



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO



NATHÁLIA MEDEIROS MARTINS

**Cultura de Segurança do Paciente: Atitudes dos profissionais de enfermagem das
Unidades de Terapia Intensiva Gerais dos hospitais de Alagoas**

Maceió
2018

NATHÁLIA MEDEIROS MARTINS

Cultura de Segurança do Paciente: Atitudes dos profissionais de enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva Gerais dos hospitais de Alagoas

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), área de concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida, linha de pesquisa: Enfermagem, vida, saúde, cuidado dos grupos humanos, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Patrícia de Carvalho Nagliate.

Co-orientadora: Prof^ª Dr^ª Isabel Comassetto

Maceió
2018

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico Bibliotecária
Bibliotecário: Marcelino de Carvalho

M386c Martins, Nathália Medeiros.
Cultura de segurança do paciente : percepção dos profissionais de enfermagem das unidades de terapia intensiva gerais dos hospitais de Alagoas / Nathália Medeiros Martins. – 2018.
88 f.

Orientadora: Patrícia de Carvalho Nagliate.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió, 2018.

Bibliografia: f. 69-80.
Apêndices: f. 81-86.
Anexos: f. 87-88.

1. Saúde do trabalhador. 2. Unidades de terapia intensiva - Alagoas. 3. Papel do profissional de enfermagem. 4. Pacientes-Direitos fundamentais . I. Título.

CDU: 616-083:331.47



ATA DO EXAME DE DEFESA DA MESTRANDA

NATHÁLIA MEDEIROS MARTINS

No oitavo dia do mês de agosto do ano de 2018, as nove horas, reuniu-se na sala 201 (Sala de Leitura da ESENFAR/UFAL, a banca examinadora composta pelos seguintes membros: Prof.ª Dr.ª Patrícia de Carvalho Nagliate (UFAL/ESENFAR), Prof.ª Dr.ª Sandra Verónica Valenzuela Suazo (Universidade de Concepción Chile) e Prof.ª Dr.ª Célia Alves Rozendo (UFAL/ESENFAR), para o EXAME DE DEFESA da dissertação intitulada “A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UM RETRATO DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DO ESTADO DE ALAGOAS”, elaborada pela mestranda NATHÁLIA MEDEIROS MARTINS, regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, sob o nº16130188, para a obtenção do grau de mestre, na **Área de Concentração: Enfermagem no Cuidado em Saúde e na Promoção da Vida, Linha de Pesquisa: Enfermagem, Vida, Saúde Cuidado dos Grupos Humanos**, sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Patrícia de Carvalho Nagliate (ESENFAR/ESENFAR). Após apresentação por 37 minutos, a mestranda foi arguida pela banca examinadora respondendo aos questionamentos. Em seguida, reunidos em sessão secreta às 12.02 horas, os examinadores consideraram a dissertação da mestranda APROVADA (X) NÃO APROVADA (), recomendando:

Realizar os ajustes pontuados pela banca, com atenção especial aos objetivos, fundamentação técnica, discussão e conclusões. Apegar na conclusão as limitações do estudo e as sugestões.

Nada mais havendo a tratar, a sessão foi encerrada às 12.15 horas e eu, Ingrid Martins Leite Lúcio, Coordenadora do PPGENF – Mestrado, lavrei a presente ata, que vai assinada pela banca examinadora e pela mestranda. Maceió, 08 de agosto de 2018.

Presidente (Orientador): Prof.ª Dr.ª Patrícia de Carvalho Nagliate

Membro Titular: Prof. Dr. Célia Alves Rozendo

Membro Titular: Prof. Dr. Sandra Valenzuela Suazo

Mestranda: Nathalia Medeiros Martins

Homologada na reunião do colegiado em: 10 / 09 / 2018

Ingrid Martins Leite Lúcio
 Ass. Coordenador

Dedico a minha mãe, ADÉLIA,
por ser minha força, minha vida,
minha melhor amiga, minha rainha
e exemplo de mulher.
Todo meu amor e eterna Gratidão!

AGRADECIMENTOS

Agradeço, principalmente, a minha mãe, Adélia, por ser presente em todos os momentos da minha vida, por não me permitir desistir e me ensinar que, embora as dificuldades possam parecer enormes, sempre passarão e que o amanhã será feliz, por ser essa mulher corajosa e de atitude, que tenho tanto orgulho, meu muito obrigada, meu amor.

A meu pai, que sempre acreditou no meu potencial e que, à sua maneira, sempre me deu todo apoio para que essa caminhada se findasse, bem como me estimulou a buscar meus objetivos e crescimento profissional.

A minha “dupla” de mestrado, Maria Elizabete Rodrigues Viana, por todo apoio que me forneceu nessa caminhada e por não me permitir fraquejar por maiores que fossem as dificuldades, minha eterna gratidão por me ensinar, entre tantas coisas, o que é ser amigo.

Agradeço a minha turma do mestrado, maravilhosa e que se fez presente sempre. Tenho muito orgulho de todos, agora mestres. Meus agradecimentos, em especial, aos colegas que se fizeram presentes nessa caminhada e que sem eles certamente não estaria aqui, agradeço pelo apoio e força: Bianca, Amauri, Rita e Alda.

A meu amigo e primo Handriks, pela ajuda nos momentos essenciais, agradeço sinceramente.

Aos alunos de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas campus Maceió e Arapiraca, bem como às alunas da Universidade Tiradentes que, tão prestativas, me ajudaram na coleta de dados desta pesquisa.

Aos profissionais que, em meio à rotina estressante e das inúmeras atividades nas unidades de terapia intensiva, receberam a mim e a minha pesquisa com muita gentileza, compartilhando suas vivências e percepções, meu agradecimento.

À direção dos hospitais de Alagoas participantes deste estudo, às coordenadoras de enfermagem e às (aos) enfermeiras(os) das Unidades de Terapia Intensiva que receberam minha pesquisa com muito bom grado, meus sinceros agradecimentos.

À Universidade Federal de Alagoas e à Escola de Enfermagem e Farmácia, pela oportunidade.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGEnf da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, pelo mestrado cursado e pela organização de todo o programa. Ao Corpo docente, agradeço pelos ensinamentos, em especial às professoras Regina Célia Sales Veríssimo e Ingrid Martins Leite Lúcio, bem como à funcionária Monique, pelo cuidado e presteza em tudo, meus sinceros agradecimentos.

Aos membros da banca examinadora, Prof.^a Dr.^a Sandra Valenzuela Suazo (Universidade de Concepcion Chile) e Prof.^a Dr.^a Célia Alves Rozendo (Escola de Enfermagem e Farmácia/UFAL), meu muito obrigada pelas contribuições essenciais para a construção dessa pesquisa, vocês também são parte dela.

A minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Patrícia de Carvalho Nagliate, pelas orientações, amizade e paciência, por me conduzir ao longo desses dois anos e me permitir essa rica troca de conhecimentos, meus sinceros agradecimentos.

A minha Co-orientadora, Isabel Comassetto, por estar junto comigo nesse percurso e ter abrilhantado essa pesquisa com suas contribuições, agradeço.

“O fim determina o valor do esforço”

RESUMO

Este estudo tem como objeto a percepção das atitudes de cultura de segurança do paciente pelos profissionais de enfermagem que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva gerais dos hospitais de Alagoas. Pesquisa de natureza quantitativa, exploratória descritiva e transversal, do tipo Survey, que teve como objetivo geral avaliar a percepção da cultura de segurança dos profissionais da equipe de enfermagem atuantes nas Unidades de Terapia Intensiva gerais de Alagoas. Realizada em todas as instituições hospitalares de Alagoas que possuem Unidades de Terapia Intensiva gerais listadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e que tinham, pelo menos, dois anos de funcionamento, totalizando dezesseis que concordaram participar da pesquisa. Os instrumentos utilizados para a pesquisa foram o Safety Attitudes Questionnaire e um questionário de informações adicionais elaborado pela pesquisadora. A população foi composta por todos os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que se encontravam no exercício de suas atividades laborais nas Unidades de Terapia Intensiva dos hospitais participantes. Dos 534 profissionais que efetivamente fizeram parte das escalas de trabalho no período de coleta de dados, 346 aceitaram participar da pesquisa e 339 fizeram parte do estudo. Os participantes desta pesquisa foram predominantemente do gênero feminino (74,93%) (n= 254) e a maior parte exercia o cargo de técnico de enfermagem (72,27%) (n= 245). Constatou-se que, nos hospitais privados, a média da quantidade de pacientes por profissional é maior. Para tanto, em relação ao Safety Attitudes Questionnaire, o domínio que apresentou maior média foi referente à satisfação com o trabalho, e o de menor média foi o referente ao item sem domínio de falhas na comunicação. Foi possível verificar que, em todos os domínios, o escore dos hospitais privados foi maior em relação aos hospitais públicos, exceto na percepção de gestão, que ocorreu o oposto. Constatou-se que os profissionais de enfermagem que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas apresentam atitudes de segurança do paciente enfraquecidas quando relacionados à maioria dos domínios do Safety Attitudes Questionnaire. As falhas na comunicação surgem como um problema na realidade das Unidades de Terapia Intensiva alagoanas e parecem ser uma das grandes barreiras entre os profissionais para o estabelecimento de uma assistência segura. É fundamental que os gestores de risco, profissionais de enfermagem responsáveis pelas Unidades de Terapia Intensiva, conheçam a realidade de suas unidades para que possam ser estabelecidas medidas, com vistas ao estabelecimento da cultura de segurança do paciente. O primeiro passo é avaliar qual cultura existe nas mesmas e, a partir disso, trabalhar esses “nós” críticos, alguns desses citados acima, para o estabelecimento de uma assistência de enfermagem segura, integral, centrada nas necessidades do indivíduo e em seu direito de receber uma assistência pautada na SP.

Palavras-chave: Enfermagem, Segurança do Paciente e Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

This study aims at the perception of the safety culture of the patient by the nursing professionals who work in the General Intensive Care Units of the Alagoas hospitals. A quantitative, exploratory descriptive and cross - sectional study of the Survey type, whose general objective was to evaluate the perception of the safety culture of the professionals of the nursing team working in the General Intensive Care Units of Alagoas. It was carried out in all the hospital institutions of Alagoas that have general Intensive Care Units listed in the National Register of Health Establishments and that had at least two years of operation, totaling sixteen who agreed to participate in the research. The instruments used for research were the Safety Attitudes Questionnaire and an additional information questionnaire developed by the researcher. The population was composed of all the nursing professionals (nurses, technicians and nursing assistants) who were in the exercise of their work activities in the Intensive Care Units of the participating hospitals. Of the 534 professionals who were effectively part of the work scales during the data collection period, 346 accepted to participate in the study and 339 were part of the study. Participants in this research were predominantly female (74.93%) (n = 254) and the majority were nursing technicians (72.27%) (n = 245). It was found that in private hospitals the average number of patients per professional is higher. Therefore, in relation to the Safety Attitudes Questionnaire, the domain that presented the highest average was related to satisfaction with the work, and the lowest average was the one referring to the item without domain of communication failures. It was possible to verify that in all domains the scores of the private hospitals were higher in relation to the public hospitals, except in the management perception that the opposite occurred. It was verified that the nursing professionals who work in the Intensive Care Units of the State of Alagoas present weakened patient safety attitudes related to most of the domains of the Safety Attitudes Questionnaire, the communication failures appear as a problem in the reality of the Units of Intensive Care and Alagoas seem to be one of the great barriers among professionals for establishing a safe care. It is essential that risk managers, nursing professionals responsible for the Intensive Care Units know the reality of their units, so that measures can be established to establish the patient's safety culture. The first step is to evaluate what culture exists in them and from there to work these critical "nodes", some of those cited above, to establish a safe, integral nursing care centered on the needs of the individual and their right to receive a scheduled assistance from SP

Key words: Nursing, Patient Safety and Intensive Care Unit.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Quantitativo de profissionais convidados das UTIs gerais de Alagoas, por categoria hospital, Maceió- AL, 2018.....	31
Quadro 2-	Descrição de domínios e quantidade respectiva de itens que compõem o Questionário de Atitudes e Segurança (SAQ), Maceió – AL, 2018.....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição do quantitativo de profissionais de enfermagem participantes do estudo, atuantes em Unidades de Terapia Intensiva gerais, por instituição hospitalar, em números absolutos e relativos. Maceió-Alagoas, 2018.....	41
Tabela 2-	Caracterização dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva, conforme variáveis, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).....	42
Tabela 3-	Distribuição do quantitativo de profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva gerais quanto ao conhecimento prévio sobre segurança do paciente e educação permanente, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339)	44
Tabela 4-	Escore da percepção da cultura de segurança do paciente por domínios e sexo dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).....	44
Tabela 5-	Escore da percepção da cultura de segurança do paciente por itens sem domínios e sexo dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).....	45
Tabela 6-	Escore da percepção da cultura de segurança do paciente por domínios e escolaridade dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).....	46
Tabela 7-	Escore da percepção da cultura de segurança do paciente por itens sem domínios e escolaridade dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).....	47
Tabela 8-	Escore da percepção da cultura de segurança do paciente por domínios e cargo dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).....	47
Tabela 9-	Escore da percepção da cultura de segurança do paciente por itens sem domínios e cargo dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).....	48
Tabela 10-	Escore da percepção da cultura de segurança do paciente por domínios e tempo na especialidade dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas,	

	2018, (n=339).....	49
Tabela 11-	Escores da percepção da cultura de segurança do paciente por itens sem domínios e tempo na especialidade dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).....	50
Tabela 12-	Escores da percepção da cultura de segurança do paciente por domínios e especialização dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).....	51
Tabela 13-	Escores da percepção da cultura de segurança do paciente por itens sem domínios e especialização dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).....	51
Tabela 14-	Escores da percepção da cultura de segurança do paciente por domínios e educação permanente dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).....	52
Tabela 15-	Escores da percepção da cultura de segurança do paciente por itens sem domínios e educação permanente dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).....	53
Tabela 16-	Escore geral por domínio da percepção da cultura de segurança do paciente dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva gerais, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).....	54
Tabela 17-	Escore geral por itens sem domínio da percepção da cultura de segurança do paciente dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva gerais, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).....	55
Tabela 18-	Comparação dos escores dos domínios dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva gerais, na modalidade públicas e privadas, referente à percepção da cultura de segurança no Estado de Alagoas em média e desvio padrão. Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).....	55
Tabela 19-	Comparação dos escores dos itens sem domínios dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva gerais, por categorias institucionais (públicas e privadas), referente à percepção da cultura de segurança no Estado de Alagoas em média e desvio padrão. Maceió- Alagoas, 2018, (n=339).....	56
Tabela 20-	Comparação do Dimensionamento de Pessoal dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva gerais com as	

categorias institucionais públicas e privadas, no Estado de Alagoas, 57
Maceió- Alagoas, 2018, (n=339).....

LISTA DE FIGURA

Figura 1-	Variáveis da pesquisa.....	33
-----------	----------------------------	----

ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
COM: Colaboração Positiva com Médicos;
CPE: Colaboração Positiva com Enfermeiros;
CPF: Colaboração Positiva com Farmacêuticos;
CSP: Cultura de Segurança do Paciente;
CS: Clima de Segurança;
CTE: Clima de Trabalho em Equipe;
CT: Condições de Trabalho;
EAs: Eventos Adversos;
EPS: Educação Permanente em Saúde;
ESENFAR: Escola de Enfermagem e Farmácia;
FC: Falhas na Comunicação;
GQT: Gestão de Qualidade Total;
IOM: Institute of Medicine;
JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations;
OMS: Organização Mundial de Saúde;
ONA: Organização Nacional de Acreditação;
PE: Percepção do Estresse;
PG: Percepção da Gerência;
PNSP: Programa Nacional de Segurança do Paciente;
REBRAENSP: Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente;
RSG: Receptividade pela Gerência das Sugestões sobre Segurança do Paciente;
SAQ: Safety Attitudes Questionnaire;
SP: Segurança do Paciente;
SPSS: Statistical Package for the Social Sciences;
ST: Satisfação no Trabalho;
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI: Unidades de Terapia Intensiva;
WHO: World Health Organization.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	Objetivos	24
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
2.1	Cultura de segurança da paciente	25
2.2	Segurança do paciente como direito humano	28
3	MÉTODO	30
3.1	Tipo de estudo	30
3.2	Descrição dos locais de pesquisa	30
3.3	População	31
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	32
3.4.1	Crítérios de inclusão	32
3.4.2	Crítérios de exclusão	33
3.5	VARIÁVEIS	33
3.5.1	Variável Dependente	33
3.5.2	Variável Independente	33
3.5.3	Variáveis Qualitativas	34
3.5.4	Variáveis Quantitativas	35
3.6	Métodos de recrutamento	36
3.7	Procedimento de coleta de dados	36
3.8	Instrumento de coleta de dados	36
3.9	Tratamento e análise dos dados	38
3.9.1	Estatística Descritiva	39
3.9.2	Estatística Analítica	39
3.9.3	Testes de Comparações (Mann-Whitney e Kruskal Wallis)	39
3.9.4	Teste de Normalidade: Shapiro-Wilk e Komolgorov-Smornov	40
4	ASPECTOS ÉTICOS	40
5	RESULTADOS	41
6	DISCUSSÃO	58
7	CONCLUSÃO	68
	REFERÊNCIA	70
	APÊNDICES	81

1. INTRODUÇÃO

O estudo tem como objeto a percepção dos profissionais de enfermagem que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) gerais dos hospitais de Alagoas sobre as atitudes de cultura de segurança do paciente. O interesse pelo tema surgiu por ter vivenciado, enquanto enfermeira assistencial, diversos momentos em que identifiquei a necessidade de atitudes de segurança do paciente (SP), afim de evitar a ocorrência de erros no cuidado. Além disso, a maioria dos Eventos Adversos (EAs) são associados à enfermagem por ser a categoria que passa maior parte do tempo assistindo o paciente, por isso a necessidade de estudar a SP entre esses profissionais. Além disso, devido à ausência de uma pesquisa relativa às atitudes de cultura de segurança do paciente nas UTIs gerais dos hospitais de Alagoas no tocante aos profissionais de enfermagem.

A escolha da UTI se deu por ser um local de cuidados críticos, no qual a frequência de EA e, conseqüentemente, de incidentes que colocam em risco a SP, são elevados (MENDES et al., 2009; SOUSA et al., 2011), visto que o ambiente é considerado vulnerável para ocorrência de EA, considerando as constantes alterações hemodinâmicas e iminente risco de morte, o que exige dos profissionais cuidados complexos, atenção ininterrupta e tomada de decisões imediata (GONÇALVES et al., 2012). Além disso, nesse setor, o papel da Enfermagem se destaca, pois há um maior número de atividades e procedimentos complexos realizados pela equipe (VLAYEN et al., 2012).

É essencial destacarmos que as instituições de cuidados de saúde estão num contexto de elevado risco de mortalidade e morbidade, especialmente nas UTIs (COLLA, 2005). Dentro de uma organização hospitalar, as UTIs caracterizam-se como um setor complexo, de elevado arsenal tecnológico, que admite pacientes críticos e instáveis hemodinamicamente, exigindo a atuação de uma equipe multiprofissional contínua e especializada (NOGUEIRA et al., 2012). Assim, percebe-se que a incidência de EAs em UTIs é maior que em outras unidades de internação, sendo fundamental que as equipes de saúde que lá atuam trabalhem de forma sistematizada e segura, buscando modificar a cultura existente atualmente (SILVA; CUNHA; MOREIRA, 2011).

Em 1960, a expressão “cultura” passou a fazer parte do complexo de uma organização. Desde então, o termo cultura organizacional passou a ser utilizado, inicialmente, na literatura de língua inglesa, como sinônimo de clima. A partir de 1964, iniciou-se a abordagem estrutural de clima organizacional através da percepção de aspectos do tipo da organização (RIGOBELLO et al., 2012; GOMIDES, 2016).

