da saúde e pesquisadores (ANVISA, 2011; OLIVEIRA et al., 2014; SOUSA; MENDES, 2014).

Ao considerar eventos adversos, estudo apontou que cerca de cem mil pessoas morreram em hospitais a cada ano vítimas desses, resultando em uma taxa de mortalidade maior do que as atribuídas ao câncer de mama, ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e acidentes automobilísticos e revelou um grave prejuízo financeiro, visto que os gastos decorrentes de erros nos EUA giraram em torno de 17 a 29 bilhões de dólares anuais (GOMES et al., 2017).

Nos países desenvolvidos, a preocupação com a SP proporciona reflexão da qualidade da assistência à saúde, o que gera incentivo de publicações de várias pesquisas sobre a temática e direciona melhores práticas e cuidados mais seguros. Contudo, estudo expôs que eventos adversos levam à incapacidade temporária ou permanente, prolonga a internação e podem ocasionar o óbito do paciente. Se houvessem medidas preventivas e seguras, estas situações seriam evitáveis em torno de 30% a 60% dos casos (MARINHO; RADUNZ; BARBOSA, 2014).

Para reduzir a ocorrência de Eventos Adversos e preocupada com a situação de SP internacionalmente, foi criada, em 2004, a *World Alliance For Patient Safety* pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de organizar os conceitos e definições sobre o tema em questão, propor medidas para diminuir riscos, mitigar eventos adversos, entre outros. Dentre as ações propostas pela OMS, que foram denominadas de desafios globais, duas foram priorizadas inicialmente: reduzir a infecção associada ao cuidado em saúde e promover uma cirurgia mais segura (WEGNER et al., 2016). O mais recente desafio global está associado a erros de medicação, com a finalidade de reduzir em 50% os danos graves e evitáveis nos próximos cinco anos (WHO, 2017). Todavia, para efetivação das ações, é necessário compreender melhor as evidências sobre a SP, ao divulgar e apoiar a temática nos serviços e incentivar as transformações proativas que devem ocorrer em curto prazo (WEGNER et al., 2016).

No Brasil, algumas metas já estavam em andamento corroborando com as ações mundiais e foram pioneiras para garantir a segurança dos processos de cuidado com bons

resultados, dentre elas: os serviços de transfusões de sangue, o controle e prevenção da infecção e os serviços de anestesia, que adotam medidas seguras há anos, entretanto, pouco valorizadas nos sistemas de saúde (BRASIL, 2014).

Iniciativas de impacto e que resultam em benefícios em prol da segurança são os sistemas de notificação e acreditação hospitalar (métodos de avaliação externa da qualidade dos estabelecimentos de saúde), esta avalia recursos institucionais, indicadores de estruturas, processos e resultados. Ainda, existem iniciativas específicas como a Rede Sentinela, em que hospitais vinculados são capacitados em gestão de risco, Segurança do Paciente, metodologias para planejamento, monitoramento e comunicação de eventos adversos com foco em três pilares: busca ativa de eventos adversos, notificação e uso racional das tecnologias em saúde (BRASIL, 2014; SIMAN et al., 2017).

Em nível nacional, a enfermagem destaca-se como precursora nas pesquisas de SP e inclui outros protagonistas da saúde em resultados e discussões (WEGNER et al., 2016) e, desde 2008, organiza-se em entidades, como a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), com o objetivo de disseminar e sedimentar a Cultura de Segurança do Paciente nas organizações de saúde, escolas, universidades e organizações governamentais (BRASIL, 2014).

Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria MS/GM n 529/2013, tendo por objetivos: contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde; promover e apoiar a implementação de iniciativas em prol da SP por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente; envolver os pacientes e familiares nesse processo ao ampliar o acesso da sociedade às informações relativas a sua saúde; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre a Segurança do Paciente; e fomentar a inclusão da matéria no ensino técnico, de graduação e na pós-graduação em saúde (BRASIL, 2014).

O PNSP propõe informar e organizar mecanismos para evitar o erro e mitigar eventos adversos, no entanto é preciso encontrar um ambiente propenso a mudanças. Sabe-se que os incidentes resultam de sistemas mal desenhados e geram consequências ruins e essa abordagem parte da premissa que o erro do profissional é parte do sistema, o qual precisa ser analisado e reestruturado visando ações seguras (ANVISA, 2013; BRASIL, 2014).

Essa mudança de foco, do individual para o sistêmico, repercute avanço na temática e torna evidente que atingir um alto nível de segurança nas organizações de saúde requer pelo menos seis grandes mudanças para iniciar a jornada com vistas à Cultura de Segurança: 1. compreender erros como causados por falhas do sistema; 2. substituir um ambiente punitivo

para uma cultura justa; 3. mudar do sigilo para a transparência; 4. centralizar o cuidado ao paciente e não no médico; 5. alterar modelos - ao invés de focar na excelência do desempenho individual, deve-se priorizar o cuidado realizado por equipe profissional; 6. prestar contas a todos os envolvidos (BRASIL, 2014).

2.2 Erros e eventos adversos em saúde

Por definição, erro ou incidente é considerado como evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente, derivados de atos intencionais ou não; ao ser detectado antes de atingir o paciente, são denominados *near miss* (quase erro); erros que atingem o paciente e não causam danos, são chamados incidentes sem danos; e ao acontecer e resultar em dano discernível ao paciente, são nomeados incidentes com dano ou Evento Adverso (EA) (WHO, 2012).

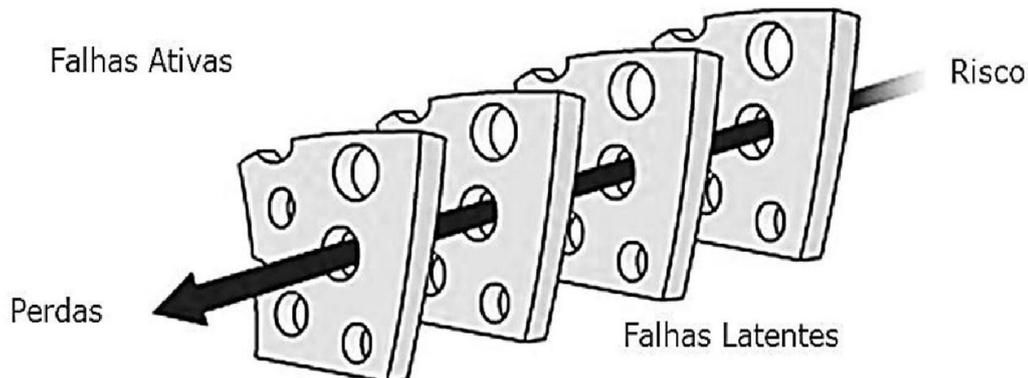
Os EAs configuram-se em grave problema de saúde pública mundial, sendo responsáveis por causar danos permanentes e/ou mortes, por falhas no processo assistencial, na estrutura organizacional dos serviços, por inexistência de liderança ativa e comprometida e de atitudes positivas para modificar a realidade existente nas instituições de saúde (GOMES et al., 2016).

Erros e suas consequências podem levar a danos irreparáveis e óbito. Diante disso, há maior preocupação com a Segurança do Paciente e emerge um novo paradigma denominado modelo de Cultura de Segurança a fim de substituir “a culpa e a vergonha” por um “repensar os processos assistenciais”, com desígnio de prevenir erros antes que causem danos aos pacientes (GOMES et al., 2016).

Eventos adversos geram prejuízos ao paciente, aos profissionais e às instituições, com danos físicos, éticos, morais e organizacionais (ROCHA, 2017). No Brasil, em 2011, dados divulgados pelo Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), apontaram 11.117.837 de internações, com uma estimativa de 844.875 (7,6%) EA. Destes, estima-se que 563.575 (66,7%) foram eventos evitáveis e contribuíram para 40% dos casos de óbito (ANVISA, 2011; GOMES et al., 2016).

A contribuição para a ocorrência de tais eventos evidencia uma estrutura inadequada, a deficiência de recursos humanos e materiais, a comunicação não efetiva entre os profissionais, a sobrecarga de trabalho, bem como habilidades e conhecimentos insuficientes por quem presta o atendimento (GOMES et al., 2016).

O modelo do queijo suíço, proposto pelo professor de psicologia James Reason, do Reino Unido, aborda um paradigma voltado para a vulnerabilidade na Segurança do Paciente. Esse modelo, conhecido como Teoria do “Queijo Suíço” compara o sistema de saúde aos buracos de um queijo suíço. A representação demonstra o quanto o rompimento das defesas por uma trajetória de falhas pode direcionar ao erro (GOMES et al., 2016; REASON, 2000).



Fonte: Google imagens

Figura 1: Modelo do “Queijo Suíço”. Brasília/DF, Brasil, 2017.

Ao ocorrer o alinhamento dos orifícios dos “queijos suíços”, apresentado na Figura 1, o EA acomete o paciente e a SP é imediatamente afetada, ou seja, isso denota que as falhas na SP têm um caráter multifatorial, não dependendo apenas dos profissionais, mas também dos pacientes e, principalmente, dos serviços de saúde no que diz respeito à estrutura e aos processos disponíveis (GOMES et al., 2016; REASON, 2000). Portanto, o foco é tornar o sistema cada vez mais seguro, com o aumento de barreiras que dificultem o alinhamento do queijo suíço (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

Do ponto de vista sistêmico, os erros são considerados consequências e não estão associados às falhas humanas. Essa ideia de concepção sistêmica visa proporcionar a defesa através de um sistema de barreiras e retaguardas que possam atuar nas múltiplas etapas do cuidado, a fim de evitar erros. E quando estes ocorrerem interessa saber “como” e “por que” as defesas falharam, não importando quem as tenha cometido, com vislumbre para a substituição da “vergonha e punição” pela Cultura de Segurança (GOMES et al., 2016; REASON, 2000).

Para que a organização do sistema de saúde seja efetiva é preciso medidas favoráveis com o propósito de contribuir para que os orifícios do queijo suíço não se alinhem, ao visar a prestação de um cuidado seguro e livre de erros. A partir da compreensão de que é possível a ocorrência destes eventos, as instituições devem buscar a adesão de uma nova cultura de SP e profissional, gestão da qualidade, gerenciamento de riscos e aprendizagem a partir dos erros

cometidos, para que o sentimento de culpa se transforme em ações que preservem a vida do paciente (GOMES et al., 2016; REASON, 2000).

2.3 Atitudes profissionais para uma Cultura de Segurança do Paciente

A Cultura de Segurança é uma questão transversal e multiprofissional, perpassa os quatro eixos da Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e preconiza o estímulo a uma prática assistencial segura, o envolvimento do cidadão na sua segurança, a inclusão do tema no ensino e o incremento de pesquisas (GOLDA, 2013). Há Cultura de Segurança quando profissionais e gestores assumem a responsabilidade pela sua própria segurança, de seus colegas, pacientes e familiares; quando há prioridades institucionais acima das metas financeiras e operacionais; encorajamento na identificação, na notificação e na resolução de problemas; promoção do aprendizado organizacional a partir da ocorrência dos incidentes e ainda, existe cultura, quando há recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013; GOLDA, 2013).

Atitudes de Segurança do Paciente pelos profissionais, em busca de uma Cultura de Segurança ideal, necessitam ser valorizadas por gestores e colaboradores das instituições de saúde, assim como o incentivo à notificação dos erros, o registro dos incidentes e a abolição da cultura punitiva dentro das instituições de saúde (FERMO et al., 2016).

O fortalecimento de atitudes de SP em nível organizacional é apontado como fundamental ao processo de melhorias hospitalares, visto que as organizações reconhecidas detêm uma Cultura de Segurança positiva por valorizar a comunicação franca, a confiança entre os pares, priorizar a SP e adotar medidas preventivas organizacionais (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

Para um ambiente seguro é preciso comprometimento, responsabilidade, comunicação eficaz, esforço para aprendizagem significativa com base em lições aprendidas e recompensas provenientes desses valores. Pessoas que desenvolvem essas atitudes, com competências e habilidades, promovem a Cultura de Segurança. Mais sucintamente, uma Cultura de Segurança é como a organização se comporta implicitamente (GOLDA, 2013).

Há diferentes terminologias nos termos “clima de segurança” e “cultura de segurança” e eles são abordados em pesquisas como sinônimos, com pouca ou nenhuma diferenciação. Clima de segurança são as características superficiais da Cultura de Segurança, a partir das percepções e atitudes dos indivíduos em um determinado ponto do tempo, ou ainda, são componentes mensuráveis da cultura. Ao utilizar a imagem de um *iceberg*, o “clima” seria a

parte externa e perceptível e a “cultura” fenômenos abaixo da superfície com impactos extremos sobre a segurança e de difícil mensuração (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

A avaliação da Cultura de Segurança é vista como o ponto de partida para iniciar o planejamento de ações que busquem mudanças para reduzir a incidência de eventos adversos, e conseqüentemente para garantir cuidados de saúde seguros (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). Para estabelecer uma Cultura de Segurança em uma organização de saúde, o primeiro passo é avaliar a cultura corrente. A partir dessa avaliação, tem-se acesso às informações dos funcionários a respeito de suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, permitindo identificar as áreas mais problemáticas para que intervenções possam ser implementadas (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Historicamente, o termo Cultura de Segurança foi publicado pela primeira vez após o acidente nuclear de Chernobyl, no ano de 1986, devido a uma falha na Cultura de Segurança da organização. Após essas divulgações, o Comitê Internacional de Segurança Nuclear (INSAG) conceituou cultura de segurança como um produto de valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais que determinam o compromisso e o estilo da instituição. Em 2003, esse conceito foi adaptado para o contexto em saúde 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, apud CARVALHO, 2011). A partir desse conceito, outros foram construídos para definir Cultura de Segurança.

Atividades educativas para os profissionais de saúde proporcionam benefícios na Cultura de Segurança. Mudanças positivas permitem que a força de trabalho e os processos voltem-se para a confiança organizacional e segurança nos cuidados. Estratégias para promover Cultura de Segurança incluem intervenções únicas setoriais ou combinadas com treinamento da equipe, com métodos estruturados para otimização dos processos, melhorias na comunicação, cooperação, aprimoramento de habilidades, atitudes e liderança (MARINHO et al., 2016).

A Cultura de Segurança está presente quando não existe punição para os erros e sim para condutas inapropriadas. Atitudes positivas permeiam a análise de situações precedentes mediante as falhas, o relato destas, a reflexão a respeito de incidentes e possíveis soluções nas fragilidades do sistema (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

2.4 Equipe de saúde e Unidade de Terapia Intensiva

Um dos grandes desafios de atenção em saúde do século XXI é a Cultura de Segurança e o reconhecimento que erros e eventos adversos causam males aos pacientes. Diversas instituições levaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) a nomear comissões centradas na identificação de riscos e na elaboração de soluções preventivas, o que resultou na evidência da importância da comunicação e do trabalho da equipe interdisciplinar de saúde como um determinante para a qualidade e segurança dos pacientes (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Falhas no trabalho em equipe, em especial na comunicação entre os profissionais, são um dos fatores contribuintes para erros e Eventos Adversos (EA). A maneira como ocorre a comunicação entre os profissionais tem sido apontada em pesquisas, como sendo primordial para um cuidado seguro de saúde e as seguintes medidas estão sendo estimuladas: contato nos olhos, escuta ativa, liderança clara, confirmação da compreensão da mensagem, envolvimento da equipe de saúde, discussões saudáveis por intermédio das informações do paciente e consciência situacional (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015; EVANGELISTA et al., 2016)

A comunicação é fundamental ao estabelecer humanização, maior proximidade junto aos familiares e pacientes internados, compromisso dos participantes e escuta ativa de todos os envolvidos no processo comunicativo, consideradas medidas efetivas para estabelecer processos de trabalho com segurança e proximidades do hábito de se comunicar (EVANGELISTA et al., 2016). Essas ações ainda são desafios da comunicação efetiva no trabalho em equipe, devido a diferenças hierárquicas, de poder e de conflito, na formação dos profissionais, da tendência de uns se comunicar com mais facilidade, dos treinamentos distintos e separados que não reforçam a integralidade da equipe; além da cultura de silêncio organizacional que reforça a dificuldade dos profissionais expressarem sentimentos e preocupações entre eles (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015; EVANGELISTA et al., 2016).

Nos últimos anos, intervenções foram criadas e aperfeiçoadas com a proposta de melhorar o trabalho em equipe, e gestores têm apoiado técnicas de treinamentos e simulações multidisciplinares que enfatizam a liderança, a consciência situacional, o apoio e a confiança mútua, a comunicação e o papel de cada membro na equipe (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Instituições de saúde precisam ter como meta atender necessidades de saúde de seus pacientes de forma integral e prioritária, e as atividades desenvolvidas por seus profissionais precisam fundamentar em pressupostos filosóficos, científicos, metodológicos claros e apropriados para um cuidado seguro (ARAÚJO et al., 2017).

A constatação do erro e seu relato imediato são imprescindíveis para a implementação de intervenções a fim de restabelecer as condições do paciente, minimizar riscos e eliminar prejuízos. Primordialmente, em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), frente à gravidade e instabilidade dos pacientes críticos, a comunicação de um erro pode ser o elo principal e fator determinante para um desfecho clínico satisfatório.

A UTI tem por peculiaridade um cuidado intensivo, prestado por profissionais diversos, em face da gravidade, sob um forte estresse, que lidam com situações de vida e morte, necessitando de agilidade e rapidez nas decisões (MELLO; BARBOSA, 2013). As UTIs “*são áreas críticas destinadas à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia*” (BRASIL, 2010).

