



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS REGIONAL CATALÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

MESTRADO EM GESTÃO ORGANIZACIONAL

MABEL DUARTE ALVES GOMIDES

**“ANÁLISE DA CULTURA DA SEGURANÇA ENTRE OS
PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
ADULTO DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO”**

CATALÃO/GO
2016

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

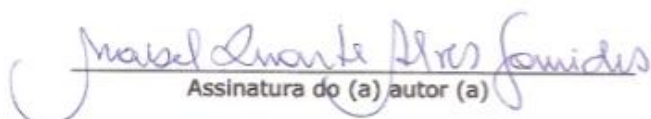
Nome completo do autor: Mabel Duarte Alves Gomides

Título do trabalho: "ANÁLISE DA CULTURA DA SEGURANÇA ENTRE OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO"

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do (a) autor (a)

Data: 02 / 09 / 2016

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

MABEL DUARTE ALVES GOMIDES

**“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 Catalão
Área de Concentração: Gestão Hospitalar
Linha de pesquisa: Indivíduo, Trabalho, Organização e Sociedade, como requisito à obtenção do título de mestre em Gestão Organizacional.

Orientador:
Prof.Dr. Geraldo Sadoyama

Co-Orientadora:
Mestre Astrídia Marília de Souza Fontes

CATALÃO/GO
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Duarte Alves Gomides, Mabel

"ANÁLISE DA CULTURA DA SEGURANÇA ENTRE OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO" [manuscrito] / Mabel Duarte Alves Gomides, Astrídia Marília de Souza Fontes, Geraldo Sadoyama. - 2016.

CXLII, 142 f.

Orientador: Prof. Dr. Geraldo Sadoyama; co-orientadora Astrídia Marília de Souza Fontes.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Unidade Acadêmica Especial de Gestão e Negócios, Catalão, Programa de Pós Graduação em Gestão Organizacional (profissional), Catalão, 2016.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, símbolos, tabelas, lista de tabelas.

1. Cultura. 2. Segurança. 3. Gestão de Segurança. 4. UTI. 5. Cuidados Críticos. I. de Souza Fontes, Astrídia Marília. II. Sadoyama, Geraldo. III. Sadoyama, Geraldo, orient. IV. de Souza Fontes, Astrídia Marília, co-orient. V. Título.

CDU 61



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
REGIONAL CATALÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO ORGANIZACIONAL



ATA DE Sessão PÚBLICA DE EXAME DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO MESTRADO PROFISSIONAL NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM GESTÃO ORGANIZACIONAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS.

No dia dez (10) de agosto de dois mil e dezesseis, às 9:00 horas, na sala 215 do CGEN- Centro de Gestão e Negócios, Regional Catalão da Universidade Federal de Goiás, MABEL DUARTE ALVES GOMIDES, discente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão Organizacional (32091010061P6) da Universidade Federal de Goiás, expôs, em Sessão Pública, o exame de defesa da dissertação intitulada **ANÁLISE DA CULTURA DA SEGURANÇA ENTRE OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO**, para Comissão de Avaliação composta pelos (as) docentes: **Dr. Geraldo Sadoyama Leal** (Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional/Universidade Federal de Goiás, Presidente da Comissão), **Dra. Renata Alessandra Evangelista** (Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional/Universidade Federal de Goiás, Membro Convocado Interno), **Dr. Thudis Marques Cunha** (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/Universidade Federal de Uberlândia, Membro Convocado Externo), **Dra. Roselma Lucchese** (Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional/Universidade Federal de Goiás, Membro Convocado Suplente Interno) e **Dr. Anderson Luiz Ferreira** (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas/Universidade Federal de Goiás, Membro Convocado Suplente Externo). O trabalho da Comissão de Avaliação foi conduzido pelo docente Presidente que, inicialmente, após apresentar os docentes integrantes da Comissão, concedeu 30 minutos o (a) discente candidato (a) para que este (a) expusesse o trabalho. Após a exposição, o docente Presidente concedeu a palavra a cada membro convocado da Comissão para que estes arguissem o (a) discente candidato (a). Após o encerramento das arguições, a Comissão de Avaliação do trabalho de defesa avaliou a dissertação e o desempenho do (a) discente candidato (a) na exposição, considerando a trajetória deste no curso de mestrado profissional. Como resultado da avaliação, a Comissão de Avaliação deliberou pela:

Aprovação do trabalho de defesa X

A Comissão de Avaliação declara o (a) discente candidato (a) **APROVADO NO EXAME DE DEFESA PÚBLICA**. A Comissão de Avaliação pode sugerir alterações de forma e/ou conteúdo consideradas aceitáveis, as correções, quando identificadas, devem ser realizadas no prazo máximo de 30 dias contados a partir do recebimento da Ata de Defesa. As alterações deverão ser indicadas no Anexo ao presente documento e/ou podem constar na versão lida pelo membro da Comissão de Avaliação para a sessão de defesa do trabalho de dissertação. Neste caso, a versão lida corrigida deverá ser entregue ao (a) discente candidato (a) no final da sessão.

Reprovação do trabalho de defesa []

De acordo com a Resolução – CEPEC N° 1109 e previsto a reprovação quando a Comissão de Avaliação determina que o trabalho apresentado não satisfaz as condições mínimas para ser considerado projeto de mestrado válido, em condições de se desenvolver um trabalho de conclusão de mestrado.

A Comissão de Avaliação:

Dr. Geraldo Sadoyama Leal
Membro Presidente
Universidade Federal de Goiás

Dra. Renata Alessandra Evangelista
Membro Convocado Interno
Universidade Federal de Goiás

Dr. Thudis Marques Cunha
Membro Convocado Externo
Universidade Federal de Uberlândia

Dra. Roselma Lucchese
Membro Convocado Suplente Interno
Universidade Federal de Goiás

Dr. Anderson Luiz Ferreira
Membro Convocado Suplente Externo
Universidade Federal de Goiás

Mabel Duarte Alves Gomides
Discente Candidato (a)
Matrícula: 2014-1644

Para uso da Comissão de Avaliação do PPGO

Prof. Dr. Wagner Rosales
Coordenador de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional
Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Geraldo Sadoyama Leal
Vice-Coordenador do Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão Organizacional
Universidade Federal de Goiás

Observações:
Voto Secretária: **Isabela Gomes dos Santos**
EX. Defesa, n° 14/2016

Catalão, 10/08/2016

DEDICATÓRIA

“... O tempo é como um rio. Você nunca poderá tocar na mesma água duas vezes, porque a água que já passou, nunca passará novamente. Aproveite cada minuto da vida. Lembre-se que devemos buscar, acima de tudo, pessoas que saibam o nosso verdadeiro valor e ter na vida quatro amores: Deus, A vida, a família e os amigos. Deus porque é o dono da vida, A vida porque é curta, a família porque é única e os amigos porque são raros ...” (Heráclito).

Dedico este trabalho a vocês, pelo amor, compreensão, apoio e paciência no decorrer dos últimos dois anos. Sem vocês nada disso seria possível.

- **Deus.** Minha fonte inesgotável de “luz”. Agradeço todos os dias a sua presença constante em meu caminho, pois a grande questão não são os problemas que enfrentaremos, mas como os enfrentaremos;
- Filhos são dádivas de Deus. Ser mãe é ser insubstituível, a mais importante, o princípio, a missão mais especial da vida de uma mulher, a origem da família. A oportunidade de ser mãe de criaturinhas tão especiais, como o **Gustavo, Henrique e Beatriz**, é mais que um presente, é inexplicável. A eles, dedico o meu amor incondicional;
- Esposo é escolha. Companheiro, namorado eterno, parceiro para todas as horas, incentivador das decisões, mão e ombro amigo, dono da casa, “pãe” e **César Augusto Gomides** significa muito mais que esposo, representa a decisão mais acertada da minha vida, a presença de Deus nas nossas escolhas.
- **Pais** são os escolhidos. A missão dos pais vai além do abrigo, cuidado e da proteção, está na herança maior de um homem, “a moral, formação de caráter, amor ao próximo e a caridade”. Aos meus pais, agradeço a herança e por terem me ensinado a integridade, responsabilidade, força ao trabalho e dedicação à vida.
- **Família** ...“pai, mãe, sogro, sogra, irmãos, cunhados e sobrinhos”...é um laço de sangue e de coração. É capaz de unir os iguais com os diferentes num só pensamento e é tudo o que temos na vida.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para o desenvolvimento desta Dissertação, em especial:

Ao meu orientador Prof. Dr. Geraldo Sadoyama

Pela dedicação e paciência a cada encontro, a quem serei sempre grata por ter me aceitado como orientanda, conduzindo-me com a calma necessária para que eu atinja os meus objetivos. Dedico a você esta mensagem “... *Estamos aqui na terra só de passagem e não podemos esquecer de ser felizes. Não somos seres humanos passando por uma experiência espiritual, somos seres espirituais passando por uma experiência humana ...*” (Teilhard de Chardin);

À minha co-orientadora Mestre Astrídia Marília de Souza Fontes

Um agradecimento especial a quem foi uma grande incentivadora me ajudando a transpor momentos difíceis, por acreditar no meu profissionalismo e por ter me dado a honra de pesquisar sobre problemas relativos ao Setor de Controle de Infecção Hospitalar;

Aos Professores Doutores do Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional da Universidade Federal de Goiás – Campus Catalão – GO

Pelos ensinamentos e valorização ao mestrando nos dando as oportunidades de crescimento;

Aos membros da Banca de Qualificação e Defesa

Pelas valiosas orientações e grande contribuição na finalização desta Dissertação;

Aos Coordenadores e colegas do Setor de UTI adulto do HC/UFU

Agradeço os coordenadores pelo apoio e permissão para execução desta pesquisa e, em especial, às equipes de profissionais dessa unidade e colegas que contribuíram com a confecção deste estudo;

Ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – MG

Local onde fiz morada, construí minha carreira, fiz amigos e colegas e me senti útil ao próximo. Após 20 anos de dedicação, tenho mais uma alegria, que é o apoio e a permissão para executar esta pesquisa do mestrado concedida pelo **Prof. Dr. Orlando César Mantese**, diretor de Ciência e Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – MG;

À Prof.^a Dr.^a Sônia de Oliveira Mantese e Prof. Dr. Alceu Luiz C. Villela Berbert

Uma homenagem especial aos doutores, mestres, amigos e chefes, a quem tanto admiro e respeito, e que despertaram, desde o início da minha vida profissional, um entusiasmo para a pesquisa;

Aos colegas de mestrado

Pelas grandes trocas de conhecimentos, apoio, e nobres oportunidades.

RESUMO

Nas últimas décadas, na medicina, a segurança do paciente despertou muita preocupação e alerta ao mundo, após evidências científicas de elevados índices de mortalidade relacionados a falhas durante a prestação de cuidados relacionados à saúde. O grau de complexidade relacionado ao cuidado na saúde, principalmente nos hospitais, exige uma gestão de saúde especializada e voltada para a qualidade e segurança do paciente. O objetivo deste estudo foi avaliar a cultura da segurança do paciente entre os profissionais da Unidade de Terapia intensiva adulto (UTI) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). A pesquisa foi realizada dentro de um modelo de estudo transversal prospectivo, de abordagem quantitativa, realizada entre os meses de junho e julho de 2016. A amostra foi composta por todos os profissionais que apresentavam contrato de trabalho permanente nessa unidade, das áreas: médicas, enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, gestores da unidade e auxiliares de secretaria. Nessa amostra foi aplicado o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ - *Safety Attitudes Questionnaire*), como instrumento na avaliação da cultura de segurança do paciente. A análise dos dados e testes estatísticos foi realizada no *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences for Windows*) versão 21.0. A análise inferencial, foi feita pelos testes do qui-quadrado (χ^2), teste *t-Student* e análise de variância (ANOVA). As análises adotaram nível de significância (α) de 5%. A força de associação entre variáveis foi avaliada pelo cálculo da razão de prevalência (RP) (IC 95%). De um total de 163 profissionais permanentes da UTI adulto do HC-UFU, 144 estavam ativos em suas funções no intervalo relativo à coleta e 138 questionários SAQ foram validados por estarem devidamente preenchidos, o que resulta em uma taxa de validação de 96,5%. A maioria dos participantes era do gênero feminino (76,1%) e apresentava tempo de experiência \geq há 5 anos (63,0%). A análise dos resultados do SAQ observou uma média geral da cultura de segurança na UTI menor que 75 pontos ($57,80 \pm 23,39$). Esse resultado foi detalhado na análise individualizada dos domínios e itens sem domínios com achados não fortalecidos, mas com pontuações maiores que 60 para Clima de Trabalho em equipe, Satisfação no Trabalho, Percepção de Estresse e Colaboração entre os membros da equipe, e outros abaixo de 50 para Percepção de Gerência do Hospital, Condição de Trabalho e Falhas de Comunicação. De forma geral, observou-se uma percepção não fortalecida entre os profissionais, quanto a cultura de segurança do paciente, sendo este dado esclarecido com a análise individualizada dos itens do SAQ, os quais demonstraram pontos muito enfraquecidos para atitudes de segurança na percepção da gerência, condições de trabalho e

falhas de comunicação. Em conclusão, a UTI do HC-UFU apresenta-se em desarmonia e desequilíbrio pelas dificuldades de relacionamento entre os profissionais e os gestores, desfavorecendo as condições humanas de trabalho e a liberdade de comunicação entre os erros, com correções através de represálias e advertências.

Palavras-chave: Cultura, Segurança, Gestão de Segurança, UTI, Cuidados Críticos

ABSTRACT

In recent decades, patient safety has aroused much concern and awareness in the world after scientific evidence of high mortality rates due to health care failures. The degree of complexity related to health care, especially in hospitals, requires specialized health management focused on quality and patient safety. This study aimed to evaluate the culture of patient safety the assets of the professional adult intensive care unit (ICU) in the Clinical Hospital of the Federal University of Uberlandia (HC-UFU), Brazil. The study was conducted in a cross exploratory study model in order to evaluate the culture of patient safety among professionals, with data collection in the period June-July 2016. The sample consisted of all professionals in the adult intensive care unit of the following areas: medical, nursing, physical therapy, psychology, nutrition, and management. This sample was applied to the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) as a tool in the assessment of patient safety culture. The analysis of statistical data and testing was performed using SPSS software (Statistical Package for Social Sciences for Windows) version 21.0. In the inferential analysis, we used the chi-square test (χ^2), t-test and analysis of variance (ANOVA). The analysis adopted significance level (α) of 5%. The strength of association between variables was assessed by calculating the prevalence ratio (PR) (95%). A total of 163 permanent professionals in the adult ICU of the HC-UFU, 144 were active in their functions in the range on the collection and 138 SAQ questionnaires were validated by being properly filled, resulting in a validation rate of 96.5%. Most participants were female (76.1%) and had long experience ≥ 5 years (63.0%). The results of the SAQ noted an overall average of the safety culture in the ICU less than 75 points (57.80 ± 23.39). This result was detailed on an analysis of the areas and items without domains not strengthened findings, but with higher scores 60 to Working Climate team, Job Satisfaction, Stress Perception and collaboration among team members, and other below 50 for Hospital Management Perception, Work Condition and communication failures. It was concluded that the general perception of ICU for patient safety culture demonstrated weakening of all the attitudes of professionals and especially the actions of management. Since managers are responsible for determining human working conditions and freedom of communication between the errors, promoting gain knowledge without reprisal or warnings.