O conceito de cultura é utilizado para explicitar o fato de diferentes grupos de pessoas terem formas distintas de absorver e reagir aos eventos da realidade, a partir de significados que são gradativamente aprendidos e compartilhados (ZANELLI et al., 2004; RIGOBELLO et al., 2012). Logo, a cultura pode ser considerada como um vetor que influencia e estrutura as formas de pensar, sentir e agir (VASSEM et al., 2017).

Desta forma, quando nos referimos à cultura organizacional, fazemos referência à forma de como os valores da organização são disseminados, absorvidos e propagados pelos colaboradores para o alcance dos objetivos organizacionais. A análise cultural de uma organização nos permite observar que a cultura não é estática e está propensa a mudar com o decorrer do tempo, devido a variáveis ambientais e/ou culturais (LIMA; SILVA; HOROSTECKI, 2011).

Por conseguinte, a cultura das organizações tem importância vital na prevenção e controle dos riscos, ou seja, pautada na segurança, na medida em que atua como indutores, junto aos gerentes e aos trabalhadores, de comportamentos aliados à gestão do conhecimento, das atitudes e habilidades. Um ambiente caracterizado pelo medo ou desconfiança, por exemplo, pode levar os gerentes a se tornarem mais autoritários e os empregados mais defensivos, impedindo o fluxo do conhecimento, da comunicação e do aprendizado na organização (GANDRA; RAMALHO; MARQUES, 2004).

Assim, a cultura de segurança é parte da cultura organizacional (GULDENMUND et al., 2010; RICHTER; KOCH, 2004). Quando a cultura organizacional prioriza a segurança do trabalho, então a cultura de segurança está presente na organização (GLENDON; STANTON, 2000; SILVA; LIMA, 2004). Nesse contexto, mostra-se importante lembrarmos que o termo cultura de segurança foi conceituado, pela primeira vez, no relatório técnico sobre o acidente na usina nuclear de Chernobyl, na Ucrânia, na década de 1980, como sendo o conjunto de características e atitudes das organizações e dos indivíduos (SILVA, 2003).

Nesse aspecto, os estudos sobre cultura de segurança revelam que as empresas com menos acidentes apresentam uma maturidade da cultura de segurança mais avançada. Estas culturas são caracterizadas por fatores como, por exemplo, o comprometimento da direção da empresa, o envolvimento dos empregados e a existência de uma boa comunicação sobre segurança (SILVA; LIMA, 2004).

Logo, a cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, percepções e competências, grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento de segurança da instituição, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas (CARVALHO, 2011; RIGOBELLO et

al., 2012; PAESE, DAL SASSO, 2013; MATOS, et al. 2016). Organizações com cultura de segurança positiva são aquelas caracterizadas por comunicação baseada na confiança mútua, por percepções compartilhadas da importância da segurança e na confiança e eficácia de medidas preventivas (NIEVA; SORRA, 2003; REIS, 2013).

No que tange à cultura de segurança e cuidados de saúde, anteriormente ao movimento global de cultura de segurança do paciente e de ações positivas para um cuidado seguro, Hipócrates (1989) e Florence Nightingale (1989) já falavam sobre a necessidade de não causar danos aos pacientes quando da prestação de cuidados à saúde. Nesse sentido, a cultura de segurança do paciente pode ser definida como um subconjunto da cultura organizacional, que se refere, especificamente, aos valores e crenças sobre a segurança dos doentes nas organizações de saúde (IOM, 2004; FENG et al., 2008; BARATTO, 2015).

Nesse contexto, entende-se segurança do paciente (SP) como a redução do risco de danos desnecessários associados SP, isto é, redução do risco de associados à assistência a um mínimo aceitável. O mínimo aceitável relaciona-se às ferramentas que são viáveis diante do conhecimento atual, aos recursos disponíveis e ao contexto em que a assistência é realizada, por meio da tomada de decisões que dizem respeito ao tratamento ou não do paciente, considerando os riscos inerentes a cada situação (OMS, 2005; WHO, 2010; BRASIL, 2012; WACHTER, 2013).

As primeiras iniciativas relativas à SP deu-se na Austrália, em 1987, mediante a criação da Fundação Australiana de Segurança do Paciente (CURRIE; WATT, 2007). Um documento notoriamente precursor das discussões sobre o tema – o relatório *Errar é Humano*, foi elaborado, em 1999, pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos.

De acordo com o relatório, as mortes decorrentes de eventos adversos evitáveis em saúde superavam as provenientes de acidentes automobilísticos, do câncer de mama e da AIDS. No mesmo estudo, estimou-se a ocorrência anual de 44 mil a 98 mil óbitos evitáveis, decorrentes de erros nos cuidados em saúde em hospitais do Estado de Nova Iorque, Estados Unidos (IOM, 2000). No Estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos na Atenção, realizado em cinco países da América Latina, entre 2007 e 2009, demonstrou-se que 10,5% dos pacientes hospitalizados sofreram algum tipo de EA e, destes, 58,9% poderiam ter sido evitados (BRASIL, 2013).

Posteriormente, em 2001, o IOM realizou a publicação do relatório “Cruzando o Abismo da Qualidade” (Crossing the quality chasm), no qual foram elaborados seis domínios para descrever o desempenho do sistema de saúde, com destaque para o domínio da segurança

do paciente. São esses: segurança, efetividade, foco no paciente, otimização, eficiência e equidade (VINCENT, 2010; BRASIL, 2013).

Em seguida, no ano de 2004, a Organização Mundial de Saúde divulgou o programa da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (SP), a fim de socializar conhecimentos acerca da SP, incentivar e divulgar, em diferentes países, as diretrizes e estratégias que garantem a SP (WHO, 2004; BRASIL 2013). Por isso, houve avanços nas pesquisas sobre cultura de segurança, buscando analisar o contexto nas instituições de saúde por meio da aplicação de instrumentos de mensuração do clima de segurança (GERSHON et al., 2004; BRASIL, 2013).

Acompanhando o cenário mundial, em 2002, iniciaram-se, no Brasil, as discussões sobre a temática de SP com a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que possui participação voluntária e tem como finalidade notificar eventos adversos e queixas técnicas referentes à tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância (BRASIL, 2010).

Nessa conjuntura, uma proposta de mudanças culturais referentes à segurança e cuidados em saúde surge, no Brasil, por meio do Artigo 5º, da Portaria nº529, de 1º de abril de 2013, do Ministério da Saúde, que define as estratégias para implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Entre tais estratégias, está a promoção da cultura de segurança, a qual enfatiza o aprendizado e o aprimoramento organizacional, bem como o engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando, assim, os processos de responsabilização individual (BRASIL, 2013).

Dentro das estratégias para implementação do PNSP, estão as metas internacionais de segurança do paciente que foram estipuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), juntamente com a *Joint Commission International*. As metas são: identificar os pacientes corretamente; melhorar a comunicação efetiva; melhorar a segurança de medicamentos de alta-vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas (BRASIL, 2013).

Por conseguinte, nas instituições de saúde, a cultura de segurança está emergindo como um dos requisitos essenciais para evitar a ocorrência de EAs, por meio do gerenciamento de risco, em que os profissionais comunicam os erros e agem de forma proativa, redesenhando os processos para prevenir novos incidentes (TOBIAS et al., 2014). Assim, o maior desafio em um movimento para um sistema de saúde seguro é, muitas vezes, cultural. Uma cultura de culpa, em que os erros são vistos apenas como fracassos pessoais,

deve ser substituída por uma cultura em que os erros sejam encarados como oportunidades de melhorar o sistema (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012; PAESE; DEL SASSO, 2013; BARATTO, 2015).

Logo, para se alcançar uma cultura de segurança do paciente positiva (CSP), existem influências organizacionais, formadas por decisões da alta administração, que tem impacto sobre a segurança de todo o sistema assistencial/produção do cuidado. Outros aspectos também estão diretamente relacionados ao estabelecimento da CSP, como: supervisão, comunicação, equipamentos, conhecimento e habilidade, que são fatores afetados pelos processos organizacionais e decisões gerenciais (SANTIAGO E TURRINI, 2015; BATALHA; MELLEIRO, 2015; KETIS et al., 2017).

Além disso, somam-se as características pessoais dos profissionais de saúde e o próprio paciente, que também é determinante da variabilidade da prática clínica. Desse modo, um grande desafio para a segurança do paciente, nos serviços de saúde, é criar uma cultura de segurança, que permeie todas as ações da prática assistencial (SANTIAGO E TURRINI, 2015; ASTIER-PEÑA et al., 2015; KETIS et al., 2017).

No que diz respeito aos profissionais de saúde, é válido ressaltarmos que a equipe de enfermagem é a categoria que dedica maior tempo da jornada de trabalho ao lado dos pacientes. A maioria dos EAs poderiam ser evitados se os profissionais de enfermagem adotassem as metas internacionais de segurança do paciente com mais afinco para redução destes riscos. (TENG et al., 2012; BALLANGRUDA et al., 2014).

Além disso, aproximadamente 78% dos incidentes sem lesão e de eventos adversos em pacientes foram relacionados à esfera da Enfermagem (NOVARETTI et al., 2014). Dessa maneira, percebemos que o papel da equipe de enfermagem é fundamental na promoção da cultura de segurança do paciente dentro das instituições. Logo, uma CSP forte entre os profissionais de saúde, especialmente de enfermagem, parece ser condição essencial para segurança do paciente no intra-hospitalar, reduzindo o risco de EAs (KLINE et al., 2008).

Dessa maneira, nota-se que a prática profissional de enfermagem é permeada pela vivência e percepção diária de situações de risco, que podem subsidiar o gerenciamento do cuidado em relação à SP. A adequação do cuidado de enfermagem ao paradigma da era da SP depende de profissionais que busquem excelência científica e técnica, realizando cuidados baseados em evidências. (MELLO; BARBOSA, 2013).

Logo, fica claro que as ações dos enfermeiros podem contribuir para prevenir e evitar erros, desde que os enfermeiros façam uma enfermagem que assegure o acesso ao tratamento de qualidade e livre de riscos. Sendo assim, baseada nos princípios da SP (RADUENZ et al.,

2010). Contudo, sabe-se que não apenas a enfermagem, mas a atuação da equipe multiprofissional, é primordial para o estabelecimento da CSP, visto que a mesma perpassa todos que prestam assistência ao paciente.

Assim, diante do que foi exposto, este estudo buscou elucidar a seguinte questão norteadora: Qual é a percepção das Atitudes de Cultura de Segurança do Paciente pelos profissionais atuantes nas Unidades de Terapia Intensiva gerais dos hospitais de Alagoas? Tendo como hipóteses: 1)A percepção das atitudes de cultura de segurança do paciente pelos profissionais de enfermagem é positiva nas UTIs gerais de Alagoas; 2)Os profissionais de enfermagem apresentam atitudes de segurança do paciente nas UTIs gerais do Estado de Alagoas.

Assim, como colocado por Nieva e Sorra (2003), existem várias razões para avaliar a cultura de segurança, como: reconhecer as melhorias que devem ser implementadas, aumentar a conscientização dos profissionais/gestores sobre a segurança do paciente, avaliar as intervenções e programas de segurança já postos em prática, avaliar as mudanças ao longo do tempo, criar uma referência de segurança e requisito de segurança completa.

É essencial reforçarmos, também, que para se promover uma cultura que vise à segurança do paciente como prioridade, primeiramente é fundamental avaliar qual é a cultura de segurança do paciente presente nas organizações de saúde, para, então, planejar intervenções específicas em busca de melhores resultados (NIEVA; SORRA, 2003). Nota-se que analisar a cultura de segurança do paciente em UTIs, na perspectiva dos profissionais de enfermagem, é essencial, visto que estaremos conhecendo qual a cultura dos profissionais que passam a maior parte do tempo assistindo os pacientes nas unidades de cuidado em que os pacientes se encontram mais debilitados e instáveis.

Logo, por intermédio dessa análise, poderemos fornecer às gerências de riscos das instituições, bem como aos profissionais, um panorama da realidade da CSP existente em cada UTI, o que é fundamental para o estabelecimento de programas voltados à segurança do paciente, planejamento das estratégias de SP e avaliação das iniciativas já implementadas nos serviços. Tal iniciativa converte-se em benefícios para os pacientes que são admitidos nessas unidades, pois passarão a ser assistidos por uma equipe comprometida com a segurança no cuidado, consciente de quais aspectos da cultura de segurança daquele serviço precisam ser fortalecidos. Percebemos que esta pesquisa é o ponto inicial do conhecimento da CSP das UTIs gerais alagoanas. Nota-se que estabelecemos um panorama da CSP nas UTIs gerais alagoanas, em relação aos profissionais de enfermagem, nunca antes realizado.

1.1 OBJETIVOS

Geral:

- Avaliar a percepção da atitude de cultura de segurança dos profissionais da equipe de enfermagem atuantes nas UTIs gerais de Alagoas.

Específicos:

- Identificar a percepção das atitudes de segurança entre as categorias profissionais de enfermagem;
- Comparar a percepção das atitudes de segurança do paciente entre as categorias profissionais de Enfermagem;
- Correlacionar as atitudes de segurança com: categoria profissional de enfermagem, tempo de experiência, sexo, em relação aos diferentes domínios e itens sem domínios.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Cultura de Segurança do Paciente

Entende-se a cultura de segurança como um dos valores da cultura organizacional, cujo objetivo é favorecer ações coerentes e comportamentos mais adequados, tendo atitudes e normas como fundamentais para um ambiente seguro. Mas esta cultura de segurança pode se apresentar diferente entre subgrupos das organizações, como, por exemplo, setores e categorias profissionais que possuem sua própria cultura e *modus operandi* regidos por códigos disciplinares específicos (VINCENT, 2009).

Compreensível que a geração de uma cultura é iniciada a partir da avaliação do nível de segurança atual na instituição, visto que as precauções de proteção implementadas sem uma avaliação adequada podem demandar a elevação dos custos, bem como repercutir em novos riscos imprevisíveis, além de danos que podem ser irreversíveis ao paciente (BODUR; FILIZ, 2009; MATOS et al., 2016). Para Schein (2010), o processo de avaliar a cultura ou o clima de uma organização não deve ser considerado uma tarefa fácil. Para reforçar o conjunto de fatores que compõem a cultura de uma organização, estes devem ser acompanhados de forma contínua, buscando o aperfeiçoamento e dando ênfase a indicadores culturais ligados ao perfil da gerência e funcionários, missão da organização e o clima organizacional.

Além das atitudes e valores individuais dos membros da organização, o comprometimento e envolvimento do staff executivo, tático e operacional com a segurança influenciam diretamente no cotidiano, já que esta precisa ser renovada diariamente devido à sua característica perecível (VINCENT, 2009). Deste modo, Tomazoni et al. (2014) reforçam que a CSP é diferente no meio das organizações e que a avaliação depende de alguns aspectos - tamanho da organização de saúde, acreditação e especialidade – apresentando variações conforme profissionais, dependendo da sua ocupação, tempo de experiência e idade.

Neste íterim, as organizações necessitam investir na CSP para instigar, nos profissionais de saúde, reflexões acerca dos conceitos, avaliando a aplicação das ações de maneira progressiva, contínua e estabelecendo metas internas e externas para o processo de trabalho. Mesmo sendo considerado um desafio para as instituições, a avaliação da cultura ou do clima de segurança, quando instituída, exerce correlação com a qualidade dos resultados da assistência prestada ao paciente (PAESE, DAL SASSO, 2013).

Contudo, para que se ocorra modificação na CSP, faz-se necessário identificar as fragilidades nas organizações de saúde, instituir metas que influencie as práticas dos

colaboradores e, com isso, sejam alcançados resultados positivos nas instituições (IOM, 2004; BARATTO, 2015).

Com esta percepção, a cultura de segurança está organizada a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização: a) cultura, na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013).

Nesse aspecto, a CSP tem recebido crescente atenção no campo das organizações de saúde. Os cuidados de saúde, cada vez mais complexos, elevam o potencial de ocorrência de incidentes, erros ou falhas, particularmente em hospitais. Uma cultura de segurança fortalecida, no âmbito hospitalar, emerge como um dos requisitos essenciais para melhorar a qualidade do cuidado de saúde (REIS, 2013).

Ao associar a cultura de segurança do paciente aos preceitos de Foulcaut (2012), que reprime a cultura voltada para a punição como solução para os males da humanidade, ao invés daquela voltada para prevenção, busca-se inserir uma consciência coletiva de prevenção de EA em saúde, utilizando-se a abordagem proativa, não punitiva e de incentivo à notificação espontânea e anônima dos eventos (SILVA, 2016).

Nesse sentido, a avaliação da CSP é o primeiro passo para melhorar a segurança do paciente nas organizações de saúde, por permitir: uma visão clara dos aspectos de segurança dos pacientes que requerem atenção urgente; identificação de pontos fortes e fracos de sua cultura de segurança; detecção da existência de problemas de SP nas unidades e avaliação comparativa dos seus escores como outras instituições de saúde (STAVRIANOPOULOS, 2012).

Uma característica ressaltada por Marchon (2015) reforça a ideia de avaliação da CPS referida por Stavrianopoulos (2012) de que se faz necessário compreender como ocorrem as cascatas de erros e destaca como fator crucial a criação de estratégias que possibilitem o aperfeiçoamento na qualidade do cuidado. Condição esta que irá proporcionar uma cultura de segurança entre os profissionais de modo efetivo.

Assim, destaca-se que a assistência em saúde segura e de qualidade obtém resultados a partir de um atendimento seguro e dependente de uma cultura de segurança estabelecida a

partir do comprometimento dos gestores e dos profissionais em identificar a necessidade de criar eixos norteadores nas instituições, conhecendo as situações diárias de dificuldades e desafios que o prestador do cuidado direto enfrenta diariamente, para assim produzir um canal de comunicação efetivo com os níveis hierárquicos, permitindo a construção da confiança entre todos os envolvidos (PAESE; DEL SASSO, 2015; PARKER et al., 2015).

Diante do reflexo sobre a importância de oferecer o apoio essencial às instituições de cuidados, e por ser um fator pouco abordado na área da saúde, reforça o processo de consistência em trabalhar a cultura organizacional com o objetivo de provocar mudanças no comportamento dos indivíduos e, deste modo, melhorar as interações interpessoais (MOSER et al., 2012; PARANAGUÁ, 2015; TIMM, RODRIGUES, 2016).

Sob esta concepção, Rigobello et al. (2012) e Silva (2010) apresentam que investir através do desenvolvimento de estratégias e comprometimento dos atores envolvidos no processo de cultura de segurança, nos serviços de saúde, emerge como um dos requisitos essenciais para melhorar a qualidade do cuidado nas instituições de saúde.

Conseqüentemente, uma instituição com cultura de segurança é uma garantia de que serão apresentadas reduções nas taxas de incidentes, bem como as relações interpessoais serão melhoradas a partir desta condição. Logo, nota-se, sob esta perspectiva, profissionais mais satisfeitos e a satisfação do paciente sendo priorizada a partir da qualidade do serviço ofertado com segurança (ASTIER-PEÑA et al., 2015; KETIS et al., 2017).

No contexto da saúde, o tema qualidade tem ocupado lugar de destaque em todo o mundo, incluindo diferentes tipos de sistemas de saúde. Portela et al. (2010) entendem que, ao conceituar qualidade, devem ser consideradas suas diferentes dimensões - técnica, organizacional e gerencial – e que, deste modo, tem se mostrado como um desafio para os estudiosos da área da saúde.

Faz-se indispensável a mensuração de prováveis riscos que o serviço apresenta à clientela assistida, levando em conta que as implicações de possíveis imprecisões do processo de cuidar podem ser graves ou fatais, ao ponto de gerar ônus tanto para as vítimas quanto para os serviços (NOVARETTI et al., 2014; SILVA, 2017).

A condição para se promover a SP prioriza o objetivo da diminuição das ações danosas, atentando-se para reconhecer os incidentes na assistência prestada, por meio de procedimentos de notificações voluntárias, revisão de prontuários ou mesmo observação direta (OMS, 2005; DUARTE et al., 2015; BRASIL, 2017).