Em meio aos diferentes ambientes, a UTI foi contemplada neste estudo, por ser um setor vulnerável, propenso a EA, com pacientes complexos, de alto risco, que demandam cuidados intensivos e rotineiros, prestados de maneira rápida, com tecnologia de ponta e produção intensa de informações (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016). Trabalhar em UTI leva ao desgaste físico e mental pela existência de pacientes de alto risco, que demandam cuidados intensivos, e os serviços prestados precisam de agilidade, aperfeiçoamento tecnológico e atualização de informações (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016).

Estudo brasileiro com 70 enfermeiros buscou caracterizar o sistema de registros de EA em UTI, a frequência e a existência de punições e constatou que a maioria dos profissionais (71,4%) relata a existência de subnotificações e que um número mais elevado (74,3%) refere a existência de punições (predomínio de advertência verbal e escrita) em seus locais de trabalho. Esses resultados levam à conclusão que prevalece a cultura punitiva, contrária ao movimento mundial, que se volta à necessidade de notificação de EA como estratégia, a fim de aprender com erros e melhorar a gestão para a Cultura de Segurança. A recompensa por relatar um problema de SP gera confiança, em oposição, a punição não permite progresso da cultura institucional (SCHWONKE et al., 2016).

A percepção dos profissionais no processo e na identificação de possíveis áreas de melhorias, após levantamento das ocorrências, possibilita a realização de um diagnóstico do ambiente de trabalho e o adequado planejamento para uma assistência segura (MINUZZI et al., 2016).

A prática dos profissionais na UTI torna claro o aprimoramento profissional e aperfeiçoamento contínuo para o desenvolvimento de habilidades técnicas. Dentre a equipe de saúde, a enfermagem desempenha um papel primordial nesse reconhecimento, tanto pelo seu

contingente, quanto pela sua proximidade constante e ininterrupta na assistência ao paciente. O exercício da enfermagem permeia a vivência e percepção diária de situações de risco, gerencia o cuidado prestado aos pacientes pelos profissionais da linha de frente, facilita a comunicação e a troca de experiências válidas (MELLO; BARBOSA, 2013).

É nesse contexto que a equipe de saúde deve aderir ao movimento em busca da Cultura de Segurança, tornando-se parte do processo contínuo de melhoramentos, com responsabilização, comunicação ativa e clara, ao transpor barreiras em prol da Segurança do Paciente, ao envolver seus pares, familiares e pacientes com ações seguras e participação de todos.

3 OBJETIVOS DO ESTUDO

3.1 Objetivo geral

Analisar se as percepções da equipe de saúde de Unidade de Terapia Intensiva estão correlacionadas com as atitudes de Segurança do Paciente de um Hospital de Ensino do Distrito Federal.

3.2 Objetivos específicos

Descrever características sociodemográficas e profissionais da equipe de saúde participante da pesquisa.

Determinar os escores de Atitudes de Segurança do Paciente na visão da equipe de saúde da Unidade de Terapia Intensiva.

Correlacionar variáveis sociodemográficas e profissionais com domínios do instrumento *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ).

Correlacionar as percepções da equipe de saúde participante da pesquisa com as atitudes de Segurança do Paciente.

4 MÉTODOS

Este capítulo descreve a trajetória metodológica adotada, com descrição dos seguintes tópicos: tipo de estudo; local de estudo e período; população - critérios de inclusão e exclusão; instrumentos da pesquisa; procedimentos da coleta de dados; análise dos dados e aspectos éticos.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, analítico, correlacional, do tipo *survey* transversal, realizado em um hospital de ensino localizado no Distrito Federal, Brasil.

Com relação aos métodos propostos no estudo, a pesquisa quantitativa permite quantificar, possibilita traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010). Estudos analíticos são modelos utilizados para verificar uma hipótese através da introdução de um fator de exposição ou um recurso terapêutico novo, com o uso de ferramentas bioestatísticas pelo investigador (HOCHMAN et al, 2005). No estudo correlacional, se examina a relação entre duas ou mais variáveis (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Estudos transversais descrevem uma situação ou fenômeno em um momento não definido, como uma fotografia ou corte instantâneo por meio de uma amostragem, examinando-se nos integrantes da amostra a presença ou ausência da exposição ou efeito (HOCHMAN et al, 2005). Pesquisas do tipo *survey* são apropriadas como método de pesquisa quando se deseja obter dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas, por meio de um instrumento de pesquisa, normalmente um questionário (FREITAS et al, 2000).

4.2 Local de estudo e período

A coleta de dados foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto de um hospital de ensino do Distrito Federal (DF), em outubro e novembro de 2016.

A Região Administrativa do hospital de estudo foi criada oficialmente em 1964. A população está estimada em 48.020 habitantes e os jovens são a maioria, pois 25,64% dos moradores têm entre 25 e 39 anos segundo a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN, 2015). Na questão de gênero, as mulheres prevalecem (53,67%), enquanto os homens representam 46,33% da população total. Sobre o estado civil, a maioria são solteiros (41,44%), seguidos por união estável (21,86%), casados (15,54%), viúvos (5,33%) e separados (5,56%). Ainda, em relação ao levantamento feito pela CODEPLAN, mais da metade do contingente populacional é nascido no DF (52,23%), enquanto (47,77%) são migrantes. Desses, (66,12%) vêm do Nordeste, seguidos por Sudeste (19,26%), Centro-Oeste (10,83%), Norte (2,40%) e Sul (1,26%).

Quanto à renda domiciliar da população, eles têm uma renda média dez vezes menor que a registrada no Plano Piloto em 2014 (R\$ 12.742,21), considerada uma das regiões do DF de renda baixa. Porém, conta com a totalidade de ruas asfaltadas, iluminação pública, calçadas, rede de águas pluviais, abastecimento de água, energia elétrica e tratamento sanitário (CODEPLAN, 2015).

Quanto à escolaridade, 70,09% não estudam, 24,07% frequentam escola pública e apenas 5,84% são de instituição particular (CODEPLAN, 2015).

Ao considerar estratégias da gestão governamental, em 2016, o Governo do Distrito Federal reestruturou a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e ao invés de 15 coordenações regionais, a SES-DF passou a ter sete Regiões de saúde, a saber: Centro-Norte, Centro-Sul, Oeste, Sul, Sudeste, Norte e Leste. O hospital, inserido em uma dessas regiões, é público e atende ao Sistema Único de Saúde.

Fundado em 2002, o hospital obteve o título de Hospital de Ensino em 2014, pela Portaria interministerial MS/GM nº 1.214/2014 e tem instituído um Núcleo de Segurança do Paciente desde 2015, previstos na Portaria MS/GM nº 529/2013 e na RDC nº 36/2013/Anvisa. É classificado como hospital de grande porte, com capacidade instalada de aproximadamente 230 leitos, com atendimentos de nível primário a terciário, a depender da especialidade, e referência em Unidade de Tratamento Ortopédico, em Traumatismos Raquimedulares e em cirurgias de mão, além de ser campo de ensino e pesquisa com programas de residências, internato e estágio de alunos de graduação e técnico em diversas áreas.

A UTI desse hospital possui 10 leitos, dentre estes, três são regulados pela Diretoria da Região e preferencialmente ocupados por pacientes pós-cirúrgicos, com maior taxa de giro na ocupação dos leitos, porém os outros sete são regulados pela SES-DF, que direciona os pacientes conforme fila de prioridade, características de cada caso e serviços disponíveis na instituição de destino.

4.3 População, critérios de inclusão e exclusão

A UTI do hospital é composta por 59 profissionais de saúde estatutários.

Como critérios de inclusão, utilizaram-se para a seleção os profissionais de saúde:

- a) lotados há pelo menos um mês no hospital, por terem conhecimento da rotina setorial e funcionamento dos serviços disponíveis;
- b) que exercem atividades em âmbito assistencial, cumprindo carga horária de pelo menos 20 horas semanais na UTI adulto.

Como critérios de exclusão, adotou-se:

- a) profissionais afastados ou de licenças durante o período da coleta de dados;
- b) profissionais que recusaram a participar da pesquisa por algum motivo;
- c) residentes médicos e de enfermagem.

Após aplicados critérios de inclusão e exclusão, participaram da pesquisa 51 profissionais.

4.4 Instrumentos da pesquisa

As ferramentas mais utilizadas para avaliar a Cultura de Segurança em ambiente hospitalar são o *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* dos Estados Unidos da América em 2004, e o *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*, em 2006, que avalia as percepções dos profissionais em relação as questões de Segurança do Paciente (CARVALHO; CASSIANI, 2012; RIGOBELLO et al., 2012).

Para esta pesquisa foi utilizado o *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)* ou Questionário de Atitudes de Segurança (APÊNDICE A), e criou-se um questionário sociodemográfico e profissional (APÊNDICE B) elaborado pela autora principal deste estudo, com a finalidade de complementar dados não contemplados no SAQ, com os itens: idade, número de vínculos institucionais, realização de treinamentos e pesquisas acerca da temática.

O *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*, idealizado por pesquisadores do Texas em 2006, foi traduzido e validado para a realidade brasileira em 2011 e avalia as percepções dos profissionais em relação às atitudes de Segurança do Paciente (SEXTON, 2006). A adaptação transcultural e tradução brasileira do SAQ aconteceram em 2011 por uma pesquisadora em seu projeto de doutorado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CARVALHO, 2011).

A escolha do instrumento SAQ baseou-se em suas propriedades psicométricas (alfa de Cronbach de 0,7 a 0,8), por ser um dos instrumentos mundiais mais utilizados para avaliar a Cultura de Segurança e por ser aplicado em diferentes contextos com possibilidade de adaptações.

O instrumento SAQ é composto por duas partes, sendo que a primeira possui 41 itens e a segunda parte objetiva coletar dados mediante conhecimento prévio dos profissionais, como: cargo, sexo, atuação principal e tempo na especialidade. A maior parte dos itens do SAQ estão contidos em 6 domínios, conforme Quadro 1, a saber: Clima de Trabalho em

Equipe - considerado como a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe (itens 1 a 6); Clima de Segurança - percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para Segurança do Paciente (itens 7 a 13); Satisfação do Trabalho - visão positiva do local de trabalho (itens 15 a 19); Percepção do Estresse - reconhecimento de quanto os fatores estressores podem influenciar na execução do trabalho (itens 20 a 23); Percepção da Gerência - aprovação das ações da gerência ou administração, tanto da unidade em que o profissional atua, quanto do hospital como um todo (itens 24 a 28 duplicados e item 29); e Condições de Trabalho - percepção da qualidade do ambiente de trabalho (itens 30 a 32). Os itens 2, 11 e 36 apresentam escore reverso, de modo que um escore menor representa uma atitude mais positiva.

Itens 14, 33 a 36 não se enquadram em nenhum domínio do instrumento original e um estudo sugere que o item 14 (Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração) deveria ser alocado no domínio “percepção da gerência do hospital” e os itens 33 (Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta UTI), 34 (Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta UTI) e 35 (Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta UTI) fossem inseridos em um novo domínio a ser chamado “Comportamento seguro – Práticas seguras” (CARVALHO, 2011; CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Itens e domínios seguem no Quadro 1 a seguir:

QUADRO 1 - DOMÍNIOS DO *SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE*. BRASIL, 2011.

Domínios	Descrição	Exemplos de itens
Domínio 1 Clima de trabalho em equipe (Itens 1 a 6)	Compreende a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe	Os (As) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham junto como uma equipe bem coordenada
Domínio 2 Clima de segurança (Itens 7 a 13)	Avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para Segurança do Paciente	Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente
Domínio 3 Satisfação no trabalho (Itens 15 a 19)	É a visão positiva do local de trabalho	Eu gosto do meu trabalho
Domínio 4 Percepção do estresse (Itens 20 a 23)	Trata do reconhecimento de quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho	Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado
Domínio 5 Percepção da gerência (Itens 24 a 29)	Refere-se a aprovação das ações da gerência quanto as questões de segurança	A administração está fazendo um bom trabalho
Domínio 6 Condições de trabalho (Itens 30 a 32)	Refere-se a percepção da qualidade do ambiente do trabalho	Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados

FONTE: Adaptado de Carvalho (2011, p. 39 e 40).

O SAQ avalia o grau de concordância dos profissionais por meio de questões relativas à Cultura de Segurança cujas possibilidades de resposta, estruturadas no formato *Likert*, variam de discordo totalmente (A) = 0, discordo parcialmente (B) = 25, neutro (C) = 50, concordo parcialmente (D) = 75, concordo totalmente (E) = 100 e não se aplica (X). Escores maiores ou iguais a 75 são considerados positivos, escores abaixo de 60 são considerados um risco para os serviços de saúde e acima de 80 indicam uma forte percepção da Cultura de Segurança entre os profissionais (CARVALHO, 2011).

Para obter os resultados, os escores são contados da seguinte forma: somam-se as respostas dos itens de cada domínio e divide-se pelo número de questões de cada um. Por exemplo: o domínio Percepção da Gerência é composto por quatro questões e se o profissional respondeu neutro (50 pontos), concorda parcialmente (75 pontos), neutro (50 pontos) e discorda parcialmente (25 pontos), o valor total do escore neste domínio será 50, resultado obtido por meio do seguinte cálculo: $(50 + 75 + 50 + 25)$ dividido por 4 = 50 (CARVALHO, 2011).

Ao estudar o questionário SAQ, para maior aprofundamento e conhecimento do conteúdo, houve necessidade de realizar algumas adaptações, justificadas pela realidade hospitalar do DF, sendo solicitada a permissão de uso do instrumento para a pesquisadora que validou o instrumento no Brasil (APÊNDICE C). Posteriormente, alterações foram enviadas para três *experts*, doutores na temática, reconhecidos por publicarem artigos nacionais, dentre eles a pesquisadora em questão, e foram aprovadas, a saber:

- No cabeçalho substituiu-se o termo “Departamento” por “Unidade”;
- Modificou-se em todo instrumento a palavra “área” por “UTI”;
- No item 19, para melhor entendimento dos respondentes sobre o sentido da palavra “moral” foi inserido os sinônimos “autoestima, ânimo e estado de espírito”;
- Nos itens 24 a 28 acrescentou-se uma observação para instruir o participante da pesquisa sobre o preenchimento adequado, visto que cada item apresenta duas colunas para respostas, uma relacionada à Chefia da Unidade e a outra à Direção Hospitalar; e também foram substituídos os nomes “Adm. Unid.” por “Chefia Unidade” e “Adm. Hosp.” por “Direção Hosp.”;
- Por último, foi alterada a palavra “gênero” por “sexo” nas informações do questionário.

Na fase da coleta de dados, antes da aplicabilidade do instrumento na unidade principal da pesquisa, capacitou-se previamente duas auxiliares de pesquisa, uma acadêmica e uma residente de enfermagem. Preparada pela autora principal, a capacitação visou treinar e testar os itens e as possíveis dúvidas do instrumento SAQ.

A duração da capacitação foi de 20 horas, sendo 16h de estudo teórico e 4h de treinamento prático, conforme plano de trabalho criado para as auxiliares de pesquisa, com programação das atividades teórico-práticas (APÊNDICE D). Não foi realizada análise de confiabilidade interobservadores durante o treinamento. Para teste de compreensão, aplicou-se o questionário com alguns profissionais da área administrativa.

Com a afirmativa desses profissionais, e para testar as adaptações, foi realizado um pré-teste do SAQ e do instrumento sociodemográfico com 20% da equipe de saúde da Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN) do hospital em estudo, por ser um setor com características semelhantes ao da UTI, o que possibilitou a realização dos últimos detalhes, visto que todas as modificações foram avaliadas pela orientadora e a pesquisadora do estudo, e os instrumentos, posteriormente, aplicados na unidade da pesquisa, com os profissionais convidados e abordados em seu ambiente de trabalho em momentos de disponibilidade.

4.5 Procedimentos da coleta de dados

Questionário é definido como um conjunto de questões para obter informações relevantes que alcancem os objetivos de uma pesquisa. (MOYSES; MOORI, 2007). A aplicabilidade não é algo tão simples e não existe uma metodologia padronizada para o projeto de questionários, porém há recomendações mediante esta importante etapa do processo de coleta de dados, como: o questionário deve ser limitado em sua extensão e finalidade - o questionário longo gera desânimo ao respondente, entretanto, um curto pode ser ineficaz; deve ser claro e explícito com informações concisas; deve conter orientações necessárias para preenchimento correto e o aspecto e a estética devem ser considerados. “O sucesso dessa etapa é de fundamental importância para que os dados atendam às necessidades do processo de análise” (MOYSES; MOORI, 2007).

As vantagens para a utilização do questionário são: economia de tempo; eliminação de deslocamentos; obtenção de muitos dados; alcance de um determinado grupo de maneira simultânea; abrangência de uma ampla área geográfica; obtenção de respostas mais rápidas e precisas; mantém o respondente no anonimato; não necessita do pesquisador em campo; não

influencia o pesquisador e o participante pode escolher o melhor momento para dar respostas (MOYSES; MOORI, 2007).

A cada participante de pesquisa foram entregues duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E), sendo uma para o participante e a outra devolvida para a pesquisadora, um questionário sociodemográfico e profissional e o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), validado e adaptado para a referida Unidade. Na entrega dos documentos foram esclarecidas possíveis dúvidas quanto à pesquisa de acordo com questionamentos dos participantes do estudo. Essa abordagem ocorreu em todos os dias e períodos da semana, nos meses de outubro e novembro de 2016.