Keywords: Culture, Safety, Safety Management, ICU, Critical Care

LISTA DE SÍMBOLOS, ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CSS - *Culture of Safety Survey*

EUA – Estados Unidos da América

FMAQ - *Flight Attitudes Management Questionnaire*

GO - Goiás

HC-UFU – Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

HSOPS - *Hospital Survey on Patient Safety*

HTSSCS - *Hospital Transfusion Service Safety Culture survey*

IAEA - Agência Internacional de Energia Nuclear

ICPS - *International Classification for Patient Safety*

IOM - *Institute of Medicine*

INSAG - Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear

MG – Minas Gerais

MSSA - *Medication Safety Self Assessment*

OMS - Organização Mundial da Saúde

PSCHO: *Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations*

RP – Razão de Prevalência

SAQ - *Safety Attitudes Questionnaire*

SCS - *Safety Climate Survey*

SLOAPS - *Strategies for Leadership*

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFG – Universidade Federal de Goiás

UFU – Universidade Federal de Uberlândia

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VHA PSCQ - *Veterans Administration Patient Safety Culture Questionnaire*

WHO – *World Health Organization*

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Definições de Cultura Organizacional de acordo com alguns autores	26
QUADRO 2 – Definições de Cultura de Segurança de acordo com alguns autores ...	29
QUADRO 3- Domínios do Questionário de Atitudes e Segurança (SAQ) (SEXTON <i>et al.</i> , 2006; adaptado por Carvalho, 2012)	43

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição dos cargos de acordo com o número de funcionários e com o número e percentagem de questionários válidos	48
TABELA 2 – Distribuição da frequência e percentagem quanto à classe profissional	49
TABELA 3 – Distribuição da categoria profissional de acordo com o gênero	49
TABELA 4 – Distribuição dos domínios de acordo com a frequência, média e desvio padrão	50
TABELA 5 – Distribuição das médias e desvios padrões das categorias profissionais para cada domínio com as devidas Análises de Variância (ANOVA)	53
TABELA 6 – Análise do domínio Clima de Trabalho em Equipe entre os diferentes profissionais	54
TABELA 7 – Análise do domínio Clima de Segurança entre os diferentes profissionais	54
TABELA 8 – Análise do domínio Satisfação no Trabalho entre os diferentes profissionais	55
TABELA 9 – Análise do domínio Percepção de Estresse entre os diferentes profissionais	56
TABELA 10 – Análise do domínio Percepção de Gerência da Unidade entre os diferentes profissionais	57
TABELA 11 – Análise do domínio Percepção de Gerência do Hospital entre os diferentes profissionais	58
TABELA 12 – Análise do domínio Condição de Trabalho entre os diferentes profissionais	59
TABELA 13 – Análise do domínio Percepção do Trabalhador entre os diferentes profissionais	60
TABELA 14 – Análise do domínio Colaboração entre membros da equipe entre os diferentes profissionais	61
TABELA 15 – Análise do domínio Falhas de Comunicação entre os diferentes profissionais	62
TABELA 16 – Análise do gênero em relação aos domínios e itens do SAQ sem domínios	63
TABELA 17 – Análise do tempo de experiência em relação aos domínios e itens do SAQ sem domínios	64

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I - Ficha de Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ)	92
ANEXO II – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	93
ANEXO III – Artigo 1 - ANALYSIS OF THE CULTURE OF PATIENT SAFETY IN INTENSIVE CARE UNIT: CROSS STUDY	96
ANEXO IV – Artigo 2 - ANALYSIS OF THE SAFETY CULTURE IN INTENSIVE CARE UNIT WORK TEAMS	110
ANEXO V – Artigo 3 - ANALYSIS OF THE CULTURE OF SAFETY AMONG PROFESSIONALS IN AN INTENSIVE CARE UNIT	124

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	137
APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Estudo Piloto	140
APÊNDICE III – Termo de Confidencialidade e privacidade dos dados	141
APÊNDICE IV - Termo de Anuência	142

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	24
2.1	Justificativa	24
3	REFERENCIAL TEÓRICO	25
3.1	Cultura e Clima Organizacional	25
3.2	Cultura e Clima de segurança	28
3.3	Cultura de Segurança na área da Saúde	31
3.4	Cultura de Segurança na Unidade de Terapia Intensiva	34
3.5	Avaliação da Cultura de Segurança	35
4	OBJETIVOS	39
4.1	Geral	39
4.2	Específicos	39
5	CASUÍSTICA E MÉTODO	40
5.1	Delineamento da Pesquisa	40
5.2	Descrição do Local da Pesquisa	40
5.2.1	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia	40
5.2.2	Unidade de Terapia Intensiva adulto	40
5.3	População	41
5.3.1	Amostra	41
5.3.2	Descrição dos Sujeitos	41
5.3.3	Métodos de Recrutamento	41
5.3.4	Critérios de Inclusão	42
5.3.5	Critérios de Exclusão	42
5.4	Instrumentos de Medidas	42
5.4.1	Variáveis do Instrumento Questionário de Atitudes de Segurança	44
5.4.1.1	Atitude de Segurança	44
5.4.1.2	Categorias profissionais	44
5.4.1.3	Sociodemográficas	44
5.5	Procedimento de Coleta dos Dados	44
5.6	Procedimento de Análises dos Dados	45
5.7	Considerações Éticas	46
5.7.1	A Pesquisa	46
5.7.2	Riscos	46
5.7.3	Benefícios	47
5.7.4	Termo de Consentimento Livre e esclarecido	47
5.7.5	Termo de Consentimento Livre e esclarecido Estudo Piloto	47
6	RESULTADOS DA PESQUISA	48
6.1	Estatísticas Descritivas	48
6.2	Estatística Inferencial	52
7	DISCUSSÃO	65
8	CONCLUSÕES	75
9	REFERÊNCIAS	76
10	ANEXOS	92
11	APÊNDICES	137

1 INTRODUÇÃO

Um sistema organizacional produtivo envolve a busca por satisfações pessoais de pertencer a uma sociedade e a sua autorrealização, que nem sempre são alcançadas devido às relações de trabalho e interpessoais, ou seja, as motivações, interesses, valores, história de vida e do modo como se relacionam. Portanto, a interação destes indivíduos, dentro de uma organização com suas características pessoais, forma um conjunto de preceitos, políticas administrativas, valores e crenças que estabelecem uma cultura e clima organizacional (LIMA; ALBANO, 2002).

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. A cultura e o clima organizacional são construções alternativas para conceituar a experiência de como as pessoas descrevem seu ambiente de trabalho (PIRES; MACÊDO, 2006). São influenciadas por fatores organizacionais (clima de segurança e a moral), ambientais no trabalho (níveis de pessoal e apoio administrativo), equipes (trabalho em equipe e supervisão) e pessoal (excesso de confiança e autoconfiança). (VINCENT; TAYLOR-ADAMS; STANHOPE, 1998).

Dentro do contexto organizacional, existem várias culturas que, vistas de forma mais ampla e resumida, nota-se que cada organização tem uma cultura ou uma série de subculturas que precisam ser modificadas para dar prioridade à segurança a fim de que atinjam os seus princípios (HOPKINS, 2006). Afirmando, por isso, não ser possível a descrição de uma cultura inteira, apenas identificar elementos da cultura que se agrupam de forma prática (SCHEIN, 1992).

Contudo, a cultura das organizações tem importância vital na prevenção e controle dos riscos à medida que são abertas as possibilidades de desenvolvimento dos gerentes e trabalhadores, comportamentos decorrentes da gestão do conhecimento, além das atitudes e das habilidades (SCHEIN, 1982).

Com relação, especificamente, à cultura de segurança, verificou-se, na literatura, certa ambiguidade ao conceituar cultura de segurança, demonstrando tipos com tendências distintas. Um grupo de pesquisadores defende que cada organização tenha uma cultura de segurança de algum tipo; por outro lado, há outros que aceitam o termo “cultura de segurança” para aquela organização engajada, primordialmente, na segurança, e outros

admitindo que a cultura de segurança existe na organização quando a cultura organizacional prioriza a segurança do trabalho ou possui aspectos que a impactam. (HOPKINS, 2006).

O termo “cultura de segurança” surgiu após o acidente nuclear de Chernobyl em 1986. (COX; COX, 1991), motivando o surgimento de várias pesquisas com o interesse em sua definição (REASON, 1997).

As pesquisas científicas muito contribuíram na ampliação da prevenção de doenças e na promoção da saúde nas organizações, assim como a implementação de políticas públicas, ao demonstrarem como as culturas organizacionais sofrem as influências dos seus integrantes com comportamentos saudáveis e seguros. Conseqüentemente, pesquisadores e profissionais devem se preocupar com as condições organizacionais para melhorar gestão de crises, desempenho seguro e manuseio de riscos em situações complexas e perigosas (PIDGEON; O'LEARY, 2000).

Conforme a evolução das pesquisas, foi afirmado que *...O coração de uma cultura de segurança é a maneira pela qual a inteligência organizacional e imaginação de segurança em relação ao risco e perigo são implantados* (PIDGEON, 1998). Entende-se, nesse caso, a cultura de segurança como uma cultura de relatórios e aprendizados, em que a segurança é a principal prioridade de uma organização, e tem como objetivo reunir, difundir, analisar e aplicar o máximo possível de informações relevantes (REASON, 2000).

Cresce, progressivamente, o interesse na investigação das relações da cultura organizacional, nas ações relacionadas à segurança (ZOHAR, 1980; REASON, 1997; COOPER, 2000; GULDENMUND, 2000; HOPKINS, 2006), devido à necessidade de rever as falhas coletivas no centro da organização. Pois essas falhas, muitas vezes, são encobertas por valores e crenças enraizados no coletivo, impedindo o reconhecimento de evidências de riscos e gerando vulnerabilidades (PIDGEON; O'LEARY, 2000).

Culturalmente observa-se, em vários estudos sobre acidentes provocados por falhas humanas que, inclusive, identificam uma série de práticas relacionadas aos elementos de uma cultura de negação do risco com sendo decisivos para a ocorrência dos fatos (TURNER, 1997; PIDGEON, 1998; HOPKINS, 2006). Por essa razão, a literatura cita que a chave para a mudança cultural é a liderança e que as culturas de segurança ou culturas geradoras podem, mais facilmente, serem provocadas pela instalação de líderes que têm a visão apropriada e questões críticas para a segurança organizacional como o fluxo de informações. Mas, investigações sobre cultura organizacional revelam que existem, frequentemente, fontes menos pessoais de cultura que precisam ser compreendidas e combatidas (WESTRUM, 2004).

Observou-se que a cultura da segurança reflete, essencialmente, as atitudes dos gerentes e trabalhadores e os valores relacionados com a gestão de risco e da segurança (FLIN, *et al.*, 2009). Até bem pouco tempo atrás, os estudos sobre a cultura da segurança estavam focados principalmente na exploração dos *déficits* presentes na organização, comunicação e habilidades pessoais. Sendo poucos os estudos que demonstravam a relação entre as atitudes de segurança e desempenho da equipe (FLIN, *et al.*, 2003; THOMAS, *et al.*, 2004), ou o entendimento de valores, crenças e normas de uma organização, ou ainda, como as atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente sendo suportados, recompensados e esperados (SORRA *et al.*, 2007). De fato, a maioria dos estudos ainda não explora as crenças, atitudes e comportamentos dos membros da equipe em relação à segurança do paciente, tampouco o impacto físico e psicológico do risco de erro e do ônus na percepção e no desempenho dos profissionais (WOODS, *et al.*, 2005).

No entanto, para alguns autores, a definição da cultura da segurança advém do conceito de cultura organizacional, compreendida como o conjunto de crenças, valores, normas e expectativas presentes entre os membros participantes de uma organização (CROW; HARTMAN, 2002). E é importante que seja mensurada para fins de avaliação dos processos institucionais, observando indicadores, tais como o perfil da gerência e dos funcionários, a coerência entre a missão da instituição, atitudes e clima da organização (SCHEIN, 2004). Os climas apresentam características, mais facilmente mensuráveis, da cultura de segurança (percepções fazem parte de ambas as definições), sendo os inquéritos, geralmente, incapazes de medir todos os aspectos comportamentais da cultura, valores e competências (SEXTON *et al.*, 2006).

Entre as peculiaridades da cultura de segurança, está a necessidade de se comprometer com a discussão e o aprendizado a partir dos erros, vistos que são inevitáveis. Portanto, é imprescindível identificar pró-ativamente as ameaças latentes nas informações e análises dos eventos adversos, incorporando regras não punitivas (BOGNÁR *et al.*, 2008) e medidas de identificação de áreas com maior ou menor necessidade de melhoria da consciência de segurança do paciente (NIEVA; SORRA, 2003).

No Brasil, a cultura de segurança nos serviços de saúde segue normas de acordo com a portaria nº 529/2013, configurando as características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização, cultura na qual os trabalhadores assumem responsabilidades pela sua segurança, dos seus colegas, pacientes e familiares; prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; promove aprendizado organizacional a partir da

ocorrência de acidentes; proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (ANVISA, 2013).

Nas últimas décadas, em virtude de evidências científicas demonstrando falhas nos cuidados de saúde, associadas a elevadas taxas de mortalidade, a segurança dos pacientes tem despertado muita preocupação nas organizações mundiais.

Em 1999, o IOM publicou o relatório intitulado “Errar é Humano” (*To err is human*), apontando para gravidade dos problemas de segurança relacionados aos cuidados de saúde, sugerindo o tema para a pauta da Organização Mundial da Saúde e para as políticas de saúde de diversos países, além de estabelecer uma estratégia global do sistema na prevenção dos erros nas organizações de saúde. Esse relatório foi baseado na publicação de artigos que demonstraram que cerca de 44.000 a 98.000 pessoas morriam todos os anos nos E.U.A., vítimas de iatrogenias médicas e que 7.000 destes casos estavam relacionados aos erros com medicação.

Contudo, a informação sobre a segurança do paciente desempenhou um papel importante na criação da *Federal Quality Interagency Coordination Task Force*, que incluiu representantes da Agência de Investigação de Qualidade e Saúde (*Agency for Healthcare Research and Quality- AHRQ*). Essa força-tarefa destacou o efeito dos cuidados de saúde e condições de trabalho na segurança do paciente e concluiu que as intervenções destinadas a melhorar a saúde e o local de trabalho também melhorariam a qualidade geral dos cuidados de saúde.

Em seguida, em 2001, o IOM publicou o relatório “Cruzando o Abismo da Qualidade” (*Crossing the quality chasm*) com um foco mais amplo no sistema de saúde, definindo seis domínios para caracterizar o desempenho do sistema de saúde, com destaque para o domínio da segurança do paciente. São eles: segurança, efetividade, foco no paciente, otimização, eficiência e equidade (VINCENT, 2010).

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde lançou o programa da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, a fim de incentivar e divulgar, em diferentes países, as diretrizes e estratégias que garantem a segurança do paciente (WHO, 2004). 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).

Em discussões recentes, a segurança do paciente tem sido considerada uma dimensão da qualidade em saúde, que deve ser garantida ao paciente por meio de uma cultura de atitudes segura, construída e aceita por todos os profissionais envolvidos. A segurança do

paciente apresenta como definição o aumento da probabilidade de desfechos desejados, ou seja, a redução a um mínimo aceitável de danos preveníveis ao paciente durante o processo de assistência à saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999; WHO, 2009; ANVISA, 2013).

Alguns autores acreditam que a qualidade e a segurança relacionadas à assistência à saúde devem ser analisadas visando a uma compreensão do sistema e das circunstâncias em que ocorrem os erros e eventos adversos. (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999; REASON, 1995; REASON, 1997; VINCENT; TAYLOR-ADAMS; STANHOPE, 1998). Portanto, a segurança do paciente depende de atuações amplas e esforços complexos nos vários segmentos de uma organização, promovendo a melhoria do ambiente e gerenciamento de riscos para uma boa prática das atividades diárias, detecção e controle nas áreas de maior impacto nos problemas de segurança, aproveitamento adequado da tecnologia e capacitação dos profissionais (WOLFE, 2001; NIEVA; SORRA, 2003; VINCENT, 2003; WIEGMANN, 2004; PITTET; DONALDSON, 2005; HUANG, 2010; TEIXEIRA; CASSIANI, 2010; WACHTER, 2010, ANVISA 2013, BASSUNI; BAYOUMI, 2015).

O grau de complexidade relacionado ao cuidado na saúde, principalmente nos hospitais, exige uma gestão de saúde especializada e voltada para a qualidade e segurança do paciente, necessitando de abordagens, qualitativas ou quantitativas (COOPER, 2000), para melhor compreensão das variáveis envolvidas na cultura de segurança em determinada instituição.

Mesmo sendo a segurança do paciente fundamental para a qualidade da saúde, as atenções estão centradas sobre a cultura de segurança do paciente de uma organização e seu impacto sobre os resultados (COLLA *et al.*, 2005; HUANG *et al.*, 2010). Portanto, uma cultura de segurança forte parece ser a condição essencial para segurança do paciente no intra-hospitalar, reduzindo o risco de eventos adversos (KLINE *et al.*, 2008). A cultura de segurança do paciente é definida como *um subconjunto da cultura organizacional, que se refere especificamente aos valores e crenças sobre a segurança dos doentes nas organizações de saúde* (FENG *et al.*, 2008). Em essência, a cultura pode ser expressa como *a forma como fazemos as coisas em torno da nossa unidade de trabalho* (PRONOVOST; SEXTON, 2005).

Desse modo, evidencia-se a necessidade de métodos para a mensuração da cultura e clima de segurança, a exemplo de escalas e questionários (GERSHON *et al.*, 2004).

Existe uma diversidade de questionários disponíveis que permitem avaliar a cultura de segurança nas instituições de saúde, seja em unidades hospitalares ou de atenção à saúde

específica, como: *Strategies for Leadership* (SLOAPS); *Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations* (PSCHO); *Safety Climate Survey* (SCS); *Hospital Survey on Patient Safety – Agency for Healthcare Research and Quality* (HSOPS); *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), sendo estes dois últimos adaptados para língua portuguesa. Entretanto, somente o SCS e o SAQ apresentam associação positiva dos escores obtidos com a melhora nos resultados da assistência prestada aos pacientes, ou seja, quanto maior o escore na escala, menor será o tempo de permanência hospitalar e menor o índice de infecções relacionado à assistência à saúde (COLLA, 2005).

Em 2006 foi desenvolvido o Questionário de atitude de segurança (*Safety Attitudes Questionnaire - SAQ*), com o intuito de mensurar a cultura de segurança entre profissionais de saúde (SEXTON *et al.*, 2006). Este instrumento foi traduzido, aplicado em seis hospitais públicos terciários no Brasil e validado para a língua portuguesa, sendo intitulado de Questionário de Atitudes de Segurança (CARVALHO; CASSIANI, 2012). O SAQ apresenta excelentes propriedades psicométricas e mostra-se válido, confiável, além de amplamente utilizado para investigar múltiplas dimensões da cultura de segurança no nível clínico em uma variedade de configurações de internação e ambulatório (SEXTON *et al.*, 2006).