A crescente preocupação com o assunto tem proporcionado uma discussão, onde se busca melhorar a qualidade do serviço e a redução dos danos provocados na assistência. A

partir da inquietação provocada pela temática, pesquisadores têm desenvolvido estudos, trazendo à tona a real necessidade de investigar e trabalhar a prática profissional, o processo de trabalho, a necessidade de formação profissional e aperfeiçoamento, pautados, principalmente, no desenvolvimento de habilidades técnicas com segurança (MELLO, BARBOSA, 2013; CHABOYER ET al., 2013; TOMAZONI ET al., 2014; SANTIAGO, TURRINI, 2015; GOMIDES, 2016).

Essas pesquisas têm mostrado as características de diferentes ambientes, principalmente o de UTI, considerado como cenário de alto risco, onde os danos são possíveis de acontecer em maior escala, tanto pela complexidade dos procedimentos, forte estresse, número de informações e profissionais, principalmente em lidarem diretamente com situação de vida e morte (MELLO, BARBOSA, 2013).

Destaca-se a importância dos estudos para identificar e promover a SP nas UTIs, o que, segundo Mello e Barbosa (2013), contribui para revelar as percepções dos profissionais de saúde de forma mais pontual, bem como propor soluções dentro do processo de trabalho, o que permite a implementação de medidas de forma sistematizada, com consequentes melhorias na assistência.

2.2. Segurança do Paciente como direito humano

O termo “paciente” carrega em sua origem etimológica o peso da vulnerabilidade. No contexto brasileiro, a aplicabilidade desse termo tem sido comumente confundida com usuário ou consumidor. No entanto, todas essas definições não englobam a totalidade da relação entre o indivíduo e os profissionais que lhes prestem cuidado (ROMANO, 2017).

É necessário compreender que há um longo histórico de submissão do paciente ao profissional de saúde e de predomínio da autoridade médica e da passividade dos pacientes. Contudo, a partir da década de 1970, há um marco em relação a essa temática, pois foi atingido o auge do ativismo dos pacientes nos Estados Unidos, os quais se mobilizaram para exteriorizar suas necessidades e preferências (ROMANO, 2017; ALBUQUERQUE, 2016).

Percebe-se que todos os indivíduos que necessitam de assistência à saúde devem ser considerados como detentores de direitos humanos, o que os distingue de simples usuários ou consumidores, pois implica contato humano, relação entre duas pessoas – profissionais da saúde e o doente, que é o elemento crucial durante o tratamento (PARANHOS, 2016).

Estudos e pesquisas na área dos direitos humanos sobre segurança do paciente são escassos. Em contrapartida, encontram-se em maior número investigações que entrelaçam o campo jurídico com a segurança do paciente, enfatizando os direitos do paciente enquanto consumidor. Assim, a perspectiva do paciente enquanto titular de direitos humanos, no contexto da segurança, é inovadora (ALBUQUERQUE, 2016).

Sabe-se que, a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), a saúde passa a ser efetivamente considerada um direito. O artigo III da DUDH versa sobre o direito à vida, que, a partir de então, deveria ser garantido a todos os seres humanos. Somando a isso, é direito de todos que se tenha um padrão de vida capaz de garantir, entre outros aspectos, a saúde, conforme trata o artigo XXV (DUDH, 1948).

Quanto ao plano constitucional brasileiro, o direito à saúde foi expressamente reconhecido na Carta Política de 1988. Trata-se de um direito social prestacional e, como tal, impõe ao Poder Público atuar preventivamente, estabelecendo políticas públicas de assistência à saúde (RAMOS; ESQUIVEL, 2015).

O direito à vida é o requisito inicial para que se possa usufruir dos demais direitos, garantindo ao ser humano, portanto, quando este vem a ser humano. Portanto, quando este vem a ser desrespeitado, há inviabilidade e ausência de sentido na garantia dos demais direitos. Este direito remete aos Estados a necessidade de garantia não apenas de situações em que haja risco de subtração de uma vida, mas refere-se à necessidade de garantia de condições dignas para que a vida possa ser preservada (RAMOS; ESQUIVEL, 2015).

Nesse sentido, sabendo-se que adventos decorrentes do processo terapêutico podem acarretar a morte do paciente, os órgãos internacionais de direitos humanos se posicionam quanto à interface entre a violação ao direito à vida e a morte de pacientes resultantes de erros cometidos por profissionais de saúde (ALBUQUERQUE, 2016).

Entende-se a importância de um trabalho conjunto entre pacientes e profissionais da saúde, para que seja possível estabelecer um cuidado individualizado, seguro e que possibilite atingir os objetivos do paciente. Desse modo, o cuidado baseado no planejamento colaborativo e que é centrado na pessoa responde às necessidades do indivíduo (BELETSKY, 2013; ROMANO; OLIVEIRA, 2017).

A esse respeito, a garantia de uma assistência segura, que é essencial para a preservação da saúde, parte da responsabilidade dos profissionais, mas também dos pacientes que, quando engajados no processo de assistência e bem informados, são capazes de compreender, executar e se comprometer com os cuidados, contribuindo para uma condução positiva do seu tratamento. Entretanto, para que o paciente participe de forma efetiva na

manutenção e recuperação da saúde, é necessário que ele compreenda o mínimo aceitável sobre práticas de saúde, o que parte da educação em saúde (SPRUCE, 2015; ROMANO, 2017).

3. MÉTODO

3.1. Tipo de estudo

Pesquisa de natureza quantitativa, exploratória descritiva e transversal, do tipo Survey. A pesquisa quantitativa só tem sentido quando há um problema muito bem definido e há informação e teoria a respeito do objeto de conhecimento, entendido aqui como o foco da pesquisa e/ou aquilo que se quer estudar (SILVA, LOPES, JUNIOR, 2014).

Os dados na abordagem quantitativa têm natureza numérica, são valores de grandezas monetárias (impostos pagos, valores das vendas), de grandezas físicas (volume de produtos vendidos, consumo de água mensal etc.) ou de escalas de atitude (Likert), que são escolhas que se transformam em números (SILVA, LOPES, JUNIOR, 2014).

Estudos descritivos descrevem a realidade, porém outro importante papel é o de dar conhecimento aos profissionais de uma determinada área ou setor sobre seus dados demográficos. Assim, estudos descritivos são fundamentais quando pouco sobre um determinado assunto é conhecido (ARAGÃO, 2011).

Para tanto, estudos transversais são estudos que visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como instantâneos da realidade. Ademais, esses estudos descrevem a situação em um dado momento, além de possibilitar o primeiro momento de análise de uma associação (ARAGÃO, 2011).

A pesquisa de survey implica em pesquisas que visam obter opinião de um determinado grupo de pessoas representantes de uma população, cujo objetivo é realizar descrições quantitativas, utilizando instrumento predefinido (FREITAS et al, 2000). As pesquisas que objetivam descrever a cultura organizacional podem se apoiar neste método e utilizar questionário com perguntas fechadas (FLEURY; FISCHER, 2006).

3.2. Descrição dos locais de pesquisa

Esse estudo foi realizado em todas as instituições hospitalares de Alagoas que possuíam UTIS gerais listadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e que tinham, pelo menos, dois anos de funcionamento, somando um total de vinte instituições. Dessas, dezesseis concordaram com a realização da pesquisa em suas dependências. As

instituições participantes foram identificadas aleatoriamente por letras, de forma a garantir o sigilo.

Nesse estudo, dos dezesseis hospitais participantes, sete eram de grande porte, sete de médio porte e dois de pequeno porte. Para tanto, as instituições hospitalares brasileiras podem ser classificadas da seguinte forma: hospital de pequeno porte é aquele que possui capacidade normal ou de operação de até 50 leitos; hospital de médio porte é o que possui capacidade normal ou de operação de 51 a 150 leitos e hospital de grande porte possui capacidade normal ou de operação de 151 a 500 leitos. Acima de 500 leitos, considera-se hospital de capacidade extra (BRASIL, 2004).

3.3. População

A população foi composta por todos os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que se encontravam no exercício de suas atividades laborais nas UTIs dos hospitais participantes do estudo, no período de coleta de dados da pesquisa, e que aceitarem participar livremente da pesquisa, após convite e esclarecimentos.

Como foram convidados todos os profissionais de enfermagem que estavam exercendo atividades laborais nas UTIs dos hospitais participantes, não foi necessário realizar cálculo de amostragem. O quantitativo de profissionais foi fornecido pelas gerências de enfermagem / núcleos de gestão de pessoas dos hospitais, contudo o número fornecido foi diferente daquele encontrado durante a coleta de dados, visto que profissionais afastados haviam sido contabilizados pela administração.

Sendo assim, inicialmente foi estimado o quantitativo de 592 profissionais, o que posteriormente, com o levantamento das escalas de serviço no período de coleta de dados, revelou-se o número de 544 profissionais. Desses, 346 aceitaram participar da pesquisa e 339 fizeram parte do estudo. Os demais foram excluídos porque não preencheram o instrumento de pesquisa completamente ou por erros no preenchimento (Quadro 1).

Quadro 1 - Quantitativo de profissionais por categoria e hospital, que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva Gerais no Estado de Alagoas convidados a participar da pesquisa, Maceió-AL, 2018.

(Continua)

HOSPITAL	ENFERMEIROS	TÉCNICOS	AUXILIARES
A	07	21	07

B	14	48	00
C	07	21	00

Continuação Quadro 1 - Quantitativo de profissionais por categoria e hospital, que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva Gerais no Estado de Alagoas Maceió- AL, 2018.

HOSPITAL	ENFERMEIROS	TÉCNICOS	AUXILIARES
D	07	21	06
E	11	33	00
F	12	35	00
G	06	22	03
H	07	26	00
I	09	18	00
J	08	32	00
K	10	45	00
L	06	12	00
M	08	21	00
N	05	12	00
O	05	15	00
P	04	20	00

3.4. Critérios de inclusão e exclusão

3.4.1. Critérios de inclusão

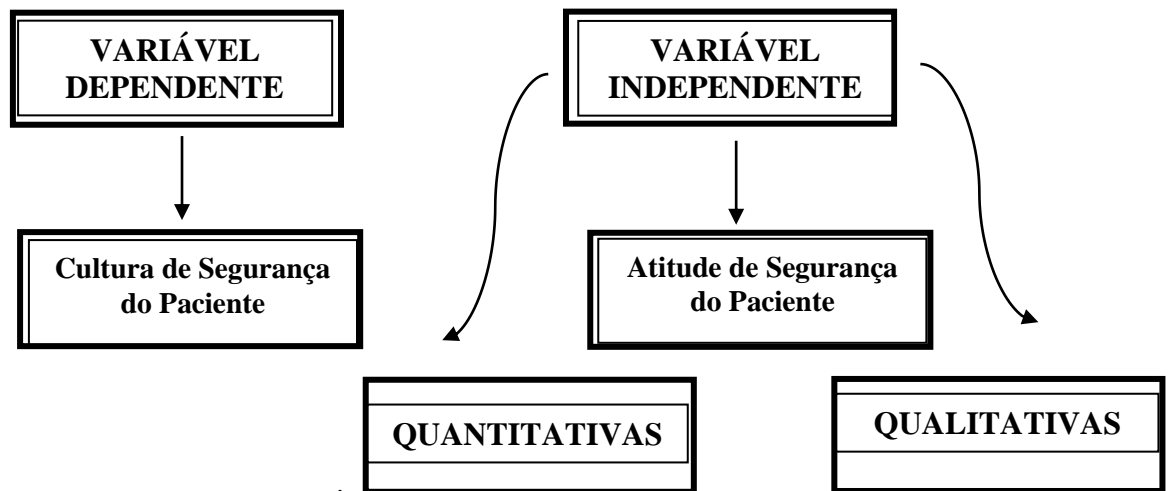
Ser enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, estar no exercício de suas funções nas UTIs durante o período da coleta de dados, com período de admissão na UTI há pelo menos três meses.

3.4.2. Critérios de exclusão

Profissionais em férias, licença saúde, licença gestação, licença-prêmio e/ou atestado médico e profissionais que trabalhavam somente à noite em hospitais em que a permissão para coleta de dados foi concedida para atividade de coleta apenas no período diurno.

3.5. Variáveis

Figura 01- Variáveis da pesquisa



3.5.1. Variável Dependente

Cultura de segurança do paciente: Produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão de saúde e segurança de uma organização (SEXTON et al, 2006).

3.5.2. Variável Independente

Atitude de segurança do paciente: é o produto da avaliação dos domínios elencados no SQA, a saber: clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção de estresse, percepção da gerência e condição de trabalho, bem como os itens sem domínios relativos à colaboração entre os profissionais e falhas na comunicação (SEXTON et al, 2006).

3.5.3. Variáveis Qualitativas

Conhecimento prévio de segurança do paciente: entendido como o conhecimento dos profissionais a respeito da temática de segurança do paciente, ou seja, se os participantes já haviam tido contato com o assunto anteriormente.

Educação permanente em segurança do paciente (EPS): conjunto de atividades educativas que buscam alternativas e soluções para a transformação das práticas em saúde por meio da problematização coletiva. Surgiu como uma estratégia para alcançar o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação, contribuindo para melhorar a qualidade da assistência (BRASIL, 2004). EPS foca na relação aprendizagem-trabalho, sendo produzida no cotidiano dos serviços de saúde, onde o aprender e o ensinar se incorporam aos processos de trabalho. (BRASIL, 2007)

Gênero: conjunto de propriedades atribuídas social e culturalmente ao sexo dos indivíduos, que tem apenas uma forma para o gênero masculino e para o gênero feminino (PIREBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2013).

Especialização: possuir curso de especialização, capacitação na área em que atua;

Cargo: entendido como cargo no qual o profissional atua na unidade, sendo: chefe de enfermagem, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem;

Satisfação no Trabalho: emoção ou atitude, estado emocional positivo, de uma atitude positiva perante o trabalho e das experiências em contexto de trabalho. (LIMA et al, 1995), experiência positiva do processo de trabalho individual ou em equipe (SEXTON et al, 2006).

Trabalho em Equipe: rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais de colaboração entre os membros (FORTUNA, 1999; FORTUNA et al., 2005).

Colaboração Positiva: para fins dessa investigação, colaboração positiva é entendida como um bom relacionamento com os demais membros da equipe de enfermagem e multidisciplinar, a saber: enfermeiros, médicos e farmacêuticos.

Clima de segurança: reflete a percepção dos trabalhadores sobre o verdadeiro valor da segurança em uma organização, como um fator que contribui para a redução das lesões acidentais (NORDIC COUNCIL OF MINISTERS, 2014). Entendido como o comprometimento organizacional para a segurança do paciente (SEXTON et al., 2006).

Status do vínculo: será abordado neste estudo como o tipo de vínculo empregatício, sendo formal (celetistas e servidores públicos) e informal (trabalham sem carteira assinada).

Estresse: conjunto de perturbações psicológicas ou sofrimento psíquico associado às experiências de trabalho (ACQUADRO et al., 2015). Aqui tratado como o reconhecimento do quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho (SEXTON et al., 2006).

Múltiplos Vínculos: compreendido como possuir mais de um vínculo empregatício, ter duas cargas horárias na mesma instituição ou trabalhar em outra.

Afinidade: Relação de conformidade, de aproximação, simpatia (DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2013). Para fins desta investigação, será compreendida como gostar da área em que atua, sendo assim, afinidade na área de terapia intensiva.

Percepção da Gerência da Instituição: relativo à aprovação das ações da gerência quanto às questões de segurança (SEXTON et al., 2006).

Condições de trabalho: conjunto de situações nas quais se desenvolve a atividade laboral e que influenciam significativamente, tanto a experiência do trabalho, como a dinâmica das relações laborais. As condições de trabalho incidem diretamente sobre a qualidade de vida, a saúde e o bem-estar psicológico, a satisfação e a implicação com o trabalho, além de doenças ocupacionais e o rendimento (BLANCH, 2003).

Falhas da Comunicação: processo em que ocorre a emissão, recepção e compreensão das mensagens, que podem ser verbais (linguagem escrita e falada) e não-verbais. Falha é entendida como a quebra de um dos elos do processo descrito, de forma que compromete o recebimento da mensagem (MOURÃO et al., 2009).

Receptividade pela Gestão das Sugestões sobre Segurança do Paciente: compreendido aqui como a aceitação favorável das sugestões dos colaboradores sobre segurança do paciente para a gestão da instituição de saúde.

3.5.4. Variáveis Quantitativas

Dimensionamento de Pessoal: O dimensionamento de recursos humanos é uma atividade/habilidade gerencial do enfermeiro, que envolve a previsão de pessoal sob os enfoques quantitativo e qualitativo, com vistas ao atendimento das necessidades da clientela, na busca de uma melhor qualidade possível da atenção (CAMPOS; MELO, 2007; GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILHO, 2005). Nesta pesquisa, o dimensionamento de pessoal é entendido como a quantidade de pacientes que o profissional de enfermagem fica responsável pelos cuidados durante um período de trabalho (plantão).

Tempo que atua na especialidade: tempo que o profissional de enfermagem trabalha em UTI geral.

Tempo de formação: tempo de conclusão do curso de auxiliar, técnico ou graduação em enfermagem.

Carga horária: compreendida como a soma de todas as cargas horárias de trabalho semanais, na instituição em que o participante trabalha e/ou em outra.

3.6. Recrutamento

O recrutamento dos participantes iniciou após o parecer favorável do Comitê de Ensino e Pesquisa (CEP), que foi precedido pelo consentimento de autorizações para a realização da pesquisa nas dezesseis instituições hospitalares envolvidas neste estudo.

Em seguida, foi solicitado às coordenações de enfermagem ou núcleos de gestão de pessoas as escalas de serviço das UTIs participantes, ou o quantitativo dos profissionais que estariam de fato em exercício de suas funções durante o período de realização da pesquisa. Associado a isso, foi entregue a cada instituição uma cópia do parecer do CEP e realizado o agendamento dos dias e horários para a coleta dos dados, bem como os melhores horários, de forma a comprometer minimamente as atividades de assistência nas unidades.

3.7. Procedimento de coleta de dados

Os dados foram coletados pela pesquisadora e equipe, composta por estudantes de graduação em Enfermagem que foram devidamente treinadas para aplicação do instrumento da pesquisa. Os profissionais foram convidados a participar do estudo durante o horário de trabalho, em momentos em que estavam disponíveis. Para cada participante, foram entregues dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um para ser entregue ao membro da equipe de pesquisa e outro para posse do próprio participante, um SAQ e um questionário de informações adicionais elaborado pelas pesquisadoras.

Os questionários foram numerados aleatoriamente, de forma que os questionários de cada instituição foram numerados juntos para que fosse estabelecido um intervalo de numeração correspondente a cada instituição participante.

3.8. Instrumento de coleta de dados

Neste estudo, utilizou-se o Questionário de Atitudes de Segurança (Safety Attitudes Questionnaire – SAQ – OR version), desenvolvido na Universidade do Texas, que foi traduzido e adaptado. O SAQ – OR é uma versão adaptada do Safety Attitudes Questionnaire, composto por 58 itens (SEXTON et al., 2006). Este foi validado e adaptado culturalmente para a realidade dos hospitais brasileiros por Carvalho (2011). Também foi aplicado um

questionário de informações adicionais que foi elaborado pelas pesquisadoras, tendo em vista a necessidade de coletar informações que não estavam contempladas no SAQ (Apêndice 2).

O questionário principal utilizado nessa pesquisa, o SAQ, é organizado sob a forma de escala de LIKERT. Logo, a resposta de cada questão segue a escala de cinco pontos de Likert: opção A- discorda totalmente, B- discorda parcialmente, C- neutro, D- concorda parcialmente, E- concorda totalmente e X- não se aplica.