4.6 Análise dos dados

Os dados obtidos, digitados em planilhas do *Excel*, versão *Microsoft Office* 2010, visou garantir validação do banco de dados por meio da comparação de planilhas e correção de possíveis divergências. Após, exportaram-se os dados para o *Software SAS*, versão 9.0, para realização de análises estatísticas de cunho descritivo e inferencial.

Dados sociodemográficos e do instrumento SAQ, correlacionados e analisados por meio da estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, média e desvio-padrão), tiveram representação por tabelas e gráficos.

Para responder aos objetivos do estudo, utilizaram-se os testes não paramétricos de *Kruskal Wallis*, que tem por meta destacar se existe diferença significativa entre médias de diferentes amostras; o teste de *Mann-Whitney*, que compara as médias de duas amostras independentes e aleatórias, com variáveis numéricas contínuas ou ordinais; e a correlação de *Spearman*, que tem por objetivo avaliar uma função monótona e arbitrária que pode ser a descrição da relação entre duas variáveis, sem a necessidade de suposições sobre a distribuição de frequências e da análise exploratória dos dados. Para dados ausentes, utilizou-se o teste exato de *Fisher*, que testa a hipótese de duas variáveis, apresentadas em uma tabela 2x2 e indicado para amostras pequenas e independentes, a fim de determinar a probabilidade exata de ocorrência de uma frequência observada ou de valores mais extremos (GUIMARÃES, 2001).

Para dados ausentes, em consonância com outro estudo (CARVALHO, 2011), verificou-se que no domínio “Percepção da Gerência”, alguns itens (24 a 28) não foram respondidos por dez participantes da pesquisa. Em vista disso, análises estatísticas (associações entre variáveis e o teste de *Mann-Whitney*) foram associadas entre os grupos de

“respondentes” e “não respondentes”, com intuito de avaliar a possibilidade de viés ao manter esses questionários na pesquisa. Após análises, concluiu-se que não houve distorção nas interpretações dos resultados e os questionários foram considerados.

Ao relacionar variáveis, considera-se que um resultado significativo existe normalmente onde o valor probabilidade ou p-valor é $<0,05$, o que significa que os resultados obtidos ocorreriam por acaso em menos de 5% das vezes (ROCHA, 2017). Todos os testes de hipóteses desenvolvidos nesse trabalho consideraram esta significância de 5%, isto é, a hipótese nula foi rejeitada quando p-valor foi menor ou igual a 0,05.

4.7 Aspectos éticos

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, com CAAE 55647816.7.0000.0030 (ANEXO A), com coparticipante o Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da SES - DF, com CAEE 55647816.7.3001.5553, sob parecer de número 1.621.523 (ANEXO B).

Ao considerar o respeito pela dignidade humana e com o intuito de proteger os participantes, os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados com base nas diretrizes da resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (RESOLUÇÃO 466/2012). Todos os respondentes registraram anuência em participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E). Com a finalidade de manter o anonimato dos sujeitos, os participantes de pesquisa não foram identificados pelo nome, mas com números ordinais sequenciais.

5 RESULTADOS

Este capítulo descreve os resultados do estudo de cunho descritivo, das correlações e associações entre variáveis do instrumento SAQ, e desse com o instrumento sociodemográfico e profissional. Os resultados, apresentados por tabelas e gráficos, referem-se às percepções da equipe de saúde da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino no Distrito Federal a respeito da Cultura de Segurança.

5.1 Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes do estudo

A população total da UTI era composta de 59 profissionais. Desse numérico, foram excluídos 8,47% (N=5) de trabalhadores por motivo de licenças prolongadas ou exoneração (três auxiliares de enfermagem e dois médicos) e 5,1% (N=3) de perdas devido recusas de profissionais (dois médicos e um auxiliar de enfermagem) por indisponibilidade de tempo para preencher o instrumento. Assim, a amostra final compreendeu 51 profissionais sendo, 58,9% (N=30) auxiliares de enfermagem, 15,6% (N=8) fisioterapeutas, 9,8% (N=5) médicos, 1,96% (N=1) assistente social, 1,96% (N=1) psicólogo e 11,7% (N=6) enfermeiros.

O perfil dos profissionais, conforme Tabela 1, demonstra predominância do sexo feminino 52,9% (N=27), com a média de idade de 36 anos, tempo de formação de aproximadamente 11 anos e estado civil prevalece os casados 54,9% (N=28).

O grau de formação dominante, na população em estudo, foram a dos graduados 43,1% (N=22) e o tempo no hospital da maior parte da equipe de saúde é recente, com 47,1% (N=24) com menos de 5 anos. Além disso, a maioria, 56,9% (N=29) tem apenas um vínculo institucional e dentre os que têm outro vínculo, metade dos profissionais 50% (N=11) trabalham em outra UTI.

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA UTI DE UM HOSPITAL DE ENSINO DO DISTRITO FEDERAL (N=51).
BRASÍLIA, DF, 2016
(Continua)

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	27	52,9
	Masculino	24	47,1
Idade (em anos)	Média	36,0	
	Mínimo	23,0	
	Máximo	55,0	
Estado civil	Casado	28	54,9
	Solteiro	17	33,3
	União Estável	5	9,9
	Divorciado	1	1,9
Cargo	Técnicos de enfermagem	30	59,0
	Fisioterapeutas	8	15,7
	Enfermeiros	6	11,7
	Médicos	5	9,8
	Psicólogo	1	1,9
	Assistente social	1	1,9
Grau de formação	Graduado	22	43,1
	Especialista	14	27,5
	Técnico	14	27,5
	Mestre	1	1,9

FONTE: Dados da pesquisa (2016).

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA UTI DE UM HOSPITAL DE ENSINO DO DISTRITO FEDERAL (N=51). BRASÍLIA, DF, 2016
(Conclusão)

Tempo de formação (em anos)	Média	11,1	
	Mínimo	1,0	
	Máximo	26,0	
Tempo no hospital (em anos)	< 5 anos	24	47,1
	6 a 10 anos	17	33,3
	11 a 15 anos	8	15,7
	16 a 20 anos	2	3,9
Número de vínculos institucionais	1	29	56,9
	2	20	39,2
	3	2	3,9

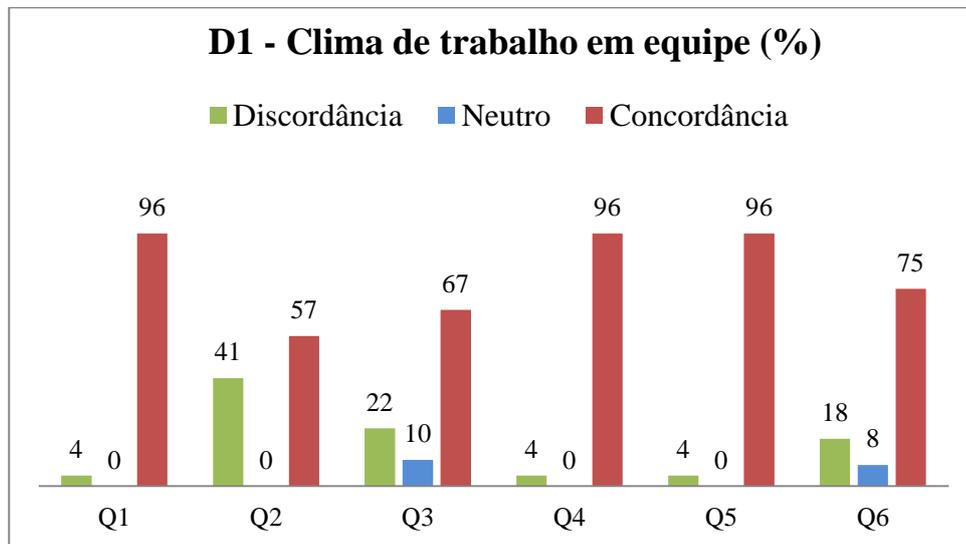
FONTE: Dados da pesquisa (2016).

5.2 Escores de atitudes de Segurança do Paciente, na percepção da equipe de saúde, por itens dos domínios do instrumento SAQ

Os gráficos a seguir apresentaram cada domínio e a distribuição das respostas positivas, neutras e negativas da equipe de saúde ao responder o instrumento SAQ. Ressalta-se que os itens 14 e 33 a 36 não foram contemplados na análise por não pertencer a nenhum domínio na escala original.

Os itens foram representados nos gráficos como questão 1 equivalente a Q1, questão 2 correspondente a Q2, e assim sucessivamente. As opções de respostas “discordo totalmente (DT)” e “discordo parcialmente (DP)” e as “concordo totalmente (CT)” e “concordo parcialmente (CP)” foram agrupadas, a fim de obter clareza na estatística descritiva e são denominadas como “concordância” (parcial e total) e “discordância” (parcial e total). Em seguida, optou-se pela frequência (porcentagem) dos domínios representada nos gráficos.

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ESCORES DOS ITENS 1 A 6, DO DOMÍNIO 1 (D1) – CLIMA DE TRABALHO EM EQUIPE. BRASÍLIA, DF, 2016



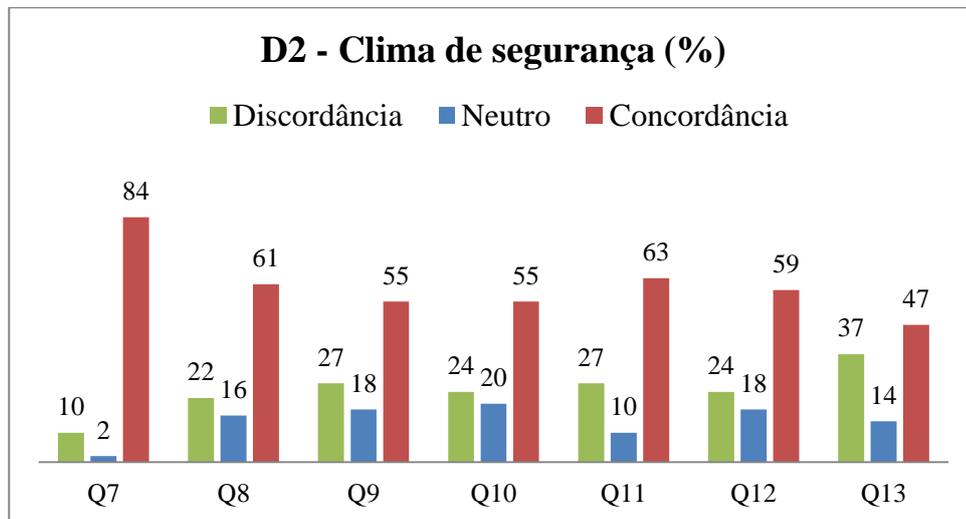
FONTE: Dados da pesquisa (2016).

No domínio 1 (D1), que se refere ao Clima de Trabalho em Equipe, predominou a porcentagem de concordância, com valores maiores ou iguais a 75 em quatro itens. Destaque para as questões: Q1 “As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta UTI”; Q4 “Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes”, o item Q5 “É fácil para os profissionais que atuam nesta UTI fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem”, que tiveram 96% (N=49) de concordância. O item no limite de 75% (N=38), para melhor percepção de Cultura de Segurança, foi o Q6 “Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada”.

Para discordância, o item Q2 “Nesta UTI, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente”, apresentou o nível mais elevado para discordância, com 41% (N=21) de respostas.

Para neutralidade, o item Q3 “Nesta UTI, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)” apresentou 10% (N=5) de respostas.

GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ESCORES DOS ITENS 7 A 13, DO DOMÍNIO 2 (D2) – CLIMA DE SEGURANÇA. BRASÍLIA, DF, 2016

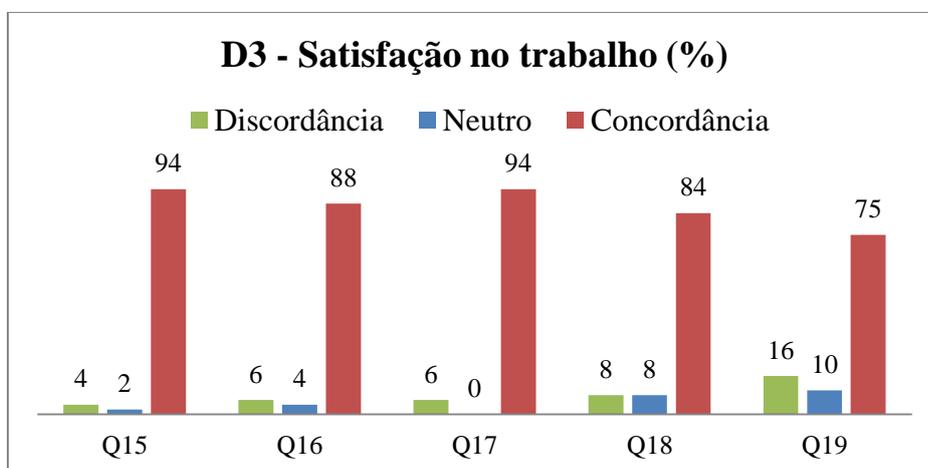


FONTE: Dados da pesquisa (2016).

No domínio 2 (D2), que se refere ao Clima de Segurança, o item destaque foi Q7 “Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente”, o qual teve uma frequência de 84% (N=43).

Para discordância, o item que apresentou maior valor foi o Q13 “A cultura nesta UTI torna fácil aprender com os erros dos outros”, com 37% (N= 19). E neutralidade foi mais perceptível no item Q10 “Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho” com 20% (N=7).

GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ESCORES DOS ITENS 15 A 19, DO DOMÍNIO 3 (D3) – SATISFAÇÃO NO TRABALHO. BRASÍLIA, DF, 2016

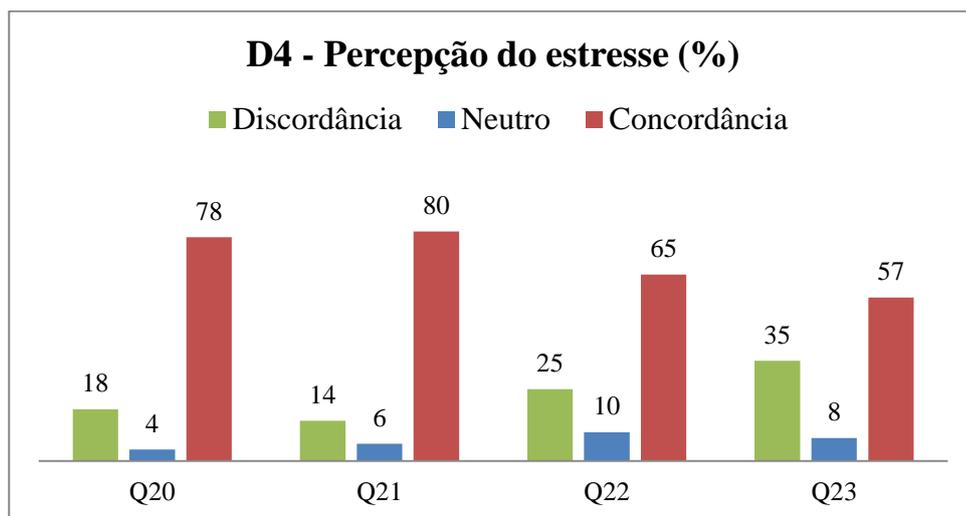


FONTE: Dados da pesquisa (2016).

O domínio 3 (D3), Satisfação no Trabalho, foi significativo para concordância em todos os itens, com mais de 75%. O item Q15 “Eu gosto do meu trabalho” e Q17 “Este é um bom lugar para trabalhar” tiveram a maior porcentagem de concordância, ambas com 94% (N=48). Em seguida, apresentaram elevadas porcentagens de concordância as questões Q16 “Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família” com 88% (N=45) e a Q18 “Eu me orgulho de trabalhar nesta UTI” com 84% (N=43). Com a menor porcentagem, a Q19 “O moral (autoestima, ânimo, estado de espírito) nesta UTI é alto”, apresentou 75% (N=38).

Para discordância, o item Q19 “O moral (autoestima, ânimo, estado de espírito) nesta UTI é alto” foi o que teve maior porcentagem com 16% (N=8). A porcentagem de neutralidade mais relevante foi de 10% (N=5) apresentados também na Q19.

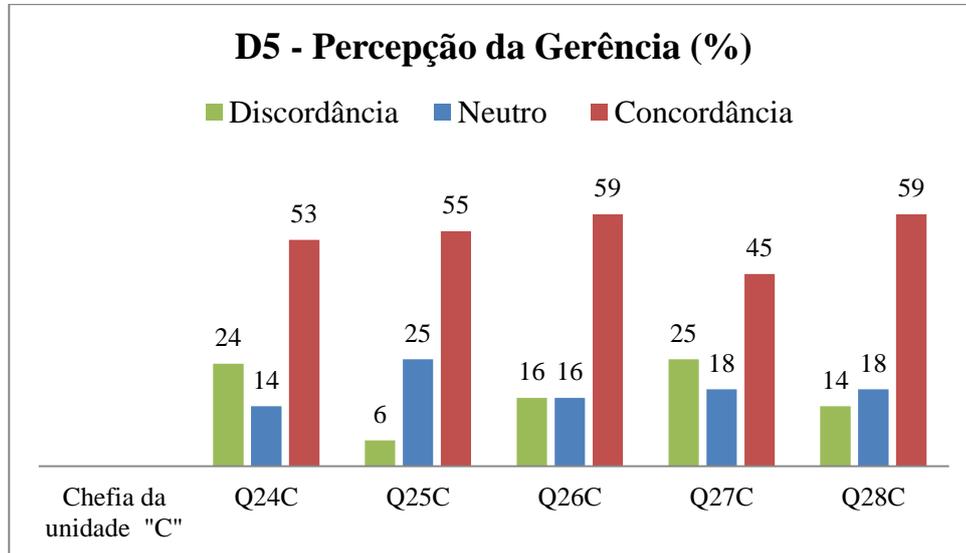
GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ESCORES DOS ITENS 10 A 23, DO DOMÍNIO 4 (D4) – PERCEPÇÃO DO ESTRESSE. BRASÍLIA, DF, 2016



FONTE: Dados da pesquisa (2016).