As instituições de cuidados de saúde estão num contexto de elevado risco de mortalidade e morbidade, especialmente nas UTI (COLLA, 2005). Em resposta a esta declaração, o IOM (1999) apontou a necessidade de melhorar a cultura de segurança dos pacientes nas organizações de saúde (KOHN, 1999).

Em consequência disso, a avaliação da cultura de segurança precisa ter a finalidade de proporcionar uma compreensão básica de percepção profissional de saúde e atitudes relacionadas com a segurança nas instituições de cuidados, podendo ser usadas como ferramentas para identificar áreas mais problemáticas relacionadas com a análise de segurança, através de programas de segurança de saúde, que aumentem a conscientização sobre o papel da cultura na promoção de um ambiente seguro para os pacientes (NIEVA; SORRA, 2003). Conforme considerações de outros autores, considera-se que as atitudes profissionais, ações e comportamentos são fatores importantes na manutenção da qualidade do serviço e segurança do paciente (PRONOVOST *et al.*, 2008).

Portanto, existem várias razões para avaliar a cultura de segurança, como: identificar as melhorias, aumentar a conscientização sobre a segurança do paciente, avaliar as intervenções e programas de segurança, avaliar as mudanças ao longo do tempo, criar uma referência de segurança e requisito de segurança completa, podendo essas razões serem vistas como fator isolado ou em combinação (NIEVA; SORRA, 2003; SCOTT *et al.*, 2003).

Em síntese, a sistematização na qualidade da saúde para segurança dos pacientes enfrenta desafios globais na sua implantação e apresenta uma necessidade que vai além do seu custo em vidas humanas, como: desconforto físico e psicológico, produtividade do trabalhador perdida, elevação no tempo e custo da internação hospitalar (WOLFE, 2001; IOM, 2001; NIEVA; SORRA, 2003).

2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

2.1 Justificativa

A ênfase na segurança do paciente precisa ser atribuída à importância da prestação de cuidados prevenindo erros, aprendendo com as falhas e construindo uma cultura de segurança que envolva profissionais, gestores e pacientes (AHRQ 2008). A visão geral dos Contudo, os sistemas organizacionais da saúde objetivam reduzir os riscos e ampliar as chances de reter as falhas existentes (IOM, 2001).

Os índices de falhas nos atendimentos relacionados à saúde são elevados e com efeitos adversos mais graves nas unidades de cuidados intensivos, cirurgias e emergências, por se tratar de sistemas de natureza descentralizada e fragmentada do sistema de prestação de cuidados de saúde (IOM, 2001; ANVISA, 2013).

Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto, os pacientes são assistidos por equipes multiprofissionais como: médicos intensivistas e de outras especialidades, enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas e fisioterapeutas. O envolvimento de um grande número de sujeitos tem a características de uma assistência qualificada, mas, por outro lado, a dificuldade na comunicação e harmonização do todo representa preocupação e um grande desafio no controle da segurança do paciente (WIENER; KANKI; HELMREICH, 1993; WRIGHT *et al.*, 1991).

Portanto, avaliar a cultura de segurança nos ambientes de saúde, e principalmente na UTI, é de grande importância para garantir proteção ao paciente nos cuidados relacionados à assistência à saúde.

Por conseguinte, entende-se que avaliar entre os funcionários da UTI, a satisfação no trabalho, a percepção de estresse, gerência local e hospitalar, clima de segurança e trabalho em equipe, se faz necessário porque grande parte das ações dos trabalhadores devem seguir normas e protocolos com ações sistematizadas e repetitivas durante os cuidados relacionados à assistência à saúde.

O presente estudo se justifica, cientificamente, pela relevância em avaliar a qualidade da cultura de segurança prestada entre os profissionais lotados no setor de UTI adulto, através da análise da atitude de segurança pela ferramenta SAQ.

Frente a isso, o presente estudo busca responder a seguinte pergunta de pesquisa: Como a cultura de segurança são percebidos pelos profissionais de saúde que trabalham na UTI adulto do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – MG?

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Cultura e Clima Organizacional

Organização é um sistema de atividades constituída por interações dinâmicas e complexas, conscientemente coordenadas de duas ou mais pessoas que, por afinidades diversas, necessitam de cooperação mútua para alcançar alguns objetivos, uma vez que a ação individual isolada não seria possível. A definição etimológica deste termo é *organom* = órgão (LIMA; ALBANO, 2002).

A organização é composta por equipes de indivíduos, com atitudes próprias, que influenciam os resultados (TSAI, 2011). Por isso que as pesquisas sobre liderança e autoridade no seu amplo sentido (HELMSTADTER, 2008), focaram no comportamento desses indivíduos, na mudança organizacional e desenvolvimento da instituição (SKOGSTAD, 1999; TSAI 2011). Foi observado que, dependendo do contexto organizacional, o comportamento de liderança do chefe de equipe está intimamente relacionado à satisfação no trabalho dos funcionários (CHAN, 2014; NIELSEN *et al*, 2008). Os princípios centrais de um comportamento de liderança eficiente, numa organização, dependem da unificação consistente de comportamentos entre os membros da organização, reduzindo os conflitos e criando um ambiente saudável de trabalho para os funcionários (KANE-URRABAZO, 2006).

O sistema organizacional produtivo exige uma sintonia precisa entre os seus participantes a fim de engrená-la em perfeito equilíbrio, buscando satisfazer seus objetivos de pertencerem a um grupo social, serem produtivos e se realizarem. Estes objetivos nem sempre são alcançados, devido a múltiplos fatores das relações de trabalho e à singularidade de cada sujeito, associada a valores e crenças (TSAI, 2011), que influenciam o grupo como um todo (LIMA; ALBANO, 2002).

Com base nesse sistema, foi possível uma compreensão epistemológica da cultura organizacional, como: “a organização tem uma cultura”, sendo tratada a cultura como um elemento (MORGAN, 2011); e “a organização é uma cultura”, com formas e manifestações expressivas da consciência humana (SMIRCICH, 1983).

Dentro de uma organização, o termo “cultura” distingue as instituições, tornando-as exclusivas pela sua própria cultura, perfil e identidade, mesmo em situações de empresas com objetivos e ramos comuns ou semelhantes (DAVIES *et al.*, 2000; RIBEIRO, 2006). Portanto, para se conhecer uma organização, é necessário conhecer a sua cultura, que é um complexo de suposições e valores básicos dependentes do intelecto, ideias, conhecimento,

técnicas, artefatos e padrões de comportamentos das pessoas, grupos e organizações que caracterizam uma sociedade (CHIAVENATO, 2010).

A cultura organizacional é considerada, geralmente, uma condição inicial para o trabalho em equipe, com variáveis que a define em: valores compartilhados, atitudes, crenças, saber, arte, moral, lei, costumes e hábitos, caracterizando uma instituição ou organização (KORNER, 2015; DAVIES *et al*, 2000; PRONOVOST; SEXTON, 2005), e influenciada, também, pelas suas atitudes e comportamentos (SCOTT-FINDLAY; ESTABROOK, 2006).

Ao longo das últimas décadas, a conscientização sobre a importância do tema “cultura organizacional” tem crescido progressivamente, tornando o assunto de interesse para vários autores. Destacam-se no quadro 1, alguns conceitos sob a perspectiva de diferentes autores.

QUADRO 1 – Definições de Cultura Organizacional de acordo com alguns autores

AUTOR	DEFINIÇÕES	ANO
SCHEIN	<i>Um padrão de suposições básicas demonstradas; inventadas, descobertas ou desenvolvidas por um dado grupo; que ensina a lidar com seus problemas externos de adaptação e internos de integração; que funcionou bem o bastante para ser considerado válido e, ainda, para ser ensinado aos novos membros do grupo como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação àqueles problemas.</i>	1984
DESHPANDE; PARASURAMAN	<i>(...) refere-se à mensagem não escrita e a maior parte das vezes inconsciente que preenche a lacuna entre o que formalmente deveria existir e aquilo que na realidade acontece; envolve filosofias, ideologias, valores, crenças, expectativas e normas partilhadas.</i>	1986
REIMANN; WIENER	<i>A cultura é a cola social e normativa que segura a organização. A cultura expressa os valores e crenças que os membros da organização partilham. Estes valores manifestam-se por símbolos como mitos, rituais, histórias, lendas e uma linguagem especializada.</i>	1988
WHEELLEN; HUNGER	<i>(...) é a coleção de crenças, expectativas e valores partilhados pelos seus membros e transmitida de geração em geração. Eles criam normas (regras de conduta) que definem os comportamentos aceitáveis, seja do gestor de topo seja do simples operador. Mitos e rituais, muitas vezes implícitos, que emergem ao longo do tempo reforçam certas normas ou valores e explicam por que razão um dado aspecto da cultura é tão importante.</i>	1989

FREITAS	A cultura organizacional é vista como um poderoso mecanismo de controle, que visa a conformar condutas, homogeneizar maneiras de pensar e viver a organização, introjetando uma imagem positiva dela, onde todos são iguais, escamoteando as diferenças e conflitos inerentes a um sistema que guarda um antagonismo e anulando a reflexão.	1991
CHIAVENATO	Define como um iceberg, no nível visível estaria o padrão e estilo de ser de cada empresa e de seus participantes, e no invisível, os valores compartilhados e crenças que são de difíceis mudanças;	1996
NASSAR	<i>... cultura organizacional é o conjunto de valores, crenças e tecnologias que mantém unidos os mais diferentes membros, de todos os escalões hierárquicos, perante as dificuldades, operações do cotidiano, metas e objetivos. Pode-se afirmar ainda que é a cultura organizacional que produz junto aos mais diferentes públicos, diante da sociedade e mercados o conjunto de percepções, ícones, índices e símbolos que chamamos de imagem corporativa.</i>	2000
VERGASTA	<i>A cultura organizacional não é algo pronto e acabado, mas está em constante transformação, de acordo com a sua história, os seus atores e com a conjuntura.</i>	2001
KINICKI; KREITNER	Diz ser o conjunto de pressupostos implícitos, partilhados, subentendidos por um mesmo grupo e que indica como ele percebe, pensa e reage a vários ambientes com características de transferi-la para novos funcionários, influenciar no comportamento no trabalho e operar em níveis diferentes;	2006
PIRES; MACÊDO	Salientam que falar em cultura implica na capacidade de adaptação do indivíduo à realidade do grupo no qual está inserido, possibilitando que um grupo se fortaleça ou se desintegre	2006

Portanto, é primordial a implantação do conceito de cultura organizacional na formação de uma estrutura corporativa com diretrizes geralmente aceita pela equipe de trabalho, formada por um conjunto de atributos com características próprias como valores, hábitos e mitos que a distingue de qualquer outra organização (PIRES; MACÊDO, 2006).

O clima organizacional é conceituado como um fenômeno consequente à interação dos princípios da cultura, conforme preceitos, caráter e tecnologia. Podendo variar a sua expressão, de acordo com a força de cada uma das condições pessoais (culturais, valores, políticas, tradições, estilos gerenciais, comportamentos e exteriorizações dos indivíduos) e das resultantes do conjunto de instrumentos, conhecimentos e processos operacionais da organização (LIMA; ALBANO, 2002). Dessa maneira, o clima e cultura organizacional são dois sistemas alternativos para conceituar a experiência das pessoas e descrever o recinto de trabalho (SCHNEIDER; EHRHART; MACEY, 2013).

Quanto ao clima organizacional, é mencionado como um conjunto de características

que distinguem as organizações e influenciam, direta e indiretamente, os comportamentos, a motivação, a produtividade e a satisfação dos profissionais (GONZÁLEZ-ROMÁ, 1999). Esse clima está inserido na cultura e se trata da percepção dos profissionais envolvidos, podendo ser satisfatório com vantagens para o grupo ou insatisfatório com prejuízo para toda equipe (BITTAR, 2004).

O clima organizacional deriva naturalmente da cultura organizacional e caracteriza a atmosfera psicológica da instituição (GULDENMUND, 2000) e demonstra a satisfação da equipe no ambiente de trabalho, cujas modificações geram expectativas ou insegurança, refletindo as condições de trabalho do recinto conforme a motivação e equilíbrio dos funcionários (DIAS, 2003). Portanto, com profissionais satisfeitos com seu trabalho, ficam garantidas as menores taxas de acidentes, maior produção e melhores relações interpessoais, ficando o cliente satisfeito e seguro quanto aos serviços prestados (GULDENMUND, 2000).

Considerando que a organização é um sistema complexo, por envolver pressuposições, crenças, comportamentos, histórias e mitos, e pela maneira específica como as atividades das tarefas são desempenhadas, torna-se evidente a importância do ambiente de trabalho (RIBEIRO, 2006).

A consequência do clima organizacional na performance da segurança interpõe-se ao clima de segurança, enquanto o efeito do clima de segurança no comportamento da segurança foi parcialmente intercedido pelo conhecimento de segurança e motivação (NEAL, 2000).

3.2 Cultura e Clima de Segurança

Na literatura, o termo cultura de segurança foi utilizado pela primeira vez pelo Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear (INSAG) ao publicar o relatório sobre o acidente nuclear de Chernobyl em 1986. A Agência Internacional de Energia Atômica (IAEA, 1991) definiu, pela primeira vez, o termo cultura de segurança como *o reflexo das atitudes, crenças, percepções e valores que os funcionários compartilham em relação à segurança* (COX; COX, 1991). Desde então, diversas pesquisas foram realizadas com o objetivo de conceituar e mensurar cultura de segurança, mas não há consenso sobre o tema entre os pesquisadores (REASON, 1997). Surgiram inúmeras definições de cultura de segurança na literatura relacionada, com vários pontos em comum, pois o assunto ganhou fortes repercussões passando a ser aplicado, principalmente, pelas indústrias de alto risco (FLIN, 2007).

Considerando esses aspectos comuns entre as descrições, foi aprimorada uma definição global sobre cultura de segurança: *a cultura de segurança é o valor duradouro, prioridade concedida ao trabalhador e segurança pública por todos, em todos os grupos e em todos os níveis de uma organização. Isso se refere à medida em que os indivíduos e grupos se comprometem com a responsabilidade pessoal, agindo para preservar, melhorar e comunicar as preocupações de segurança, e se esforçam ativamente para aprender, adaptar e modificar (tanto individual e organizacional) comportamentos com base nas lições aprendidas com os erros; para serem recompensados de forma consistente com esses valores.* (WIEGMANN *et al.*, 2002).

Outras definições também de grande importância foram citadas no quadro 2.

QUADRO 2 – Definições de Cultura de Segurança de acordo com alguns autores

AUTOR	DEFINIÇÕES	ANO
<i>Health and Safety Commission</i> (HSC) the UK, 1993 apud REASON	A cultura de segurança de uma organização é o produto dos valores, atitudes, percepção, competências e padrão de comportamento de indivíduos e grupos que determinam o comprometimento, o estilo e a proficiência do gerenciamento da segurança do trabalho da organização. Organizações com culturas de segurança positivas são caracterizadas pela comunicação fundada na confiança mútua, pela percepção compartilhada da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas.	2000
HELMREICH; MERRITT	Um grupo de indivíduos orientados quanto ao comportamento, crença e compreensão na defesa comum de normas de segurança	1998
COOPER	A cultura de segurança é uma subfaceta da cultura organizacional, influenciada pelas atitudes e comportamentos sobre o desempenho dos membros em relação a saúde e segurança de uma organização.	2000
WIEGMANN <i>et al.</i>	O comprometimento com a responsabilidade pessoal dos indivíduos e do grupo para com a segurança, atuando na preservação, melhoria e comunicação das questões de segurança, esforçando ativamente para aprender, adaptar e modificar a atitude baseada nas lições assimiladas com as falhas, e sendo recompensado de forma consistente com estes valores.	2002
HOPKINS	A cultura organizacional existente na organização impacta a segurança do trabalho, sendo importante entender como esse impacto acontece, com o objetivo de promover intervenções na cultura organizacional, quando necessário, para que segurança do trabalho seja uma prioridade.	2006
VINCENT	A cultura de segurança é estabelecida com base nos valores e atitudes individuais dos atores de um grupo ou instituição, e no comprometimento dos gestores em priorizar a segurança do paciente e dos profissionais	2009

Com base na definição de COOPER (1998, 2000), a cultura de segurança é vista como o resultado das interações dinâmicas e foram analisadas em três aspectos: as atitudes e percepções são aspectos subjetivos de como as pessoas sentem a organização e estão relacionadas com o indivíduo; os demais são aspectos objetivos possíveis de serem observados como os comportamentos e as ações que estão relacionados com os afazeres das pessoas na organização e relacionadas ao trabalho; e o Sistema de Gestão de Segurança do Trabalho, que é constituído pelas políticas, procedimentos, sistemas de controle, fluxo de informações, etc. e relacionados à organização.

Para IAEA (1991) a cultura de segurança apresenta componentes tangíveis que são indicadores de segurança como o comprometimento dos gerentes e a organização e as intangíveis capazes de influenciar as anteriores como as atitudes e percepções dos empregados em todos os níveis da organização.