Em relação à pontuação, foi assim ordenada: A- discorda totalmente, vale 0; B- discorda parcialmente, vale 25; C- neutro, vale 50; D- concorda parcialmente, vale 75; E- concorda totalmente, vale 100; e o X – não se aplica, que vale 0. Os escores são contados da seguinte forma: as questões são ordenadas por domínios, assim, somam-se as respostas das questões de cada domínio e divide-se pelo número de questões de cada um. O escore final do instrumento varia de 0 a 100, no qual zero corresponde à pior percepção de atitudes de segurança pelos profissionais de saúde e 100, à melhor percepção. São considerados valores positivos quando o total do escore é igual a 75 (CARVALHO, 2011) (RIGOBELLO et al., 2012).

Quanto ao SAQ, seu conteúdo é composto por duas partes: a primeira contém 41 questões, envolvendo a percepção sobre segurança do paciente. A segunda parte visa a coletar dados do profissional: cargo exercido, gênero, atuação principal e tempo de atuação. Assim, este instrumento mensura a percepção dos profissionais de saúde por meio de seis domínios: **1. Clima de Trabalho em Equipe:** considerado como a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe (itens 1 a 6); **2. Clima de Segurança:** percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente (itens 7 a 13); **3. Satisfação no Trabalho:** visão positiva do local de trabalho (itens 15 a 19) (CARVALHO, 2011; RIGOBELLO et al., 2012).

Tem-se, ainda, o item **4. Percepção do Estresse:** reconhecimento de quanto os fatores estressores podem influenciar na execução do trabalho (itens 20 a 23); bem como o **5. 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 29) e **6. Condições de Trabalho:** percepção da qualidade do ambiente de trabalho (itens 30 a 33). Entretanto, os itens 14, 34 a 36 não fazem parte de nenhum domínio no instrumento original, conforme Quadro 2 (CARVALHO, 2011; RIGOBELLO et al., 2012).

Quadro2- Descrição de domínios e quantidade respectiva de itens que compõem o Questionário de Atitudes e Segurança (SAQ), Maceió – AL, 2018.

ITENS DO SAQ	DOMÍNIO	DESCRIÇÃO
1 a 6	Clima de Trabalho em Equipe (CTE)	Qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe
7 a 13	Clima de Segurança (CS)	Avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para a segurança do paciente
14	Não pertence a nenhum domínio	Refere-se à aceitação das sugestões dos profissionais sobre segurança do paciente pela administração
15 a 19	Satisfação no Trabalho (ST)	Visão positiva do local de trabalho
20 a 23	Percepção de Estresse (PE)	Trata do reconhecimento do quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho
24 a 29	Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital (PG)	Refere-se à aprovação das ações da gerência quanto às questões de segurança
30 a 32	Condições de Trabalho (CT)	Refere-se à percepção da qualidade do ambiente de trabalho
33 a 36	Não pertence a nenhum domínio	Colaboração entre os membros da equipe assistencial e as falhas de comunicação

FONTE: Carvalho (2011).

3.9. Tratamento e análise dos dados

Os dados foram analisados conforme a estatística descritiva e analítica. Por conseguinte, o questionário principal utilizado na pesquisa é composto por uma escala de LIKERT, sendo uma escala psicométrica das mais utilizadas em pesquisas quantitativas que avaliam percepção de cultura de segurança. Essa avaliação é feita através do nível de concordância ou discordância em cada assertiva. Também foi utilizado um questionário de informações adicionais elaborado pelas pesquisadoras, a fim de elucidar itens que não estavam contemplados no SAQ.

Inicialmente, todos os questionários passaram por uma análise. Aqueles que estavam incompletos ou preenchidos de forma incorreta ou com duplicidade de respostas foram excluídos. Em seguida, foram numerados de forma que a numeração dos questionários de

cada instituição hospitalar foi feita na mesma sequência para que, posteriormente, pudéssemos estabelecer o intervalo de numeração de cada instituição no banco de dados.

Foram aplicados 346 questionários, desses 339 estavam completos. Procedeu-se com a numeração crescente dos mesmos de 01 até 339. Em seguida, foram digitados e organizados em planilhas do Excel, versão 2016, com dupla conferência para evitar inconsistências e questões divergentes. Para a construção do banco de dados, foi utilizado o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Os dados foram agrupados e analisados por meio da estatística descritiva e analítica.

Neste estudo, a significância estatística assumida foi $p \leq 0,05$ e o nível de confiança de 95%. O nível de confiança representa a segurança da estimativa do verdadeiro valor de um parâmetro populacional e é uma escolha que resulta em um bom equilíbrio entre precisão (conforme refletido na largura do intervalo de confiança) e confiabilidade (conforme expresso pelo nível de confiança) (TRIOLA, 2011).

3.9.1. Estatística Descritiva

A estatística descritiva é utilizada para organizar, resumir e descrever os aspectos importantes de um conjunto de características observadas ou comparar tais características entre dois ou mais conjuntos. A descrição dos dados também tem como objetivo identificar anomalias, até mesmo resultante do registro incorreto de valores, e dados dispersos, aqueles que não seguem a tendência geral do restante do conjunto (REIS; REIS, 2002).

Por conseguinte, nesta investigação, as variáveis qualitativas foram descritas por frequências absolutas e relativas, já as variáveis quantitativas foram expressas pela média e desvio-padrão.

3.9.2. Estatística Analítica

3.9.3. Testes de Comparações (Mann-Whitney e Kruskal Wallis)

As variáveis quantitativas foram expressas por média e desvio padrão. Para verificar se existia ou não diferença estatisticamente significativa entre os grupos, foi utilizado o teste não paramétrico Mann-Whitney (para dois grupos) e Kurskal Wallis (mais de 2 grupos), pois os dados não seguem uma distribuição normal.

O nível de significância adotado foi de 5%. Portanto, se o p-valor for menor que o nível de significância ($p\text{-valor} < 0,05$), rejeita-se a hipótese nula, isto é, existem evidências que os grupos diferem.

3.9.4. Teste de Normalidade: Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smornov

Para testar a normalidade dos dados, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov, onde a hipótese nula foi rejeitada em ambos os testes, com nível de significância de 5%. Portanto, há indícios que os dados das variáveis estudadas não seguem uma distribuição normal, e, desse modo, os testes utilizados foram testes não-paramétricos.

3.9.5. Aspectos éticos

Os princípios éticos da pesquisa com seres humanos foram seguidos, neles compreendidos a utilização de informações ou materiais, de acordo com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2013), fundamentada nos princípios básicos da bioética: não maleficência; autonomia; beneficência e justiça. Em consonância com a referida resolução, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, obtendo parecer favorável à execução sob número de protocolo CAAE: 79690117.1.0000.5013.

Cabe ressaltar que, para envio do projeto ao CEP, foram solicitadas autorizações formais para coleta de dados nas instituições que participaram deste estudo. Para tanto, a pesquisa apresentou riscos mínimos oriundos de cansaço, irritabilidade e constrangimento em mencionar determinadas informações. Em relação a isso, foi reforçado o anonimato do participante e a impossibilidade de identificação pública do mesmo em qualquer etapa do estudo.

Para minimizar esse desconforto, agendamos previamente com a gerência do hospital os dias para a coleta de dados, bem como os melhores horários, sendo esses, preferencialmente, o de intervalo ou de menor número de atividades no setor, de forma que comprometemos minimamente as atividades das UTIs participantes.

4. RESULTADOS

Participaram 339 profissionais de enfermagem lotados nas dezesseis UTI's das instituições hospitalares de Alagoas, distribuídos conforme a tabela 01. Sendo a maioria (21,53%) dos profissionais lotados nos hospitais K e B, em parte por serem hospitais de maior porte e referência para as regiões em que estão inseridos, e pelo número de leitos nas referidas UTIs ser maior em relação às demais instituições, conforme tabela 01.

Tabela 01 – Distribuição do quantitativo de profissionais de enfermagem participantes do estudo atuantes em Unidades de Terapia Intensiva gerais, por instituição hospitalar em números absolutos e relativos. Maceió- Alagoas, 2018.

Instituição	Frequência Absoluta (339)	Frequência Relativa (%)
A	20	5,90%
B	35	10,32%
C	16	4,72%
D	23	6,78%
E	30	8,85%
F	25	7,37%
G	24	7,08%
H	24	7,08%
I	11	3,24%
J	21	6,19%
K	38	11,21%
L	11	3,24%
M	19	5,60%
N	14	4,13%
O	9	2,65%
P	19	5,60%
Total	339	100,00%

FONTE: Elaborado pela autora (2018).

A taxa de participação foi menor no hospital “O”, seguido pelos hospitais “I” e “L”, fato que pode ser explicado por, nestes hospitais, termos um quantitativo reduzido de profissionais de enfermagem quando comparado com as demais unidades participantes da pesquisa, além de serem UTIs com menor número de leitos.

Os participantes desta pesquisa são predominantemente do gênero feminino (74,93%), casados (51,33%), possuem nível médio de escolaridade (58,77%), e a maior parte exercia o cargo de técnico de enfermagem (72,27%). Percebe-se que, mesmo a maioria da população sendo composta por técnicos de enfermagem, um cargo de nível médio, 22,40% destes possuíam nível superior em enfermagem, de acordo com tabela 02.

Tabela 02 – Caracterização dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva, Maceió- Alagoas, 2018, (n=339).

	Variáveis	Freq. Absoluta	Freq.Relativa
Sexo	Masculino	85	25,07%
	Feminino	254	74,93%
Estado Civil	Solteiro	101	29,79%
	Casado	174	51,33%
	União estável	33	9,73%
	Separado/Divorciado	27	7,96%
	Viúvo	4	1,18%
Escolaridade	Nível fundamental	2	0,59%
	Nível médio	197	58,11%
	Nível superior	140	41,30%
Cargo	Chefe de enfermagem	10	2,95%
	Enfermeiro	70	20,65%
	Técnico de enfermagem	245	72,27%
	Auxiliar de enfermagem	14	4,13%
Atuação principal	UTI Adulto	299	88,20%
	UTI Pediátrica	1	0,29%
	Ambos	39	11,50%
Tempo na especialidade	Menos de 2 anos	54	15,93%
	2 a 5 anos	41	12,10%
	6 a 10 anos	110	32,45%
	11 a 20 anos	95	28,02%
	21 anos e mais	39	11,50%
Especialização	Sim	122	35,99%
	Não	178	52,51%
	Em andamento	39	11,50%
Múltiplos vínculos	Sim	147	43,36%
	Não	192	56,64%
Status do vínculo	Formal	271	79,94%
	Informal	68	20,06%
Carga horária	20 a 39 horas	160	47,19%
	40 a 59 horas	27	7,96 %
	60 a 79 horas	137	40,41%
	80 a 99 horas	15	4,42%

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

O número de chefes de enfermagem foi menor, em virtude de não existir em todas as instituições chefia descentralizada, mas sim única. A quantidade de auxiliares de enfermagem também é reduzida, visto que a atuação desses profissionais em UTI não está de acordo com

as resoluções do Conselho Federal de Enfermagem. Além disso, ainda se tem profissionais com nível fundamental (0,59%) exercendo atividades de enfermagem em UTI.

Os profissionais têm atuação principal em UTI adulto (88,20%), explicado pela pesquisa ter sido realizada apenas em UTIs gerais. Em relação ao tempo na especialidade, constatou-se que a maioria trabalha de seis a dez anos (32,45%). Isso demonstra que os profissionais de enfermagem atuantes em UTI do Estado de Alagoas possuem elevado tempo de serviço na unidade.

A maior parte dos participantes possui apenas um vínculo (n=192) (56,64%), o formal prevaleceu (n=271) (79,94%) e não possuem especialização (n=178) (52,51%). A maioria possui sobrecarga de trabalho, visto que trabalham em uma jornada de 36 (trinta e seis) a 72 (setenta e duas) horas semanais, representando (n=297) (74%), achado explicado pela necessidade dos profissionais de possuírem mais de um vínculo, dado a defasagem salarial da categoria.

Uma parcela dos profissionais exerce atividades em ambas as áreas - adulto e pediatria (n=39) (11,50%). O número de profissionais que trabalham de dois a cinco anos e menos de dois anos é reduzido, representando juntos (n=95) (28,03%). Embora a maior parte tenha sobrecarga de trabalho (n=297) (74%), com relação a ter mais de um vínculo (n=192) (56,64%) afirmaram não possuir.

Por conseguinte, conforme a tabela 04, no Estado de Alagoas, o tempo médio de formação dos profissionais de enfermagem que atuam em UTI é de 11,17 anos. Em média, cada chefe de enfermagem fica responsável, durante um período de trabalho (plantão), por 7,90 pacientes, enfermeiros com 8,46, técnicos em enfermagem por 2,51 e auxiliares de enfermagem por 1,93.

Nota-se que os profissionais que atuam em UTI, conforme também constatado na tabela 02, possuem elevado tempo de experiência e formação. A maioria dos profissionais afirmaram ter conhecimento prévio sobre segurança do paciente (96,76%) e 69,32% afirmaram que existe educação permanente em segurança do paciente, como se pode verificar na tabela 03.

A minoria dos profissionais (3,24%) não conhece a temática segurança do paciente, associado a isso, a menor parte (30,68%) afirmou não existirem treinamentos voltados para segurança do paciente. Mesmo que esses valores sejam reduzidos, ainda assim são preocupantes, pois se tratam de profissionais que atuam em unidades de cuidados críticos em que o risco para eventos adversos é iminente.

Tabela 03 – Distribuição do quantitativo de profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva gerais quanto ao conhecimento prévio sobre segurança do paciente e educação permanente, Maceió - Alagoas, 2018, (n=339).

Variáveis		Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Conhecimento prévio sobre Segurança do Paciente	Sim	328	96,76%
	Não	11	3,24%
Educação permanente em Segurança do Paciente	Sim	235	69,32%
	Não	104	30,68%

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Quando testado se existia diferença estatisticamente significativa entre o gênero e os domínios (tabela 04), verificou-se que existe diferença no domínio percepção de estresse (PE) e média geral, sendo o escore maior no gênero masculino. O domínio percepção do estresse apresentou valores de média negativos para atitudes de segurança do paciente entre os profissionais atuantes em UTI do Estado de Alagoas.

Tabela 04- Escores da percepção da cultura de segurança do paciente por domínios e sexo dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).

Variável	Domínios					
	CTE	CS	ST	PG	PE	CT
SEXO						
Masculino	76,46 ± 17,52	68,80 ± 14,85	87,89 ± 12,36	67,32 ± 25,83	64,95 ± 20,88	71,56 ± 28,12
Feminino	75,15 ± 16,11	67,59 ± 15,69	85,86 ± 13,67	66,21 ± 27,24	59,17 ± 19,97	67,24 ± 27,79
P-valor*	0,280	0,296	0,242	0,891	0,010	0,130

Fonte: Elaborado pela autora (2018). *Teste Mann-Whitney; CTE: Clima de Trabalho em Equipe; CS: Clima de Segurança; ST: Satisfação no Trabalho; PG: Percepção da Gerência; PE: Percepção do Estresse; CT: Condições de Trabalho.

Em relação ao sexo e itens sem domínios, de acordo com a tabela 05, há indícios de que existe diferença estatisticamente significativa no item sem domínio receptividade pela gerência das sugestões sobre segurança do paciente e falhas na comunicação e média geral, em que o escore é menor em profissionais do sexo feminino. Nota-se como as falhas na comunicação aparecem como item enfraquecido em relação às atitudes de segurança do paciente, independente de sexo.

Tabela 05- Escores da percepção da cultura de segurança do paciente por itens sem domínios e sexo dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).

Variável	Itens sem Domínios					Média Geral
	RGS	CPE	CPM	CPF	FC	
SEXO						
Masculino	68,75 ± 25,99	88,98 ± 22,74	85,41 ± 22,02	73,14 ± 27,60	50,60 ± 33,58	72,85 ± 11,88
Feminino	60,56 ± 31,10	84,84 ± 23,97	81,84 ± 22,76	68,47 ± 31,19	41,90 ± 30,99	69,89 ± 11,53
P-valor*	0,042	0,066	0,139	0,322	0,038	0,043

FONTE: Elaborado pela autora (2018). *Teste Mann-Whitney: RGS: Receptividade pela gerência das sugestões sobre segurança do paciente; CPE: Colaboração Positiva com Enfermeiros; CPM: Colaboração positiva com médicos; CPF: Colaboração positiva com Farmacêuticos; FC: Falhas na Comunicação.

Nos demais domínios, não houve diferença estatisticamente significativa entre profissionais do sexo masculino e feminino. Contudo, nos itens sem domínio, foi avaliada a colaboração com profissionais médicos e enfermeiros, a qual foi elevada em ambos os sexos, mas foi baixa em relação à colaboração com profissionais farmacêuticos, revelando que a colaboração entre os profissionais de forma ampla é fortalecida em relação às atitudes de segurança, com exceção dos profissionais farmacêuticos (conforme tabela 05).

Em relação à existência de diferença estatisticamente significativa entre a escolaridade e domínio (tabela 06), verificamos que há indícios de que existe diferença estatisticamente significativa no domínio percepção de gestão e condições de trabalho, sendo as médias dos escores baixa, evidenciando uma percepção de atitude de segurança do paciente enfraquecida em relação a esses domínios.

O domínio percepção do estresse, apesar de não estatisticamente significativa, apresentou média de escores muito abaixo, evidenciando atitudes de segurança comprometidas. Os escores relativos à percepção da gerência entre os profissionais foram baixos, sendo os de nível médio os que apresentaram a menor média. Em relação ao clima de segurança, em todos os níveis de escolaridade apresentou escores baixos, revelando que a segurança do paciente em relação a esse domínio se mostrou deteriorada, conforme tabela 06.

Tabela 06- Escores da percepção da cultura de segurança do paciente por domínios e escolaridade dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).

Variável	Domínios					
	CTE	CS	ST	PG	PE	CT
ESCOLARIDADE	77,08 ± 2,946	71,42 ± 15,15	92,5 ± 3,535	40,62 ± 39,77	50 ± 17,67	70,83 ± 17,67
Nível Fundamental						
Nível Médio	76,64 ± 16,95	68,89 ± 15,94	87,36 ± 11,98	63,31 ± 27,70	60,03 ± 21,34	71,87 ± 27,80
Nível Superior	73,81 ± 15,76	66,44 ± 14,77	84,90 ± 15,09	71,37 ± 24,75	61,60 ± 18,90	63,30 ± 27,52
P-valor**	0,056	0,163	0,459	0,013	0,657	0,007

FONTE: Elaborado pela autora (2018). **Kruskal Wallis; CTE: Clima de Trabalho em Equipe; CS: Clima de Segurança; ST: Satisfação no Trabalho; PG: Percepção da Gerência; PE: Percepção do Estresse; CT: Condições de Trabalho.

Em relação à existência de diferença estatisticamente significativa entre a escolaridade e os itens sem domínio (tabela 07), verificamos que há indícios de que existe diferença no item colaboração positiva com médicos, em que os escores são maiores em profissionais que possuem nível fundamental e médio.

O item de receptividade pela gerência das sugestões sobre segurança do paciente apresentou, em todos os níveis de escolaridade, baixos escores, refletindo que as sugestões de segurança do paciente não são bem recebidas, sendo um ponto de enfraquecimento das atitudes de segurança do paciente. Além desse, as falhas de comunicação também apresentaram baixos escores, em especial entre os profissionais de nível médio e superior, fato que corrobora com as correlações testadas anteriormente (conforme tabela 07).

Quando testado a existência de diferença entre os domínios e o cargo ocupado pelos profissionais, houve evidências de que apenas o domínio clima de trabalho em equipe apresentou resultado estatisticamente significativo, sendo maior escore apresentado pelo grupo de chefe de enfermagem, de acordo com a tabela 08. O domínio satisfação no trabalho apresentou média de escores elevadas em relação a todos os cargos, com escores mais elevados também entre os chefes de enfermagem.

Tabela 07- Escores da percepção da cultura de segurança do paciente por itens sem domínios e escolaridade dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).