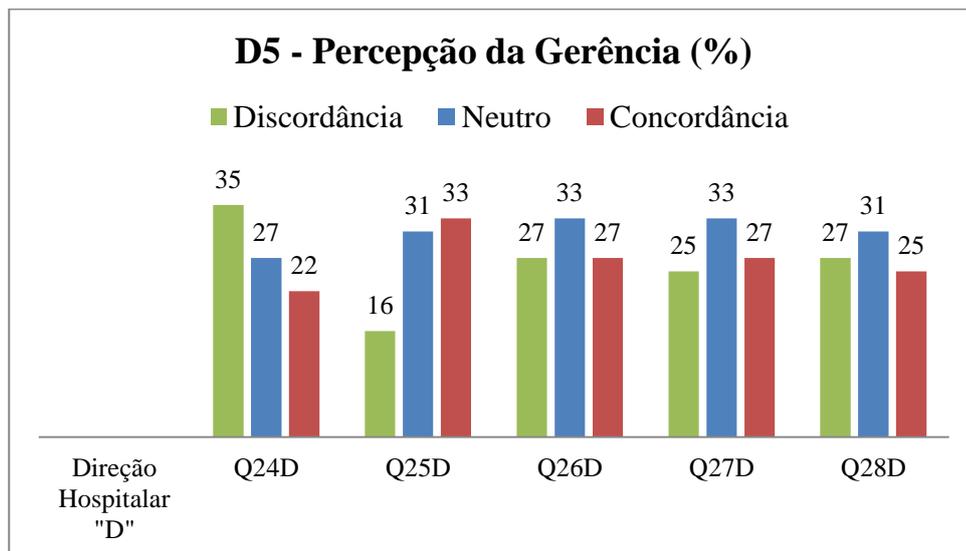
O domínio 4 (D4), Percepção do Estresse, teve realce para concordância no item Q21 “Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)” apresentando 80% (N= 41), seguida do item Q20 “Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado” com 78% (N= 40). Para discordância o Q23 “O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorrespiratória, convulsões)” apresentou 35% (N=18). E para neutralidade, o Q22 “Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis” apresentou 10% (N=5).

GRÁFICO 5A - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ESCORES DOS ITENS 24 A 28, DO DOMÍNIO 5 (D5) - PERCEPÇÃO DA GERÊNCIA: CHEFIA DA UNIDADE. BRASÍLIA, DF, 2016



FONTE: Dados da pesquisa (2016).

GRÁFICO 5B - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ESCORES DOS ITENS 24 A 28, DO DOMÍNIO 5 (D5) - PERCEPÇÃO DA GERÊNCIA: DIREÇÃO HOSPITALAR. BRASÍLIA, DF, 2016



FONTE: Dados da pesquisa (2016).

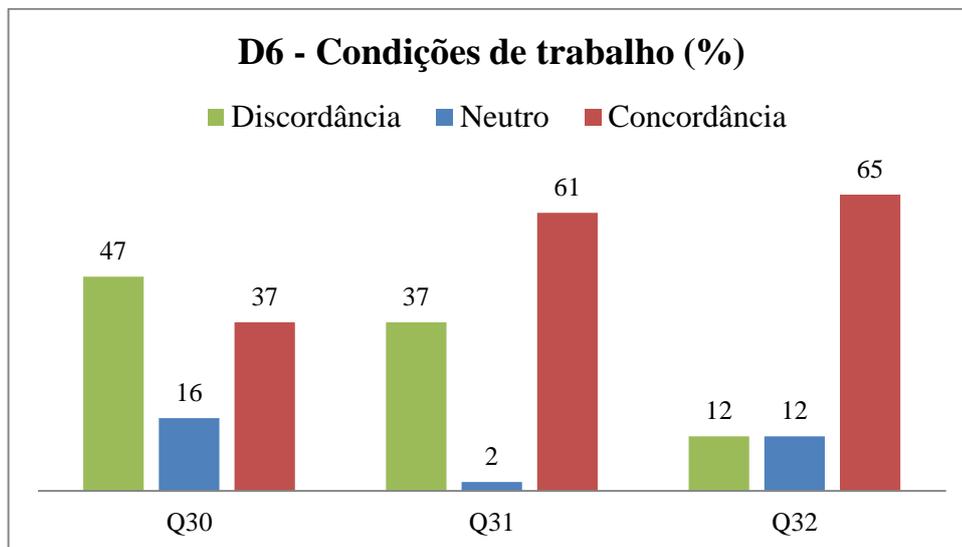
O domínio 5 (D5), refere-se à Percepção da equipe de saúde relacionadas à Gerência da Unidade de Terapia Intensiva e da Gerência Hospitalar (diretoria), retratados nos gráficos

5A e 5B. Os itens Q24C a Q28C referem-se à chefia da UTI e os itens Q24D e Q28D são relacionados à direção hospitalar. O item Q 29 direciona-se apenas ao domínio Percepção da Gerência, sem essas relações.

Neste domínio, de forma geral, para concordância, apenas o item Q29 “Nesta UTI, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes” apresentou porcentagem próxima a 75, com 71% (N=36). Para discordância, o item mais acentuado foi o Q24D “A administração apoia meus esforços diários (direção hospitalar)” com 35% (N=21). E de neutralidade, os itens Q26D e Q27D apresentaram a maior porcentagem de neutralidade, com 33% (N=17) em ambos.

Ao comparar gráficos referentes à Percepção da Gerência, verificou-se que itens da Chefia da Unidade apresentam valor de concordância maior (média=54,2) do que da Direção Hospitalar (média=26,8), e ambos têm valores abaixo de 60.

GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ESCORES DOS ITENS 30 A 32, DO DOMÍNIO 6 (D6) - CONDIÇÕES DE TRABALHO. BRASÍLIA, DF, 2016



FONTE: Dados da pesquisa (2016).

Para o domínio 6 (D6) - Condições de Trabalho, nenhum item alcançou os 75%, contudo o que mais se aproximou foi a porcentagem de concordância do item Q32 “Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados”, com 65% (N= 33). Para discordância e neutralidade, o maior índice do domínio foi na Q30 “Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe” com 47% (N= 24) e 16% (N=8), respectivamente.

O Apêndice F demonstra a frequência das respostas dos profissionais por itens do instrumento SAQ, segundo suas percepções, e os seis domínios citados anteriormente.

5.3 Escores dos itens sem domínio no SAQ

Os itens do SAQ não pertencentes a nenhum domínio também foram avaliados nesta pesquisa e os itens Q33 e Q34 apresentaram frequência positiva de 96% (N=49) e 86% (N=44), respectivamente, para Cultura de Segurança (Tabela 2). Para discordância o item Q36 apresentou 33% (N=17) e neutralidade o item Q14 obteve 41% (N=21).

TABELA 2 – ESCORES DOS ITENS SEM DOMÍNIOS DO SAQ (N=51). BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016

Itens sem domínios	Discordância	Neutro	Concordância	Não se aplica
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Q14 - Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração	7 (14)	21 (41)	20 (39)	3 (5,8)
Q33 - Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta UTI	1 (2)	1 (2)	49 (96)	0 (0)
Q34 - Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta UTI	5 (10)	2 (4)	44 (86)	0 (0)
Q35 - Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta UTI	5 (10)	13 (25)	23 (45)	10 (19,6)
Q36 - Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns	17 (33)	10 (20)	24 (47)	0 (0)

FONTE: Dados da pesquisa (2016).

5.4. Análise descritiva do SAQ por domínio

O escore total do SAQ variou de 55 a 83, por domínio, com média de 66,3 (Tabela 3). Ao considerar os domínios que sugerem atitudes positivas para Cultura de Segurança, Satisfação no Trabalho foi o único que apresentou média acima de 75. Outros domínios que tangenciaram o valor considerado positivo para Cultura de Segurança foram Clima de Trabalho em Equipe e Percepção do Estresse.

Contrariamente, três domínios apresentaram destaque fortemente negativo para Cultura de Segurança, por resultar em valores abaixo de 60, a saber: Clima de Segurança, Condições de Trabalho e Percepção da Gerência. Neste último, verificou-se que parte dos respondentes deixaram de preencher alguns itens.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS DO SAQ POR DOMÍNIOS, SEGUNDO PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA UTI DO HOSPITAL (N=51). BRASÍLIA, DF, 2016

Domínios SAQ	Média	Desvio Padrão
Clima de trabalho em equipe	74	14
Clima de segurança	59	18
Satisfação no trabalho	83	19
Percepção do estresse	70	25
Percepção da gerência	57	19
Condições de trabalho	55	24
Total	66,3	19,8

FONTE: Dados da pesquisa (2016).

5.5 Escores dos itens do SAQ, por domínios, correspondente à variável categoria profissional

Para domínios, ao relacioná-los com a equipe de saúde participante da pesquisa, não houve significância do p-valor estatístico. Porém, no domínio Clima de Trabalho em Equipe, auxiliares de enfermagem apresentaram melhor percepção para Cultura de Segurança; o domínio Satisfação no Trabalho apresentou auxiliares de enfermagem, enfermeiros e fisioterapeutas em destaque e no domínio Percepção do Estresse, auxiliares de enfermagem também obtiveram médias acima de 75. Psicólogo e assistente social não foram contemplados estatisticamente por haver apenas um profissional de cada especialidade na referida unidade.

A categoria médica, por sua vez, foi a que apresentou os menores escores em todos os domínios comparados aos demais profissionais (Tabela 4).

TABELA 4 – ESCORES DOS ITENS DO SAQ, POR DOMÍNIOS, CORRESPONDENTE À VARIÁVEL CATEGORIA PROFISSIONAL (N=51). BRASÍLIA, DF, 2016

Domínios SAQ	Aux. Enf. (N = 30)		Enfermeiros (N=7)		Fisioterapeutas (N=8)		Médicos (N=5)		p-valor*
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Clima de trabalho em equipe	75	14	74	11	77	13	70	18	0,8627
Clima de segurança	64	17	57	16	56	19	44	24	0,2158
Satisfação no trabalho	84	20	83	12	88	9	69	30	0,5133
Percepção do estresse	77	22	75	22	70	21	44	28	0,0895
Percepção das gerências	59	16	56	14	61	27	39	30	0,4944
Condições de trabalho	55	25	47	30	70	15	50	20	0,2776

DP = Desvio Padrão; *Teste de *Kruskal Wallis*.

FONTE: Dados da pesquisa (2016).

Apesar da não relevância do p-valor nos domínios SAQ, três itens apresentaram evidências estatísticas, conforme Tabela 5 a seguir: Q8 “Erros são tratados de modo apropriado nesta UTI” (p= 0,0208), Q31 “Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas estão disponíveis rotineiramente para mim” (p= 0,0449) e Q34 “Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta UTI” (p= 0,0385).

TABELA 5 - ESCORES DOS ITENS DO SAQ, CORRESPONDENTE A VARIÁVEL CATEGORIA PROFISSIONAL (N=51). BRASÍLIA, DF, 2016

Item SAQ	Aux. Enf. (N=29)		Enfermagem (N=7)		Fisioterapeutas (N=8)		Médicos (N=5)		p- valor*
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Q8 (Abordagem em erros)	73	23	61	28	61	38	30	21	0,0208
Q31 (Disponibilidade de informações)	56	32	43	31	84	13	50	35	0,0449
Q34 (Vivencia colaborativa com médicos)	72	23	61	24	88	13	85	14	0,0385

DP = Desvio Padrão; * Teste de *Kruskal Wallis*.

FONTE: Dados da pesquisa (2016).

5.6 Escores dos itens do SAQ, por domínios, correspondente a variável sexo

Com relação aos seis domínios do SAQ correlacionados com a variável sexo, apenas o domínio 3 (D3) – Satisfação no Trabalho apresentou média acima de 75, tanto para o sexo feminino (87) como para masculino (79). Além desse, o domínio Clima de Trabalho também alcançou a média relativa de atitudes de segurança positiva, com 76 para o sexo masculino. Os demais domínios não alcançaram a média adequada que indica Cultura de Segurança.

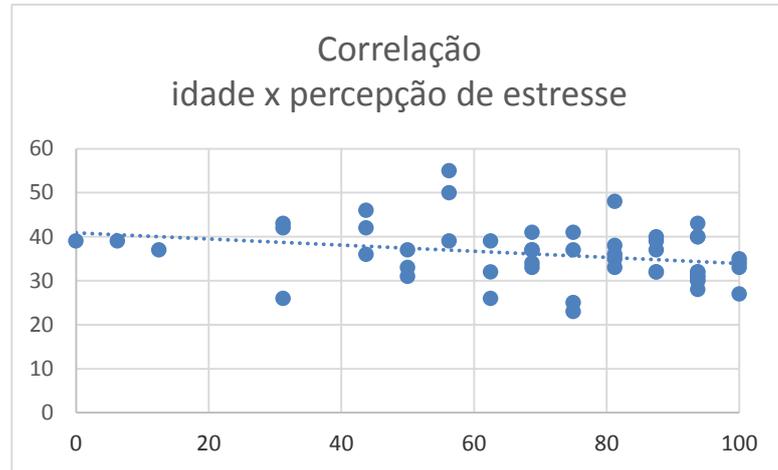
Dos 41 itens respondidos pelos participantes da pesquisa no instrumento SAQ, apenas as questões 7 “Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente e 18 “Eu me orgulho de trabalhar nesta UTI”, foram estatisticamente significativas, com *p* valor =0,0323 e *p*=0,0315 respectivamente.

5.7 Escores dos itens do SAQ, por domínios, correspondente a variável idade

Ao correlacionar as diferentes variáveis sociodemográficas com os domínios do Questionário Atitudes de Segurança, verificou-se relação estatística significativa da variável idade dos profissionais com o domínio 4, Percepção do Estresse ($r=-0.3337$, $p\text{-valor}=0.0167$). A relação negativa de moderada magnitude entre as variáveis evidencia que quanto menor a

idade dos profissionais, maior a pontuação no domínio referente a Percepção do Estresse (Gráfico 7).

GRÁFICO 7 - CORRELAÇÃO DE *SPEARMAN* ENTRE IDADE DOS PROFISSIONAIS E O DOMÍNIO 4 - PERCEPÇÃO DO ESTRESSE. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2016



FONTE: Dados da pesquisa (2016).

$r=-0.3337$, $p\text{-valor}=0,0167$

Para itens do SAQ e a faixa etária dos participantes da pesquisa, verificou-se questões significativas para os itens 20 e 23, o que afirma que profissionais mais novos têm uma Cultura de Segurança positiva para questões relativas ao pior desempenho dependendo da carga de trabalho e do cansaço, conforme elencados na Tabela 6.

TABELA 6 – ESCORES DOS ITENS DO SAQ, POR DOMÍNIO, CORRESPONDENTE À VARIÁVEL FAIXA ETÁRIA (N=51). BRASÍLIA, DF, 2016

SAQ	Até 35 anos (N=24)	Mais de 35 anos (N=27)	p-valor*
	Média (DP)	Média (DP)	
Percepção do estresse (Domínio 4)	81(19)	61(27)	0,0049
Q20 (Carga de trabalho excessiva)	90(19)	66(34)	0,0063
Q23 (Cansaço diante de emergências)	70(35)	46(38)	0,0237

DP = Desvio Padrão; * Teste de *Mann-Whitney*.

FONTE: Dados da pesquisa (2016).

5.8 Escores dos itens do SAQ, por domínios, correspondente à variável tempo de formação

Com relação ao tempo de formação, médias acima de 75 foram encontradas nos seguintes domínios Clima de Trabalho em Equipe, entre aqueles que se formaram de 11 a 14 anos, e 15 anos ou mais (média= 75, respectivamente); Satisfação no Trabalho com equipe formada entre 0 a 6 anos (média = 89), de 7 a 10 anos (média = 80), de 11 a 14 anos (média = 78) e 15 anos ou mais (média = 85); e Percepção do Estresse para equipe formada de 0 a 6 anos (média = 80) e de 7 a 10 anos (média = 78). Os dados são apresentados na Tabela 7.

TABELA 7 – ESCORES DOS ITENS DO SAQ, POR DOMÍNIOS, CORRESPONDENTE A VARIÁVEL TEMPO DE FORMAÇÃO (N=51). BRASÍLIA, DF, 2016

Tempo de formação	Domínios					
	Clima de trabalho em equipe	Clima de segurança	Satisfação no trabalho	Percepção do estresse	Percepção da gerência	Condições de trabalho
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Até 6 anos	73 (14)	66 (15)	89 (11)	80 (18)	64 (13)	57 (24)
De 7 a 10 anos	72 (15)	55 (19)	80 (20)	78 (19)	55 (23)	57 (30)
De 11 a 14 anos	75 (08)	58 (14)	78 (22)	49 (34)	49 (21)	48(21)
15 anos ou +	75 (18)	58 (22)	85 (20)	69 (22)	58 (20)	58 (20)

DP = Desvio Padrão.

FONTE: Dados da pesquisa (2016).