Cultura de segurança e clima de segurança são, muitas vezes, utilizados como sinônimos na literatura, sendo o termo “clima de segurança” destacado, pela primeira vez, em 1980, e definido como um tipo particular de clima organizacional, que reflete as percepções compartilhadas entre os funcionários durante os procedimentos, práticas e tipos de comportamentos expressos no desempenho de operações de alto risco (ZOHAR, 1980). Outras definições de clima de segurança foram surgindo, como: Características superficiais da cultura de segurança discernidas de atitudes e percepções da força de trabalho em um determinado ponto no tempo (FLIN *et al.*, 2000); produto das percepções e atitudes dos empregados sobre o estado atual da segurança no seu local de trabalho (YULE; FLIN; MURDY, 2001); e acredita-se que as percepções compartilhadas entre os membros do grupo no que diz respeito às práticas de supervisão (ZOHAR, 2010). Então, com base nos temas comuns, o clima de segurança pode ser conceituado como sendo a medida temporal, num determinado tempo e lugar, da cultura de segurança, ou seja, refere-se ao estado de percepção da segurança, sujeito a alterações por ser relativamente instável e circunstancial, dependendo das características do ambiente ou das condições prevalecentes (WIEGMANN *et al.*, 2002).

Apesar das várias definições, o clima de segurança apresenta vários aspectos em comum com a cultura de segurança, como o fato de ser um fenômeno psicológico geralmente definido pelas percepções do estado de segurança em um determinado momento, estar intimamente preocupado com questões intangíveis como situacional e fatores ambientais e ser um fenômeno temporal instantâneo da cultura de segurança, relativamente instável e sujeito a alterações (WIEGMANN *et al.*, 2002).

3.3 Cultura de Segurança na Área da Saúde

As organizações de saúde têm se conscientizado, cada vez mais, da importância de transformar-se em cultura organizacional para melhorar a segurança do paciente. A capacidade de uma instituição em obter resultados da segurança do paciente pode ser melhorada quando se cria e se estabelece a cultura da segurança do paciente entre os seus profissionais. Portanto, promover a cultura de segurança tornou-se um dos pilares do movimento de segurança do paciente (NIEVA; SORRA, 2003).

A cultura de segurança é definida como o produto, individual e em grupo, dos princípios de comportamentos, atitudes, percepções e competências, determinada pelo comprometimento, estilo e capacidade da gestão de uma organização de segurança e saúde (SORRA; NIEVA, 2004). No Brasil, a cultura de segurança é definida, segundo a RDC n°. 36/2013, como *conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde* (ANVISA, 2013).

O maior desafio de uma organização de saúde, em se obter um sistema seguro para os seus pacientes, está na mudança cultural. A cultura da culpa individual, em que os erros são tratados como fracassos pessoais, deveria ser substituída por oportunidades para melhoria do sistema evitando os danos (IOM, 2001).

A segurança do paciente corresponde a processos assistenciais com redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, e com o melhor desempenho das práticas, atingindo resultados satisfatórios para os pacientes (RUNCIMAN *et al.*, 2009; ZAMBON; DAUD-GALLOTTI; NOVAES, 2010).

Frente a esse desafio, percebe-se a necessidade de trabalhar o desenvolvimento da cultura da segurança do paciente através dos diferentes níveis de maturidade da cultura da segurança. Para transformar as organizações nesse caminho, não há solução rápida, o tempo é prolongado e exige muito empenho, mas os benefícios poderão ser consideráveis para pacientes e profissionais (KIRK *et al.*, 2007).

Uma das alternativas propostas para a melhoria da segurança seria apresentar sistemas de saúde com pronto acesso a informações que suportam aprender com a experiência, com a intenção de evitar com que o impacto dos erros seja mitigado. Em contraste com a " cultura patológica ", em que o fracasso é punido ou ocultado e as pessoas

se recusam a reconhecer que existem problemas. Uma cultura de segurança positiva reconhece o erro inevitável e busca, de forma proativa, identificar ameaças latentes (NIEVA; SORRA, 2003).

A questão do erro e dos eventos adversos tem sido descrita e estudada há bem mais de um século. Especialistas acreditam que a qualidade e a segurança nos cuidados da saúde devem ser investigadas no âmbito dos sistemas e dos fatores contextuais em que ocorrem erros e eventos adversos. (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999; REASON, 1995 e 1997; VINCENT; TAYLOR-ADAMS; STANHOPE, 1998).

Vários são os fatores que influenciam a prática clínica, entre eles: organizacionais como clima de segurança e a moral, o ambiente de trabalho como os níveis de pessoal e apoio administrativo, a equipe como o trabalho em equipe e supervisão, e a questão pessoal como o excesso de confiança e ser excessivamente autoconfiante (VINCENT; TAYLOR-ADAMS; STANHOPE, 1998).

É importante ressaltar que a partir do acidente da Usina Nuclear de Chernobyl (1986), houve a mobilização do Institute of Medicine (IOM, 2001), OMS e Políticas de saúde de diversos países, permitindo com o desenvolvimento contemporâneo da cultura de segurança do paciente, um novo olhar sobre a melhoria do cuidado de saúde, voltado para o erro humano, os acidentes e sua prevenção (VINCENT, 2010). Cultura de Saúde é um fator básico na evolução de um clima de segurança do paciente e o desenvolvimento de uma qualidade próspera. E as culturas hospitalares estão relacionadas com o clima de segurança do hospital (SPEROFF *et al.*, 2010).

Com a finalidade de unificar a comunicação na área de segurança, a OMS criou uma Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*) em 2004, associado ao lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Os principais conceitos são: erro é uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto, e são do tipo não-intencional; violação é um ato intencional; incidente é um evento ou circunstância que poderia resultar ou resultou em dano desnecessário ao paciente e pode ser: *near miss* – incidente que não atingiu o paciente; sem danos – evento que atingiu o paciente, mas não causou danos discerníveis; e com dano (evento adverso) – incidente que resulta em dano ao paciente.

As falhas de segurança dos doentes apresentam um caráter multifatorial, determinadas como a lógica da cascata, facilmente compreendida pela teoria de queijo suíço (REASON, 2000), onde a ocorrência de um evento adverso ou danos a um doente pressupõe

o alinhamento de vários *buracos*, ou seja, são sucessões de erros na estrutura ou no processo (SOUSA, 2006).

Consequentemente, as organizações devem avaliar a cultura da segurança ao nível de cada departamento ou unidade, bem como, ao nível organizacional para identificar as áreas de cultura com necessidade de melhorar e aumentar a consciência dos conceitos de segurança do paciente; avaliar a efetividade das intervenções de segurança do paciente ao longo do tempo e estabelecer metas internas e externas. Portanto, o maior desafio em avaliar a cultura é estabelecer um *link* entre a cultura da segurança e os resultados da assistência prestada ao paciente (NIEVA; SORRA, 2003; COLLA *et al.*, 2005).

No que se refere às organizações de saúde, existem evidências crescentes de que os aspectos de cultura e clima organizacional podem desempenhar papéis fundamentais sobre os resultados da instituição. Dentro dessas organizações, esses conceitos podem ter efeitos importantes sobre os serviços de saúde no que diz respeito aos resultados, incluindo a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes (GERSHON, 2007).

3.4 Cultura de Segurança na Unidade de Terapia Intensiva

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são ambientes complexos e dinâmicos (BUCKLEY *et al.*, 1997) e necessitam de tecnologia de alto nível e profissionais multidisciplinares competentes para lidar com as dificuldades do suporte avançado de vida nos pacientes gravemente enfermos. Portanto, a assistência ao paciente na UTI requer grandes avanços na formação de pessoal e uma gama de dispositivos para monitoramento contínuo e diário (BASSUNI; BAYOUMI, 2015; WINTERS; DORMAN, 2006).

Essas unidades foram criadas com capacidade de salvar vidas de pacientes com doenças eminentemente ameaçadoras, mas também tem o potencial de gerar um alto risco de iatrogenias (WINTERS; DORMAN, 2006). Presume-se que inúmeros pacientes hospitalizados sejam prejudicados anualmente e que grande parte desse dano ocorra na UTI (BUCKLEY *et al.*, 1997; BECCARIA *et al.*, 2009). Foi demonstrado numa investigação na área da saúde que os pacientes, frequentemente, sofrem erros médicos evitáveis (VINCENT, 2006).

Os pacientes críticos são mais vulneráveis a eventos adversos e iatrogenias por necessitarem de elevada técnica no pronto atendimento ao suporte de vida, nas administrações de drogas e fluidos e, nos cuidados de rotina, pois, geralmente, apresentam tanto as comorbidades quanto disfunções orgânicas agudas (BUCKLEY *et al.*, 1997).

Portanto, os cuidados intensivos apresentam substancial desafio na segurança do paciente, uma vez que requerem tomada de decisões urgentes de alto risco, baseadas nos achados clínicos com informações históricas incompletas e por médicos com diferentes níveis de treinamento (BECKAMANN *et al.*, 2003). Esses fatores favorecem a considerável morbimortalidade atribuível aos incidentes (BUCKLEY *et al.*, 1997), devido às relações cada vez mais imbricadas de todos estes elementos (CHANG; MULTZ; HALL, 2005; ROTHSCHILD *et al.*, 2005; BECKAMANN *et al.*, 2003). E resultam em um custo financeiro elevado em termos de internações hospitalares prolongadas e despesas processuais (VINCENT, 2006).

A segurança do paciente, nos últimos anos, tornou-se o foco principal para aprimorar a qualidade da saúde, devido às crescentes evidências de danos aos pacientes (WINTERS; DORMAN, 2006). A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a segurança do paciente como *a ausência de dano evitável a um paciente durante o processo de cuidados de saúde* (WHO, 2012). Portanto, para minimizar os possíveis erros e proporcionar serviços de alta qualidade, é prioridade estabelecer uma conveniente estratégia de segurança do paciente pela gestão hospitalar, bem como a compreensão dos sistemas ao nível de administração, supervisão, designers de equipamentos, desempenho individual e o investimento na equipe de trabalho (capacitação para identificar e eliminar os riscos, treinamento para uso dos equipamentos, programa de formação profissional, avaliações das habilidades de comunicação e compatível carga horária de trabalho) (COOK; WOODS, 1994; BASSUNI; BAYOUMI, 2015; GARROUSTE-ORGEAS, M. *et al.*, 2008; WIENER; KANKI; HELMREICH; FOUSHEE, 1993). A identificação dos erros da equipe de saúde serve como indicador de risco de iatrogenia, sendo crucial para fins de prevenção (GARROUSTE-ORGEAS, M. *et al.*, 2010).

Algumas medidas devem ser trabalhadas a fim de melhorar a qualidade da segurança do paciente, como a compreensão dos sistemas ao nível de administração, supervisão, *designers* de equipamentos e do desempenho individual do funcionário relacionado aos cuidados (COOK; WOODS, 1994).

Entre os fatores de melhoria da segurança pode se destacar o aperfeiçoamento dos intensivistas, deixando de ser meros plantonistas e se tornando especialistas no manejo de pacientes criticamente enfermos, devido à complexidade das doenças e modalidades disponíveis para o seu tratamento (WINTERS; DORMAN, 2006).

Alguns estudos demonstraram que o emprego de especialistas diaristas, foi a intervenção de maior avanço na qualidade da saúde, com importantes reduções no risco de

mortalidade na UTI (PRONOVOST *et al.*, 2002; VAN DEN BERGHE *et al.*, 2001; PRONOVOST *et al.*, 2004). Infelizmente, a incapacidade de fornecer médicos suficientes com conhecimentos suficientes para atender um modelo de alta intensidade deixa uma grande lacuna na segurança e qualidade dos cuidados dos pacientes (EWART *et al.*, 2004; WINTERS; DORMAN, 2006).

Um aspecto relevante, neste cenário de alto risco, que tem motivado investigações pelos resultados de incidentes com grandes perdas de vida, assim como, na aviação e energia nuclear, tem sido a má comunicação entre os membros da equipe (WIENER; KANKI; HELMREICH, 1993; WRIGHT *et al.*, 1991). Foi observado que as relações entre comunicação e segurança nas UTI, diferentemente das indústrias de alto risco, estão aquém da compreensão das interações dos membros da equipe sob condições normais e de estresse operacionais (LEONARD; GRAHAM; BONACUM, 2004).

3.5 Avaliação da Cultura de Segurança

Nos últimos anos, ressaltam-se os avanços no conhecimento dentro da indústria para garantir a segurança geral, motivadas pelo conhecimento de que as principais causas de acidentes são os fatores organizacionais, gerenciais e humanos, contrário ao que se acreditava sobre as falhas técnicas.

As definições de cultura de segurança são muitas amplas, o que avança a necessidade de mensurar os dados disponíveis (COX; COX, 1996), esclarecendo as semelhanças das culturas em uma organização (SCHEIN, 1990). Portanto, o produto da construção da cultura de segurança requer precisão, com ênfase estreita sobre o clima de segurança (atitudes e percepções) objetivado através de inquéritos por questionários (ZOHAR, 1980), entrevistas, grupos focais e técnicas projetivas (COOPER, 2000).

O setor de saúde, por envolver elevados índices de morbimortalidade, é considerado uma organização de alto risco (COLLA *et al.*, 2005). Foi então, recomendado pelo IOM (1999), que as organizações de saúde aprimorem os estudos para uma segurança satisfatória. Havendo grande interesse em criar uma cultura que suporta a segurança do paciente, vários esforços têm sido feitos para desenvolver formas de mensurar a cultura de segurança em áreas clínicas (PRONOVOST *et al.*, 2006).

Os questionários avaliam as atitudes e percepções, fornecendo informações satisfatórias às questões de segurança dos funcionários com as taxas de acidentes de trabalho. Os fatores comportamentais podem ser avaliados através de estudos observacionais

e as interferências ambientais através de auditorias, análise da política organizacional e a análise da documentação da instituição (COOPER, 2000)

Surgiram, nos últimos anos, nove questionários para serem usados em diferentes tipos de configurações, sendo: cinco para a avaliação geral do clima de segurança do paciente nos serviços de saúde (*Strategies for Leadership* (SLOAPS); *Patient Safety Cultures in Healthcare* (PSCHO); *Veterans Administration Patient Safety Culture Questionnaire* (VHA PSCQ); *Hospital Survey on Patient Safety* (HSOPS), *Culture of Safety Survey* (CSS)), dois para dentro de unidades hospitalares (*Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ); *Safety Climate Survey* (SCS)), e dois para uso em locais de cuidados de saúde específicos como setor de farmácia (*Medication Safety Self Assessment* (MSSA)) e de transfusão (*Hospital Transfusion Service Safety Culture survey* (HTSSCS)). Essas pesquisas têm sido utilizadas, principalmente, para comparações dentro e entre instituições, e as atitudes dos entrevistados sobre diversos aspectos da segurança do paciente são medidas através da escala de *Likert* de 5 pontos (COLLA *et al.*, 2005).

Sete questionários foram projetados para serem preenchidos individualmente pelos participantes, enquanto os outros dois dependem de preenchimento conjunto entre as equipes de trabalho (SLOAPS e MSSA). O SAQ, SCS e o PSCHO têm sido utilizados para comparar o clima de segurança em um ambiente de saúde com aquela do setor de aviação e aviação naval (SEXTON; THOMAS; HELMREICH, 2000; PRONOVOST *et al.*, 2003; GABA *et al.*, 2003).

Os dois questionários com melhor propriedade para avaliar associações entre os escores de clima de segurança do paciente e os indicadores associados com os melhores resultados dos pacientes foram o SAQ e o CSS, sendo o último desfavorável à utilização prática (WEINGART *et al.*, 2004).

O SAQ foi o único questionário que demonstrou relação entre os escores de clima de segurança e os resultados favoráveis dos pacientes, quanto ao menor: tempo de internação, erros de medicação, taxas de pneumonia associadas à ventilação mecânica, taxas de infecção da corrente sanguínea (SEXTON *et al.*, 2006) e taxas de mortalidade (SEXTON, 2002).

Esse instrumento projetado para medir cultura de segurança, tanto em nível individual como em grupo (PRONOVOST; SEXTON, 2005), foi considerado uma excelente ferramenta para avaliar incidência de eventos adversos no paciente através das falhas potenciais de risco e fatores conducentes, ou seja, de situações onde não estão evidentes as chances de danos ao paciente (THOMAS; SEXTON; HELMREICH, 2003).

Ambas as versões deste instrumento de pesquisa, saúde e aviação, mostraram

identificar variabilidade dentro e entre os hospitais (PRONOVOST; SEXTON, 2005) e companhias aéreas (SEXTON; THOMAS, 2004), respectivamente; sendo a validação com suas derivações completa e propriedades psicométricas publicadas em 2006 (SEXTON *et al.*, 2006).

O Questionário de Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ)) surgiu a partir do refinamento do Questionário de Gestão de Atitudes da Unidade de Terapia Intensiva (*Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaires*) (SEXTON; THOMAS; HELMREICH, 2000; THOMAS; SEXTON; HELMREICH, 2003), originalmente derivado de um questionário amplamente utilizado na aviação comercial, o Questionário de Atitudes para o Gerenciamento de Voos (*Flight Management Attitude Questionnaire* (FMAQ)) (HELMREICH *et al.*, 1993). O FMAQ foi criado depois que os pesquisadores descobriram que a maioria dos acidentes aéreos foram causados por falhas relacionadas a aspectos interpessoais do desempenho da tripulação, como o trabalho em equipe, liderança, comunicação e colaboração na tomada de decisão (SEXTON *et al.*, 2006).