Variável	Itens sem Domínios					Média Geral
	RGS	CPE	CPM	CPF	FC	
ESCOLARIDADE						
Nível Fundamental	50,00 ± 0	100,00 ± 0	87,5 ± 17,67	75 ± 35,35	75 ± 35,35	69,99 ± 0,202
Nível Médio	63,21 ± 29,88	84,64 ± 26,28	85,33 ± 22,32	70,59 ± 31,45	46,92 ± 32,49	71,16 ± 11,90
Nível Superior	62,11 ± 30,53	87,41 ± 19,59	78,98 ± 22,65	68,14 ± 28,88	39,85 ± 30,45	69,90 ± 11,44
P-valor**	0,636	0,585	0,007	0,487	0,054	0,234

FONTE: Elaborado pela autora (2018).**Kruskal Wallis;Receptividade pela gerência das sugestões sobre segurança do paciente; CPE: Colaboração Positiva com Enfermeiros; CPM: Colaboração positiva com médicos; CPF: Colaboração positiva com Farmacêuticos; FC: Falhas na Comunicação.

Tabela 08- Escores da percepção da cultura de segurança do paciente por domínios e cargo dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).

Variável	Domínios					
	CTE	CS	ST	PG	PE	CT
CARGO						
Chefe de Enfermagem	80 ± 11,07	61,78 ± 12,93	88 ± 7,88	70,13 ± 24,56	61,66 ± 18,92	63,33 ± 26,11
Enfermeiro	72,39 ± 15,33	65,46 ± 14,88	84,16 ± 16,36	72,02 ± 22,80	64,29 ± 18,82	66,25 ± 26,19
Técnico em Enfermagem	76,38 ± 16,94	69,00 ± 15,63	86,63 ± 12,79	64,65 ± 27,61	59,69 ± 20,93	68,96 ± 28,48
Auxiliar em Enfermagem	71,87 ± 15,03	65,25 ± 15,99	91,69 ± 6,93	68,75 ± 32,05	57,73 ± 17,20	71,42 ± 28,99
P-valor**	0,019	0,117	0,520	0,270	0,482	0,558

FONTE: Elaborado pela autora (2018). *Teste Mann-Whitney; CTE: Clima de Trabalho em Equipe; CS: Clima de Segurança; ST: Satisfação no Trabalho; PG: Percepção da Gerência; PE: Percepção do Estresse; CT: Condições de Trabalho.

Apesar de não apresentar significância, o domínio percepção do estresse apresentou, entre todos os cargos, as menores médias de escores, demonstrando que as atitudes de

segurança do paciente em relação à percepção do estresse encontram-se enfraquecidas (conforme tabela 08).

Ao testar se existia diferença estatisticamente significativa entre o cargo de formação e os itens sem domínios, conforme tabela 09, percebemos que existe diferença entre o item colaboração positiva com médicos em que em o escore é maior entre os chefes de enfermagem, seguido dos técnicos em enfermagem e, por último, os enfermeiros.

Tabela 09- Escores da percepção da cultura de segurança do paciente por itens sem domínios e cargo dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).

Variável	Itens sem Domínios					Média Geral
	RGS	CPE	CPM	CPF	FC	
CARGO						
Chefe de Enfermagem	57,5 ± 28,98	90 ± 12,90	90 ± 12,90	87,5 ± 17,67	52,77 ± 26,35	71,75 ± 7,500
Enfermeiro	64,45 ± 30,47	86,42 ± 20,27	75,71 ± 24,06	68,57 ± 27,48	37,85 ± 29,71	70,00 ± 11,70
Técnico em Enfermagem	62,97 ± 29,61	85,24 ± 25,40	84,19 ± 22,56	68,96 ± 31,42	45,61 ± 32,50	70,78 ± 11,85
Auxiliar em Enfermagem	52,08 ± 37,62	91,07 ± 12,43	87,5 ± 12,97	73,21 ± 31,72	44,64 ± 32,78	70,50 ± 11,82
P-valor**	0,633	0,957	0,013	0,217	0,199	0,927

FONTE: Elaborado pela autora (2018). **Kruskal Wallis; Receptividade pela gerência das sugestões sobre segurança do paciente; CPE: Colaboração Positiva com Enfermeiros; CPM: Colaboração positiva com médicos; CPF: Colaboração positiva com Farmacêuticos; FC: Falhas na Comunicação.

O item sem domínio falha na comunicação também apresentou os menores escores, seguido da receptividade pela gerência das sugestões sobre segurança do paciente, com destaque para o menor escore de falhas na comunicação estar entre os enfermeiros, demonstrando que esse item sem domínio se apresenta mais enfraquecido nessa categoria.

Quando testado se existia diferença estatisticamente significativa entre tempo na especialidade e os domínios, conforme tabela 10, verificamos que há indícios de que existe diferença no domínio Percepção de Estresse. O grupo de profissionais com menos de 02 anos na especialidade apresentou maior média de escore no domínio Percepção de Estresse, já a menor média ficou entre 10 e 20 anos na especialidade, voltando a aumentar a partir dos 21 anos na especialidade, evidenciando que a percepção do estresse é mais negativa entre os profissionais que possuem entre 10 a 20 anos de atuação.

Tabela 10 - Escores da percepção da cultura de segurança do paciente por domínios e tempo na especialidade dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).

Variável	Domínios					
	CTE	CS	ST	PG	PE	CT
TEMPO NA ESPECIALIDADE	76,38 ± 13,02	68,68 ± 15,55	83,77 ± 16,49	66,98 ± 23,66	65,74 ± 18,38	71,14 ± 22,70
Menos de 02 anos						
02 a 05 anos	75,91 ± 16,25	69,94 ± 16,12	88,10 ± 10,82	67,22 ± 25,26	64,81 ± 18,43	72,96 ± 23,38
05 a 10 anos	76,95 ± 18,07	68,25 ± 14,56	87,52 ± 13,61	65,26 ± 27,14	62,23 ± 22,22	70,26 ± 29,88
10 a 20 anos	72,76 ± 15,93	65,90 ± 15,98	86,35 ± 12,81	66,88 ± 26,81	55,46 ± 20,49	63,48 ± 29,11
21 e mais	76,22 ± 17,38	68,52 ± 16,20	84,96 ± 11,38	67,57 ± 32,60	57,02 ± 15,79	65,70 ± 29,42
P-valor**	0,109	0,721	0,329	0,882	0,007	0,278

FONTE: Elaborado pela autora (2018). **Kruskal Wallis; CTE: Clima de Trabalho em Equipe; CS: Clima de Segurança; ST: Satisfação no Trabalho; PG: Percepção da Gerência; PE: Percepção do Estresse; CT: Condições de Trabalho.

Os domínios clima de segurança e percepção da gestão, apesar de não haver evidência de significância, apresentaram médias baixas em todos os grupos relativos ao tempo de especialidade. Parece que o tempo de UTI está diretamente relacionado com um clima de segurança ou percepção da gerência, distintos.

Testou-se, ainda, se existia diferença estatisticamente significativa entre tempo na especialidade e os itens sem domínios. Verificou-se que há indícios de que existe diferença no item sem domínio colaboração com profissionais. A maior média de escore foi no grupo de profissionais que estão na especialidade de 2 a 5 anos, e menor escore também no grupo de 10 a 20 anos.

Testou-se, ainda, se existia diferença estatisticamente significativa entre tempo na especialidade e os itens sem domínios. Verificou-se que há indícios de que existe diferença no item sem domínio colaboração com profissionais farmacêuticos. A maior média de escore foi no grupo de profissionais que estão na especialidade de 2 a 5 anos, e menor escore também no grupo de 10 a 20 anos.

Para tanto, nos demais domínios, independente do tempo na especialidade, todos apresentam elevada colaboração com profissionais enfermeiros e médicos. Nos itens sem domínios falhas na comunicação e receptividade pela gerência das sugestões sobre segurança do paciente, tem-se baixas médias de escores, reforçando que as atitudes de segurança do paciente se encontram enfraquecidas em relação aos mesmos (tabela 11).

Tabela 11- Escores da percepção da cultura de segurança do paciente por itens sem domínios e tempo na especialidade dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).

Variável	Itens sem Domínios					Média Geral
	RGS	CPE	CPM	CPF	FC	
TEMPO NA ESPECIALIDADE						
Menos de 02 anos	64,62 ±	87,5 ±	82,40 ±	68,98 ±	43,75 ±	71,74 ±
	31,93	21,58	24,10	32,91	29,23	11,07
02 a 05 anos	69,37 ±	89,02 ±	82,92 ±	78,04 ±	50,64 ±	73,16 ±
	21,54	20,95	21,96	21,06	31,14	10,34
05 a 10 anos	63,70 ±	87,27 ±	83,94 ±	74,29 ±	41,50 ±	71,59 ±
	29,32	24,82	23,94	30,22	32,94	12,03
10 a 20 anos	59,61 ±	82,44 ±	80,64 ±	62,5 ±	44,68 ±	68,15 ±
	32,43	25,87	21,53	30,50	33,37	11,87
21 e mais	57,14 ±	84,61 ±	84,61 ±	65,13 ±	43,58 ±	69,77 ±
	30,66	20,37	20,37	32,12	29,64	11,73
P-valor**	0,447	0,212	0,444	0,015	0,666	0,130

FONTE: Elaborado pela autora (2018). **Kruskal Wallis;RGS:Receptividade pela gerência das sugestões sobre segurança do paciente; CPE: Colaboração Positiva com Enfermeiros; CPM: Colaboração positiva com médicos; CPF: Colaboração positiva com Farmacêuticos; FC: Falhas na Comunicação.

No que tange à testagem da diferença estatisticamente significativa entre possuir especialização e os domínios (tabela 12), verificamos que há indícios de que existe diferença nos domínios clima de segurança, percepção da gerência e percepção do estresse. Ademais, os participantes com especialização apresentaram menores escores de percepção do estresse e clima de segurança e maiores em percepção da gerência.

Os demais domínios não apresentaram relações estatisticamente significantes, contudo a satisfação no trabalho foi elevada em todos os grupos. Por outro lado, o clima de segurança e as condições receberam baixas médias de escores por todos os grupos, demonstrando que são itens enfraquecidos em relação às atitudes de segurança (tabela 12).

Tabela 12- Escores da percepção da cultura de segurança do paciente por domínios e especialização dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).

Variável	Domínios					
	CTE	CS	ST	PG	PE	CT
ESPECIALIZAÇÃO						
Sim	73,94 ± 17,07	65,38 ± 14,98	84,22 ± 15,59	72,05 ± 25,06	58,51 ± 19,27	63,22 ± 29,52
Não	76,49 ± 16,71	68,95 ± 15,60	87,39 ± 11,94	63,01 ± 27,90	59,51 ± 21,28	70,99 ± 26,87
Em andamento	75,64 ± 12,95	70,97 ± 15,67	88,46 ± 11,24	65,11 ± 25,17	72,20 ± 15,02	71,90 ± 25,71
P-valor**	0,197	0,045	0,258	0,011	0,001	0,051

FONTE: Elaborado pela autora (2018). **Kruskal Wallis. CTE: Clima de Trabalho em Equipe; CS: Clima de Segurança; ST: Satisfação no Trabalho; PG: Percepção da Gerência; PE: Percepção do Estresse; CT: Condições de Trabalho.

No que tange à testagem entre possuir especialização e itens sem domínio, conforme tabela 13, teve-se diferença estatisticamente significativa apenas do item sem domínio de falhas na comunicação. Sendo as menores médias de escores entre os profissionais que possuem especialização, seguidos pelos que estão com especialização em andamento.

Tabela 13-Escores da percepção da cultura de segurança do paciente por itens sem domínios e especialização dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).

Variável	Itens sem Domínios					Média Geral
	RSG	CPE	CPM	CPF	FC	
ESPECIALIZAÇÃO						
Sim	60,30 ± 30,44	87,50 ± 20,64	79,95 ± 22,96	67,64 ± 31,10	38,75 ± 31,23	69,13 ± 12,14
Não	63,01 ± 29,99	84,46 ± 26,35	84,65 ± 22,65	71,36 ± 29,57	48,81 ± 32,48	71,03 ± 11,47
Em andamento	68,42 ± 28,87	87,17 ± 19,76	82,69 ± 20,80	67,94 ± 31,90	40,13 ± 28,20	73,52 ± 10,66
P-valor**	0,373	0,973	0,078	0,594	0,020	0,162

FONTE: Elaborado pela autora (2018).**Kruskal Wallis; RGS: Receptividade pela gerência das sugestões sobre segurança do paciente; CPE: Colaboração Positiva com Enfermeiros; CPM: Colaboração positiva com médicos; CPF: Colaboração positiva com Farmacêuticos; FC: Falhas na Comunicação; SP: Segurança do Paciente.

Os menores escores foram para o item sem domínio de receptividade pela gerência das sugestões sobre SP, seguido pelo de colaboração com profissionais farmacêuticos. A colaboração positiva com enfermeiros e médicos foi elevada entre todos os profissionais em relação à especialização (conforme tabela 13).

Dando sequência, ao proceder a testagem para avaliar se existia diferença estatisticamente significativa entre educação permanente e os domínios (tabela 14), constatou-se que houve diferença estatisticamente significativa nos domínios Clima de segurança, Percepção do estresse, Condições de trabalho e a Média Geral, em que os escores apresentam maiores médias no grupo de profissionais que afirmaram existir treinamentos na instituição, com execução no domínio percepção da gestão.

Tabela 14-Escores da percepção da cultura de segurança do paciente por domínios e educação permanente dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).

Variáveis	Domínios					
	CTE	CS	ST	PG	PE	CT
EDUCAÇÃO PERMANENTE						
Sim	76,14 ± 16,95	69,37 ± 15,03	86,79 ± 12,92	64,80 ± 27,93	63,39 ± 20,38	73,31 ± 26,77
Não	73,98 ± 15,24	64,57 ± 16,01	85,43 ± 14,33	70,34 ± 23,93	54,29 ± 18,81	56,86 ± 27,17
P-valor*	0,089	0,007	0,399	0,142	0,001	0,001

FONTE: Elaborado pela autora (2018). *Teste Mann-Whitney. CTE: Clima de Trabalho em Equipe; CS: Clima de Segurança; ST: Satisfação no Trabalho; PG: Percepção da Gerência; PE: Percepção do Estresse; CT: Condições de Trabalho.

Por sua vez, quando testado se existia diferença estatisticamente significativa entre múltiplos vínculos e os domínios, verificou-se que não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos, sendo as maiores médias de escores no domínio satisfação do trabalho e clima de trabalho em equipe.

Quando testado se existia diferença estatisticamente significativa entre múltiplos vínculos e os itens sem domínio, verificou-se que não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos. Entre os itens sem domínios, o de colaboração com profissionais enfermeiros e colaboração com profissionais médicos apresentaram maiores

médias de escores, tendo o grupo dos que tem múltiplos vínculos apresentado os mais elevados escores quando comparados aos que possuem apenas um vínculo.

O item sem domínio falhas na comunicação apresentou as menores médias de escores tanto em relação à variável educação permanente, quanto à variável de múltiplos vínculos, sendo maior entre os que possuíram educação permanente e aqueles que tinham apenas um vínculo empregatício (conforme tabela 15).

Tabela 15-Escores da percepção da cultura de segurança do paciente por itens sem domínios e educação permanente dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Alagoas, Maceió-Alagoas, 2018, (n=339).

Variáveis	Itens sem Domínios					Média Geral
	RGS	CPE	CPM	CPF	FC	
EDUCAÇÃO PERMANENTE						
Sim	65,63 ± 29,42	87,23 ± 22,92	83,97 ± 22,80	72,16 ± 30,21	44,57 ± 32,76	72,01 ± 11,61
Não	55,72 ± 30,45	82,76 ± 25,25	79,90 ± 21,98	63,86 ± 30,09	43,06 ± 29,81	67,53 ± 11,26
P-valor*	0,006	0,090	0,037	0,008	0,858	0,001

FONTE: Elaborado pela autora (2018). *Teste Mann-Whitney. RGS: Receptividade pela gerência das sugestões sobre segurança do paciente; CPE: Colaboração Positiva com Enfermeiros; CPM: Colaboração positiva com médicos; CPF: Colaboração positiva com Farmacêuticos; FC: Falhas na Comunicação; SP: Segurança do Paciente.

A tabela 16 mostra os dados descritivos dos domínios do questionário de atitudes de Segurança, em que o domínio que apresentou maior média foi referente à satisfação no trabalho, seguido do clima de trabalho em equipe.

A menor média encontrada foi em relação à percepção do estresse, seguida da percepção da gestão, demonstrando que esses domínios estão enfraquecidos em relação à percepção da atitude de segurança do paciente no Estado de Alagoas.

De acordo com a tabela 17, a maior média foi de colaboração positiva com enfermeiros, seguida da colaboração positiva com médicos, sendo ambos os itens sem domínios considerados pelos profissionais de enfermagem como fortalecidos em relação à percepção da atitude de segurança nas UTIs de Alagoas.

Tabela 16—Escore geral por domínio da percepção da cultura de segurança do paciente dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva gerais, Maceió - Alagoas, 2018, (n=339).

Domínios	N	Média	Erro Padrão	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Clima de Trabalho em Equipe	339	75,48	0,89	79,17	16,46	0	100
Clima de Segurança	339	67,90	0,84	71,43	15,47	21,43	100
Satisfação no Trabalho	339	86,38	0,73	90,00	13,37	20	100
Percepção de Gestão	338	66,49	1,46	75,00	26,87	0	100
Percepção de Estresse	338	60,62	1,11	62,50	20,33	0	100
Condições de Trabalho	337	68,34	1,52	75,00	27,90	0	100

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

O item de menor média foi referente às falhas na comunicação, tendo um valor de média muito abaixo quando comparado com os demais itens sem domínios. Tal achado demonstra que as falhas na comunicação se mostram como um fator negativo para a percepção da atitude de segurança do paciente em Alagoas.

Com relação à existência de diferença estatisticamente significativa entre as categorias institucionais e os domínios e itens sem domínios (tabela 18), percebeu-se que existiu diferença estatisticamente significativa em todos os domínios. É possível verificar que, em todos os domínios, o escore dos hospitais privados foram maiores em relação aos hospitais públicos, exceto na percepção de gestão, que ocorreu o oposto.

As menores médias de escores foram da percepção do estresse, o que corrobora com os achados de correlação entre todas as variáveis estudadas. O clima de segurança também apresentou médias baixas tanto em hospitais públicos como em privados.

Tabela 17– Escore geral por itens sem domínio da percepção da cultura de segurança do paciente dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva gerais, Maceió - Alagoas, 2018, (n=339).

Itens sem Domínios	N	Média	Erro Padrão	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Receptividade pela gerência das Sugestões sobre segurança do paciente (Q14)	323	62,69	1,67	75,00	30,03	0	100
Colaboração Positiva com os Enfermeiros (Q33)	338	85,87	1,29	100,00	23,71	0	100
Colaboração Positiva com os Médicos (Q34)	336	82,74	1,23	100,00	22,60	0	100
Colaboração Positiva com os Farmacêuticos (Q35)	330	69,62	1,67	75,00	30,38	0	100
Falhas na Comunicação (Q36)	327	44,11	1,76	50,00	31,84	0	100
Médias Gerais	339	70,64	0,63	72,22	11,68	35,42	97,86

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Tabela 18 - Comparação dos escores dos domínios dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva gerais, na modalidade públicas e privadas, referente à percepção da cultura de segurança no Estado de Alagoas em média e desvio padrão. Maceió- Alagoas, 2018, (n=339).