Para p-valor, itens Q8 “Erros são tratados de modo apropriado nesta UTI” e Q27C “Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa chefia da unidade” tiveram $p=0,0347$ e $p=0,0487$, respectivamente (Tabela 8).

TABELA 8 - ESCORES DO SAQ, POR ITENS, CORRESPONDENTE A VARIÁVEL TEMPO DE FORMAÇÃO (N=51). BRASÍLIA, DF, 2016

SAQ	Até 6 anos (N=13)		De 7 a 10 anos (N=13)		De 11 a 14 anos (N=10)		15 anos ou + (N=15)		p-valor
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Q8 (Abordagem em erros)	81	15	67	24	44	33	57	33	0,0347
Q27 C* (Tratamento construtivo)	65	25	50	35	31	26	65	28	0,0487

DP = Desvio Padrão; C* = Chefia da Unidade; Teste de *Kruskal Wallis*.
 FONTE: Dados da pesquisa (2016).

5.9 Escores dos itens do SAQ, por domínios, correspondente à variável formação profissional

Destaque novamente para os três domínios: Clima de Trabalho em Equipe (média = 76 entre os graduados), Satisfação no Trabalho (média = 85 para especialistas; 83 em graduados e 81 entre os técnicos) e Percepção de Estresse (média=76 entre graduados), observados na Tabela 9. No questionário sociodemográfico e profissional havia opções para mestre, doutor e pós-doutor, porém apenas um profissional da unidade possui mestrado como uma dessas titulações.

TABELA 9 – ESCORES DOS ITENS DO SAQ, POR DOMÍNIOS, CORRESPONDENTE A VARIÁVEL FORMAÇÃO PROFISSIONAL (N=51). BRASÍLIA, DF, 2016

Domínios	Especialista Média (DP)	Graduado Média (DP)	Técnico Média (DP)
Clima de trabalho em equipe	72 (17)	76 (14)	72 (13)
Clima de segurança	53 (16)	62 (20)	61 (18)
Satisfação no trabalho	85 (12)	83 (21)	81 (21)
Percepção do estresse	64 (26)	76 (21)	72 (24)
Percepção das gerências	61 (16)	55 (22)	57 (20)
Condições de trabalho	58 (19)	56 (27)	54 (25)

DP = Desvio Padrão.

FONTE: Dados da pesquisa (2016).

5.10 Escores dos itens do SAQ, por domínios, correspondente a variável tempo no hospital

Ao considerar domínio por tempo no hospital, apenas dois apresentaram médias maiores que 75 (Tabela 10): Clima de Trabalho em Equipe entre as pessoas que trabalham a menos tempo no hospital (até 5 anos, com média = 77) e Satisfação no Trabalho em todas as opções apresentadas (até 5 anos, com média = 83; de 6 a 10 anos com média = 84; e de 11 a 20 anos com média = 81).

TABELA 10 – ESCORES DOS ITENS DO SAQ, POR DOMÍNIOS, CORRESPONDENTE A VARIÁVEL TEMPO NO HOSPITAL (N=51). BRASÍLIA, DF, 2016

Domínio	Até 5 anos Média (DP)	6 a 10 anos Média (DP)	11 a 20 anos Média (DP)
Clima de trabalho em equipe	77 (12)	69 (16)	73 (14)
Clima de segurança	58 (16)	54 (20)	68 (19)
Satisfação no trabalho	83 (18)	84 (12)	81 (29)
Percepção do estresse	73 (25)	65 (27)	71 (27)
Percepção das gerências	57 (19)	56 (22)	59 (19)
Condições de trabalho	55 (26)	53 (24)	60 (19)

DP = Desvio Padrão

FONTE: Dados da pesquisa (2016).

5.11 Escores dos itens do SAQ, por domínios, correspondente à variável número de vínculos

Para número de vínculos, houve média positiva para os domínios Clima de Trabalho em Equipe (um vínculo: média = 76 e 3 vínculos: média = 75) e Satisfação no Trabalho (um vínculo: média = 89 e 2 vínculos: média = 78), de acordo com a Tabela 11.

TABELA 11 – ESCORES DOS ITENS DO SAQ, POR DOMÍNIOS, CORRESPONDENTES À VARIÁVEL NÚMERO DE VÍNCULOS (N=51). BRASÍLIA, DF, 2016

Domínios	1 vínculo Média (DP)	2 vínculos Média (DP)	3 vínculos Média (DP)
Clima de trabalho em equipe	76 (15)	71 (14)	75 (15)
Clima de segurança	62 (16)	55 (21)	63 (13)
Satisfação no trabalho	89 (10)	78 (22)	55 (42)
Percepção do estresse	72 (23)	68 (30)	56 (18)
Percepção das gerências	62 (17)	53 (18)	19 (27)
Condições de trabalho	59 (22)	51 (27)	54 (06)

DP = Desvio Padrão.

FONTE: Dados da pesquisa (2016).

Destaque para os itens Q6 “Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada” com p-valor = 0,0085 e Q15 “Eu gosto do meu trabalho” com p-valor = 0,0489, conforme demonstrado na Tabela 12.

TABELA 12 - ESCORES DOS ITENS DO SAQ CORRESPONDENTES À VARIÁVEL NÚMERO DE VÍNCULOS. BRASÍLIA, DF, 2016

SAQ	1 vínculo (N=29)		2 vínculos (N=20)		3 vínculos (N=2)		p-valor*
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Q6 (Relação de trabalho – médicos e enfermeiros)	78	15	54	31	88	18	0,0085
Q15 (Gostar de trabalhar na unidade)	97	8	88	21	50	71	0,0489

DP = Desvio Padrão; *Teste de *Kruskal Wallis*

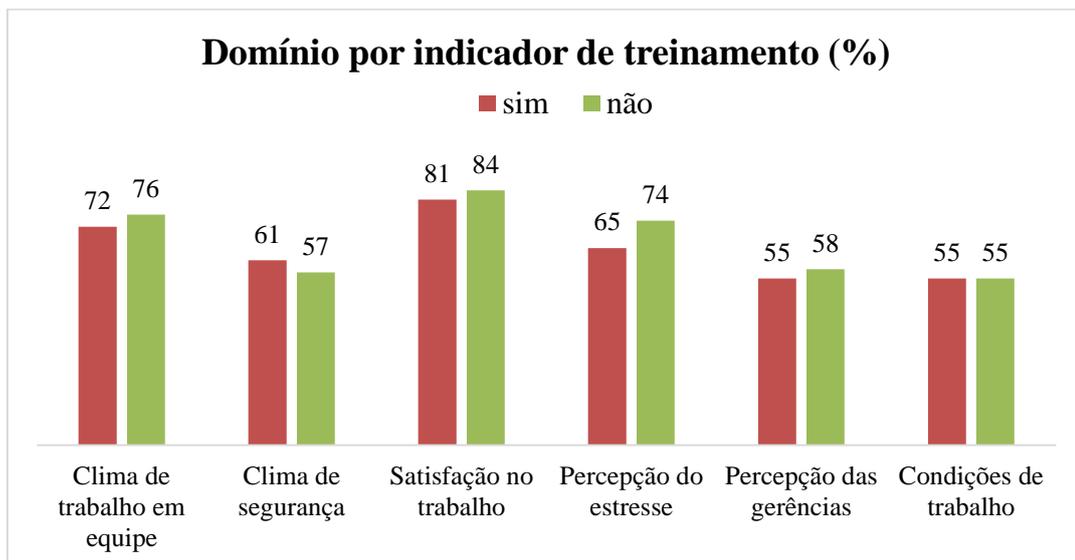
FONTE: Dados da pesquisa (2016).

5.12 Escores dos itens do SAQ, por domínios e itens, correspondente à variável treinamento de segurança do paciente

Ao considerar treinamento relacionado à Segurança do Paciente, mais da metade da equipe de saúde (N = 28; 56%) não realizou nenhuma capacitação. Dentre os que realizaram treinamento, alguns afirmaram ter sido no próprio hospital de estudo e os outros: na Escola de Governo do Distrito Federal (EGOV- DF); na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH – DF); na rede D’or do DF, ou ainda, na Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB).

Ao correlacionar a variável treinamento com domínios e itens do SAQ, os domínios Clima de Trabalho em Equipe e Satisfação no Trabalho destacaram-se positivamente para Cultura de Segurança. Para Clima de Trabalho em Equipe, os que não realizaram capacitação apresentou 76% e para Satisfação no Trabalho, capacitados apresentaram 81% e os não capacitados apresentaram frequência de 84% (Gráfico 8).

GRÁFICO 8 - ESCORES DOS ITENS DO SAQ, POR DOMÍNIOS, CORRESPONDENTE A VARIÁVEL TREINAMENTO DE SEGURANÇA DO PACIENTE. BRASÍLIA – DF, 2016



FONTE: Dados da pesquisa (2016).

Ao correlacionar itens do instrumento SAQ com a variável treinamento, dois itens destacaram-se significativamente, a saber: item 8 “Erros são tratados de maneira apropriada

nesta UTI” ($p= 0,0385$) e item 9 “Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à Segurança do Paciente nesta UTI” ($p=0,0437$), conforme Tabela 13.

TABELA 13 – ESCORES DOS ITENS DO SAQ CORRESPONDENTE A VARIÁVEL TREINAMENTO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – PROFISSIONAIS CAPACITADOS E NÃO CAPACITADOS. BRASÍLIA, DF, 2016

Itens SAQ	Não realizou capacitação (n=28)		Realizou capacitação (n=22)		p-valor*
	Média	DP	Média	DP	
Q8 (Abordagem em erros)	71	27	55	30	0,0385
Q9 (Encaminhamentos de questões de SP)	50	30	67	31	0,0437

DP = Desvio Padrão; * Teste de *Wilcoxon*
 FONTE: Dados da pesquisa (2016).

Em se tratando da realização de pesquisas, 94,11% (N=48) dos profissionais consideraram relevante, alegando que investigações contribuem para melhoria assistencial, segurança dos usuários, redução de riscos e padronização de protocolos. Em oposição, 5,88% (N=3) ressaltaram a necessidade de investimentos em recursos físicos e humanos antes de investir em pesquisas a respeito da Segurança do Paciente.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo analisou as percepções da equipe de saúde de Unidade de Terapia Intensiva relacionadas às Atitudes de Segurança do Paciente de um Hospital de Ensino do Distrito Federal por meio do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) - Questionário de Atitudes de Segurança (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Na amostra dos participantes da pesquisa, houve predominância do sexo feminino (52,9%) e de profissionais de enfermagem (70,6%) que caracterizam a maior parte das equipes de instituições de saúde no Brasil (CARVALHO et al., 2017). A média de idade dos profissionais era de 36 anos, que evidencia uma equipe adulta jovem, com grau de formação de nível superior em sua maioria, na qual metade dos auxiliares de enfermagem possui graduação, que sugere uma equipe mais capacitada e com abordagem qualificada para a prestação do cuidado ao paciente crítico, o que é um fator positivo, visto a formação e

qualificação dos profissionais da saúde ser considerada um ponto forte para a construção de uma Cultura de Segurança do Paciente (WEGNER et al., 2016).

Chama à atenção a falta de alguns profissionais essenciais para um cuidado holístico do paciente lotados na unidade pesquisada, tais como: nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e farmacêutico, sendo este, inclusive, mencionado no Questionário de Atitudes de Segurança. O trabalho em equipe multiprofissional em UTI auxilia de maneira positiva na divisão de responsabilidade, em uma assistência integral, humanizada e direcionada para a Segurança do Paciente (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016).

Para o tempo de atuação na unidade, mais da metade trabalha há mais de cinco anos, o que indica certa experiência, conhecimento da rotina, maior convivência e troca de relações entre seus pares, fatores positivos para um cuidado intensivo. A estabilidade profissional colabora para o fortalecimento do processo de trabalho e sem consequências impactantes e negativas decorrentes da substituição periódica de pessoal (CARVALHO et al., 2015; CARVALHO, 2017).

Com relação ao tempo de formação, há evidência para o item relacionado a forma de tratamento apropriada dos erros na UTI, em que profissionais com menos de 6 anos de formados apresentaram melhor percepção para a Cultura de Segurança (média=81; p-valor=0,0347), semelhante a outro estudo onde profissionais com menor tempo de atuação também apresentaram esse achado (SILVA; ROSA, 2016). Contudo, quanto a relação das variáveis “formação profissional” e “tempo no hospital” com os itens do SAQ, não foi encontrado valor estatístico significativo para esta correlação.

Outro dado em destaque é que a maioria dos participantes possui apenas um vínculo institucional, o que é positivo em termos de maior dedicação a UTI e aos pacientes, em contrapartida, isso pode ocasionar uma jornada de trabalho elevada na própria unidade, caso o servidor opte em realizar horas extras, levando-o ao estresse, exaustão e maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis. Tal situação, muitas vezes, é motivada por uma remuneração não adequada e sem valorização profissional, levando o colaborador a desenvolver uma jornada de trabalho árdua, com sacrifício e menor tempo para o cuidado de si e de sua família (VIANA et al., 2014).

O escore total do SAQ variou de 55 a 83, por domínio, com média de 66,3. A média do escore mostra um valor abaixo das recomendações internacionais, que seria de 75 para uma boa percepção para Cultura de Segurança (CARVALHO et al., 2015). Estudos similares em três hospitais públicos brasileiros (CARVALHO et al., 2017) e em duas Unidades de Terapia Intensiva na Arábia Saudita (AL MALKI; ENDACOTT; INNES, 2017) também

apresentaram médias baixas de 67,6 e 61,2 respectivamente, consideradas médias negativas para atitudes de Segurança do Paciente.

Com relação às atitudes dos profissionais avaliadas por domínios do SAQ, o único que apresentou avaliação positiva para Cultura de Segurança do Paciente em todos os itens foi “satisfação no trabalho” (média=83), corroborando com estudos nacionais e internacionais que também apresentaram maiores escores nesse domínio (FERMO et al., 2016; AL MALKI; ENDACOTT; INNES, 2017). A satisfação no trabalho potencializa a produtividade dos profissionais, o que facilita o alcance dos objetivos e das metas institucionais, tornando-se favorável à saúde, bem-estar profissional e menor rotatividade na unidade (FERMO et al., 2016).

Vale destacar que os domínios “clima de trabalho em equipe” (média=74) e “percepção do estresse” (média=70,1) aproximaram-se do valor considerado positivo para Cultura de Segurança do Paciente. O trabalho em equipe é um pressuposto para a Segurança do Paciente e resulta em maior bem-estar psicológico, apoio social e melhora da autoestima profissional (DA CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014). Já o reconhecimento do estresse é primordial para o profissional entender que as altas exigências no trabalho podem afetá-lo ao limitar suas atividades e prejudicar sua saúde.

Em contrapartida, os domínios “condições de trabalho” (57,1), “percepção da gerência” (57,2) e “clima de segurança” (59,2), apresentaram valores abaixo de 60, considerado um risco para os serviços de saúde, o que aponta a necessidade de investimento em melhorias na promoção de segurança (CARVALHO et al., 2015; CARVALHO et al., 2017).

O domínio “condição de trabalho” foi o que obteve a maior fragilidade na avaliação dos profissionais, o que corresponde a uma prática assistencial limitada, visto que, há déficits de equipamentos, apoio logístico, supervisão adequada, informações referentes aos pacientes, com perda de autonomia e maior risco de danos (FERMO et al., 2016).

Condições de trabalho com mão de obra escassa, falta de qualificação profissional, carga horária excessiva, absenteísmo e evasão profissional são problemas mundiais nas áreas de saúde e o Brasil não é exceção à regra, onde a complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) torna-se agravada com fatores estruturais, políticos, econômicos e culturais. Não obstante, meios de comunicação retratam as más condições de trabalho e recursos limitados, com longas filas de espera, emergências superlotadas, expondo erros e falhas assistenciais ao paciente, o que sugere a população leiga uma percepção negativa quanto aos profissionais da

saúde, e estes acabam sendo generalizados como ineficientes (MAGALHÃES; DALLÁGNOL; MARCK, 2013).

A dimensão “percepção da gerência” (média=57,2) apresentou-se como item frágil para Cultura de Segurança, pois todos os profissionais tiveram uma percepção abaixo do escore 60 (risco elevado) e isso pode sugerir distanciamento das ações da gestão, com necessidade de políticas e programas que estabeleçam maior envolvimento e avaliação permanente dos processos de trabalho (FERMO et al., 2016). O resultado neste domínio é consistente com outro estudo brasileiro que também identificou que profissionais não se sentem valorizados pela gestão e não participam das tomadas de decisões. O papel compartilhado com a equipe de saúde possibilita trocas de informações, respeito, apoio e confiança mútua (AL MALKI; ENDACOTT; INNES, 2017). Entretanto, essa menor pontuação pode estar relacionada à falta de respostas de alguns itens, por provável incompreensão da disposição destes no instrumento SAQ, os quais são os únicos que se apresentam em duas colunas.

O domínio “clima de segurança” também revelou fragilidade para Segurança do Paciente (média=59,2), semelhante com outro estudo nacional que mostrou média abaixo de 70 (CARVALHO et al., 2015). Os itens deste domínio demonstraram a vulnerabilidade da equipe sobre o clima de segurança e refletem certo desconhecimento dos meios adequados para encaminhamento dos erros e das questões de Segurança do Paciente na unidade.