O SAQ, além dos itens do FMAQ, foi composto também por novos itens gerados de dois modelos conceituais: o quadro de Vincent para a análise de risco e segurança (VINCENT; TAYLOR-ADAMS; STANHOPE, 1998) e modelo conceitual de Donabedian para avaliar a qualidade (DONABEDIAN, 1988). Desses modelos foram extraídos 100 itens que foram avaliados por meio de testes piloto e análise multifatorial exploratória para testar a força de cada item com relação às percepções. Após muitas pesquisas e amplos estudos, foi desenvolvido o SAQ com 60 itens de questionário válido, dos quais 30 itens básicos, duplos e idênticos, em todos os ambientes clínicos. Esses itens básicos compõem a versão curta avaliação (SAQ - *Short Form*), a que outros itens são adicionados para fornecer um total de 36, completando assim a primeira parte do recurso. Na segunda parte, há informações sobre os dados dos profissionais como: sexo, função, área de atuação e antiguidade das suas funções no serviço. Trata-se de um questionário confiável e com boas propriedades psicométricas, composto com seis domínios de atitudes, como: clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, condições de trabalho, reconhecimento do estresse e percepções de gestão (SEXTON *et al.*, 2006).

Desde 2000, o SAQ tem sido amplamente utilizado para medir o clima de segurança, sendo adaptado para uso em UTI (SEXTON; THOMAS, 2004; SEXTON, 2002), salas de cirurgia, enfermarias, ambulatórios (SEXTON *et al.*, 2006), departamentos de emergências, maternidades e farmácias (DEILKAS; HOFLOSS, 2008).

O SAQ – *Short form* 2006 é a versão simplificada do instrumento que avalia a

cultura de segurança através das percepções do comprometimento organizacional como um aspecto global da cultura de segurança. Essa versão do questionário introduziu uma divisão das perguntas sobre percepções de gestão em dois conjuntos, uma sobre (parte superior) gestão hospitalar e outra sobre gestão local (unidade). Esse instrumento apresenta-se dividido em duas partes, contendo a primeira 41 itens com seis domínios (Clima de trabalho em equipe, Satisfação no trabalho, Percepção da Gestão, Clima de Segurança, Condição de Trabalho e Percepção do estresse) com a ressalva de que a percepção de gerência, diferentemente da versão original, deve ser respondida com relação à gestão da unidade e do hospital, e a segunda parte apresenta os dados do profissional responsável pelo preenchimento (DEILKAS; HOFLOSS, 2008).

Cada item deste instrumento é medido por meio da Escala de *Likert* de 5 de ponto (Discordo a concordo totalmente), na qual é convertida numa escala de 0-100. Cada componente é igual à pontuação média dos seus itens de pesquisa, sendo positiva a pontuação de 75 a 100 pontos. Os fatores de pontuação dos grupos são quantificados de duas maneiras: média da pontuação de todos os membros do grupo e a percentagem de membros dos grupos com resultados positivos. A porcentagem positiva avalia mais precisamente a homogeneidade de fatores dentro de um grupo e significa que apenas metade do pessoal percebe positivamente o trabalho em equipe e, portanto, capta com mais precisão o grau de variabilidade na percepção do trabalho em equipe dentro da UTI (HUANG *et al.*, 2010).

Estudos anteriores demonstraram que a média do clima de segurança varia entre as UTI de um mesmo sistema nacional de saúde (ROWAN *et al.*, 2004) e ao mesmo hospital (HUANG *et al.*, 2007), e entre médicos e enfermeiros trabalhando na mesma UTI (THOMAS; SEXTON; HELMREICH, 2003).

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Avaliar as características das equipes, de profissionais ativos da UTI adulto e a percepção geral dos domínios e itens sem domínios, quanto à cultura de segurança do paciente.

4.2. Específicos

São objetivos específicos desta pesquisa:

- Analisar a percepção da segurança do paciente entre as categorias profissionais, tempo de experiência e gênero;
- Comparar as atitudes de segurança do paciente entre as categorias profissionais em relação aos domínios de clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção do estresse, percepção da gerência da unidade e do hospital, condições de trabalho, e itens sem domínios Percepção do Trabalhador, Colaboração entre os membros da equipe assistencial e Falhas de Comunicação;
- Verificar diferenças entre as categorias de profissionais com os diferentes domínios e itens sem domínios do questionário de atitudes de segurança;
- Identificar a percepção fortalecida ou enfraquecida de atitudes de segurança entre as categorias profissionais, o tempo de experiência e o gênero em relação aos diferentes domínios e itens sem domínios.

5 CASUÍSTICA E MÉTODO

5.1 Delineamento da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, realizada dentro de um modelo de estudo transversal, uma vez que os dados descrevem a cultura da segurança do paciente a partir das perspectivas da equipe de profissionais lotados na Unidade de Terapia intensiva (UTI) adulto, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – MG.

5.2. Descrição do Local da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido no Setor de Unidade de Terapia Intensiva adulto (UTI), do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), MG.

5.2.1 Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU)

O HC-UFU é uma unidade hospitalar de ensino que pertence à Universidade Federal de Uberlândia (UFU). É um hospital público de média e alta complexidade, referência para população de mais de dois milhões de habitantes, da macro e microrregiões do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba.

O complexo hospitalar possui 525 leitos instalados, sendo 30 na Unidade de Terapia Intensiva adulto (UTI).

5.2.2 Unidade de Terapia Intensiva adulto (UTI)

A UTI adulto é um setor hospitalar de nível terciário de atendimento, destinada à assistência especializada de pacientes maiores de 12 anos, em estado crítico com necessidade de controle rigoroso dos seus parâmetros vitais, assistência médica e paramédica contínua e intensiva.

5.3 População

A população em estudo foi representada pelos 163 funcionários permanentes da UTI do HC-UFU, sendo uma (1) Coordenadora Médica, 35 Médicos, três (1) Médica Residente, uma (1) Coordenadora de Enfermagem, 22 Enfermeiros, 80 Técnicos de Enfermagem, um (1) Coordenador da Fisioterapia, cinco (5) Fisioterapeutas, duas (2) Nutricionistas, duas (2) Psicólogas, uma (1) Chefe de Secretaria e 10 auxiliares de secretaria.

5.3.1 Amostra

A amostra foi composta pelos profissionais da UTI adulto, independentemente do tempo de atuação neste setor, uma vez que são treinados para a rotina da unidade. Devem ser lotados permanentemente na unidade por contrato estatutários, celetistas ou prestadores, que sejam pertencentes a equipe assistencial e administrativa.

Foi calculado o tamanho da amostra, necessária para uma população de 163 indivíduos e obtido um número mínimo de 92 profissionais (para a frequência de $50\% \pm 10$, limites de confiança de 10%, e intervalo de confiança de 95%), e taxa de retorno ou perda de 50%.

5.3.2 Descrição dos Sujeitos

Os participantes da pesquisa são funcionários da UTI adulto, das áreas assistencial da saúde: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos; e da administrativa: gestores da unidade (médicos, enfermeiros e fisioterapeuta) e profissionais de apoio (secretários), dos turnos matutino, vespertino e noturno.

5.3.3 Métodos de Recrutamento

O recrutamento teve seu início após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ensino e Pesquisa (CEP), seguidos pelos consentimentos do Diretor de Ensino e Pesquisa do HC-UFU e dos Coordenadores da UTI da Classe Médica, de Enfermagem e de Fisioterapia.

Foi solicitada para a chefe da secretaria, a lista de profissionais que atuam na UTI adulto. Com base nessa lista foram convidados para o estudo, aleatoriamente, todos os profissionais que estavam no exercício de suas funções no período estipulado para coleta dos dados.

5.3.4 Critérios de Inclusão

Esta amostra contou com a participação dos funcionários da UTI adulto que atenderam aos critérios de inclusão: Funcionários permanentes da UTI adulto, com funções específicas de atuação (Médicos, Médicos Residentes, Psicólogos, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Secretários), que aceitaram participar do questionário SAQ e que estavam ativos durante o período estipulado para aplicação do questionário.

5.3.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídos todos os questionários, recebidos dos funcionários do setor de UTI adulto pós preenchimento, que apresentaram qualquer item do SAQ incompleto ou preenchido incorretamente com mais de uma resposta.

5.4 Instrumento de Medida

O instrumento de coleta de dados *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form 2006*, ou Questionário de Atitudes de Segurança (anexo I), destinado a avaliar a cultura de segurança nas instituições de saúde (SEXTON *et al.*, 2006), adaptado para o Brasil por Carvalho (2012), foi utilizado na amostra da equipe de funcionários permanentes da UTI.

O SAQ, instrumento autoaplicável, é composto por duas partes, a primeira composta por 41 itens, entre esses 36 estão inseridos em seis domínios, sendo a Percepção da Gerência dividido em Percepção da Gerência do Hospital e da Unidade, neste caso de Terapia Intensiva, e os cinco itens restantes (14, 33 a 36) não pertencem a domínio específico, conforme Quadro 3.

QUADRO 3- Domínios e itens sem domínios do Questionário de Atitudes e Segurança (SAQ) (SEXTON *et al.*, 2006; adaptado por Carvalho, 2012).

ITENS DO SAQ	DOMÍNIO	DESCRIÇÃO
1 a 6	Clima de Trabalho em Equipe	Qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe
7 a 13	Cima de Segurança	Avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente
14	Não pertence a nenhum domínio	Refere-se à percepção do trabalhador;
15 a 19	Satisfação no Trabalho	Visão positiva do local de trabalho
20 a 23	Percepção de Estresse	Trata do reconhecimento do quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho
24 a 28	Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital	Refere-se a aprovação das ações da gerência quanto às questões de segurança
29 a 32	Condições de Trabalho	Refere-se a percepção da qualidade do ambiente de trabalho
33 a 36	Não pertence a nenhum domínio	Relacionados à colaboração entre os membros da equipe assistencial e às falhas de comunicação

A segunda parte do instrumento é composta por colunas para o preenchimento de dados do participante relativo ao sexo, categoria profissional, tempo e unidade de atuação, entre outros (SEXTON *et al.*, 2006).

Salienta-se que os itens 2, 11 e 36 são itens reversos, ou seja, caso o profissional assinale a alternativa correspondente a concordo totalmente, passará a ler-se discordo totalmente (SEXTON *et al.*, 2006; CARVALHO, 2012).

A pontuação de cada item é feita de acordo com a escala de cinco pontos de *Likert*, variando de “discorda totalmente a concorda totalmente”. Então, a ordem de pontuação é: discorda totalmente (A) equivale a 0 ponto, discordo parcialmente (B) equivale a 25 pontos, neutro (C) equivale a 50 pontos, concorda parcialmente (D) equivale a 75 pontos e concorda totalmente (E) equivale a 100 pontos. O escore varia de zero a 100, onde zero é a pior percepção e 100 a melhor percepção. São considerados valores positivos quando o escore é maior ou igual a 75 pontos. O item pode ser anulado marcando a letra “X”, quando o entrevistado achar que o questionamento não se aplica à UTI.

5.4.1 Variáveis do Instrumento SAQ

5.4.1.1 Atitudes de Segurança

Medido por meio do instrumento SAQ, com pontuação máxima de 100. Pontuações ≥ 75 sugerem área fortalecida com relação a segurança do paciente (SEXTON *et al.*, 2006).

5.4.1.2 Categorias profissionais

A equipe que compõe a UTI adulto do HC-UFU é compreendida por: médicos, médicos residentes, enfermeiros, chefe de enfermagem, técnicos de enfermagem, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e secretários da recepção.

Foram excluídas as equipes da farmácia e limpeza, pelo fato de seguirem protocolos específicos de suas áreas, apesar de estarem no mesmo ambiente.

5.4.1.3 Sociodemográficas

Foram coletados no questionário dados sociodemográficos como: área de atuação, gênero masculino ou feminino, período de tempo em meses ou anos de atuação em UTI adulto.

5.5 Procedimento de Coleta de Dados

A partir da lista de profissionais que atuam na UTI, foi oferecido aos participantes da pesquisa um envelope contendo uma carta convite para participação na pesquisa, com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (apêndice I) e o SAQ (anexo I).

Os profissionais foram orientados a devolver o envelope, caso não desejassem participar do estudo. Será oferecido para preenchimento uma ficha de questionário individual para cada profissional.

O tempo de preenchimento do SAQ é de aproximadamente 20 minutos, sendo entregue dentro do referido envelope, pelo próprio pesquisador, aos servidores permanentes da UTI.

Previamente à entrega do envelope foi realizado um “Teste piloto” com cinco

funcionários desta unidade, escolhidos aleatoriamente dentro do grupo, sendo um (1) médico, um (1) enfermeiro, três (3) técnicos de enfermagem e um (1) fisioterapeuta. Esses também receberam um envelope contendo uma carta convite para a participação na pesquisa, com o termo de consentimento livre e esclarecido Estudo Piloto (apêndice II) e o SAQ (anexo I), e posteriormente incluídos nos resultados finais.

No “Teste piloto” foi explicado como deveria ser o preenchimento do formulário, observando as possíveis falhas ao término do exercício e efetuando sua imediata correção. Este teste tem por objetivo esclarecer, refinar e medir a duração da aplicação do instrumento, além de avaliar se uma questão produz uma faixa adequada de respostas.

5.6 Procedimento de Análise dos Dados

Após a verificação dos questionários e aplicação dos critérios de exclusão, de acordo com os elementos previamente estipulados, foram analisados os dados de 138 participantes.

Os dados foram digitados, por dois digitadores diferentes, e submetido à verificação de inconsistências. No caso de dados divergente, foi feita a verificação no questionário para sua correção. Os dados e os testes estatísticos foram realizados no *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences for Windows*) versão 21.0.

A análise descritiva das questões do SAQ foi executada pela média das respostas da escala de *Likert* após a inversão dos itens reversos (2, 11 e 36), a fim de sumarizar as informações do conjunto de dados obtidos. Foi realizado o cálculo do valor médio das variáveis quantitativas e proporção das variáveis qualitativas. Os itens dos instrumentos foram analisados por domínio/dimensão e como escala completa por meio de médias.

Realizou-se a contagem dos escores, sendo executada conforme os passos a seguir: foi feito, primeiramente, a inversão dos itens reversos do SAQ e recodificados. Em seguida, os itens foram agrupados por domínios e obtida a média através da soma das respostas, de acordo com a escala de *Likert*, e dividida pelo número de itens válidos de cada domínio, ou seja, que não tenha como resposta o valor não se aplica (X).

A estatística inferencial foi utilizada para verificar o padrão de associação entre as variáveis estudadas. Na análise inferencial bivariada foi realizado o teste do qui-quadrado (χ^2) para comparação entre os valores percentuais (variáveis qualitativas) e o teste *t-Student*. A normalidade das variáveis quantitativas foi determinada pelo teste de *Shapiro-Wilk*. A análise de variância (ANOVA) foi utilizada para testar diferenças de médias de três ou mais grupos de variáveis, com análise *Post hoc*, comparação múltipla, com correção de Bonferroni.

Em todas as análises foram adotados um nível de significância (α) de 5%, ou seja, foram considerados como significantes os resultados que apresentaram *p-valor* igual ou inferior a 5% ($< 0,05$). A força de associação entre cada uma das variáveis explicativas e a variável resposta foi avaliada pelo cálculo da razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança de 95% (IC 95%) (MAROCO, 2011).

5.7 Considerações Éticas

Esta pesquisa foi encaminhada para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU)/MG, e teve início de sua coleta após a emissão do parecer consubstanciado com a devida aprovação do trabalho (nº parecer 1.638.131) (anexo II).

Os aspectos éticos da pesquisa foram pautados na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e o projeto foi encaminhado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa da UFU/ MG (Brasil, 2012c).

Dos profissionais que foram abordados para participar da pesquisa, todos concordaram com a submissão do questionário SAQ, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice I) e Teste Piloto (apêndice II).

5.7.1 A Pesquisa

A pesquisa contou com a participação dos profissionais lotados na UTI adulto, que concordaram com a submissão do questionário SAQ (Anexo I), assinando o TCLE (apêndice I). No questionário não consta a identificação do participante, sendo, portanto, sua informação totalmente sigilosa. As informações aos participantes acerca da pesquisa foram relacionadas no TCLE (apêndice I), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Estudo Piloto (apêndice II), Termo de Confidencialidade e Privacidade dos Dados (apêndice III) e Termo de Anuência (apêndice IV) e quaisquer indagações foram prontamente respondidas pelo próprio pesquisador (Brasil, 2012c).

5.7.2 Riscos

O risco social de exposição da identidade do participante foi mitigado através da manutenção do segredo da identificação, com o direito de retirar a autorização a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo para si ou para a pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa ainda foram orientados que sua participação não o expõe a qualquer risco de represália ou retaliações na UTI, pelo fato da pesquisa ser apoiada pelos coordenadores de todas as especialidades participantes.