Categoria Institucional	Domínios					
	CTE	CS	ST	PG	PE	CT
Instituições Públicas	71,76	64,29	83,52	70,45	55,16	58,23
	± 15,97	± 14,74	± 15,95	± 25,28	± 18,68	± 27,69
Instituições Privadas	77,85	70,20	88,19	63,95	64,07	74,67
	± 16,36	± 15,52	± 11,07	± 27,59	± 20,61	± 26,16
P-valor*	0,001	0,001	0,023	0,035	0,001	0,001

FONTE: Elaborado pela autora (2018). *Teste Mann-Whitney. CTE: Clima de Trabalho em Equipe; CS: Clima de Segurança; ST: Satisfação no Trabalho; PG: Percepção da Gerência; PE: Percepção do Estresse; CT: Condições de Trabalho.

Quando testado os itens sem domínios em relação à categoria institucional, todos foram estatisticamente significantes, conforme a tabela 19, sendo os escores de instituições privadas maiores que os das públicas. Destaque para os itens colaboração com profissional médico e colaboração com profissional enfermeiro, que apresentaram os maiores escores em ambas as variáveis.

Os menores escores foram referentes às falhas na comunicação em ambas as instituições, seguido da receptividade pela gerência das sugestões sobre segurança do paciente, demonstrando que tanto em instituições públicas, quanto privadas, as falhas na comunicação se mostram como uma barreira ao estabelecimento da segurança do paciente (tabela 19).

Tabela 19- Comparação dos escores dos itens sem domínios dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva gerais, por categorias institucionais (públicas e privadas) referente à percepção da cultura de segurança no Estado de Alagoas em média e desvio padrão. Maceió- Alagoas, 2018, (n=339).

Categoria Institucional	Itens sem Domínios					Média Geral
	RSG	CPE	CPM	CPF	FC	
Instituições Públicas	57,92	83,01	80	61,4	37,20	66,91
	± 29,73	± 23,05	± 22,95	± 30,70	± 28,14	± 11,32
Instituições Privadas	65,62	87,68	84,46	74,63	48,61	73,00
	± 29,91	± 23,99	± 22,25	± 29,12	± 33,34	± 11,30
P-valor*	0,018	0,003	0,031	0,000	0,003	0,000

FONTE: Elaborado pela autora (2018). *Teste Mann-Whitney: RGS: Receptividade pela gerência das sugestões sobre segurança do paciente; CPE: Colaboração Positiva com Enfermeiros; CPM: Colaboração positiva com médicos; CPF: Colaboração positiva com Farmacêuticos; FC: Falhas na Comunicação.

Por conseguinte, quando comparado a categoria institucional e a quantidade de pacientes cuidados por profissional, houve indícios de que há diferença estatisticamente. Constatou-se que, nos hospitais privados, a média da quantidade de pacientes por profissional é maior.

Tabela 20- Comparação do Dimensionamento de Pessoal dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva gerais de acordo com categoria institucional(públicas e privada)s, no estado de Alagoas, Maceió- Alagoas, 2018, (n=339).

Categoria Institucional	Dimensionamento
Público	3,37 ± 2,48
Privado	4,19 ± 3,21
P-valor*	0,004

FONTE: Elaborado pela autora (2018).

5. DISCUSSÃO

O contexto da UTI envolve pacientes com risco eminente de morte, que são submetidos a procedimentos invasivos e estão sob vigilância contínua da equipe de saúde. É nesse local que o risco de morte é elevado. Percebe-se que, nesses espaços, a SP merece uma atenção diferenciada, já que os pacientes estão mais vulneráveis aos EA devido à gravidade de suas doenças e à maior necessidade de cuidados específicos (SANTOS; CAMPOS; SILVA, 2018).

Nesse aspecto, avaliar a CSP surge como um dos pilares para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade nessas unidades. Logo, a avaliação da cultura segurança, resguardadas as diferenças conceituais, é importante para o reconhecimento das lacunas existentes nos serviços de saúde, que são barreiras no estabelecimento de atitudes voltadas ao cuidado seguro (CAUDURO, 2013).

Neste estudo, a maioria (96,76%) dos profissionais referiram ter conhecimento prévio sobre a temática de SP, sendo 3,24% que desconhecem, representado por técnicos em enfermagem. Porém, ao correlacionar essa variável com os domínios e itens sem domínios, não houve significância estatística.

Um estudo realizado por Dias et al. (2014) demonstrou, através de entrevistas com 39 enfermeiros, que há bom entendimento do conceito e da importância da SP para os mesmos. Os sujeitos identificaram, ainda, o enfermeiro como um profissional de papel fundamental para disseminar a cultura de segurança no ambiente de trabalho.

Oliveira et al. (2017), ao avaliar o conhecimento da temática em questão entre residentes em saúde, constatou que o conhecimento satisfatório sobre o assunto estava presente apenas entre os residentes de enfermagem. O enfermeiro é, assim, tido como profissional mais habilitado, desde a sua formação, para protagonizar as ações de gestão estratégica para a assistência segura.

O conhecimento dos conceitos relacionados à segurança do paciente é uma recomendação da OMS, tendo como foco a inclusão da temática nas grades curriculares de todos os cursos da área da saúde, bem como o incentivo a educação permanente nos serviços (WEGNER et al., 2016). Em relação à educação permanente direcionada para a segurança do paciente, constatou-se que 69,32% (235) dos participantes referiram ter tido, em algum momento, treinamentos direcionados para SP, mas 23,75% (19) dos enfermeiros referiram nunca terem sido treinados.

Dentre os profissionais de saúde, destaca-se o papel do enfermeiro na promoção da SP durante o processo assistencial (BORK, 2007), sendo, para isso, necessária a capacitação científica desse profissional com conteúdos direcionados para o cuidado seguro, comprometendo-se eticamente com ações sistêmicas de avaliação e prevenção, e tentando viabilizar a redução de EAs, bem como analisar o impacto sobre a qualidade do cuidado oferecido (VARGAS, 2010).

Neste item, apenas o domínio percepção do estresse se mostrou estatisticamente significativo, sendo o sexo masculino o que percebe o estresse como fato que influencia diretamente na segurança do paciente. O estresse no ambiente de trabalho em saúde pode desencadear práticas inseguras e EAs, como erros na terapêutica, quedas de pacientes, contaminação de materiais, dentre outros, com danos ou não ao paciente, visto que o cuidado de enfermagem acontece, principalmente, em momentos de vulnerabilidade humana (SANTOS; RADUNZ, 2011).

Outro estudo constatou que o sexo influenciou na avaliação do “clima de segurança”, uma vez que o sexo masculino percebe o ambiente de trabalho como mais seguro que o sexo feminino. No entanto, esse resultado pode ter ocorrido devido à pequena amostra do sexo masculino (FERMO et al., 2015), uma vez que quanto menor a amostra, mais positivo tem-se o resultado. Uma investigação também evidenciou que o sexo masculino obteve melhores percepções quanto à satisfação e condições no ambiente de trabalho (CARNEY et al., 2010).

As falhas na comunicação, quando relacionada ao sexo, mostraram significância, sendo enfraquecidas para ambos os sexos. Entre os principais desafios encontrados para a comunicação efetiva na equipe de saúde, tem-se: a diversidade na formação dos profissionais, em que o treinamento para comunicação pode diferir entre os indivíduos; a tendência de uma mesma categoria profissional se comunicar mais uns com os outros e o efeito da hierarquia (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Estudos realizados pelo Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente relatam que a comunicação eficaz no âmbito hospitalar ajuda a reduzir o EA. Pesquisas mostram que a comunicação inadequada está entre as principais razões de mais de 70% dos EA, tais como: erro de administração de medicamento, identificação incorreta do paciente, prescrição inadequada e entre outros EA na assistência ao paciente (IBSP, 2017).

A correlação da variável escolaridade com os domínios percepção da gerência e condições de trabalho foram significantes estatisticamente, mas ambas apresentaram valores negativos, o que pode ser considerado uma barreira para o desenvolvimento de uma cultura de

segurança positiva. A experiência de outros autores mostra que a gestão de uma instituição de saúde, quando prioriza a segurança, fornece apoio e recursos adequados, comprometendo-se na melhoria dos esforços operacionais, como: equipamentos, procedimentos, seleção, treinamento e horários de trabalho, que são rotineiramente avaliados e, se necessário, modificados (LEAPE, 2009).

Por outro lado, as condições de trabalho influenciam diretamente na assistência prestada ao paciente, bem como na segurança do cuidado, visto que a falta de materiais, o quantitativo inadequado de profissionais e a dupla jornada de trabalho são fatores que impactam na assistência de enfermagem e na predisposição ao erro.

Percebe-se a necessidade de implantação de melhorias que incluem adequação do número de profissionais e das estruturas existentes, e concorda-se que a responsabilidade da ocorrência de EA não é exclusiva dos profissionais, mas inclui as deficiências do sistema de prestação de cuidados em sua concepção, organização e funcionamento. Associado a isso, observa-se a necessidade de aprimoramento, principalmente em relação ao problema de pessoal e treinamento dos profissionais, pois muitos estão predispostos a cometer erros pela carga de trabalho excessiva (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2013).

Em relação ao cargo, a maioria dos profissionais participantes pertencia ao grupo de técnicos em enfermagem (72,27%), achado semelhante a outro estudo que avaliou a CSP entre profissionais de enfermagem. Nesse, a categoria predominante também foi de técnicos em enfermagem, com destaque para o sexo feminino, que predominou na amostra do estudo (80,56%) (GRAWRON; OSELAME; NEVES, 2016). Quando testada a correlação entre domínios e o cargo, constatou-se que o clima de trabalho em equipe apresentou relevância, os chefes de enfermagem obtiveram os maiores escores. Já os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem não conseguiram alcançar valores positivos nessa variável.

Com vistas a um clima de trabalho em equipe favorável e, conseqüentemente, do fortalecimento da SP, é necessária uma combinação de intervenções para alcançar às necessidades locais, como mensuração do clima de trabalho, realização de treinamentos e compreensão dos planos de cuidado. Além disso, também é preciso que os membros da equipe estejam abertos para aprender com os eventos adversos e que as atividades desempenhadas por todos sejam coordenadas e facilitadas por meio do trabalho em equipe, com vistas a uma CSP fortalecida (SOUZA; ROCHA. MAZZO, 2018).

Estudo realizado por Barbosa et al. (2016), quanto da análise dos domínios, constatou que o clima de trabalho em equipe apresentou média (63,66 pontos), corroborando com o encontrado nesta investigação em relação aos enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Demonstrando, assim, uma percepção ruim quanto à qualidade do relacionamento e à colaboração entre os membros de uma equipe. Estudo realizado em Taiwan de nível nacional também encontrou média geral semelhante (48,9 pontos) do domínio clima de trabalho em equipe (LEE et al., 2010).

Nesse aspecto, o papel não só dos chefes de enfermagem, mas também dos enfermeiros assistenciais, merece destaque, visto que os mesmos são os líderes da equipe e direcionam toda a assistência de enfermagem. Sendo assim, é fundamental que as atitudes de segurança do paciente e o fortalecimento de um clima de trabalho em equipe positivo sejam direcionadas aos outros membros da equipe de enfermagem, começando pelo profissional que gerência o processo de cuidado.

A presença do líder é essencial para propiciar um clima de trabalho em equipe direcionado para SP, pois o mesmo atua como um elo entre os membros, facilitando a comunicação entre a equipe, a fim de obter informações sobre situações favoráveis à ocorrência de EA para que possam ser prevenidas (CAUDURO et al., 2015). Atrelado a isso, o trabalho em equipe relaciona-se diretamente à satisfação no trabalho e ao melhor cuidado prestado, importante para: paciente, desempenho do profissional, qualidade da assistência e a redução dos EA (HOFMANN; MARK, 2006; PROUDFOOT et al., 2007).

No que se refere à variável tempo de atuação na especialidade quando correlacionada, foi significativa apenas no domínio de percepção do estresse, sendo todos os escores abaixo da média estabelecida. Os menores valores foram para os profissionais que tem de 10 a 20 anos de serviço, seguidos por aqueles que trabalham há mais de 21 anos. Tal fato demonstra que quanto maior o tempo de serviço, maior a percepção do estresse. Por conseguinte, a dimensão percepção do estresse está relacionada à forma como o profissional se visualiza diante de situações de estresse laboral e como associa isso a situações de vulnerabilidade à segurança do paciente (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

Nesse ínterim, uma investigação direcionada a avaliar o clima de segurança do paciente também encontrou achado semelhante, pois constatou que a percepção do estresse entre os profissionais de enfermagem da instituição pesquisada apresentou o escore mais baixo (60 pontos). Esse achado denota a baixa capacidade apresentada pela equipe de enfermagem em reconhecer o quanto o estresse pode comprometer a SP (GOLLE et al., 2018).

Em contrapartida, Guido et al. (2011) encontraram que os enfermeiros em início de carreira apresentam níveis de estresse mais elevados em relação aos profissionais que já atuam há mais tempo na área, fato que é contrário ao encontrado nesta investigação. Atrelado a isso, uma investigação realizada em um hospital do sudeste brasileiro constatou que a

dimensão Percepção do Estresse (PE), que é o reconhecimento pelos profissionais de elementos estressores na execução do seu trabalho, foi o 2º escore mais alto do SAQ (COSTA, 2016). Associado a isso, outro estudo relata que quanto maior a idade e a experiência dos profissionais, melhor a forma de lidar com o estresse (CAVALHIERO; MOURA; LOPES, 2008).

Com relação à especialização, os domínios clima de segurança, percepção da gerência e percepção do estresse e o item sem domínio falhas na comunicação foram estatisticamente significantes. No quesito clima de segurança, percebe-se que todos os escores foram negativos, sendo o menor entre os profissionais que possuem especialização e mais elevado entre aqueles que estão com cursos em andamento, fato que nos faz refletir sobre a possível visão crítica em relação à SP desses profissionais que permanecem inseridos no ambiente acadêmico.

Para tanto, o clima de segurança faz referência aos componentes mensuráveis da cultura, como o comportamento dos gestores, os sistemas de segurança e as percepções dos profissionais. Logo, a avaliação da cultura perpassa pelo clima que é percebido pelos profissionais no ambiente de trabalho (COLLA et al., 2005).

Numa investigação conduzida por Kolankiewicz, et al. (2017), os escores gerais do clima de segurança do paciente nas instituições pesquisadas apontam fragilidade, pois as médias dos mesmos foram, em grande parte, dos domínios negativos. Fato que condiz com o achado deste estudo e que nos permite inferir que a cultura de segurança do paciente entre os profissionais que possuem ou não especialização se mostra enfraquecida. O escore do clima de segurança do paciente, em outro estudo realizado em um hospital público brasileiro, obteve média de 61,8, também enfraquecida (LUIZ et al., 2015), assim como constatado no estudo.

Por conseguinte, no tocante à percepção da gerência e especialização, constatou-se significância e todos os escores foram negativos, especialmente entre aqueles que não têm especialização e que estão em andamento, fato que nos faz enxergar a gerência, para os participantes deste estudo, como uma barreira para a implementação da SP, já que esse aspecto se mostrou enfraquecido. Inserido nesse contexto, outra investigação constatou que tanto entre os profissionais não assistenciais (média 58,0), como aqueles que atuam na assistência ao paciente (média 53,1), os escores apresentaram percepções enfraquecidas de SP (LUIZ et al., 2015).

Estudo desenvolvido em um hospital de ensino paulista evidenciou que o domínio percepção da gerência apresentou uma das menores pontuações, sugerindo baixa aprovação das ações da gerência quanto às questões de segurança, corroborando com outros estudos correlatos (MARINHO; RADUNZ, BARBOSA, 2014; RIGOBELLO et al., 2012). Para tanto,

a gerência constitui um importante aliado para a implementação das medidas necessárias para o estabelecimento de uma CSP positiva, pois os treinamentos, insumos e as demais necessidades são visibilizadas pela gestão.

Percebe-se que a coordenação dos serviços de saúde apresenta um caráter articulador e interativo. Sendo assim, o alicerce para a segurança do paciente, que deve ser uma prioridade no âmbito da organização hospitalar (MELLO; BARBOSA, 2012). Deste modo, a gerência deve providenciar recursos e estrutura necessária para promover a segurança do paciente e precisa entender que a segurança é prioridade sobre as metas financeiras e operacionais da instituição, contribuindo para a construção de uma cultura de segurança do paciente fortalecida (ANVISA, 2013).

Atrelado a isso, constatou-se que o domínio percepção do estresse, quando correlacionado à variável especialização, também apresentou significância, contudo, demonstrou escores que apontam a percepção do estresse como fragilidade em relação à SP, fato já constatado quando do cruzamento desse domínio com outras variáveis descritas acima. Apenas entre os profissionais que estão com a especialização em andamento percebeu-se escores mais elevados.

Tal achado pode ser explicado pelos profissionais que estão cursando especialização encontrarem-se, geralmente, no início da vida profissional, visto que, neste estudo, foi constatado que esse grupo tem uma percepção de estresse menor, quando comparado aos profissionais que tem de 10, 20 ou 21 anos e mais de trabalho, um contraponto em relação a outros estudos que correlacionaram tempo de atuação e percepção do estresse. (CAVALHEIRO; MOURA; LOPES, 2008; COSTA, 2016)

Em contrapartida, estudo destinado a identificar a CSP entre profissionais de enfermagem constatou que a dimensão percepção do estresse foi avaliada de forma positiva, apresentando o segundo escore mais alto, o que evidencia a boa percepção dos respondentes de como as situações de estresse podem influenciar negativamente a assistência e quais medidas devem ser incorporadas, com vistas à garantia de um cuidado seguro (GRAWRON; OSELAME; NEVES, 2016).

Para a garantia desse cuidado seguro e uma CSP fortalecida, o processo de comunicação entre os profissionais é essencial e perpassa por uma série de variáveis. Assim, ao avaliar a correlação da especialização com as falhas na comunicação, constatou-se significância, sendo os escores muito abaixo dentre todos os grupos, com destaque para os profissionais que possuíam especialização.

Tal achado é extremamente preocupante, especialmente pelo grupo dos profissionais ditos “especializados” apresentarem os piores escores, pois acredita-se que, à medida que o nível de escolaridade é superior, maior deverá a sensibilidade quanto à necessidade de uma comunicação efetiva, com vistas não só à SP, mas ao desenvolvimento da assistência de enfermagem em sua totalidade.

Contudo, esse achado reafirma resultados de outras pesquisas correlatas que também observaram a necessidade dos profissionais de enfermagem melhorarem o nível de comunicação com os demais membros da equipe (GRAWRON; OSELAME; NEVES, 2016). A ausência da comunicação também foi referida por enfermeiros participantes de outra investigação e ressaltaram, ainda, que precisavam melhorar a comunicação no sentido de evitar o erro, além de reconhecerem a carência de comunicação entre o doente e a equipe (SILVA; RODRIGUES, 2016)

As falhas nesse processo de comunicação podem constituir uma fonte potencial de erro, levando à quebra na continuidade da assistência, a tratamentos e procedimentos inadequados ou pouco eficazes com efeitos potencialmente negativos para o paciente (MARINHO; RADUNZ; BARBOSA, 2014). A fim de reduzir esses efeitos negativos, evidencia-se que programas de treinamentos de habilidades de comunicação, simulações realísticas e padronização de informações do paciente surgem como estratégias efetivas para quebrar as barreiras à comunicação ineficaz e, conseqüentemente, propiciar a SP e a redução dos incidentes relacionados à comunicação (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Para possibilitar o conhecimento da realidade da SP em relação ao tipo de vínculo institucional, testou-se, também, a correlação do status do vínculo. Assim, os domínios: clima de segurança, percepção do estresse e condições de trabalho, bem como a média geral, apresentaram significância estatística, demonstrando que esse resultado reflete a realidade de todas as UTIs do estado e que a formalidade do vínculo se mostra como um fator que fortalece a SP.

Nesse aspecto, em todos os domínios que foram estatisticamente significantes, os escores denotaram universos enfraquecidos para SP, todavia, os menores valores estão entre aqueles profissionais que possuem vínculo informal. Segundo Costa (2010), a informalidade é marcada pela precariedade das condições de trabalho e de vida, assim como pela negação dos princípios mais elementares de cidadania. Esse fato pode explicar o porquê dos menores escores de atitudes de SP estarem entre os profissionais com vínculo precarizado.