Entre os itens sem domínios, destaque para questões afirmativas sobre a vivência entre a equipe de saúde e os enfermeiros e médicos da unidade, com escores acima de 80, e revelam um bom relacionamento da equipe, fator positivo para “comportamento e práticas seguras”, caso estivessem inseridos neste domínio proposto em estudo (CARVALHO, 2011; CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Ao revelar os escores por categorias profissionais, médicos foram os que apresentaram os escores menores em todas as dimensões do SAQ (média=52,6), corroborando com outro estudo nacional com média similar de 50,4 (CARVALHO et al., 2015). Ainda, foram os profissionais que mais se recusaram a participar da pesquisa, alegaram falta de tempo para o preenchimento do instrumento, mesmo motivo relatado em outro estudo (CARVALHO et al., 2017), o que pode remeter a um desinteresse e desconhecimento da temática desde o início da formação profissional.

Para as demais categorias e domínios do SAQ, a enfermagem destacou-se em “clima de trabalho em equipe”, “satisfação no trabalho” e “percepção do estresse”, com médias de 75, 84 e 77, respectivamente. A fisioterapia obteve média positiva para Cultura de Segurança

em “clima de trabalho em equipe” e “satisfação no trabalho”, com médias 77 e 88, respectivamente. Esses dados indicam que quando há colaboração entre os profissionais, o clima de trabalho torna-se satisfatório, desde que tenha como critérios a comunicação eficaz da gestão com os membros da equipe, a troca de experiências colaborativas, e isso leva-os à motivação para o desempenho na unidade (GOLLE et al., 2018).

Entre os seis domínios do SAQ, os médicos apresentaram uma melhor avaliação no domínio “clima de trabalho em equipe”, inclusive com valores estatísticos significativos no item relativo a boa convivência com outros médicos da unidade (p-valor=0,0385), apoio e respeito mútuo entre a própria categoria profissional, com superação, eficiência, clima de trabalho respeitoso e hegemonia profissional, o que vem ao encontro com outro estudo (ROCHA; SOUZA; TEIXEIRA, 2015).

Ao correlacionar a variável sexo, além da satisfação profissional de ambos os gêneros, houve valores de significância para os itens relacionados ao sentimento de segurança, ao serem tratados como pacientes de UTI (p-valor=0,0323) e orgulho de trabalhar na referida unidade (p-valor=0,0315). Mesmo com toda complexidade da UTI e com condições de trabalho precárias, profissionais da referida unidade se sentem acolhidos, enxergam seus locais de trabalho como espaços favoráveis à humanização, ao bom exercício técnico e propícios a satisfação no trabalho (SANCHES et al., 2016).

A variável idade apresentou significância estatística correlacionada com o domínio “percepção do estresse” (p-valor=0,0049) e com os itens 20 e 23 referentes à carga de trabalho excessiva (p-valor=0,0063) e ao cansaço durante situações de emergência (p-valor=0,0237), respectivamente. Estas correlações apontaram que profissionais mais jovens apresentaram atitudes positivas para Cultura de Segurança no que tange ao estresse, percebendo a piora do seu desempenho a depender do esgotamento físico e emocional, da carga de trabalho e do cansaço, o que difere de estudo que constatou que quanto mais elevada a idade do profissional maior a percepção do estresse (SANTIAGO; TURRINI, 2015). Em oposição, participantes da pesquisa com maior maturidade não notam de maneira efetiva erros em situações tensas e hostis, item negativo para Cultura de Segurança, pois os profissionais não percebem que o cansaço e a tensão podem margear erros e favorecer incidentes com danos (DA CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014).

Ao considerar o tempo de formação, houve diversidade nas médias dos itens referentes ao tratamento de erros de forma adequada e construtiva na unidade, e apenas os profissionais com menos de 6 anos de formação tiveram a melhor percepção sobre incidentes (média= 81; p-valor=0,0347). A diversidade de valores, certamente, deve-se ao fato de que há

dificuldade da equipe de saúde em avaliar o grau de dano atribuído ao erro e aos eventos adversos de pacientes sob cuidados críticos (DUARTE et al., 2015).

Profissionais graduados tiveram as melhores atitudes para Cultura de Segurança nos domínios “clima de trabalho em equipe”, “satisfação no trabalho” e “percepção do estresse”, com médias acima de 75. A formação profissional e o desenvolvimento de trabalhadores de saúde, de maneira interdisciplinar, são potencialidades para um cuidado seguro e colaboradores necessitam de aprimoramento profissional, mudanças na concepção pedagógica e na forma de fazer saúde (WEGNER et al., 2016).

Os que trabalham a menos de 5 anos no hospital apresentaram atitudes de segurança positivas para “clima de trabalho em equipe” (média=77). Houve significância para os que têm um ou dois vínculos, ao apresentar médias fortes (97 e 88, respectivamente) para Cultura de Segurança, com p-valor = 0,0489, e mensuraram gosto pelo trabalho em UTI. A Cultura de Segurança tem como um dos objetivos compreender o que é trabalho em equipe, pois profissionais conscientes, com responsabilidade coletiva, agem com mais segurança (WEGNER et al., 2016).

No que concerne sobre capacitação e importância de pesquisas relacionadas ao tema, notou-se um déficit de capacitações no hospital em estudo, com mais da metade da equipe (56%) alegando nunca ter participado de treinamentos. Contudo, mesmo não sendo capacitados como gostariam, quase a totalidade dos participantes (94%) acreditam na importância da realização de pesquisas na área de Segurança do Paciente e no retorno que estas podem gerar no contexto hospitalar.

Ao correlacionar itens do SAQ com a variável treinamento, profissionais que realizaram capacitação obtiveram média menor (média=55; p-valor=0,0385) no item que corresponde ao manejo dos erros na UTI, o que infere que os profissionais capacitados são mais críticos e acreditam que os erros não têm tratamento adequado (CARVALHO et al., 2015). Estes profissionais apresentaram maior conhecimento a respeito dos meios para encaminhamentos das questões de Segurança do Paciente em comparação àqueles que não realizaram capacitação, atitude esperada para profissionais atualizados no tema.

Capacitações na área de Segurança do Paciente são importantes para a compreensão dos tipos de incidentes, suas causas, consequências e fatores contribuintes, além da importância da notificação e registro dos erros, gerando subsídios para análise do caso, tomada de decisões, prevenções e reduções do risco associado ao cuidado em saúde, deve-se discutir a problematização da Segurança do Paciente de forma séria e responsável, com equipe de saúde instrumentalizada, desde o início da formação, visando pessoas críticas,

reflexivas, compromissadas e competentes, para o desenvolvimento de uma Cultura de Segurança do Paciente justa e eficaz (WEGNER et al., 2016).

Ao se tratar da importância de pesquisas de Segurança do Paciente, ressalta-se que a era da segurança depende da qualificação de profissionais com a busca de excelência técnica e científica, e cuidados baseados em evidências, pois para a formação e desenvolvimento de recursos humanos nas instituições, a educação continuada se insere como componente essencial na promoção de uma filosofia que sustenta melhorias contínuas (MELLO; BARBOSA, 2013), ponto positivo observado nos participantes desta pesquisa.

Para a qualificação dos profissionais, uma das estratégias de ensino, é o uso da simulação clínica, processo que envolve uma situação hipotética e incorporação autêntica da realidade que envolve o aluno, promove a integração da aprendizagem prática e teórica, proporciona repetição, *feedback*, avaliação contínua e reflexão. Como potencialidade desse método, está a articulação prática de ensino e pesquisa desde a graduação e pode ser utilizada nos diversos níveis de atenção à saúde, inclusive na temática relacionada à SP (QUIRÓS; VARGAS, 2014).

Medir a Cultura de Segurança com o instrumento SAQ contribui para um diagnóstico situacional de Segurança do Paciente e para o planejamento das intervenções a depender das necessidades de cada instituição, além de apontar um caminho para a gestão, que pode estabelecer metas e usufruir de capacitações e treinamentos para alcançar a qualidade desejada (GOLLE et al., 2018). Destaca-se que este foi o primeiro estudo realizado na UTI do referido hospital de ensino sobre Segurança do Paciente, tornando-se um ponto de partida para futuras intervenções, com atenção na educação continuada.

Dentre as limitações, pode-se citar a amostra reduzida que impacta na validade externa do estudo e a composição restrita da equipe de saúde, não heterogênea, a exemplo dos farmacêuticos que foram mencionados no Questionário de Atitudes de Segurança. Ademais, a apresentação dos itens referentes ao domínio “percepção das gerências” pode ter gerado dúvidas no preenchimento, visto que muitos itens foram deixados em branco, mesmo com a equipe de pesquisa disponível para esclarecimentos.

Para avanços na temática, verifica-se a necessidade de investimentos em processos de trabalho seguros, com a participação da gestão, a realização de treinamentos com a finalidade de aprimoramento da equipe de saúde, em especial as notificações de eventos adversos, além de novas pesquisas que possibilitem a avaliação da Cultura de Segurança do Paciente.

7 CONCLUSÕES

Este estudo permitiu analisar as percepções da equipe de saúde de Unidade de Terapia Intensiva relacionadas às Atitudes de Segurança do Paciente de um Hospital de Ensino do Distrito Federal e identificou que a maioria apresentou uma cultura de risco.

Os dados revelam que há predomínio de uma Cultura de Segurança incipiente, uma vez que a média geral do Questionário de Atitudes de Segurança foi de 66,3 e indicou atitudes negativas para Cultura de Segurança, contrária à hipótese do estudo, visto que somente dois domínios dentre os seis analisados refletiram uma boa percepção dos participantes da pesquisa. Apesar da temática de Segurança do Paciente estar em evidência, dados revelam fragilidades, constatados em pesquisas recentes nacionais e internacionais que utilizaram dessa mesma avaliação.

O domínio Satisfação no Trabalho foi o que apresentou o escore mais forte para atitudes de segurança, enquanto Condições de Trabalho indicou a maior fragilidade para Cultura de Segurança do Paciente, e apesar das condições de trabalho não serem adequadas, profissionais da unidade têm uma percepção positiva e se sentem satisfeitos com o papel desempenhado na unidade.

Um dos domínios que evidenciam comunicação ineficaz entre a gestão e os colaboradores, na avaliação dos profissionais, foi o Percepção da Gerência, em que todas as categorias profissionais avaliaram como sendo um domínio muito frágil para Cultura de Segurança. Isso torna evidente a necessidade de construção e aprimoramento nos processos de trabalhos que envolvam a participação ativa da alta gestão.

Deve-se investir no aprimoramento profissional desde a graduação, visto que entre as categorias profissionais, apenas os domínios Satisfação no Trabalho e Clima de Trabalho em Equipe destacaram-se para Cultura de Segurança. Contudo, convém ressaltar que a categoria médica, ao apresentar os menores escores em todos os domínios do SAQ, requer atenção especial.

O complexo cenário da UTI e as condições de trabalho precárias não foram fatores impeditivos ao sentimento de acolhimento, humanização e satisfação no trabalho da equipe de saúde da UTI. No entanto, profissionais acima de 35 anos apresentaram uma pior percepção do estresse em comparação aos mais novos e não reconhecem que o cansaço e a carga horária excessiva podem prejudicar seu desempenho, o que pode acarretar prejuízos na gestão do estresse e na propensão de eventos adversos.

Como objetivo diferencial deste estudo, destaca-se a correlação de itens do instrumento sociodemográfico e profissional com o SAQ. Os dados mostram aspectos significativos entre as variáveis e sugerem um aprimoramento do instrumento principal, pois, treinamento e pesquisas na percepção da equipe são desejáveis, ademais constatou-se uma visão mais crítica e ampliada referente aos processos de segurança, um fator positivo para mudanças construtivas.

Por fim, o desenvolvimento de atitudes de segurança dos profissionais para uma Cultura de Segurança eficaz requer envolvimento e participação de usuários, profissionais e gestores. Para desenvolver atitudes de segurança, ratifica-se a importância de investimentos em capacitações e pesquisas na temática Segurança do Paciente.

REFERÊNCIAS

AL MALKI, A.; ENDACOTT, R.; INNES, K. Health professional perspectives of patient safety issues in intensive care units in Saudi Arabia. **Journal of Nursing Management**. [S.l.], p. 333-345, set. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28960563>>.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013a. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim informativo**, v. 1, n. 1, Brasília, jan./jul., 2011. Portal Anvisa. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a Segurança do Paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, 2010.

ARAÚJO, M. A. N. de et al., Segurança do Paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 1, p. 52-56, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n1.984>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BARBOSA, T. P. et al. Care practices for patient safety in an intensive care unit. **Acta Paulista de Enfermagem**. São José do Rio Preto, pp. 243-248, maio 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/en_1982-0194-ape-027-003-0243.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**, que aprova as diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 10 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.400/MS/MEC, de 02 de junho de 2014. **Certifica 8 (oito) unidades hospitalares como Hospitais de Ensino**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://fehosp.com.br/files/circulares/845801d9148b1c540c96fca2f3d5a51e.pdf>>.

CARVALHO, P. A. et al. Safety culture in the operation room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 23, nov. dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/0104-1169-rlae-23-06-01041.pdf>>.

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil - Questionário de Atitudes de Segurança**. 2011. 158 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. B. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 for Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, maio-jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/a20v20n3.pdf>>.

CARVALHO, R. E. F. L. et al. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 25, mar. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2849.pdf>>.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL - CODEPLAN. **Pesquisa distrital por amostra de domicílios - PDAD 2015/2016**, Brasília, Distrito Federal, 2015. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2015/PDAD_Paranoa_2015.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2017.

D’LIMA, D. M.; MURRAY, E. J.; BRETT, S. J. Perceptions of Risk and Safety in the ICU: A Qualitative Study of Cognitive Processes Relating to Staffing. **Critical Care Medicine**. [S.

l.], v. 46, p. 60-70, jan. 2018. Disponível em:
<<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=29077619>>.

DA CORREGGIO, T. C.; AMANTE, L. N.; BARBOSA, S. F. F. Evaluation of patient safety culture in Surgery Center. **Revista SOBECC**. São Paulo, v. 19, n. 2, p 67-73, 2014. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/60>>.

DUARTE et al. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 23, p. 1074-1081, nov.- dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01074.pdf>.

EVANGELISTA et al. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 69, p. 1099-1107, nov-dez 2016.

FERMO, V. C. et al. Professional attitudes toward patient safety culture in a bone marrow transplant unit. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Florianópolis, v. 37, p. 1-9, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n1/en_0102-6933-rgenf-37-1-1983-144720160155716.pdf>.

FREITAS, H. et. al. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração da USP, RAUSP**. São Paulo, v. 35, n. 3, p. 105-112, jul-set., 2000. Disponível em: <http://200.232.30.99/busca/artigo.asp?num_artigo=269>.

GOLDA, E. O. Framework for developing and sustaining safety culture in a developing economy. **European Online Journal of Natural and Applied Sciences**. Port Harcourt, v.1, pp. 28-37, 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/257236195_Framework_for_developing_and_sustaining_safety_culture_in_a_developing_economy>.

GOLLE, L. et al. Cultura de segurança do paciente em hospital privado. **Revista Fundamental Care Online**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 85-89, jan.-mar. 2018. Disponível em: <www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/5980/pdf_1>.

GOMES, A. T. L. et al. Human error and safety culture in approach of the "swiss cheese's" theory: a reflective analysis. **Journal of Nursing UFPE**, Recife, v. 10, n. 4, p. 3646-52, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201616>>. Acesso em: 02 dez. 2017.

_____. et al. Patient safety in nursing paths in Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 70, n. 1. p. 139-46. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-01392017>> Acesso em: 12 mai. 2016.

GUIMARÃES, P. R. B. 2001. **Estatística não-paramétrica**. Apostila (Disciplina Estatística Não Paramétrica) - Curso de Estatística, Setor de Ciências Exatas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2001.

HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 1-8, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

KAUARK, F. S; MANHÃES, F. C; MEDEIROS, C. F. **Metodologia da Pesquisa: guia prático**. Itabuna: Via Litterarum, 2010. 88 p.

LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

MAGALHÃES, A. M. M; DALLÁGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Nursing workload and patient safety – a mixed method study with an ecological restorative approach. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 21, pp. 146-154, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/19.pdf>>.

MARINHO, M. M. et al. Intervenções educativas e seu impacto na Cultura de Segurança: uma revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 72-77. ago., 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n2.799>>. Acesso em: 12 out. 2017.

MARINHO, M. M; RADUNZ, V; BARBOSA, S. F. F. Assessment of safety culture by surgical unit nursing teams. **Texto & Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 581-590, jul.-set. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002640012>>. Acesso em: 17 mai. 2016.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Patient Safety Culture in Intensive Care: Nursing Contributions. **Texto & Contexto Nursing**. Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, out.-dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/en_31.pdf>.

MINUZZI, A, P. et. al. Contributions of healthcare staff to promote patient safety in intensive care. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 121-129, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160017>. Acesso em: 18 set. 2017.

MINUZZI, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H. Assessment of patient safety culture in intensive care from the health team's perspective. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 25, n. 2, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/en_0104-0707-tce-25-02-1610015.pdf. Acesso em: 12 jun. 2017.

MOYSES, G. R. L; MOORI, R. G. Coleta de dados para a pesquisa acadêmica: um estudo sobre a elaboração, a validação e a aplicação eletrônica de questionário. **In: XXVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção - A energia que move a produção: um diálogo sobre integração, projeto e sustentabilidade**, Foz do Iguaçu, Paraná, 2007. Disponível em: http://abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2007_TR660483_9457.pdf. Acesso em: 22 ago. 2016.

NOGUEIRA, J. W. S; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a Segurança do Paciente. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 20, n. 3, set., 2015. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016>. Acesso em: 18 set. 2016.