5.7.3 Benefícios

Quanto aos benefícios da participação nesta pesquisa foi a possibilidade de os resultados gerar conhecimento científico que auxiliarão na melhoria da qualidade de atendimento fornecida pelo profissional e, por consequência, na segurança adequada prestada ao paciente da UTI adulto.

5.7.4 Termo de Consentimento Livre e esclarecido

Todos os participantes foram convidados a assinar o TCLE (apêndice I), com total liberdade de desistência da participação voluntária no presente estudo sem quaisquer ônus e/ou implicações para os mesmos.

Os instrumentos de pesquisa documental e entrevista foram utilizados apenas para atender aos objetivos deste estudo, permanecendo arquivados, sob responsabilidade dos pesquisadores, por 05 anos, conforme explicitado na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012c).

5.7.4 Termo de Consentimento Livre e esclarecido Estudo Piloto

Foram convidados cinco (5) funcionários da UTI, escolhidos aleatoriamente, sendo um (1) médico, um (1) enfermeiro, três (3) técnicos de enfermagem e um (1) fisioterapeuta para participarem deste estudo, com total liberdade de desistência da participação voluntária no presente estudo sem quaisquer ônus e/ou implicações para os mesmos. Aqueles que aceitaram participar receberam um envelope contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Estudo Piloto (apêndice II) e o questionário SAQ (anexo I).

Estes resultados ajudaram os pesquisadores a identificar as possíveis falhas podendo ser melhorada a instrução durante a coleta. Mesmo o “Teste Piloto” serviu como instrumento de pesquisa documental utilizado apenas para atender aos objetivos deste estudo, permanecendo arquivados, sob responsabilidade dos pesquisadores, por cinco (5) anos, conforme explicitado na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012c).

6 RESULTADOS DA PESQUISA

6.1 Estatísticas Descritivas

De um total de 163 profissionais permanentes que compõem a UTI adulto do HC-UFU das áreas específicas de atuação médica, psicologia, nutrição, fisioterapia, enfermagem, técnica de enfermagem e secretaria, 144 estavam ativos em suas funções no intervalo relativo à coleta, dos períodos matutino, vespertino e noturno, havendo recusa no preenchimento por um médico e aceitação dos demais convidados, correspondendo a uma taxa de retorno de 99,3%. Esses receberam os envelopes (Carta Convite, TCLE e o SAQ) e devolveram após o preenchimento. Destes 143, foram validados 138 questionários SAQ por estarem devidamente preenchidos, o que resulta em uma taxa de validação de 96,5%, sendo excluídos quatro questionários de técnicos de enfermagem e de um enfermeiro por estarem incompletamente preenchidos.

Esta pesquisa contou com a participação da coordenação médica, médicos intensivistas, médicas residentes, coordenação de enfermagem, enfermeiros, técnicos de enfermagem, coordenação de fisioterapia, fisioterapeutas, psicólogas, nutricionistas e secretários (Tabela 1). De acordo com a distribuição na escala daquele período, contando com férias e atestados, os profissionais médicos tiveram, proporcionalmente, menor participação do preenchimento do SAQ.

TABELA 1 – Número e percentagem de questionários válidos distribuídos de acordo com os cargos e o número de funcionários

CARGO	PROFISSIONAIS	QUESTIONÁRIOS VÁLIDOS	
	(N)	(N)	(%)
Coordenação Médica	1	1	100,0%
Médico da equipe responsável	35	25	71,4%
Médico Residente	3	3	100,0%
Coordenação de Enfermagem	1	1	100,0%
Enfermeiro	23	22	95,6%
Técnico de Enfermagem	80	67	83,7%
Coordenação de Fisioterapia	1	1	100,0%
Fisioterapeuta	5	5	100,0%
Administrativo	2	2	100,0%
Psicólogo	2	2	100,0%
Nutricionista	11	9	81,8%
TOTAL	163	138	84,6%

Do total de 138 participantes, as classes de profissionais foram representadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogas, nutricionistas e de secretários (Tabela 2). Quanto à categoria profissional, os técnicos de enfermagem

demonstraram o maior número seguido pelos médicos e enfermeiros. No entanto, optou-se por agrupar algumas categorias de profissionais com a finalidade de obter análise inferencial de todos os profissionais. Agrupou-se os profissionais da mesma categoria de médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, e pelo número reduzido de profissionais somou-se os resultados das psicólogas e nutricionistas em uma única categoria chamada de psicólogo/nutricionista.

TABELA 2 – Distribuição da frequência e percentagem quanto à classe profissional

CARGO	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTUAL (%)
Médico	29	21,0
Enfermeiro	23	16,7
Técnico de Enfermagem	67	48,6
Fisioterapeuta	6	4,3
Administrativo	9	6,5
Psicólogo/Nutricionista	4	2,9
TOTAL	138	100,0

Com relação ao gênero dos participantes a sua maioria foi constituída pelo sexo feminino (76,1%), com a seguinte distribuição: 105 femininos e 33 masculinos, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$). Verificou-se predomínio de mulheres na maioria das profissões e predomínio do sexo masculino no grupo de médicos (Tabela 3).

TABELA 3 – Distribuição da categoria profissional de acordo com o gênero

CARGO	GÊNERO			
	MASCULINO		FEMININO	
	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTUAL (%)	FREQUÊNCIA (N)	PERCENTUAL (%)
Médico	16	11,59	13	9,42
Enfermeiro	4	2,90	19	13,77
Técnico de Enfermagem	8	5,80	59	42,75
Fisioterapeuta	3	2,17	3	2,17
Administrativo	2	1,45	7	5,07
Psicólogo/Nutricionista	0	0,00	4	2,90
TOTAL	33	23,90	105	76,1

A distribuição dos profissionais da UTI de adulto quanto ao tempo de experiência, independente da classe profissional, foi feita de acordo com o instrumento original, sendo observada a seguinte distribuição: menos que 6 meses (5,8%), 6 a 11 meses (8,0%), 1 a 2 anos (10,1%), 3 a 4 anos (13,0%), 5 a 10 anos (22,5%), 11 a 20 anos (27,5%) e \geq a 21 anos

(13,0%). Nota-se que 63,0% dos profissionais encontra-se na faixa de tempo de 5 a \geq 21 anos.

Foi realizada a dicotomização da variável tempo de experiência após o agrupamento da faixa de tempo em < 5 anos (37,0%) e ≥ 5 anos (63,0%) para analisar possíveis interferências quanto da experiência profissional nas atitudes de trabalho. Na comparação entre essas faixas de tempo de experiência profissional pelas diferentes profissões não se observou diferença estatisticamente significativa ($p > 005\%$).

A análise dos itens do questionário SAQ, agrupados com e sem domínios, com média geral da cultura de segurança na UTI menor que 75 pontos ($57,71 \pm 11,37$), demonstrando uma percepção de atitude da equipe enfraquecida.

Os domínios que obtiveram maiores valores foram a Satisfação no Trabalho e Percepção de Estresse e o de pior resultado foi a Percepção de Gerência do Hospital e para o item isolado referente à Falhas de Comunicação (Tabela 4).

TABELA 4 – Distribuição dos domínios e itens sem domínio do SAQ de acordo com a frequência, média e desvio padrão

DOMÍNIOS	N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Clima de Trabalho em equipe	138	69,37	16,59
Clima de Segurança	138	55,87	17,54
Satisfação no Trabalho	138	72,38	19,63
Percepção de Estresse	138	73,84	24,67
Percepção da Gerência da Unidade	138	57,14	24,20
Percepção da Gerência do Hospital	138	42,69	22,81
Condição de Trabalho	138	49,78	23,79
SEM DOMÍNIOS	N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Percepção do trabalhador (item 14)	138	52,81	31,93
Colaboração entre os membros da equipe assistencial (33 a 35)	138	69,71	22,68
Falhas de comunicação (36)	138	32,72	29,42
TOTAL GERAL	138	57,80	23,39

Visando analisar a percepção de segurança do paciente de cada categoria profissional foi realizada a média dos domínios e itens sem domínios de cada profissão e em seguida comparada entre as categorias, notando variações consideráveis de um grupo para outro.

Na categoria profissional de médicos, a média geral dos domínios e itens sem domínios foi de $61,63 \pm 24,17$ e apresentaram-se fortalecidos para Satisfação no Trabalho ($77,89 \pm 20,64$) e Percepção de Estresse ($75,28 \pm 25,22$). Nesta categoria de profissionais a

média dos resultados do questionário apresentaram níveis mais elevados em relação aos enfermeiros e auxiliares de enfermagem em todos os domínios, na Percepção do Trabalhador e Falhas de Comunicação.

A média geral dos enfermeiros e técnicos de enfermagem para atitude segura com o paciente foi de $48,58 \pm 22,31$ e $57,73 \pm 22,41$, respectivamente. Foi observado médias por domínios e itens sem domínios mais elevada nos técnicos do que nos enfermeiros com piores médias na questão relativa à Falha de Comunicação (enfermeiro: $22,82 \pm 24,90$ e técnicos: $32,31 \pm 30,85$), apesar de nenhum desses profissionais apresentarem percepção fortalecida para segurança do paciente.

A média geral nos domínios e itens sem domínios dos profissionais da fisioterapia ($71,03 \pm 21,39$) foi a mais elevada entre as categorias de profissionais. Sendo observada uma percepção fortalecida nos domínios Clima de Trabalho em Equipe ($75,64 \pm 16,89$) e Satisfação no Trabalho ($89,17 \pm 13,20$), e Percepção de Estresse elevada ($82,50 \pm 22,27$).

Os psicólogos e nutricionistas apresentaram média geral para atitude de segurança com o paciente de $53,88 \pm 25,19$ e um único domínio fortalecido, a Percepção de Estresse ($75,00 \pm 26,51$). O domínio de clima de segurança ($63,39 \pm 24,81$) apresentou-se não fortalecido, mas com média mais elevada que os outros profissionais e as piores médias para Gerência da Unidade ($38,75 \pm 25,29$) e do Hospital ($20,00 \pm 21,60$) e Condições de Trabalho ($23,44 \pm 24,14$).

A equipe administrativa apresentou média geral, nos domínios e itens sem domínios, de $56,3 \pm 25,15$ com média elevada para o domínio Percepção de Estresse fortalecido ($82,64 \pm 17,89$) e a pior média para Percepção do Trabalhador ($41,67 \pm 27,95$) comparada com as outras categorias profissionais.

Comparando-se a atitude de segurança entre os gêneros, verificou-se média geral no sexo masculino de $60,71 \pm 12,20$ e no feminino de $56,76 \pm 10,99$, respectivamente, sem diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$). O sexo masculino apresentou média para Percepção de Estresse maior que 75 ($81,51 \pm 21,70$), enquanto que o sexo feminino não apresentou nenhum domínio ou item sem domínio com média fortalecida. O Clima de Trabalho em Equipe apresentou média com propensão positiva no sexo masculino ($74,28 \pm 12,86$) com diferença estatística significativa ($p < 0,05$) entre os gêneros. O domínio Satisfação no Trabalho apresentou média com tendência positiva e semelhante entre homens e mulheres ($72,83 \pm 19,68$; $72,24 \pm 19,70$, respectivamente e $p > 0,05$). Os demais domínios encontram-se enfraquecidos com relação à atitude de segurança, sendo as médias do gênero masculino mais elevado que a do sexo feminino, exceto para Clima de Segurança, sem

diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

A média dos domínios com relação ao tempo de experiência na UTI foi de $57,77 \pm 11,32$ e $57,67 \pm 11,47$, para $<$ e ≥ 5 anos respectivamente, sem diferença estatística significativa ($p > 0,05$). Foi observado que o grupo < 5 anos apresentou média fortalecida para Satisfação no Trabalho ($75,05 \pm 19,07$) e o ≥ 5 anos nível elevado para Percepção de Estresse ($76,47 \pm 23,96$). Os demais domínios apresentaram níveis menores que 75 para os dois grupos, destacando-se a baixa Percepção de Gerência do Hospital e Falhas de Comunicação ($< 45,00$). Esses achados não se mostraram estatisticamente significantes.

6.2 Estatística Inferencial

Na análise de variância (ANOVA) das médias obtidas entre categorias profissionais e os domínios e itens sem domínio do questionário SAQ, observou-se diferenças estatisticamente significante ($p < 0,05\%$) para comparações múltiplas, conforme demonstrado na Tabela 5. Na observação do total das médias por profissional notou-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), entre as médias do médico e do técnico de enfermagem em relação ao enfermeiro e do fisioterapeuta em relação ao enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo/nutricionista e administrativo. Não foi detectado diferença estatística entre a categoria de profissionais para Clima de Segurança, Percepção do Trabalhador, Percepção de Estresse e Colaboração entre os membros da equipe assistencial.

TABELA 5 – Distribuição das médias e desvios padrões das categorias profissionais para cada domínio com as devidas Análises de Variância (ANOVA)

ITENS COM E SEM DOMÍNIOS	MÉDICO	ENFERMEIRO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	FISIOTERAPEUTA	PSICOLOGO/NUTRICIONISTA	ADMINISTRATIVO
	($\bar{X} \pm DP$)	($\bar{X} \pm DP$)	($\bar{X} \pm DP$)	($\bar{X} \pm DP$)	($\bar{X} \pm DP$)	($\bar{X} \pm DP$)
Clima de Trabalho em Equipe	74,71 ($\pm 15,18$) a	59,96 ($\pm 19,04$) b	69,45 ($\pm 14,49$) a	75,64 ($\pm 16,89$) a	73,92 ($\pm 21,59$) ab	69,44 ($\pm 20,62$) ab
Clima de Segurança	58,96 ($\pm 20,21$) a	49,61 ($\pm 17,96$) a	56,31 ($\pm 15,68$) a	58,33 ($\pm 19,92$) a	63,39 ($\pm 24,81$) a	53,64 ($\pm 16,07$) a
Satisfação no Trabalho	77,89 ($\pm 20,64$) a	59,56 ($\pm 19,30$) b	73,50 ($\pm 16,17$) a	89,17 ($\pm 13,20$) a	67,50 ($\pm 31,22$) ab	70,00 ($\pm 25,00$) ab
Percepção de Estresse	75,28 ($\pm 25,22$) a	68,66 ($\pm 22,77$) a	73,09 ($\pm 26,15$) a	82,50 ($\pm 22,27$) a	75,00 ($\pm 26,51$) a	82,64 ($\pm 17,89$) a
Percepção da Gerência da Unidade	66,98 ($\pm 26,65$) a	48,35 ($\pm 21,68$) b	55,28 ($\pm 22,35$) b	66,25 ($\pm 23,44$) ab	38,75 ($\pm 25,29$) b	57,50 ($\pm 32,40$) ab
Percepção da Gerência do Hospital	44,54 ($\pm 22,43$) ac	38,20 ($\pm 19,90$) ab	43,41 ($\pm 22,75$) ac	64,00 ($\pm 16,73$) c	20,00 ($\pm 21,60$) b	41,11 ($\pm 28,15$) abc
Condição de Trabalho	58,18 ($\pm 22,01$) ac	42,66 ($\pm 24,33$) bd	48,26 ($\pm 22,39$) cd	73,96 ($\pm 18,71$) a	23,44 ($\pm 24,14$) b	47,92 ($\pm 24,20$) bc
Percepção do Trabalhador (item 14)	55,17 ($\pm 38,02$) a	51,04 ($\pm 31,44$) a	54,46 ($\pm 30,73$) a	74,67 ($\pm 21,91$) a	68,50 ($\pm 47,10$) a	41,67 ($\pm 27,95$) a
Colaboração entre os membros da equipe assistencial (33 a 35)	68,39 ($\pm 24,94$) a	67,75 ($\pm 21,80$) a	71,27 ($\pm 22,53$) a	71,66 ($\pm 24,01$) a	77,08 ($\pm 17,18$) a	62,96 ($\pm 23,61$) a
Falhas de Comunicação (36)	36,20 ($\pm 26,38$) ab	22,82 ($\pm 24,90$) a	32,31 ($\pm 30,85$) ab	54,17 ($\pm 36,80$) b	31,25 ($\pm 12,50$) ab	36,11 ($\pm 35,60$) ab
Total das Médias por profissional	61,63 ($\pm 24,17$) ac	48,58 ($\pm 22,31$) b	57,73 ($\pm 22,41$) c	71,03 ($\pm 21,39$) a	53,88 ($\pm 25,19$) bc	56,30 ($\pm 25,15$) bc

As letras do alfabeto diferentes, na linha da tabela, representam a diferença estatística ($p < 0,05$) entre a percepção de atitude dos profissionais.

Realizado análise da razão de prevalência entre as categorias de profissionais com os diferentes domínios e itens sem domínio do questionário de atitudes de segurança. Assim, pretende-se avaliar mais precisamente a homogeneidade e o grau de variabilidade na percepção do trabalho em equipe dentro do grupo da UTI.

No domínio Clima de Trabalho em Equipe, a análise entre as categorias profissionais demonstrou melhor percepção do médico em relação ao enfermeiro (1,76 vezes) e ao técnico de enfermagem (2,01 vezes), com diferença estatística significativa ($p < 0,05\%$), conforme observado na Tabela 6.