Associado a isso, nota-se que, cada vez mais, o mercado de trabalho se configura pela subcontratação, em especial em serviços públicos de saúde, nos quais os profissionais de

enfermagem são contratados sem a garantia dos direitos, admitidos mediante contratos especiais, individuais, cuja característica principal é a precariedade do trabalho, dos direitos, dos meios e dos instrumentos (GÓIS, 2010). Então, infere-se que é preciso refletirmos também que a segurança do paciente perpassa também pela garantia de direitos aos profissionais para que possam se sentir seguros, terem melhores condições de trabalho e, conseqüentemente, consigam tornar o ambiente de cuidado menos estressor e, por fim, mais seguro para os pacientes.

Dando seqüência, quando correlacionados os domínios e itens sem domínios entre instituições públicas e privadas, todos foram estatisticamente significantes. Sendo nas instituições privadas os escores mais elevados, demonstrando que a CSP é mais fortalecida nessas instituições do que nas públicas. Os escores gerais mais baixos entre públicas e privadas foram para falhas na comunicação, percepção do estresse, receptividade pela gerência das sugestões sobre segurança do paciente e condições de trabalho. Apesar disso, nas unidades públicas, a percepção da gerência apresentou um escore mais elevado, ainda sim abaixo da média estabelecida como positiva. Além disso, a receptividade pela gerência das sugestões sobre SP apresentou um dos menores escores.

Essa reflexão nos permite constatar que, apesar dos profissionais considerarem a percepção da gerência mais fortalecida no serviço público, não consideram que a mesma está aberta para receber possíveis críticas ou sugestões sobre SP dos profissionais que atuam na assistência direta ao paciente. Faz-se importante ressaltar que, para a implantação e incorporação da CSP em qualquer instituição de saúde, é necessário um elevado nível de comprometimento da gerência e dos profissionais da instituição, bem como forte espírito de coesão entre os diversos departamentos, fatores imprescindíveis para a garantia de assistência segura, tanto para o profissional como para o paciente (CARVALHO; CASSIANI, 2012). Nesse aspecto, outro estudo encontrou resultado semelhante, em que a percepção da gerência apresentou os menores escores entre as instituições hospitalares estudadas (CARVALHO et al., 2017).

Por conseguinte, como constatado nas UTIs privadas, as atitudes de SP são mais evidentes que nas públicas. Esse resultado pode ser explicado pela maioria das instituições privadas do estado estarem buscando a acreditação hospitalar, visto que as instituições acreditadas preconizam como meta a segurança do paciente (ROQUETE; TEIXEIRA; ALMEIDA, 2015). Logo, a CSP é um elemento fundamental para a acreditação que alicerça a qualidade do cuidado como resultado almejado (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

Nas públicas, os únicos escores positivos foram os de satisfação no trabalho e colaboração positiva com enfermeiros e médicos. Por conseguinte, a satisfação profissional está relacionada à qualidade da atuação dos trabalhadores nos serviços de saúde, pelo fato de serem apontadas relações entre a satisfação e insatisfação no trabalho com a segurança do paciente e qualidade do cuidado (ATEFI et al., 2014; JIANG et al, 2014). Corroborando, este estudo, com outra investigação conduzida por Carvalho et al. (2017), a qual também constatou que, entre os domínios, a satisfação no trabalho apresentou maior escore em todos os hospitais cenários da pesquisa.

Tal achado nos faz refletir sobre o seguinte fato: nas instituições públicas, apesar da maioria dos domínios como percepção do estresse e clima de segurança terem sido abaixo da média estabelecida, ainda assim a satisfação no trabalho se mostra com um dos escores mais elevados. Aparentemente, as condições de trabalho, o ambiente estressante e os problemas de comunicação parecem não interferir nesse domínio. Contudo, é importante que sejam traçadas estratégias para sensibilizar os profissionais e gestores que atuam no serviço público sobre a importância da SP e os benefícios do estabelecimento de uma CSP nas UTIs para que a percepção dos demais domínios possa ser fortalecida.

Por fim, com relação ao dimensionamento de pessoal entre instituições que apresentou relevância estatística, percebe-se que, entre as instituições públicas, apesar de possuírem os piores escores para os domínios do questionário de atitudes de segurança, o dimensionamento de pessoal é melhor com relação ao setor privado. Pois, sabe-se que a relação paciente versus profissional nas UTIs deve ser de 17,9 horas de enfermagem por cliente na UTI, ou seja, o ideal seria que, durante um plantão de 12h, um técnico de enfermagem ficasse responsável pelo cuidado de um só paciente (COFEN, 2016).

No estudo aqui realizado, no setor público, a média é de 3,37 pacientes por profissional e, no privado, 4,19. Tais resultados nos deixam preocupados quanto à qualidade e à segurança da assistência oferecida, já que os dimensionamentos praticados nas UTIs do estado estão aquém do ideal. Para tanto, o dimensionamento de pessoal de enfermagem é um processo sistemático que determina o número e a categoria profissional requerida para prestar cuidados de enfermagem que visam garantir segurança a um grupo de pacientes. Portanto, a operacionalização desse processo é essencial para uma assistência pautada na SP (NICOLA; ANSELMI, 2011).

Concordando com os achados deste estudo, uma pesquisa realizada em uma UTI brasileira, através da utilização de um instrumento de dimensionamento que calcula a carga de trabalho de enfermagem, observou-se que, na maioria dos dias estudados, o número de

profissionais era menor que o dimensionado, o que compromete a qualidade e a segurança da assistência prestada ao cliente (INOUE; MATSUDA, 2010). Em outra investigação realizada em um hospital do interior do Estado do Rio Grande do Sul (RS), participantes mencionaram que a falta de funcionários é uma realidade e que a carga de trabalho são fatores que afetam diretamente a assistência, expondo os pacientes a riscos (FASSINI e HAHN, 2012). Assim, nota-se que é essencial pensarmos em estratégias para a melhoria do dimensionamento do pessoal de enfermagem, nas UTIs de Alagoas, para que o cuidado prestado.

6. CONCLUSÃO

Os profissionais de enfermagem que atuam nas UTIs do Estado de Alagoas apresentam atitudes de segurança do paciente enfraquecidas quando relacionadas à maioria dos domínios do SAQ, sendo os menores para falhas na comunicação, condição de trabalho e percepção do estresse. Os domínios que se mostram positivos foram a satisfação no trabalho e a colaboração com profissionais enfermeiros e médicos, respondendo a hipótese desse estudo.

As falhas na comunicação surgem como um problema na realidade das UTIs alagoanas e parecem ser uma das grandes barreiras entre os profissionais para o estabelecimento de uma assistência segura, já que, como abordado, os erros de comunicação levam a inúmeros EAs. Além disso, participantes de instituições privadas apresentam escores mais elevados para SP. Esse fato pode ser explicado pelo crescente investimento financeiro e a capacitação profissional, com vistas a proporcionar uma CSP em suas UTIs.

É fundamental que sejam adotadas estratégias dentro dos serviços pesquisados para a melhoria no processo de comunicação entre os profissionais. Tais medidas poderiam incluir treinamentos, educação permanente em serviço, elaboração de check-lists para passagem de plantão, comunicação em ciclo fechado e sensibilização dos profissionais sobre a importância da comunicação para o desenvolvimento de uma assistência segura ao paciente.

Outro achado remete à variável status do vínculo, no que pese os profissionais que possuem vínculos formais apresentam melhores atitudes de SP, fato que nos permite realizar uma correlação positiva entre vínculo formal e CSP. Atrelado a isso, concluiu-se, também, que o dimensionamento de pessoal nas unidades é insuficiente, existe sobrecarga de trabalho tanto no setor público, quanto no privado, e os profissionais acabam ficando responsáveis pelo cuidado de quase o triplo estabelecido pela portaria do COFEN.

Esse resultado demonstra que, embora a busca crescente pela segurança do paciente venha sido estimulada dentro dos serviços, através de protocolos de identificação do paciente, prevenção de quedas, entre tantos outros, parece que a quantidade mínima de profissionais tem sido sacrificada. Contudo, não se pode pensar em CSP e assistência de enfermagem segura sem condições de trabalho, o que está diretamente relacionada à sobrecarga.

Como limitações dessa investigação, encontramos o acesso as UTIs gerais do estado, sendo que quatro instituições hospitalares não concordaram com a realização da pesquisa em suas dependências; bem como ter realizado UTIs gerais, sendo que existem outras UTI como

as neonatais e pediátricas que necessitam ser exploradas. Ressalta-se ainda o curto período para coleta de dados, o que pode ter contribuído para perda amostral.

Enfim, é fundamental que os gestores, profissionais de enfermagem responsáveis pelas UTIs, conheçam a realidade de suas unidades para que possam ser estabelecidas medidas com vistas ao estabelecimento da CSP. O primeiro passo é avaliar qual a cultura existe nas mesmas e, a partir disso, trabalhar esses “nós” críticos para o estabelecimento de uma assistência de enfermagem segura, integral, centrada nas necessidades do indivíduo e em seu direito de receber uma assistência pautada da SP.

REFERÊNCIAS

- ACQUADRO, M. D, et al. Occupational stress, anxiety and coping strategies in police officers. **Occup Med.**, n. 65, v. 6, p. 466-73, 2015.
- ALBUQUERQUE, A.A Segurança do Paciente à luz do referencial dos direitos humanos. **Revista Dir. Sanit.** São Paulo v.17,n.2, p.117-137, jul./out. 2016.
- ARAGÃO, J. **Introdução aos Estudos Quantitativos Utilizados em Pesquisas Científicas.** Revista Práxis ano III, nº 6 - agosto 2011.
- ASTIER-PEÑA, M. P. et al. Are Spanish primary care professionals aware of patient safety?. **European Journal of Public Health.** v. 25, n. 5, p. 781–787, oct. 2015. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurpub/article/25/5/781/2399128>. Acesso em: 07/01/2018.
- ATEFI, N. et al. Factors influencing registered nurses perception of their overall job satisfaction: a qualitative study. **Int Nurs Rev.**, v. 61, n. 3, p.352-60. 2, 2014.
- BARATTO, M. A. M. **Cultura de segurança do paciente: Percepções e atitudes dos trabalhadores nas instituições hospitalares de Santa Maria.** 2015. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande do Sul, 2015.
- BATALHA, E. M. S. S.; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 4, n. 2, p. 432-41. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf. Acesso em: 01/06/2016.
- BODUR, S.; FILIZ, E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 5, p.348-55, agu. 2009. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19700779>. Acesso em 15/06/16.
- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA- RDC nº 36 de 35 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da União [Internet], 26 de julho de 2013.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.** Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2014. Disponível em:http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/modulo6.pdf . Acesso em: 15/ 02/16.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. **Boletim Informativo**, Brasília, v. 1, n. 1. p. 1-12, 2011;

BACKES, M.T.S.; ERDMANN, A.L.; BUSCHER. A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, maio-jun. 2015.

BALLANGRUDA, R., et al. Intensive care nurse's perceptions of simulation-based team training for building patient safety in intensive care: A descriptive qualitative study. **IntensiveCritical Care Nurs**, n. 30, v. 4, p. 179- 187, 2014.

BLANCH, J. M. **Condiciones de Trabajo**. Fundamentos. Barcelona: Editorial UOC, p. 42-44). 2003.

BONATO, V. L. Gestão da qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.35, n.5, p.319-331, 2011.

BRASIL, M. S. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, M.S. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências**. Brasília (DF), 2007.

BRASIL, M. S. **Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013- Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**.Brasília(DF), 2013.

BRASIL, M.S. **Resolução RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências**. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, 2010.

BRASIL, M.S. **Secretaria de Atenção à Saúde. Consulta Pública nº 3, de 7 de julho de 2005**. Diário Oficial da União. 2005 jul 08; nº130.

BUENO M. Gestão pela qualidade total: uma estratégia administrativa. **Revista do Centro do Ensino Superior de Catalão**, 2004.

CARAYON, P.; GURSES, A.P. A human factors engineering conceptual framework of nursing workload and patient safety in intensive care units. **IntensiveCrit Care Nurs.**, v. 21, n. 5, p. 284-301, 2005.

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

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-30112011-085601/pt-br.php>. Acesso em 15/06/16.

CARVALHO, R.E.; CASSIANI, S.H. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. **RevLatAm Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 575-82, 2012.

CARVALHO, R. E. F. L. et al. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.25: e2849, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1600.2849>.

COLLA, J.B, et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Qual. Saf. Health Care**, n. 14, v. 5, p.364-6, 2005.

COSTA, B.D. **Cultura de segurança do paciente sob a ótica da equipe de enfermagem em serviços hospitalares**. Ribeirão Preto, 2014.

Costa, M. S. Trabalho informal: Um problema estrutural básico no entendimento das desigualdades na sociedade brasileira. **Caderno CRH**, v. 33, n. 58, p. 171-190, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-49792010000100011&script=sci_arttext. Acesso em: 27/07/18.

CAMPOS, L.F; MELO, M.R.A.C.M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto-SP. **Cogitare Enferm.**, n. 14, v. 2, p. 237-46, Abr/Jun. 2007.

DAVIES J.M.; HÉBERT, P.; HOFFMAN, C. **The Canadian Patient Safety Dictionary**. Ottawa, Canada: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2003.

DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA. Afinidade. [online]em linha, 2013, consultado em 6 de março de 2018.

DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA. Gênero. [online]em linha, 2013, consultado em 1 de março de 2018.

DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA. Estado Civil. [online]em linha, 2013, consultado em 12 de abril de 2018;

DONABEDIAN, A. **Basic approaches to assessment: structure, process and outcome**. Michingan (USA): Health Administration Press, 1980.

DUARTE, S. C. M. et al. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1074-81, nov.-dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01074.pdf.

EL-FAKHOURI, S. et al. Epidemiological profile of ICU patients at Faculdade de Medicina de Marília. **Rev Assoc Med Bras.**, 2016.

FASSINI, P.; HAHN, G. V. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem UFSM**, v.2, n. 2, p. 290-299, Mai-Ago, 2012.

FENG, X. et al. Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 63, n. 3, p. 310–319, 2008.

FERNANDES, H.S.; PULZI J. A.S.; COSTA, F. R. Qualidade em terapia intensiva. **Rev. Bras Clin Med.**, n. 8, v. 1, p.37-45, 2010.

FLEURY, M.T.L.; FISCHER, R.M. **Cultura e poder nas organizações**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

FORTUNA, C. M. **O Trabalho de Equipe numa Unidade Básica de Saúde: produzindo e reproduzindo se em subjetividades – em busca do desejo, do devir e de singularidades**. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1999;

FREITAS, H. et al. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração de São Paulo**, São Paulo, v.35, n.3, 2000.

GONÇALVES, L.A. et al. Alocação da Equipe de Enfermagem e a Ocorrência de Eventos Adversos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.46, out., 2012.

GOMIDES, M.D.A. **Análise da Cultura da Segurança entre os Profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Adulto de uma Instituição de Ensino**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional da Universidade Federal de Goiás Regional Catalã, 2016.

GAWRON, M. F. G.; OSELAME, G. B.; NEVES, E. B. Avaliação da cultura de segurança das instituições de saúde por profissionais de Enfermagem. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v.18, n. 4, p. 61-67, out-dez, 2016.

GRAHAM N.O. **Quality in health care: theory, application, and evolution**. Maryland: Aspen Publishers; 1995.

GANDRA, J.J.; RAMALHO, W. MARQUES, A. L. **Cultura de segurança**: potenciais e limites na prevenção dos acidentes. XI SIMPEP – BAURU, SP, Brasil, 08 a 10 de novembro de 2004.

GAIDZINSKI, R.R.; FUGULIN, F.M.T.; CASTILHO, V. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde**. In: Kurcgant P, coordenador. Gerenciamento de enfermagem. São Paulo (SP): Guanabara Koogan, p.125-37, 2005.

GERSHON, R et al. Measurement of organizational 81 culture and climate in healthcare. **Journal of Nursing Research**, v. 34, n. 1, p. 33–40, 2004.

GÓIS, P.S. **A Precarização do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: contribuição ao debate**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte- Natal, 2010.

GULDENMUND, F. W. (Mis) understanding safety culture and its relationship to safety management. **Risk Analysis**, n. 30, v.10, p. 1466-1480, 2010.

GLENDON, A. I.; STANTON, N. A. Perspectives on safety culture. **Safety Science**, n. 34, v. 1, p. 193-214, 2000.

GOMIDES, M. D. A. **Análise da cultura da segurança entre os profissionais da unidade de terapia intensiva adulto de uma instituição de ensino**. 142 fl. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Goiás Regional Catalão, Catalão/GO 2016. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/6124/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Mabel%20Duarte%20Alves%20Gomides%20-%202016.pdf>. Acesso em 09/01/18.

HADDAD M.C.L.; ÉVORA Y.D.M. Qualidade da assistência de enfermagem: a opinião do paciente internado em hospital universitário público. **Ciênc Cuid Saúde**, 2008.

HIPÓCRATES. **Tratados Hipocráticos**5. Madrid (ES): Editorial Gredos, 1989.

INOUE, K.C.; MATSUDA, L.M. Sizing the nursing staff in an Intensive Care Unit for Adults. **Acta Paul Enferm**.N. 23, v. 3, p.379-84, 2010.

INSTITUTE OF MEDICINE(IOM). **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**.Washington, D.C., 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Keeping Patient Safe: Transforming the Work Environment of Nurses**. The National Academy Press, Washington. 2004.

JIANG H, LI C, GU Y, LU H. Nurse satisfaction and burnout in Shangai Neurology Wards. **Rehabil Nurs**. p.1-8, 2014.

KETIS, Z. K. et al. The safety attitudes questionnaire – ambulatory version: psychometric properties of the Slovenian version for the out-of-hours primary care setting. **BMC Health Services Research**, inclusive and trusted, v. 17, n. 36. 2017. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1972-7>. Acesso em: 10/01/18.

KLINE, T.J et al. Determinants of adverse events in hospitals— the potential role of patient safety culture. **Journal of Healthcare Quality**, v. 30, n. 1, p. 11– 17, 2008.

KOHN, L.T.; CORRIGAN J.M.; DONALDSON, M.S. **A comprehensive approach to improving patient safety**. Washington (DC): The National Academies Press; p. 17-25, 2000.

LIMA, L.; SILVA, L.E.P.; HOROSTECKI, M.F. **Cultura Organizacional**. VIII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. Rio de Janeiro, 2011.

LINO, M.M.; SILVA, S.C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. **Nursing**, n. 41, v. 4, p. 25-29, out. 2001.

LIMA, M. L. et al. **A satisfação organizacional: Confronto de modelos**. Oeiras: Celta Editora, 1995;

LUIZ, R. B. et al. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 23, n. 5, p. 880-7, set.-out. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00880.pdf. Acesso em: 25/07/18.

MAGALHÃES, A.M.M.; DALL'AGNOL C.M.; MARCK, P.B. Nursing workload and patient safety – a mixed method study with an ecological restorative approach. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2013.

MARINHO, M. M.; RADUNZ V, BARBOSA, S. F. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n. 3, p. 581-90, 2015. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/0104-0707-tce-23-03-00581.pdf>.

MASSAROLI, R. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Esc. Enf. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, 2015.

MATOS, J. C. et al. Cultura de Segurança do Paciente no cuidado em saúde: análise reflexiva. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 6, p. 2223-9, jun. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Bete%20Viana/Downloads/11237-25302-1-PB.pdf>.

MELLO, J.F.; BARBOSA, S.F.F. Cultura de Segurança do Paciente em Terapia Intensiva: Recomendações da Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.22, n.4, Oct./Dec. 2013. Disponível em: Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>.

MENEZES, I.G, GOMES,A.C.P. Clima organizacional: uma revisão histórica do construto. **PsicolVer.**, Belo Horizonte , n.16, v. 1, p.158-79, 2010.