OKUYAMA, A.; WAGNER, C.; BIJNEN, B. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. **BMC Health Services Research**. [S.l.], fev. 2014. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/61>.

OLIVEIRA, R. M. et al. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2016.

PERCEPÇÃO. Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com> . Acesso em: 24/01/2018.

_____. Disponível em: <https://www.dicio.com.br> . Acesso em: 24/01/2018.

QUIRÓS, S. M.; VARGAS, M. A. O. Simulação Clínica: uma estratégia que articula práticas de ensino e pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 23, n. 4, out.-dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-00815.pdf.

REASON, J. T. Human error: models and management. **West J Med**. [S.l.], v. 172, n. 6. p. 393-396, 2000. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070929/>.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A Segurança do Paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, pp. 2029-2036, jul. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2017.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. The climate of patient safety: perception of nursing professionals. **Acta Paulista Enfermagem**. São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-735. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

ROCHA, R. C. **Cultura de Segurança do Paciente em centro cirúrgico**: perspectiva da equipe de enfermagem. 2017. 168 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Piauí, 2017.

ROCHA, A. P. F.; SOUZA, K. R. de; TEIXEIRA L. R. A saúde e o trabalho de médicos de UTIN: um estudo em hospital público no Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 843-862, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312015000300843&script=sci_abstract&lng=pt>.

SANCHES, R. C. N. et al. Percepções de profissionais de saúde sobre humanização. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 20, jan.-mar. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0048.pdf>>.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Organizational culture and climate for patient safety in Intensive Care Units. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 49, p. 121-127, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/en_1980-220X-reeusp-49-spe-0123.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017.

SANTOS, H dos. (Org.). **Caderno do aluno**: Curso internacional de qualidade em saúde e Segurança do Paciente. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. 120 p.

SCHWONKE, C. R. G. B. et al. Safety culture: the perception of intensivists nurses. **Enfermería Global**. Murcia, v. 15, n. 41, p. 208-219, jan. 2016. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100012&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 18 jul. 2017.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**. [S.l.], v. 44, n. 6, p. 1-10, abr. 2006. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-44>>. Acesso em: 20 mai. 2016.

SILVA, N. D. M. et al. Patient safety in organizational culture as perceived by leaderships of hospital institutions with different types of administration. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 50, n. 3, p. 487-494, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/0080-6234-reeusp-50-03-0490.pdf>>.

SILVA, A. C. A. B. e; ROSA, D. O. S. Cultura de Segurança do Paciente em organização hospitalar. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 21, n. esp, p. 01-10, 2016.

SIMAN, A. G.; CUNHA, S. G. S.; BRITO, M. J. M. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. **Revista da Escola de enfermagem da USP**. São Paulo, v. 51, ou. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100445&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2018.

SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do Paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014.

VIANA et al. Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 151-109, jan.-mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/0104-0707-tce-23-01-00151.pdf>>.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente**: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2009.

WEGNER, W. et al. Education for culture of patient safety: Implications to professional training. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/en_1414-8145-ean-20-03-20160068.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Patient Safety Challenge**: Medication Without Harm. Genebra: WHO Document Production Services, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Patient safety research: introductory course - Session 1. **What is patient safety?** [S. l.], 2012. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/online_course/en/

APÊNDICES

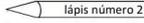
APÊNDICE A - INSTRUMENTO SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SAQ)

APÊNDICE C - SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SAQ) - QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA

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: _____

Unidade: _____ 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

Por favor, responda os itens seguintes relativos à sua unidade

Nos itens 24 a 28, favor preencher as duas colunas referentes à Chefia da Unidade e Direção Hospitalar, respectivamente.

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

	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 UTI	A	B	C	D	E	X
2. Nesta UTI, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	A	B	C	D	E	X
3. Nesta UTI, 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 UTI 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 UTI	A	B	C	D	E	X
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta UTI	A	B	C	D	E	X
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	A	B	C	D	E	X
11. Nesta UTI, 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 UTI 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 UTI	A	B	C	D	E	X
19. O moral (autoestima/ ânimo/ estado de espírito) nesta UTI 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 apoia meus esforços diários:						
Chefia Unidade	A	B	C	D	E	X
Direção Hosp.	A	B	C	D	E	X
25. A administração não atrapalha intencionalmente a segurança do paciente:						
Chefia Unidade	A	B	C	D	E	X
Direção Hosp.	A	B	C	D	E	X
26. A administração está fazendo um bom trabalho:						
Chefia Unidade	A	B	C	D	E	X
Direção Hosp.	A	B	C	D	E	X
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa:						
Chefia Unidade	A	B	C	D	E	X
Direção Hosp.	A	B	C	D	E	X
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho da:						
Chefia Unidade	A	B	C	D	E	X
Direção Hosp.	A	B	C	D	E	X
29. Nesta UTI, 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 UTI	A	B	C	D	E	X
34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos (as) nesta UTI	A	B	C	D	E	X
35. Eu vivencio boa colaboração com os (as) farmacêuticos (as) nesta UTI	A	B	C	D	E	X
36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns	A	B	C	D	E	X

INFORMAÇÕES

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

Cargo: (marque somente um)

<input type="radio"/> Médico (a) da equipe responsável	<input type="radio"/> Psicólogo (a)	<input type="radio"/> Técnico (a) em nutrição / radiologia / laboratório
<input type="radio"/> Médico (a) residente	<input type="radio"/> Farmacêutico (a)	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo (a)
<input type="radio"/> Chefe de enfermagem	<input type="radio"/> Fisioterapeuta	<input type="radio"/> Administrativo (auxiliar escritório / secretária / recepcionista)
<input type="radio"/> Enfermeiro (a)	<input type="radio"/> Assistente Social	<input type="radio"/> Suporte ambiental (pessoa limpeza)
<input type="radio"/> Auxiliar de enfermagem / Técnico (a) de enfermagem	<input type="radio"/> Nutricionista	<input type="radio"/> Outro:

Sexo: Masculino Feminino Atuação principal: adulto pediatria ambos

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

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

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL

Título da pesquisa: “Atitudes de Segurança do Paciente: percepções da equipe de saúde de Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público do Distrito Federal”

Instrumento de caracterização sociodemográfica e profissional

- 1) Sexo: () Feminino () Masculino
- 2) Idade (em anos): _____
- 3) Estado civil:
 - Solteiro ()
 - Casado ()
 - União Estável ()
 - Viúvo ()
 - Divorciado ()
- 4) Tempo de formação (em anos) : _____
- 5) Grau de formação:
Técnico (); Graduado (); Especialista (); Mestre (); Doutor ();

Pós-Doutor ();
- 6) Tempo que trabalha no hospital:
 - Menos de 5 anos ()
 - De 6 a 10 anos ()
 - De 11 a 15 anos ()
 - De 16 a 20 anos ()
 - Acima de 21 anos ()
- 7) Número de vínculos institucionais:
 - Um vínculo ()
 - Dois vínculos ()
 - Três vínculos ()
 - Acima de três vínculos ()
- 8) Setor que trabalha no (s) outro (s) vínculo (s):
 - Educação () Qual? _____

- Administrativo () Qual? _____
- Assistencial () Qual? _____

9) Você já realizou algum treinamento e/ou capacitação sobre o tema “Segurança do Paciente”?

() Sim Qual? _____

() Não

10) Você considera importante a realização de pesquisas sobre Segurança do Paciente nesta Unidade

() Sim

() Não

Justifique: _____

APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SAQ)

Gmail - Autorização para utilização do instrumento

22/01/18 09:50



viviane franzoi <vivianehrpa2012@gmail.com>

Autorização para utilização do instrumento

Rhanna Emanuela <rhannalima@gmail.com>
 Para: viviane franzoi <vivianehrpa2012@gmail.com>

3 de maio de 2016 15:06

Olá Viviane,

autorizo a utilização do SAQ na sua pesquisa. Encaminho em anexo o instrumento em pdf e informações sobre o cálculo do escore.

Qualquer dúvida, podes entrar em contato.

abraço,

Rhanna

Em 1 de maio de 2016 18:07, viviane franzoi <vivianehrpa2012@gmail.com> escreveu:

Prezada Dra Rhanna Emanuela F. Lima,

Meu nome é Viviane Franzoi, sou mestrandanda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (PPGENF-UnB), orientanda da professora Dra Maria Cristina Soares Rodrigues.

Em nosso projeto, pretendemos mensurar a cultura de segurança em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital público de Brasília, utilizando o instrumento *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) da Organização Mundial de Saúde.

Para tanto, gostaríamos de pedir sua autorização para utilizarmos o referido instrumento que foi adaptado em português na sua pesquisa de doutorado.

Acreditamos que este estudo tenha um impacto significativo relacionado à Segurança do Paciente, possibilitando ações de educação em saúde com maior adesão dos profissionais à assistência segura e de qualidade e uma apropriação da cultura de Segurança do Paciente no âmbito hospitalar do Distrito Federal.

Colocamo-nos à disposição para dúvidas, esclarecimentos e sugestões,

Grata,

Viviane

--

Viviane Franzoi
 Coordenadora Hospital de Ensino HRPa
 Tel: 92814127 / 33699955

Gmail - Autorização para utilização do instrumento

22/01/18 09:50



--
Profa Dra. Rhanna Emanuela F. Lima de Carvalho.
Universidade Estadual do Ceará- UECE
www.uece.br
Av. Paranjana 1700, Campus do Itaperi
Fortaleza- Ceará

2 anexos

 **SAQ.pdf**
429K

 **Scale Computes.doc**
60K

APÊNDICE D – PLANO DE TRABALHO DAS AUXILIARES DE PESQUISA

PLANO DE TRABALHO/AUXILIARES DA PESQUISA –

“Atitudes de Segurança do Paciente: percepções da equipe de saúde de Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital público do Distrito Federal”

1. IDENTIFICAÇÃO DO (A) AUXILIAR DE PESQUISA

NOME:

CPF:

RG:

Nº MATRÍCULA:

PESQUISADORA: Viviane Franzoi da Silva

ORIENTADORA: Profa. Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues

PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS: outubro a dezembro de 2016

2. TERMO DE COMPROMISSO: Eu, _____, auxiliar da pesquisa intitulada “Atitudes de Segurança do Paciente: percepções da equipe de saúde de Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital público do Distrito Federal”, da pesquisadora Viviane Franzoi da Silva, mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, sob orientação da pós-doutora e coordenadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Maria Cristina Soares Rodrigues, estou ciente de que a participação nessa pesquisa, de forma livre e espontânea, não implica em coautoria no produto gerado pela pesquisa e não resultará em qualquer ônus para pesquisadora, orientadora ou Instituição.

PLANO DE TRABALHO: Auxiliares de pesquisa serão treinados (as) pela pesquisadora para a aplicabilidade do questionário de Atitudes e Segurança (SAQ) em momentos teóricos para apropriação dos itens do instrumento e posteriormente será feito um treinamento prático com profissionais de saúde que atuam na área administrativa e posterior aplicação do questionário em uma amostra da equipe de saúde da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) do Hospital. Após calibragem, dar-se-á início a coleta de dados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital.

CARGA HORÁRIA TEÓRICA TOTAL: 16 horas

Data	ATIVIDADES
05 de setembro de 2016 Carga horária: 4 horas	Leitura dos itens do questionário validado e levantamento das sugestões de mudanças com definição da necessidade de realização de um piloto com avaliação de três juízes.
19 de setembro de 2016 Carga horária: 8 horas	Após avaliação dos especialistas e consolidado o questionário, estudado os itens do instrumento. Apresentado às auxiliares os locais da pesquisa - UCIN (piloto) e UTI. Acordado cronograma para aplicabilidade do instrumento em profissionais da saúde que atuam na área administrativa e na UCIN em conformidade com as escalas setoriais.
Data: 20 de setembro de 2016 Carga horária: 4 horas	Terminado o piloto, feito avaliação da estratégia e avaliação dos itens respondidos, com organização da estratégia para aplicabilidade do questionário na Unidade de Terapia Intensiva de acordo com as escalas setoriais.

CARGA HORÁRIA PRÁTICA: 4

Data: 10/2016	ATIVIDADES
03 de outubro de 2016	Aplicabilidade do instrumento em profissionais da área administrativa e da UCIN

Data

Assinatura do (a) auxiliar de pesquisa

Assinatura da pesquisadora

Assinatura da Orientadora

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Mestrado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAL DA SAÚDE ENFERMEIRO

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar do projeto de pesquisa “Atitudes de Segurança do Paciente: percepções da equipe de saúde de Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público do Distrito Federal”, sob a responsabilidade da pesquisadora Viviane Franzoi da Silva. O projeto se propõe a investigar a cultura de segurança entre os profissionais de saúde em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público do Distrito Federal e se destinará à elaboração de trabalho de pesquisa a ser apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB).

O objetivo desta pesquisa é analisar se as percepções da equipe de saúde de Unidade de Terapia Intensiva estão correlacionadas com as atitudes de Segurança do Paciente de um Hospital de Ensino do Distrito Federal.

O (a) Senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação se dará por meio do preenchimento de um questionário, após assinatura deste TCLE, com tempo estimado de 20 minutos, sendo preenchido em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público de Brasília, sobre características demográficas e profissionais, em um momento a combinar. O instrumento será recolhido pela pesquisadora.

Sua participação no estudo poderá causar risco mínimo decorrente de possível desconforto ao responder questões referentes a dados demográficos e profissionais, mas que será minimizado com esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa referente ao objetivo da pesquisa e procedimentos de coleta de dados. Se você aceitar participar, estará contribuindo com a identificação do diagnóstico situacional sobre a cultura de segurança da

equipe de saúde relacionada à Segurança do Paciente para que possam surgir ações de educação em saúde que possibilitem maior adesão dos profissionais à assistência segura e de qualidade e uma apropriação da cultura de Segurança do Paciente no âmbito hospitalar do Distrito Federal.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) Senhor (a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que o (a) Senhor (a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pela pesquisadora responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Informamos que o (a) Senhor (a) poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o (a) Senhor (a). A participação é livre no estudo, não acarretará custos para você não cabendo qualquer benefício ou remuneração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no âmbito da instituição participante (Hospital da Secretaria de Estado de Saúde – SES-DF), para gestores e equipes de saúde envolvidas, podendo ser divulgados em reuniões, eventos científicos e/ou publicados em periódicos científicos. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para Viviane Franzoi da Silva (61) 9281.4127/3547.1242 ou pelo e-mail: vivianehrpa2012@gmail.com ou Doutora Maria Cristina Soares Rodrigues, na Universidade de Brasília, telefone (61) 8237.8710/3107.1711 ou pelo e-mail: mcsouares@unb.br podendo telefonar a qualquer hora e realizar ligação a cobrar.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs,

de segunda à sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o (a) Senhor (a).

Nome / assinatura

Pesquisador (a)

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE F – ITENS E DOMÍNIOS DO INSTRUMENTO SAQ E A FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS DA EQUIPE DE SAÚDE, SEGUNDO SUA PERCEPÇÃO.

DOMÍNIOS	DISCORDÂNCIA	NEUTRO	CONCORDÂNCIA	NÃO SE APLICA
Questões por Domínio do SAQ	DT/DP	N	CP/CT	NA
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Domínio 1 - Clima de Trabalho em Equipe				
Q1. As sugestões do(a) enfermeiro(a) são bem recebidas nesta UTI.	2(4)	0(0)	49(96)	0(0)
Q2. (R) Nesta UTI, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente.	21(41)	0(0)	29(57)	1(2)
Q3. Nesta UTI, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	11(21)	10(10)	29(67)	1(2)
Q4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	2(4)	0(0)	49(96)	0(0)
Q5. É fácil para os profissionais que atuam nesta UTI fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.	2(4)	0(0)	49(96)	0(0)
Q6. Os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	9(18)	4(8)	38(74)	0(0)
Domínio 2 - Clima de Segurança				
Q7. Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado(a) aqui como paciente.	5(10)	1(2)	43(84)	2(4)
Q8. Erros são tratados de maneira apropriada nesta UTI.	11(21)	8(16)	31(61)	1(2)
Q9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta UTI.	14(27)	9(18)	28(55)	0(0)
Q10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.	12(23)	10(20)	28(55)	1(2)
Q11. (R) Nesta UTI, é difícil discutir sobre erros.	14(27)	5(10)	32(63)	0(0)
Q12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente.	12(23)	9(18)	30(59)	0(0)
Q13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	19(38)	7(14)	24(48)	0(0)
Domínio 3 - Satisfação no Trabalho				
Q15. Eu gosto do meu trabalho	2(4)	1(2)	48(94)	0(0)
Q16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	3(6)	2(4)	45(88)	1(2)
Q17. Este é um bom lugar para trabalhar.	3(6)	0(0)	48(94)	0(0)
Q18. Eu me orgulho de trabalhar nesta UTI.	4(7)	4(7)	43(84)	1(2)
Q19. O moral (ânimo, estado de espírito) nesta UTI é alto.	8(16)	5(10)	38(74)	0(0)
Domínio 4 - Percepção do Estresse				
Q20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	9(18)	2(4)	40(78)	0(0)
Q21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado(a).	7(14)	3(6)	41(80)	0(0)

Q22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	13(25)	5(10)	33(65)	0(0)
Q23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorrespiratória, convulsões).	18(35)	4(8)	29(57)	0(0)
Domínio 5 - Percepção da Gerência da unidade/hospital				
Q24C. A administração apoia meus esforços diários (Unidade).	12(23)	7(14)	27(53)	5(10)
Q24D. A administração apoia meus esforços diários (Hospital).	18(35)	14(27)	11(22)	8(16)
Q25C. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (Unidade).	3(6)	13(25)	28(55)	7(14)
Q25D. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (Hospital).	8(16)	16(31)	17(33)	10(20)
Q26C. A administração está fazendo um bom trabalho (Unidade).	8(16)	8(16)	30(58)	5(10)
Q26D. A administração está fazendo um bom trabalho (Hospital).	14(27)	17(34)	14(27)	6(12)
Q27C. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa (Unidade).	13(25)	9(18)	23(45)	6(12)
Q27D. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa (Hospital).	13(25)	17(34)	14(27)	7(14)
Q28C. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do(a)(Unidade).	7(14)	9(18)	30(58)	5(10)
Q28D. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do(a) (Hospital).	14(27)	16(31)	13(25)	8(16)
Q29. Nesta UTI, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.	12(23)	2(4)	36(71)	1(2)
Domínio 6 - Condições de Trabalho				
Q30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.	24(47)	8(16)	19(37)	0(0)
Q31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim.	19(37)	1(2)	31(61)	0(0)
Q32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.	6(12)	6(12)	33(64)	6(12)
Fonte: Dados da pesquisa, 2016.				
Notas: DT – Discordo totalmente; DP – Discordo parcialmente; N – Neutro; CP – Concordo parcialmente; CT – Concordo totalmente; NA – Não se aplica. Questões 24C a 28C referem-se à chefia da unidade e Q24D a 28D à Direção hospitalar. Itens (R) são reversos. As questões 14, 33 a 36 foram apresentadas nos resultados no tópico "itens sem domínios".				