TABELA 6 – Análise do domínio Clima de Trabalho em Equipe entre os diferentes profissionais

Clima de Trabalho em Equipe		“RP”	Intervalo Confiança 95%	
			INFERIOR	SUPERIOR
MÉDICO (N = 29)	ENFERMEIRO (N = 23)	1,76*	1,05	2,96
	TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	2,01*	1,07	3,80
	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	1,09	0,79	1,51
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	1,06	0,81	1,40
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	1,07	0,73	1,55
ENFERMEIRO (N = 23)	TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	0,79	0,36	1,72
	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,83	0,53	1,30
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	0,87	0,59	1,28
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,73	0,43	1,23
TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,95	0,82	1,11
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	0,97	0,85	1,10
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,91	0,76	1,09
PSICÓLOGO/ NUTRICIONISTA (N = 4)	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,87	0,25	3,01
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,86	0,17	4,37
FISIOTERAPEUTA (N = 6)	ADMINISTRATIVO (N = 9)	1,00	0,22	4,56

RP – Razão de Prevalência, * p< 0,05; teste do χ^2 ou exato de Fisher

O Clima de Segurança mostra-se enfraquecido para todas as categorias profissionais, sem diferença estatisticamente significativa (p > 0,05) (Tabela 7).

TABELA 7 – Análise do domínio Clima de Segurança entre os diferentes profissionais

Clima de Segurança		“RP”	Intervalo Confiança 95%	
			INFERIOR	SUPERIOR
MÉDICO (N = 29)	ENFERMEIRO (N = 23)	1,60	1,03	2,46
	TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	1,65	0,87	3,11
	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	1,10	0,82	1,48
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	1,01	0,77	1,34
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	1,22	0,89	1,69
ENFERMEIRO (N = 23)	TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	0,79	0,36	1,72
	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,82	0,36	1,87
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	0,76	0,34	1,72
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,92	0,40	2,11
TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,99	0,81	1,21
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	0,95	0,79	1,16
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	1,04	0,84	1,27
PSICÓLOGO/ NUTRICIONISTA (N = 4)	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	1,33	0,25	6,94
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	1,83	0,34	9,92
FISIOTERAPEUTA (N = 6)	ADMINISTRATIVO (N = 9)	1,30	0,27	6,11

RP – Razão de Prevalência, * p< 0,05; teste do χ^2 ou exato de Fisher

O domínio Satisfação no Trabalho apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) na comparação entre alguns profissionais com percepção fortalecida, como: médico (razão de 2,91 vezes), técnico de enfermagem (razão de 0,30 vezes), fisioterapeuta (razão de 0,53 vezes) e administrativo (razão de 0,53 vezes) em relação ao enfermeiro (Tabela 8).

TABELA 8 – Análise do domínio Satisfação no Trabalho entre os diferentes profissionais

Satisfação no Trabalho		“RP”	Intervalo Confiança 95%	
			INFERIOR	SUPERIOR
MÉDICO (N = 29)	ENFERMEIRO (N = 23)	2,91*	1,51	5,59
	TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	1,88	0,89	3,96
	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,93	0,68	1,28
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	1,18	0,81	1,70
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	1,12	0,71	1,75
ENFERMEIRO (N = 23)	TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	0,30*	0,12	0,74
	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,53*	0,28	0,99
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	0,79	0,48	1,29
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,53*	0,27	1,04
TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,91	0,80	1,04
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	1,01	0,90	1,14
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,95	0,81	1,12
PSICÓLOGO/ NUTRICIONISTA (N = 4)	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,43	0,10	1,77
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,62	0,12	3,13
FISIOTERAPEUTA (N = 6)	ADMINISTRATIVO (N = 9)	1,81	0,29	11,18

RP – Razão de Prevalência, * $p < 0,05$; teste do χ^2 ou exato de Fisher

Observa-se, na análise comparativa do domínio Percepção de Estresse fortalecida pelos profissionais não apresentou diferença estatisticamente significativa (Tabela 9).

TABELA 9 – Análise do domínio Percepção de Estresse entre os diferentes profissionais

Percepção de Estresse		“RP”	Intervalo Confiança 95%	
			INFERIOR	SUPERIOR
MÉDICO (N = 29)	ENFERMEIRO (N = 23)	1,23	0,75	2,01
	TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	0,77	0,42	1,41
	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	1,09	0,82	1,46
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N= 4)	0,80	0,64	1,00
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,89	0,63	1,26
ENFERMEIRO (N = 23)	TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	0,54	0,26	1,09
	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	1,02	0,72	1,45
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N= 4)	0,71	0,51	0,99
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,77	0,49	1,20
TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	1,07	0,93	1,24
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N= 4)	0,91	0,84	1,00
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,99	0,83	1,17
PSICÓLOGO/ NUTRICIONISTA (N = 4)	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	Indefinido	Indefinido	Indefinido
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	Indefinido	Indefinido	Indefinido
FISIOTERAPEUTA (N = 6)	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,50	0,12	2,11

RP – Razão de Prevalência, * p< 0,05; teste do χ^2 ou exato de Fisher

A análise dos profissionais com o domínio de Percepção da Gerência da Unidade demonstrou-se fortalecida e com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o médico, com razão de prevalência de 2,44 vezes, em relação ao enfermeiro e 2,88 vezes em relação ao técnico de enfermagem para as ações da gerência da unidade nas questões de segurança do paciente. Por sua vez, o enfermeiro apresenta percepção de gestão da unidade enfraquecida em relação ao administrativo ($p < 0,05$) (Tabela 10).

TABELA 10 – Análise do domínio Percepção de Gerência da Unidade entre os diferentes profissionais

Percepção da Gerência da Unidade		“RP”	Intervalo Confiança 95%	
			INFERIOR	SUPERIOR
MÉDICO (N = 29)	ENFERMEIRO (N = 23)	2,44*	1,51	3,95
	TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	2,88*	1,57	5,32
	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	1,33	0,95	1,85
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	1,17	0,89	1,55
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	1,13	0,77	1,65
ENFERMEIRO (N = 23)	TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	0,44	0,11	1,69
	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,82	0,36	1,88
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	0,76	0,34	1,72
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,41*	0,13	1,30
TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	1,02	0,87	1,19
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	0,98	0,85	1,14
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,85	0,67	1,10
PSICÓLOGO/ NUTRICIONISTA (N = 4)	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	1,33	0,25	6,94
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,53	0,07	3,82
FISIOTERAPEUTA (N = 6)	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,40	0,06	2,57

RP – Razão de Prevalência, * p< 0,05; teste do χ^2 ou exato de Fisher

No domínio de Percepção da Gerência do Hospital em comparação com as categorias profissionais, não demonstrou diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre os profissionais (Tabela 11).

TABELA 11 – Análise do domínio Percepção de Gerência do Hospital entre os diferentes profissionais

Percepção da Gerência do Hospital		“RP”	Intervalo Confiança 95%	
			INFERIOR	SUPERIOR
MÉDICO (N = 29)	ENFERMEIRO (N = 23)	1,88	1,44	2,45
	TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	0,81	0,29	2,26
	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,86	0,48	1,55
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	1,15	1,00	1,33
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,98	0,54	1,78
ENFERMEIRO (N = 23)	TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	0,00	Indefinido	Indefinido
	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,00	Indefinido	Indefinido
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	0,00	Indefinido	Indefinido
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,00	Indefinido	Indefinido
TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,96	0,77	1,19
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	1,07	1,00	1,14
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	1,02	0,82	1,28
PSICÓLOGO/ NUTRICIONISTA (N = 4)	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,00	Indefinido	Indefinido
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,00	Indefinido	Indefinido
FISIOTERAPEUTA (N = 6)	ADMINISTRATIVO (N = 9)	1,50	0,30	7,43

RP – Razão de Prevalência, * $p < 0,05$; teste do χ^2 ou exato de Fisher

O domínio Condição de Trabalho apresentou-se enfraquecido entre os profissionais, com prevalência entre os cargos de médico em relação ao enfermeiro (razão de 1,83 vezes) e ao técnico de enfermagem (razão de 2,47 vezes), com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) (Tabela 12).

TABELA 12 – Análise do domínio Condição de Trabalho entre os diferentes profissionais

Condição de Trabalho		“RP”	Intervalo Confiança 95%	
			INFERIOR	SUPERIOR
MÉDICO (N = 29)	ENFERMEIRO (N = 23)	1,83*	1,21	2,76
	TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	2,47*	1,42	4,32
	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	1,03	0,76	1,40
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	1,22	1,00	1,49
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	1,32	0,97	1,80
ENFERMEIRO (N = 23)	TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	0,76	0,21	2,77
	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,59	0,22	1,61
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	1,19	1,00	1,41
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,92	0,40	2,11
TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,85	0,62	1,17
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	1,07	1,00	1,13
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	1,01	0,79	1,29
PSICÓLOGO/ NUTRICIONISTA (N = 4)	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,00	Indefinido	Indefinido
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,00	Indefinido	Indefinido
FISIOTERAPEUTA (N = 6)	ADMINISTRATIVO (N = 9)	2,00	0,64	6,20

RP – Razão de Prevalência, * $p < 0,05$; teste do χ^2 ou exato de Fisher

Analisando as categorias profissionais em relação à Percepção do Trabalhador observa-se fortalecida, com diferença estatística ($p < 0,05$) para o fisioterapeuta (razão de 0,83) em relação ao técnico de enfermagem (Tabela 13).

TABELA 13 – Análise do domínio Percepção do Trabalhador entre os diferentes profissionais

Percepção do trabalhador (14)		“RP”	Intervalo Confiança 95%	
			INFERIOR	SUPERIOR
MÉDICO (N = 29)	ENFERMEIRO (N = 23)	1,16	0,71	1,88
	TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	1,63	0,90	2,97
	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,80	0,60	1,07
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	1,01	0,78	1,30
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	1,07	0,75	1,53
ENFERMEIRO (N = 23)	TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	1,34	0,67	2,69
	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,72	0,49	1,05
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	0,96	0,69	1,32
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,99	0,63	1,53
TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,83*	0,68	1,00
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	0,96	0,83	1,10
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,94	0,77	1,15
PSICÓLOGO/ NUTRICIONISTA (N = 4)	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,43	0,10	1,77
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	1,17	0,23	5,94
FISIOTERAPEUTA (N = 6)	ADMINISTRATIVO (N = 9)	3,33	0,51	21,89

RP – Razão de Prevalência, * p < 0,05; teste do χ^2 ou exato de Fisher

Nos itens sem domínio do questionário SAQ relativo à Colaboração entre os membros da equipe quando comparado com as categorias profissionais, não se observou diferença de razão de prevalência entre cargos e nem diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) (Tabela 14).

TABELA 14 – Análise do domínio Colaboração entre membros da equipe entre os diferentes profissionais

Colaboração entre os membros da equipe (33 a 35)		“RP”	Intervalo Confiança 95%	
			INFERIOR	SUPERIOR
MÉDICO (N = 29)	ENFERMEIRO (N = 23)	1,40	0,84	2,35
	TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	1,11	0,59	2,10
	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,89	0,69	1,16
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	0,93	0,73	1,19
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,95	0,66	1,36
ENFERMEIRO (N = 23)	TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	0,64	0,31	1,31
	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,77	0,53	1,10
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	0,83	0,59	1,15
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,77	0,49	1,20
TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,94	0,83	1,06
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	0,96	0,86	1,07
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,96	0,81	1,13
PSICÓLOGO/ NUTRICIONISTA (N = 4)	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,86	0,17	4,37
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	1,33	0,19	9,21
FISIOTERAPEUTA (N = 6)	ADMINISTRATIVO (N = 9)	1,60	0,25	10,27

RP – Razão de Prevalência, * p< 0,05; teste do χ^2 ou exato de Fisher

Quanto ao item do questionário relativo à Falhas de Comunicação comparada entre os profissionais, nota-se que houve diferença estatística do fisioterapeuta em relação ao enfermeiro, no entanto a medida de posição (RP; IC) demonstra inconsistência nessa relação de significância estatística (Tabela 15).

TABELA 15 – Análise do domínio Falhas de Comunicação entre os diferentes profissionais

Falhas de Comunicação (36)		“RP”	Intervalo Confiança 95%	
			INFERIOR	SUPERIOR
MÉDICO (N = 29)	ENFERMEIRO (N = 23)	1,67	1,10	2,54
	TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	1,03	0,49	2,17
	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,75	0,46	1,22
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	1,17	1,00	1,37
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,98	0,62	1,53
ENFERMEIRO (N = 23)	TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	0,24	0,03	1,64
	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,28*	0,05	1,56
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	1,18	1,00	1,39
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,44	0,09	2,20
TÉC.ENFERMAGEM (N = 67)	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,86	0,67	1,09
	PSICÓLOGO/NUTRICIONISTA (N = 4)	1,08	1,00	1,16
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,98	0,79	1,22
PSICÓLOGO/ NUTRICIONISTA (N = 4)	FISIOTERAPEUTA (N = 6)	0,00	Indefinido	Indefinido
	ADMINISTRATIVO (N = 9)	0,00	Indefinido	Indefinido
FISIOTERAPEUTA (N = 6)	ADMINISTRATIVO (N = 9)	2,00	0,61	6,55

RP – Razão de Prevalência, * $p < 0,05$; teste do χ^2 ou exato de Fisher

Realizado análise da razão de prevalência entre o gênero e os diferentes domínios do questionário de atitudes de segurança, e não se observou diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) (Tabela 15).

TABELA 16 – Análise do gênero em relação aos domínios e itens sem domínios do SAQ

VARIÁVEL DEPENDENTE		GÊNERO		P	“RP”	Intervalo Confiança 95%	
		feminino	masculino			INFERIOR	SUPERIOR
Clima de Trabalho em Equipe	FORTALECIDO	41	19	0,07	0,83	0,68	1,01
	FRACO	64	14				
Clima de Segurança	FORTALECIDO	16	7	0,43	0,90	0,67	1,20
	FRACO	89	26				
Satisfação no Trabalho	FORTALECIDO	59	19	1,00	0,98	0,82	1,19
	FRACO	46	14				
Percepção de Estresse	FORTALECIDO	60	21	0,42	0,92	0,77	1,10
	FRACO	45	11				
Percepção da Gerência da Unidade	FORTALECIDO	26	12	0,18	0,86	0,67	1,09
	FRACO	79	20				
Percepção da Gerência do Hospital	FORTALECIDO	10	4	0,74	0,92	0,65	1,30
	FRACO	95	28				
Condição de Trabalho	FORTALECIDO	15	9	0,11	0,79	0,57	1,09
	FRACO	90	24				
Percepção do trabalhador (14)	FORTALECIDO	42	15	0,68	0,94	0,78	1,15
	FRACO	59	17				
Colaboração entre os membros da equipe (33 a 35)	FORTALECIDO	57	23	0,10	0,84	0,70	1,01
	FRACO	48	9				
Falhas de comunicação (36)	FORTALECIDO	19	6	1,00	1,00	0,78	18,87
	FRACO	84	27				

RP – Razão de Prevalência, * $p < 0,05$; teste do χ^2 ou exato de Fisher

Foi realizada a análise da razão de prevalência entre o tempo de experiência e os domínios do SAQ, não se observando diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) (Tabela 16).

TABELA 17 – Análise do tempo de experiência em relação aos domínios e itens sem domínios do SAQ

VARIÁVEL DEPENDENTE		TEMPO DE EXPERIÊNCIA		P	“RP”	Intervalo Confiança 95%	
		< 5 anos	≥ 5 anos			INFERIOR	SUPERIOR
Clima de Trabalho em Equipe	FORTALECIDO	21	39	0,72	0,91	0,58	1,42
	FRACO	30	48				
Clima de Segurança	FORTALECIDO	8	15	1,00	0,93	0,50	1,71
	FRACO	43	72				
Satisfação no Trabalho	FORTALECIDO	33	45	0,16	1,41	0,88	2,24
	FRACO	18	42				
Percepção de Estresse	FORTALECIDO	27	54	0,28	0,78	0,50	1,20
	FRACO	24	32				
Percepção da Gerência da Unidade	FORTALECIDO	10	28	0,16	0,65	0,36	1,17
	FRACO	40	59				
Percepção da Gerência do Hospital	FORTALECIDO	4	10	0,57	0,74	0,32	1,76
	FRACO	47	76				
Condição de Trabalho	FORTALECIDO	10	14	0,64	1,16	0,68	1,97
	FRACO	41	73				
Percepção do trabalhador (14)	FORTALECIDO	21	36	1,00	1,00	0,64	1,57
	FRACO	28	48				
Colaboração entre os membros da equipe (33 a 35)	FORTALECIDO	32	48	0,47	1,20	0,76	1,89
	FRACO	19	38				
Falhas de comunicação (36)	FORTALECIDO	8	17	0,65	0,82	0,44	1,53
	FRACO	43	68				

RP – Razão de Prevalência, * p < 0,05; teste do χ^2 ou exato de Fisher

7 DISCUSSÃO

Nas últimas duas décadas, aprimorar a segurança do paciente tornou-se a base nos cuidados de saúde e foco de pesquisa. A otimização do clima de segurança do paciente dentro de uma instituição assegura um ambiente de proteção, fundamental para prevenir eventos adversos (ZIMMERMANN et al., 2013). Portanto, é imprescindível a participação nas atitudes de segurança dos profissionais que lidam diretamente com os pacientes, colaborando com os gestores das instituições de saúde nas modificações necessárias para melhorar a segurança do paciente (NGUYEN et al., 2015).