MINTZ, S. W. **Cultura:** uma visão antropológica. Ed.Tempo, v.14, 2010.

MORAIS, I. **Gestão da Qualidade Total.** Escola Superior de Tecnologia e Gestão/ instituto Politécnico da Guarda. Coleção: gestão da produtividade e da qualidade, 2005.

MOREIRA, M.L; CASTRO, M.E.Percepção dos Pacientes de Terapia Intensiva Frente à Internação. **Revista Rene Fortaleza**, v.7, abril, 2006.

MOURÃO, L.M et al. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 10, n. 3, p. 139-145, jul./set.2009.

NASCIMENTO, E.R.P.; MARTINS, J.J. Reflexões Acerca do Trabalho da Enfermagem em UTI e a Relação deste com o Indivíduo Hospitalizado e Sua Família. **Revista Nursing**, 2000.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. S. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual Saf Health Care**, v.12, p. 17–23, 2003. Disponível em: http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17. Acesso em 27/08/17.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem.** São Paulo (SP): Cortez, 1989.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enferm**, v. 20, n. 3, p. 636-40, Jul/set. 2015.

NOGUEIRA LS, et al. Clinical characteristics and severity of patients admitted to public and private icus.**Text Context Nursing**, v.21, n. 1, p. 59-67, 2012.

NORDIC COUNCIL OF MINISTERS. **National Research Centre for the Working Environment Publications Questionnaires.** NOSACQ-50 - Safety Climate Questionnaire, 2014.

NOVARETTI, M. C. Z. et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. Rev. bras. enferm., v.67, n.5, p.692-699, 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0692.pdf>. Acesso em 27/08/17.

OLIVEIRA, J. L.C.; MATSUDA, L. M. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade. [Esc Anna Nery, v. 20, n. 1, p. 63-69, 2016.](#)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Renovação da atenção primária nas Américas**. Documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde. Washington: Pan-american Health Organization; 2005.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO(ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação: Serviços para a Saúde - Selo de Qualificação ONA - Versão 2011**. São Paulo: ONA; 2011.

PAESE, F.; DAL SASSO, G. T. M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n.2, p. 302-10, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05>. Acesso em 15/09/17.

Parecer nº 07/2016/CTLN/COFEN- 2016

PEREIRA, G.S.; PEREIRA, S.S. A importância da qualidade do serviço na gestão hospitalar. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, Salvador, v. 1, n. 1, jan./jun. 2015.

PEREIRA, F.G.F et al .Segurança do paciente e promoção da saúde: uma reflexão emergente. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 3, p. 271-277, jul./set. 2015.

PISCO, L.; BISCAIA, J. L. Qualidade de cuidados de saúde primários.**Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 2, p. 43-51, 2001.

PINA, R.Z.; LAPCHINSK, L.F.; PUPULIM, J.S.L. Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva. **Cienc Cuid Saude**. 2008.

PORTELA, M.C. et al.Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.399-408,2010.

QUINTO N.A. **Processo de acreditação: A busca da qualidade nas organizações de saúde**. Porto Alegre: Dacasa: Palmarica, 2000.

RADUENZ, A.C et al. Cuidados de Enfermagem e Segurança do Paciente: Visualizando a Organização, Acondicionamento e Distribuição de Medicamentos com Método de Pesquisa Fotográfica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**,v.18, n. 6, p.10,nov-dez. 2010.

RAMOS, J.G.G. ESQUIVEL,C.L.W. O direito à saúde como direito humano fundamental: breves considerações a respeito do seu formato legal à sua eficiência social. **Ciências Sociais Aplicadas em Revista – UNIOSTE/MCR** – v.15, n.28, 1º sem.2015, p.9-40 – ISSN 1679-348X.

[REASON, J.](#) **Managing the risks of organizational accidents**. Abingdon: Routledge, 2016.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). Quem somos.2014. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/quemsomos>. Acesso em: 05 abril de 2018.

REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. 217 p. [tese de doutorado]- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>. Acesso em 15/06/16.

REIS, C.T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação Transcultural da Versão Brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: Etapa inicial. **Cad Saúde Pública**, n. 28, v. 11, p. 2199-210, 2012.

REIS, E.A.; REIS I.A. **Análise Descritiva de Dados**. Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG, 2002.

RICHTER, A.; KOCH, C. Integration, differentiation and ambiguity in safety cultures. **Safety Science**, n. 42, v. 8, p. 703-722, 2004.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 5, p. 728-35, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500013.

ROCHA, E.S.B. **Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar**: visão do enfermeiro. Dissertação de mestrado, Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2007.

ROMANO, A.C.I. Segurança do paciente cirúrgico sob a ótica dos direitos humanos do paciente. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília, 2017.

ROQUETE, F. F.; TEIXEIRA, C..C ; ALMEIDA, V. Acreditação e melhoria da assistência hospitalar no Brasil: uma revisão integrativa. Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. Associação educacional dom bosco, 2015.

RUELAS E.; POBLANO O. **Certificación y acreditación en los servicios de salud. Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica**. 1st. ed. México: Secretaría de Salud; 2005.

SANTIAGO, T.H.R; TURRINI. R.N.T. Cultura e Clima Organizacional para Segurança do Paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.49, 2015.

SCHNEIDER B.; EHRHART, M.G; MACEY, W.H. Organizational climate and culture. **Rev. Psychol.**, v. 64, p. 361-88, 2013.

SCHEIN, E. H. *Organizational Culture and Leadership*. Jossey-Bass, 2010. Disponível em: https://is.muni.cz/el/1421/podzim2013/CJVA1M/43514039/reading_4_Levels_of_culture.pdf. Acesso em: 20/08/17.

SEXTON J.B, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties, Benchmarking Data, and Emerging Research. **BMC Health Serv Res.**, p. 6- 44, 2006.

STAVRIANOPOULOS, T. The development of patient safety culture. **Health ScienceJournal**, 2012.

SERAPIONE, M. Avaliação da qualidade em saúde- Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v.85, 2009.

SILVA, A.C.A. et al. A segurança do paciente em âmbito hospitalar: Revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enferm.**, v. 21, 2016.

SILVA, C. A. S.; LIMA, M. L. **Culturas de segurança e aprendizagem com acidentes**. Lisboa: Ed. Colibri,. v. 1, 2004.

SILVA, D; LOPES, E.L; JUNIOR, S.S.B. Pesquisa Quantitativa: Elementos, Paradigmas e Definições. **Revista de Gestão e Secretariado**, São Paulo, v. 5, n. 1, p 01-18, jan./abr. 2014.

SILVA, R.C.L; CUNHA, J.J.S.A; MOREIRA C.L.S. Adverse events in intensive care: what they know the nurses. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.**, v. 3, n. 2, p1848-55, 2011.

SILVA, S. C. A. **Culturas de segurança e prevenção de acidentes de trabalho numa abordagem psicossocial: valores organizacionais declarados e em uso**. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Organizacional) – Departamento de Psicologia Social e das Organizações–Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, 2003.

SILVA, I. B. Desafios do financiamento da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 30, n.1, p. 110-117, jan./mar., 2017. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5919/pdf>. Acesso em: 20/11/17.

SILVA, E. L.; RODRIGUES, F. R. A. Segurança do doente e os processos sociais na relação com enfermeiros em contexto de bloco operatório. **Cultura de los Cuidados**, v. 3, n. 46, 2016.

SOUZA, I.A.S, et al. Work process and its impact on mental health nursing professionals. **Acta Paul Enferm.**, 2015.

SOUZA, T. C. R.; LACERDA, P. T. **Planejamento estratégico e qualidade: acreditação hospitalar – um estudo de caso no Hospital Vita Volta Redonda**. V Congresso Nacional de

Excelência em Gestão: gestão do conhecimento para a sustentabilidade, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, p.2-22, jul. 2009.

[SPRUCE, J. Back to Basic: Patient and Family Engagemnt. **AORN J.** 2015, Jul. v.102, n.2, p. 34-37.](#)

TENG C.I, et al. Nursing accreditation system and patient safety. **Journal of Nurs Management**, v. 20, 2012.

TOBIAS, G.C. et al. Cultura de Segurança do Paciente em Instituições de Saúde: Um Estudo Bibliométrico. **Enfermeira Global**, n. 33, p.350, 2014;

TOMAZONI, A. et al. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 755-63, set./out. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00755.pdf. Acesso em: 01/12/17.

TONDO, J.C.A.; GUIRARDELLO, E.B. Perception of nursing professionals on patient safety culture. **Rev Bras Enferm.**, v. 70, n. 6, p. 1284-90, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0010>.

TRIOLA, M.F. **Introdução à estatística**. 10 edição. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

VASCONCELOS R.O, et al. Meios para a gerência de enfermagem utilizados em unidades hospitalares críticas. **Enferm. Foco**, 2016.

VASSEM, A.S. et al. Fatores constituintes da cultura de segurança: olhar sobre a indústria de mineração. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 24, n. 4, p. 719-730, 2017.

VILA, V. S.C.; ROSSI, L.A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Rev. Latino. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.2, mar/abr. 2002.

VIEIRA, C.A; MAIA, L.F.S. Assistência de enfermagem humanizada ao paciente em UTI. **Revista Recien.**, São Paulo, v. 3, v. 9, p.17-22, 2013.

VINCENT, C. **Patient Safety**. Second edition. Wiley-Blackwell, Chichester, 2010.

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

VLAYEN, A. et al. Design of a Medical Record Review Study on the Incidence and Preventability of Adverse Events Requiring a Higher Level of Care in Belgian Hospitals. **BMC Res Notes**, n. 5, p. 468, 2012.

ZANELLI, J. C. et al. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WACHTER, R. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2ª Ed. Porto Alegre: AMGH, p. 478, 2013.

Weissman, J. S. et al. Hospital workload and adverse events. **Med Care**. v. 45, n. 5, p. 448-55, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION(WHO). **The conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Version 1.1.Final Technical Report Chapter3. The International Classification for Patient Safety. Key Concepts and Preferred terms. Geneva: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety: Forward Programmed**. Geneva: WHO, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety. ForwardProgrammed 2008-2009**.Geneva: WHO,2010.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

(Em 2 vias, firmado por cada participante voluntário (a) da pesquisa e pelo responsável)

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa **A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UM RETRATO DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DOS HOSPITAIS DE ALAGOAS** das pesquisadoras Patrícia de Carvalho Nagliate e Nathália Medeiros Martins. A seguir, as informações do projeto de pesquisa em relação a sua participação neste projeto:

- 1. O estudo se destina a:** Identificar se a cultura de segurança do paciente está presente nas UTIs Adulto dos Hospitais de Alagoas
- 2. A importância deste estudo é:** Agregar novos conhecimentos a literatura, bem como traçar um panorama da cultura de segurança do paciente nas UTIs dos hospitais de Alagoas, e logo, poderemos fornecer insumos para que as gerências de risco dos hospitais possam avaliar a forma como as medidas de SP vem sendo implementadas. Além disso, contribuiremos para que a assistência de enfermagem seja pautada nos princípios da segurança do paciente e livre de riscos para os pacientes, visto que a enfermagem é a categoria profissional que passa maior tempo assistindo o paciente
- 3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes:** Realizar um panorama da cultura de segurança do paciente pelos profissionais de Enfermagem do estado de Alagoas que atuam em UTI Adulto.
- 4. A coleta de dados:** começará em janeiro de 2018 e terminará em abril de 2018. Essa será realizada em todas as UTIs adulto do estado de Alagoas, que tenham pelo menos dois anos de funcionamento. Sendo em Maceió: UTI Adulto do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes; UTI Adulto do Hospital Geral do Estado; UTI Materna da Maternidade Escola Santa Mônica, UTI Adulto do Hospital Escola Dr. Hélio Auto, UTI cardiológica do Hospital do Coração de Alagoas, UTI Adulto do Hospital Arthur Ramos, UTI Adulto do Hospital do Açúcar, UTI Adulto da Santa Casa de Misericórdia de Maceió e UTI Adulto do Hospital Sanatório. No interior do estado: UTI Adulto da Santa Casa de Misericórdia de São Miguel dos Campos, UTI Adulto do Hospital Santa Rita (Palmeira dos

2/4

Índios), UTI Adulto do Hospital Regional Doutor Clodolfo Rodrigues de Melo (Santa Ipanema), UTI Adulto do Complexo Hospitalar Manoel André-CHAMA (Arapiraca), Hospital Regional de Arapiraca, Casa de Saúde e Maternidade Afra Barbosa (Arapiraca,) Unidade de Emergência do Agreste Dr. Daniel Houly (Arapiraca).

3/4

5. O estudo será feito da seguinte maneira: A população do estudo compreenderá os profissionais que atuam nas UTIs Adulto dos hospitais de Alagoas (Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem) há pelo menos três meses. Será utilizada a totalidade dos profissionais, para participar do estudo será necessário estar na escala de trabalho da UTI e trabalhar há pelo menos três meses na unidade. Os dados serão coletados por meio de três instrumentos. Dessa maneira, temos como instrumento de pesquisa, o Questionário de Atitudes de Segurança (Safety Attitudes Questionnaire – SAQ – OR version), desenvolvido na Universidade do Texas, que foi traduzido e adaptado, e cujo uso foi autorizado pelos autores. O SAQ – OR é uma versão adaptada do Safety Attitudes Questionnaire, composto por 58 itens.

6. A sua participação será nas seguintes etapas: Coleta de dados

7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: A pesquisa apresentará riscos oriundos de cansaço, irritabilidade e constrangimento em mencionar determinadas informações, em relação a isso reforçaremos o anonimato do participante e a impossibilidade de identificação pública do mesmo em qualquer etapa do estudo. Além disso, a coleta dos dados será realizada no ambiente de trabalho do profissional, o que pode atrapalhar suas atividades e por isso ser um risco a sua integridade psíquica, devido ao estresse que podemos causar ao participante. Os pesquisadores adotarão as seguintes medidas para minimizar os riscos: Para minimizar esse desconforto, serão agendados previamente com a gerência do hospital os dias para a coleta de dados, bem como o horário, sendo esse, preferencialmente o de intervalo, de forma que iremos comprometer minimamente as atividades do setor, assim como poderão ser reagendado novos dias e horários para a continuação da resposta ao questionários, se assim o participante solicitar, atrelado a aprovação de sua chefia direta. Associado a isso, os dados serão coletados por meio de questionário não comprometendo a integridade física dos participantes.

8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: evidenciar a importância da cultura de segurança do paciente, traçar um panorama da cultura de segurança do paciente nas UTIs dos hospitais de Maceió, agregar

conhecimento novo a literatura científica referente a temática, estimular a adoção de medidas de segurança do paciente nas UTIs pesquisadas, contribuir para o planejamento das gerencias de risco dos hospitais pesquisados e contribuir para melhoria da Assistência de Saúde nas UTIs, por meio de uma assistência pautada na segurança do paciente.

9. **Você poderá contar com a seguinte assistência:** sendo atendido em qualquer incômodo que possa acontecer durante a aplicação do questionário, sendo responsável (is) por ela: Patrícia de Carvalho Nagliate e Nathalia Medeiros Martins

10. Você será informado (a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

14. Você será indenizado (a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).

15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam,

4/4

concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Patrícia de Carvalho Nagliate

Endereço: Avenida Lourival de Melo Mota, Cidade Universitária, Maceió

Complemento:

Cidade/CEP: Maceió/ 57052600

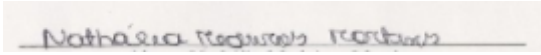

Telefone: 3214-1052

Ponto de referência:

Nathália Medeiros Martins

Endereço: Rua Tereza de Azevedo-1017

<p>Complemento: Cidade/CEP: Maceió/57052600 Telefone: 98832-2041/99938-5139 Ponto de referência:</p>
<p>Contato de urgência: Sr(a). Endereço: Complemento: Cidade/CEP: Telefone: Ponto de referência:</p>
<p>ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas Prédio do Centro de Interesses Comunitário, Térreo , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs. E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com</p>

	
<p>Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas</p>	<p>Nathália Medeiros Martins Enfermeira, Mestranda-UFAL</p> 
	<p>Profa.Dra.Patrícia de Carvalho Nagliate</p>

APÊNDICES (B)**QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÕES ADICIONAIS****1.Estado Civil**

Solteiro Casado União Estável Separado/Divorciado Viúvo

2.Qual seu nível de formação?

Nível fundamental Nível médio Nível Superior

3.Há quanto tempo você concluiu seu curso de graduação/técnico/ auxiliar de enfermagem?**4.Possui curso de pós-graduação, especialização, de capacitação na área ou em outra correlata a que atua?**

Sim Não Em andamento

Qual?

5.Você já ouviu falar em segurança do paciente?

Sim Não

6.Existe ou já existiu nesta instituição treinamentos direcionados para segurança do paciente?

Sim Não

7.Você atua na área que tem afinidade?

Sim Não

8.Qual a sua carga horária de trabalho semanal nesta instituição?(em horas)**9.Você trabalha em outros locais além desta UTI? Em outra ou nesta instituição? Se sim, onde?**

Sim Não

10.Todos são vínculos formais?(Carteira Assinada)

Sim Não

11.Qual sua carga horária de trabalho semanal total em todos os seus vínculos?**12.Em geral, por quantos pacientes você fica responsável por turno?**

ANEXO (A)

Questionário de Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado						
Área clínica ou assistencial ao paciente onde você passa maior parte do seu tempo: _____						
Por favor preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências em sua área.						
Por favor, responda os itens seguintes relativos à sua unidade ou área específica.						
Selecione suas respostas usando a escala abaixo:						
A	B	C	D	E	X	
Discordo totalmente	Discordo em parte	Neutro	Concordo em parte	Concordo totalmente	Não se aplica	
1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nessa área	A	B	C	D	E	X
2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	A	B	C	D	E	X
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado(ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	A	B	C	D	E	X
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	A	B	C	D	E	X
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	A	B	C	D	E	X
6. Os (as) médico (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	A	B	C	D	E	X
7. Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado (a) aqui como paciente	A	B	C	D	E	X
8. Erros são tratados de maneira apropriada nesta área	A	B	C	D	E	X
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	A	B	C	D	E	X
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	A	B	C	D	E	X
11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros	A	B	C	D	E	X
12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	A	B	C	D	E	X
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	A	B	C	D	E	X
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu expressasse à administração	A	B	C	D	E	X
15. Eu gosto do meu trabalho	A	B	C	D	E	X
16. trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	A	B	C	D	E	X
17. Este é um bom lugar para trabalhar	A	B	C	D	E	X
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área	A	B	C	D	E	X
19. O moral nesta área é alto	A	B	C	D	E	X
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	A	B	C	D	E	X
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado(a)	A	B	C	D	E	X
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	A	B	C	D	E	X
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência	A	B	C	D	E	X
24. A administração apoia meus esforços diários	A	B	C	D	E	X
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente	A	B	C	D	E	X
26. A administração está fazendo um bom trabalho	A	B	C	D	E	X
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva	A	B	C	D	E	X
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do(a):	A	B	C	D	E	X
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes	A	B	C	D	E	X
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	A	B	C	D	E	X
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	A	B	C	D	E	X

32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados	A	B	C	D	E	X
33. Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área	A	B	C	D	E	X
34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área	A	B	C	D	E	X
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área	A	B	C	D	E	X
36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns	A	B	C	D	E	X

INFORMAÇÕES - Você já havia preenchido este instrumento anteriormente () sim () Não () Não sabe	
Cargo (marque somente um) (mês/ano): _____	Data
() Chefe de enfermagem	
() Enfermeiro	
() Técnico em Enfermagem	
() Auxiliar de Enfermagem	
Gênero: () Homem () mulher Atuação Principal: () adulto () Pediatria () Ambos	
Tempo na especialidade: () menos de 6 meses () 6 a 11 meses () 1 a 2 anos () 3 a 4 anos () 5 a 10 anos () 11 a 20 anos () 21 anos ou mais	