ANEXO**ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/FS-**

FAÇULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Atitudes de Segurança do Paciente: perspectivas da equipe de saúde de Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público do Distrito Federal

Pesquisador: viviane franzoi da silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55647816.7.0000.0030

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.581.712

Apresentação do Projeto:

"A preocupação das instituições de saúde em garantir ações que promovam um cuidado seguro e reduzam danos ao paciente ao antecipar a ocorrência de erros é cada vez maior. Objetivo: Analisar a percepção da cultura de segurança da equipe de saúde que atua em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público do Distrito Federal. Método: Estudo de abordagem quantitativa, do tipo survey transversal e descritivo, com aplicação do instrumento que avalia a Cultura de Segurança, Safety Atitudes Questionnaire – SAQ - Short Form 2006 a ser desenvolvido com a equipe de saúde de Unidade de Terapia Intensiva em Hospital Público do Distrito Federal no período de 5 meses. A casuística será composta pelos profissionais de saúde lotados na Unidade de Terapia Intensiva. Os profissionais responderão a um questionário para avaliar a percepção sobre a Cultura de Segurança no setor. Resultados esperados: Espera-se identificar o diagnóstico situacional sobre a cultura de segurança da equipe de saúde relacionada à Segurança do Paciente para que possam surgir ações de educação em saúde, que possibilitem maior adesão dos profissionais à assistência segura e de qualidade e uma apropriação da cultura de Segurança do Paciente no âmbito hospitalar do Distrito Federal."

Metodologia Proposta:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 1.581.712

"Estudo de abordagem quantitativa, do tipo survey transversal e descritivo. Será aplicado um dos instrumentos mais utilizados em hospitais para avaliar a cultura de segurança, o Safety Attitudes Questionnaire – SAQ - Short Form 2006, após autorização prévia da pesquisadora responsável pela tradução e validação para a língua portuguesa. (CARVALHO & CASSIANI, 2012) O Safety Attitudes Questionnaire, criado em 2006, avalia a percepção dos profissionais em relação às questões de segurança do paciente. O instrumento tem 41 questões que objetivam medir a percepção do clima de segurança, através de seis domínios: clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gestão da unidade e do hospital, condições de trabalho e reconhecimento de estresse. É dividido em duas partes: a primeira, composta por 41 questões, engloba seis domínios, e a segunda coleta dados dos profissionais (sexo, profissão e tempo de experiência na especialidade). (CARVALHO & CASSIANI, 2012) Em relação aos métodos propostos no estudo, a pesquisa quantitativa permite quantificar, possibilita traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2003) Enquanto estudos transversais descrevem uma situação ou fenômeno em um momento não definido, como uma fotografia ou corte instantâneo por meio de uma amostragem, examinando-se nos integrantes da amostra a presença ou ausência da exposição ou efeito. (HOCHMAN et al, 2005) Pesquisas do tipo survey são apropriadas como método de pesquisa quando se deseja obter dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas, por meio de um instrumento de pesquisa, normalmente um questionário. (FREITAS et al, 2000) E a pesquisa descritiva possibilita descrever as características de determinada população ou fenômeno, podendo estabelecer relações entre variáveis. (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2003) A pesquisa será desenvolvida em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital público do Distrito Federal. O hospital da Região Leste é hospital de Ensino conforme certificação em Portaria interministerial nº 1.214 de 30 de maio de 2014, classificado como hospital de grande porte, possui 232 leitos e oferece atendimentos de média e alta complexidade, o qual possui uma UTI com 10 leitos e um Núcleo de Segurança do Paciente instituído em 2013 e atualizado com publicação em DODF nº 203 de 21/10/2015. A amostra será composta pela equipe de saúde composta de aproximadamente 60 profissionais, entre as especialidades a seguir: medicina, psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia e enfermagem. Após aprovação e solicitação de autorização do estudo junto à Diretoria do Hospital da Região Leste da SES-DF e ao responsável pela Unidade de Terapia Intensiva do referido hospital, esse projeto será encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade de Brasília (UnB) para apreciação e aprovação."

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 1.581.712

Critério de Inclusão:

"Hospital público da SES-DF, com Unidade de Terapia Intensiva adulto, certificado como Hospital de Ensino no Distrito Federal; Equipe de saúde assistencial, que trabalhe pelo menos um mês no hospital e que cumpre no mínimo 20 horas por semana na Unidade de Terapia Intensiva adulto, Estatutários ou regidos por CLT, que aceitem ao convite mediante assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido;"

Critério de Exclusão:

"Hospital particular, Hospital não certificado como Hospital de Ensino; sem Unidade de Terapia Intensiva adulto, equipe de saúde não pertencente à Unidade de Terapia Intensiva, estagiários, residentes, alunos de Instituições de Ensino Superior, os que estiverem de licenças médicas ou afastamentos durante o período de coleta de dados."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a percepção da cultura de segurança da equipe de saúde que atua em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público do Distrito Federal

Objetivo Secundário:

- Identificar as atitudes dos profissionais que evidenciem a cultura de segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva;
- Verificar a característica sócio demográfica da equipe de saúde participante da pesquisa;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nas palavras das pesquisadoras:

"Riscos:

Considerando que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos variados, as pesquisadoras e a instituição envolvida neste estudo se responsabilizam por garantir que danos previsíveis sejam evitados, e que os benefícios prevaleçam sobre os riscos e ou desconfortos previsíveis (BRASIL, 2012). Os participantes do estudo terão sua identidade preservada, com sigilo das informações e terão garantido acesso aos resultados desta pesquisa. Haverá guarda e sigilo dos instrumentos de coleta de dados preenchidos, com manutenção em local seguro por no mínimo cinco anos, sendo incinerados após o prazo.

Benefícios:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 1.581.712

A Segurança do Paciente é destaque na avaliação da qualidade de serviços na área da saúde em todo o mundo, e como benefício desse estudo espera-se que os resultados identificados sobre a Cultura de Segurança da equipe de saúde apontem caminhos sobre possíveis ações de educação em saúde relacionadas à Segurança do Paciente, possibilitando maior engajamento dos profissionais para exercer práticas seguras, contribuindo para a mudança de valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais, com melhoria do cuidado, redução de variações nas práticas clínicas e apropriação de uma cultura de segurança destes profissionais de saúde. Observa-se a necessidade de desenvolvimento de pesquisas científicas que visem diminuir as lacunas que existem entre o que se sabe em teoria e o que se aplica na prática (noknow-dogap). É preciso modificar o discurso da pesquisa existente hoje em um caminho sólido em direção a uma assistência mais segura no futuro (SILVA, 2010)."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UnB, da aluna Viviane Franzoi da Silva, sob orientação da Profa. Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues.

O projeto possui todos os itens obrigatórios para avaliação ética por este CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos:

- Modelo de TCLE ("TCLECEPENFVIVIANE.doc", postado em 29/04/2016) adequado em termos de linguagem e conteúdo.
- Termo de concordância da proponente ("termconcordpropon.pdf" e "InstituicaoProponenteCEPFS.doc", postados em 25/04/2016) assinado pela diretora da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (FS/UnB) e diretor do Hospital da Região Leste da SES-DF (HRL).
- Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador ("TermoRespCompromPesq.doc" e "termoderespecompro.pdf", postados em 25/04/2016)
- Carta de encaminhamento ao CEP ("cartaencaminhprojetoaoCEPFS.doc" e "CARTADEENCAMINHAMENTO.pdf", postados em 25/04/2016)
- Termo de concordância ("TERMODECONCORDFEPECS.pdf", postado em 25/04/2016) assinado pelo diretor do HRL.
- Questionário ("QUESTIONARIO.pdf", postado em 25/04/2016)
- Projeto Detalhado ("preprojetoCEP.doc", postado em 25/04/2016)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 1.581.712

- Folha de Rosto ("folhaderostoassinada.pdf", postado em 25/04/2016) assinada pela diretora da FS/UnB.
- Currículos das pesquisadoras

Recomendações:

Quanto ao TCLE, aumentar a letra do TCLE para facilitar a leitura. No caso de haver mais de uma página, numerá-las (ex. página 1 de 2, página 2 de 2).

Repensar critérios de inclusão e exclusão.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Protocolo de pesquisa em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

A realização das atividades do projeto na instituição coparticipante está condicionada à aprovação pelo CEP responsável, FEPECS/SES.

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_704491.pdf	29/04/2016 15:16:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECEPENFVIVIANE.doc	29/04/2016 15:14:02	viviane francoi da silva	Aceito
Outros	termconcordpropon.pdf	25/04/2016 15:04:58	viviane francoi da silva	Aceito
Outros	TermoRespCompromPesq.doc	25/04/2016 14:58:59	viviane francoi da silva	Aceito
Outros	InstituicaoProponenteCEPFS.doc	25/04/2016 14:58:10	viviane francoi da silva	Aceito
Outros	curriculovitaevivi.doc	25/04/2016	viviane francoi da silva	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

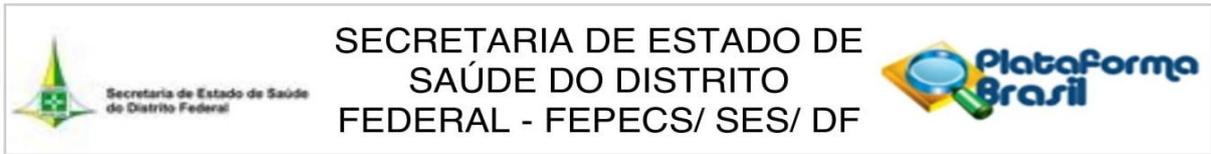
UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – FEPECS/SES-DF



SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL - FEPECS/ SES/ DF

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atitudes de Segurança do Paciente: perspectivas da equipe de saúde de Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público do Distrito Federal

Pesquisador: viviane franzoi da silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55647816.7.3001.5553

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.621.523

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pós Graduação de discente da UnB, com a co-participação da FEPECS, cujo tema é: Atitudes de Segurança do Paciente, Perspectivas da Equipe de Saúde de Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público do Distrito Federal.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar e identificar as atitudes dos profissionais que evidenciem a cultura de segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva; Verificar a característica sócio demográfica da equipe de saúde participante da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Por riscos, as pesquisadoras e a instituição envolvida neste estudo se responsabilizam por garantir que danos previsíveis sejam evitados, e que os benefícios prevaleçam sobre os riscos e ou desconfortos previsíveis. Os participantes do estudo terão sua identidade preservada, com sigilo das informações e terão garantido acesso aos resultados desta pesquisa. Haverá guarda e sigilo dos instrumentos de coleta de dados preenchidos, com manutenção em local seguro por no mínimo cinco anos, sendo incinerados após o prazo.

Por benefícios: Espera-se que os resultados identificados sobre a Cultura de Segurança da equipe

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

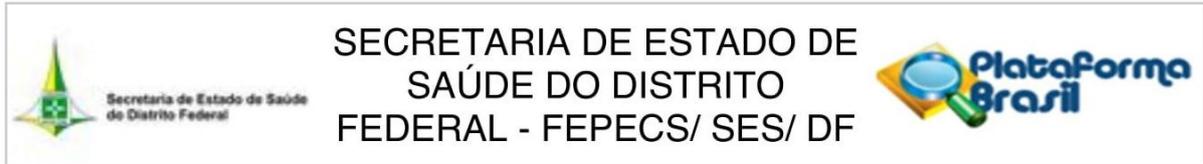
UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.621.523

de saúde apontem caminhos sobre possíveis ações de educação em saúde relacionadas à Segurança do Paciente, possibilitando maior engajamento dos profissionais para exercer práticas seguras, contribuindo para a mudança de valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais, com melhoria do cuidado, redução de variações nas práticas clínicas e apropriação de uma cultura de segurança destes profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto já aprovado pelo CEP/FS-UnB. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. Será aplicado um dos instrumentos mais utilizados em Hospitais para avaliar a cultura de segurança, o SAQ - Safety Attitudes Questionnaire, criado em 2006, e que avalia a percepção dos profissionais em relação às questões de segurança do paciente. O instrumento tem 41 questões que objetivam medir a percepção do clima de segurança, através de seis domínios: Clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gestão da unidade e do hospital, condições de trabalho e reconhecimento de estresse.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou satisfatoriamente o termo de anuência do Diretor da Regional Leste; TCLE; critérios de inclusão e exclusão; riscos e benefícios; cronograma; planilha de custos; curriculum; bibliografia e instrumento de coleta de dados. A autora do Projeto menciona no currículo apresentado ser servidora da SES-DF.

Recomendações:

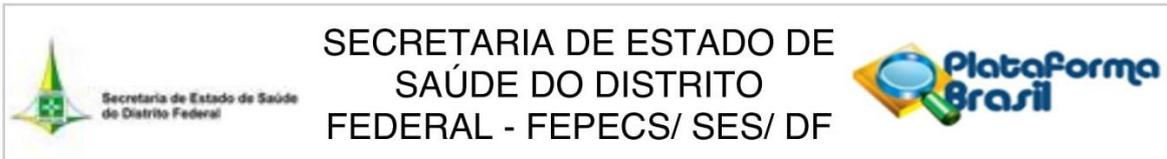
Recomendamos que seja acrescentado no TCLE apresentado a referência ao CEP/FEPECS, constando o número de telefone, a saber: 61 3325 4955. O Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/CEP-FEPECS, tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa em garantia e preservação de seus direitos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados.

Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, e somente poderá se iniciar após a aprovação do CEP. O pesquisador deverá encaminhar relatório final, após a pesquisa.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.621.523

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_704491.pdf	29/04/2016 15:16:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECEPENFVIVIANE.doc	29/04/2016 15:14:02	viviane franzoi da silva	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_704491.pdf	25/04/2016 15:06:23		Aceito
Outros	termconcordpropon.pdf	25/04/2016 15:04:58	viviane franzoi da silva	Aceito
Outros	TermoRespCompromPesq.doc	25/04/2016 14:58:59	viviane franzoi da silva	Aceito
Outros	TCLECEP.doc	25/04/2016 14:58:30	viviane franzoi da silva	Aceito
Outros	InstituicaoProponenteCEPFS.doc	25/04/2016 14:58:10	viviane franzoi da silva	Aceito
Outros	curriculovitaevivi.doc	25/04/2016 14:54:56	viviane franzoi da silva	Aceito
Outros	cartaencaminhprojetoaoCEPFS.doc	25/04/2016 14:53:42	viviane franzoi da silva	Aceito
Outros	CVLattesProfaMariaCristinaSoaresRodrigues.pdf	25/04/2016 13:58:03	viviane franzoi da silva	Aceito
Outros	curriculovitaevivi.pdf	25/04/2016 13:57:40	viviane franzoi da silva	Aceito
Outros	TERMODECONCORDFEPECS.pdf	25/04/2016 13:55:18	viviane franzoi da silva	Aceito
Outros	termoderespecompro.pdf	25/04/2016 13:54:29	viviane franzoi da silva	Aceito
Outros	CARTEENCAMINHAMENTO.pdf	25/04/2016 13:53:40	viviane franzoi da silva	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	25/04/2016 13:45:24	viviane franzoi da silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	preprojetoCEP.doc	25/04/2016 13:44:09	viviane franzoi da silva	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	25/04/2016 13:10:17	viviane franzoi da silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

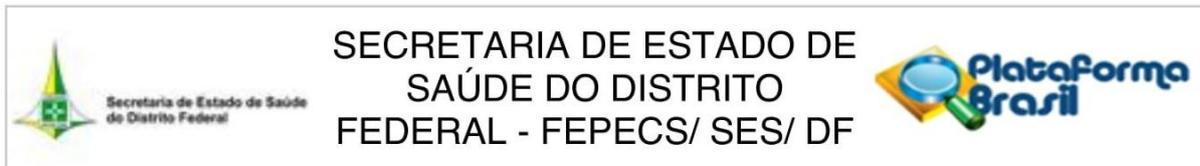
UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.621.523

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 04 de Julho de 2016

Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com