Contudo, ressalta-se que as UTIs são ambientes complexos compostos por equipamento e medicamentos especializados, equipe multidisciplinar com características multicultural; funciona com sobrecarga de trabalho e sob pressão; e lida com pacientes de elevada gravidade e risco de vida. A interação desses fatores pode provocar falhas nos cuidados, com consequências graves para a segurança do paciente na UTI (ALAYED; LÖÖF; JOHANSSON, 2014).

Ao avaliar a cultura de segurança da UTI de adultos da instituição de ensino do HC/UFU, através de métodos quantitativos, usando o instrumento SAQ, os resultados indicam que todos os domínios necessitam de aprimoramento. Denota-se que os resultados encontrados apresentam ora convergentes ou divergentes ao comparar-se com dados publicados por outros estudiosos. Essas semelhanças e diferenças advêm de aspectos culturais e organizacionais relacionados com a segurança do paciente (ABDI et al., 2015; ALAYED; LÖÖF; JOHANSSON, 2014). As falhas nos cuidados relacionados à saúde na UTI são frequentes e necessitam de manuseio apropriado através da sistemática de reconhecimento, relatório, análises e interpretação (RAFTAPOULOS; PAVLASKIS, 2013), seguido por uma cultura de aprendizagem, a partir desses erros, com resolução dos problemas de comunicação interprofissionais (ABDI et al., 2015).

A taxa de retorno refere-se ao percentual de recusas na participação da pesquisa, a partir do convite aos indivíduos selecionados da amostra. As taxas de retorno encontradas na literatura, que foi entre 47,9% a 91% (SARAIVA; ALMEIDA, 2015; NGUYEN et al., 2015; ALAYED; LÖÖF; JOHANSSON, 2014; ZIMMERMANN et al 2013; DEVRIENDT et al., 2012; POLEY et al., 2011; HUANG et al., 2010; KAYA; BARSBAY; KARABULUT, 2010; PATTERSON et al., 2010; DEILKÅS; HOFLOSS, 2008; HUANG et al., 2007; SEXTON et al., 2006). Nesta pesquisa, a partir do convite houve recusa de apenas um indivíduo dos 144 convites, da área médica e, portanto, taxa de retorno de 99,3%. Acredita-se que a elevada

taxa de retorno, dessa pesquisa esteja na importância da participação direta do pesquisador junto aos colegas de trabalho e também pela pesquisa ter sido realizada num hospital escola onde a cultura desses profissionais já esteja voltada para a necessidade de colaborar com as pesquisas.

A taxa de resposta validada diz respeito ao percentual de questionários preenchidos adequadamente para análise dos dados. Os resultados encontrados na literatura variaram de 58 a 91% (ABDI et al., 2015; ALAYED; LÖÖF; JOHANSSON, 2014; POLEY et al., 2011; KAYA; BARSBAY; KARABULUT et al., 2010; PATTERSON et al., 2010; DEILKÅS; HOFOS, 2008; SEXTON et al., 2006). A taxa de resposta validada, nesta pesquisa, foi de 96,5% (138 dos 143 questionários, após a exclusão de cinco questionários com preenchimentos incompletos, superando as médias encontradas na literatura. Com relação a estes resultados de validação foi observada a grande importância do estudo piloto, em que se pode sanar as falhas de compreensão do questionário e os erros de preenchimento. E como a coleta foi realizada pelo próprio pesquisador, a checagem sobre o correto preenchimento foi feita na devolução do questionário preenchido.

Nos serviços de saúde, tem-se demonstrado significativa prevalência na relação do gênero feminino com a profissão de enfermeiro, psicólogo e nutricionista (POLEY et al., 2011; KAYA; BARSBAY; KARABULUT, 2010). Segundo levantamento da WHO (2009), as mulheres e os profissionais da enfermagem representam mais de 75% da força de trabalho no setor de saúde, compostos por auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros (WHO, 2009; POLEY et al., 2011). A mulher, a enfermagem e o cuidar apresentam uma íntima correlação e o cuidado com o outro, por sua vez, está historicamente ligado à mulher (SPLENDOR; ROMAN 2003).

Na maior parte da literatura estudada, os autores encontraram predomínio no sexo feminino, com uma variação de 62,6% a 97,2% (SARAIVA; ALMEIDA, 2015; NGUYEN et al., 2015; ALAYED; LÖÖF; JOHANSSON, 2014; ZIMMERMANN et al 2013; PROFIT et al., 2012; DEVRIENDT et al., 2012; RIGOBELLO et al., 2012; POLEY et al., 2011; KAYA; BARSBAY; KARABULUT, 2010; HUANG et al., 2007). Diferente desses achados, a pesquisa de PATTERSON et al. (2010) demonstrou predomínio do sexo masculino na equipe de trabalho (71,8%) e a de CARVALHO et al. (2015) apresentou distribuição homogênea entre homens e mulheres.

No setor de UTI adulto, desta investigação, em conformismo com a maioria dos autores, apresenta-se uma equipe de trabalho predominantemente feminina (76,8%), e com predomínio

do sexo feminino na enfermagem e do sexo masculino entre os médicos, conforme identificado por CARVALHO et al. (2015).

Com relação à categoria profissional, a literatura analisada apresentou frequência dos profissionais da enfermagem com variação de 41,6% a 82% (SARAIVA; ALMEIDA, 2015; NGUYEN et al., 2015; PROFIT et al., 2012; RIGOBELLO et al., 2012; POLEY et al., 2011; HUANG et al., 2010; HUANG et al., 2007). Na pesquisa de PATTERSON et al. (2010), foram observadas proporções iguais entre médicos e outros profissionais da saúde. Este estudo corrobora com a maioria dos dados da literatura que demonstra domínio dos profissionais da enfermagem (65,3%).

Segundo alguns autores, há poucas evidências da relação entre experiência profissional e segurança do paciente (KRISTENSEN, 2015; AHQR, 2006), enquanto, para outro autor, a experiência profissional é um importante indicador de segurança do paciente (RIGOBELLO et al., 2012). Foi observado, por NGUYEN et al. (2015), que quase 60% dos profissionais trabalhavam há mais de 11 anos no campo da medicina, e, por outros autores, relatou-se que houve predomínio para maiores de 5 anos no tempo de serviço, numa variação de 32% a 70,0% (SARAIVA; ALMEIDA, 2015; CARVALHO et al., 2015; PROFIT et al., 2012; RIGOBELLO et al., 2012). Nesta pesquisa, a avaliação do tempo de atuação dos profissionais evidenciou que mais da metade dos profissionais exerce suas funções na UTI, num período maior que 5 anos, demonstrando a experiência deste grupo, apesar de não ter sido encontrada diferença estatística com as diferentes profissões.

Os escores do questionário de atitudes acima de 80 refletem ambientes de cuidado de saúde harmônico para o trabalho, satisfação da equipe em desempenhar suas funções e atitudes positivas para clima de segurança. Por outro lado, níveis abaixo de 60 representam uma grande preocupação e forte necessidade de implementação de medidas que favoreçam a cultura de segurança para a instituição (LEE et al., 2010; NORDÉN-HÄGG; SEXTON; KÄLVEMARK-SPORRONG, 2010). Houve uma grande variação na literatura em relação às atitudes positivas com médias variando de 73,5 a 86 (AHRQ, 2010; PROFIT et al., 2012) e atitudes negativas com médias que variaram entre 46,4 a 65,7 (ABDI et al., 2015; CARVALHO et al., 2015; CARVALHO; CASSIANI, 2012). Neste estudo as médias das respostas das questões do SAQ dos profissionais não se apresentaram fortalecidas ($57,71 \pm 11,37$), por apresentar níveis abaixo das recomendações internacionais para uma boa percepção da cultura de segurança.

O SAQ é um questionário que aponta as dificuldades nas atitudes de segurança entre os profissionais e, quando é reavaliado pós intervenções demonstra melhoria na qualidade do

serviço e no redirecionamento da cultura de segurança, com reduções na incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde, taxas de mortalidade, tempo de internação e erros na administração dos medicamentos (SEXTON et al., 2006; PRONOVOST; SEXTON, 2005).

Alguns autores demonstraram variações nas percepções de atitudes de segurança entre os profissionais, reportando melhores atitudes de segurança naqueles cuidadores que estão no topo da hierarquia das organizações (SEXTON; THOMAS; HELMREICH, 2000). E de acordo com a afirmação das citações anteriores, verifica-se, nesta pesquisa, uma melhor percepção da cultura de segurança do paciente entre os médicos e fisioterapeutas em relação aos outros profissionais. Uma das explicações plausíveis, talvez seja a posição social e econômica e, também, a autonomia destes profissionais.

Com relação à análise das médias dos escores do SAQ, por domínios e itens sem domínios, observa-se vários pontos de enfraquecimento na cultura de segurança, demonstrando as possibilidades de mudanças para ajuste na qualidade do atendimento fornecido na UTI adulto do HC/UFU.

O Clima de Trabalho em equipe compreende a qualidade da colaboração e da comunicação entre os prestadores de cuidados, visando ao trabalho em equipe, o respeito mútuo entre profissionais, o controle das falhas e da abertura na comunicação, e a troca de informações importantes (ABDI et al., 2015; SEXTON et al., 2006). Uma percepção acima de 75 indica uma equipe interativa e com altos níveis de cooperação, favorecendo uma relação humana e evitando os eventos adversos. Ademais, percepções baixas relatam a necessidade de melhorar a comunicação entre os prestadores que, por vezes, quando ineficiente, resultou em atrasos indesejados nos cuidados (CARVALHO et al., 2015; RAFTAPOULOS; PAVLASKIS, 2013; SEXTON et al., 2006). Os achados de literatura revelam uma média que variaram de 58,3 a 85,6 (NGUYEN et al., 2015; CARVALHO et al., 2015; TAYLOR; PANDIAN, 2013; PROFIT et al., 2012; RIGOBELLO et al., 2012; POLEY et al., 2011; FRANCE et al., 2010; RELIHAN et al., 2009; SEXTON et al., 2006). Esta investigação obteve uma média satisfatória ($69,37 \pm 16,59$) de atitudes positivas em relação ao trabalho em equipe entre os profissionais da UTI do HC/UFU, apesar de ser considerada enfraquecida, demonstra uma tendência dos profissionais de colaborar com o trabalho dentro das normas da unidade, com serviço de qualidade baseado na experiência profissional e, em equipe, respeitando uns aos outros. Foi observado que a equipe médica, de técnicos de enfermagem e de fisioterapia apresentou melhores médias em relação aos enfermeiros. E, ainda, que o médico apresentou maior percepção para trabalho coletivo que o enfermeiro e o

técnico de enfermagem, detalhando a necessidade de ajustes nos relacionamentos entre os diferentes profissionais no ambiente de trabalho. Chamou a atenção a avaliação da qualidade da comunicação, em que se obteve uma média para percepção enfraquecida ($32,72 \pm 29,42$) demonstrando muitas falhas na comunicação entre os prestadores de cuidados.

O Clima de Segurança avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional, prestação de cuidados seguros e pelas promoções de segurança com sistema de gerenciamento de erros e incidentes, visando compromisso com a unidade; adesão à diretrizes e regras; reconhecimento de erros dos médicos e das barreiras nos relatórios; identificar as culturas de culpa, justa e aprendizado. Essa adequação cria uma referência ao funcionário para o seu ambiente de trabalho (ABDI et al., 2015; SEXTON et al., 2006). Diferentes estudos detectaram médias de percepção que variaram de 48,9 a 83,5 (NGUYEN et al., 2015; CARVALHO et al., 2015; ALAYED; LÖÖF; JOHANSSON, 2014; CARVALHO; CASSIANI, 2012; POLEY et al., 2011; FRANCE et al., 2010). Esta pesquisa obteve, para esse domínio, uma média enfraquecida ($55,87 \pm 17,54$), apesar de concordante com os valores encontrados na literatura, e com médias e discernimento da percepção de segurança semelhantes entre os profissionais. Esses dados demonstram a necessidade do setor de UTI atuar efetivamente na segurança do paciente, através das divulgações de programas de proteção, comprometimentos dos profissionais com a unidade, cobrança de *checklist* mediante cada procedimento para uma prestação de cuidados segura, identificando erros e incidentes. Essas medidas podem ser efetivas na redução de eventos adversos e desenvolvimento da cultura de segurança entre a equipe.

A avaliação sobre a Satisfação no Trabalho denota a visão positiva dos profissionais sobre o local de trabalho com motivação pessoal e amor à profissão (ABDI et al., 2015; CARVALHO; CASSIANI, 2012; SEXTON et al., 2006), influenciando diretamente na cultura de segurança com redução na incidência de eventos adversos (RAFTAPOULOS; PAVLASKIS, 2013). Esse domínio enfraquecido exige mais atenção para situações de exaustão entre os funcionários, sendo comum em ambientes estressores como UTI e necessitando intervenções para evitar desgaste e observação no descontentamento para com o trabalho nesse tipo de unidade (ABDI et al., 2015; READER; CUTHBERTSON; DECRUYENAERE, 2008). Estudos demonstram variação das médias, desse domínio, na literatura nacional de 75,0 a 77,6 (CARVALHO et al., 2015; CARVALHO; CASSIANI, 2012) e na internacional de 65,6 a 86,1 (NGUYEN et al., 2015; ABDI et al., 2015; POLEY et al., 2011; FRANCE et al., 2010). Este artigo apresentou média geral satisfatória para esse domínio ($72,38 \pm 19,63$), próxima aos índices fortalecidos e condizente com os dados da

literatura. Houve diferença nas médias do médico, técnico de enfermagem e fisioterapeuta em relação ao enfermeiro e, na percepção entre os profissionais da UTI, sendo observada maior satisfação no trabalho do médico, fisioterapeuta, técnico de enfermagem e administrativo em relação ao enfermeiro. Esses dados demonstram um ambiente favorável com a maioria dos profissionais satisfeitos com o trabalho que desempenha e com clareza nos objetivos de funcionamento, estando algumas carreiras mais realizadas que outras.

A Percepção de Estresse é um domínio que reconhece o erro influenciado pela fadiga como no caso de longas horas de trabalho, alterações psicoemocionais, o trabalho com pessoas inexperientes e do excesso de confiança, demonstrando o comportamento dos assistentes na situação de fatores estressores durante a prestação de assistência ao doente (ABDI et al., 2015; SEXTON et al., 2006). Considerado um domínio controverso, uma vez que avalia o autocomportamento do respondedor, diferindo dos demais itens da escala do SAQ que focam, principalmente, no comportamento e nas atitudes dos colegas e os seus efeitos sobre o clima de segurança (KRISTENSEN et al., 2015). Por isso alguns autores acreditam que não contribuem positivamente para a construção do clima de segurança como pretendido e deve ser excluído do SAQ (TAYLOR; PANDIAN, 2013; SPEROFF et al., 2010).

Um estressor é qualquer evento que amedronte, confunda ou excite a pessoa (MIQUELIM et al., 2004). O ambiente hospitalar pode constituir um importante estressor para os profissionais devido ao convívio com pacientes críticos e morte, condições de trabalho, demandas requeridas pela assistência, desvalorização e falta de autonomia profissional, sobrecarga de trabalho, dupla jornada do trabalhador pela baixa remuneração, repetitividade de trabalhos, conflito no trabalho em equipe e a falta de preparo e capacitação dos profissionais para lidar com as frequentes mudanças no arsenal tecnológico e também pela grande responsabilidade exigida no trabalho (OLIVEIRA; CUNHA, 2014; SANTOS et al., 2011). O profissional estressado pode trazer muitas consequências ao seu ambiente de trabalho, como comprometer a qualidade da assistência prestada e causar danos à pessoa assistida (OLIVEIRA; CUNHA, 2014; SANTOS et al., 2011). Dentre as profissões de saúde que apresentam maior índice de estresse, destaca-se enfermagem e medicina, devido às características de cada uma, sendo a enfermagem a quarta profissão mais estressante, no setor público, e que, além do contato prolongado com o paciente, o profissional de enfermagem enfrenta outras situações como: achatamento de salários, o que obriga os profissionais a ter mais de um emprego, levando-o a enfrentar uma situação desgastante

devido à carga mensal extremamente longa e a falta de reconhecimento social (MUROFUSE, ABRANCHES e NAPOLEÃO, 2005).

A concepção de que as pessoas tomam decisões acertadas, independentemente de estarem submetidas a estresse (como: fadiga, sobrecarga de trabalho, tensão, pressão e privação de sono), não é verdade, pois essas situações diminuem o desempenho e aumentam o surgimento de falhas nos cuidados relacionados à saúde (POLEY et al., 2011; FRANCE et al., 2010; BARGER et al., 2006). Segundo descrição de KRISTENSEN et al. (2015), o desempenho dos profissionais apresentou efetiva melhora, quando foram submetidos a treinamento sobre o trabalho em equipe, neutralizando efetivamente o impacto dos fatores estressores na segurança do paciente. A análise desse domínio para pontuações elevadas infere reconhecimento pelos profissionais de ambiente estressante, favorecendo a indução de erro (ABDI et al., 2015).

O domínio de Percepção de Estresse apresentou, na literatura, uma variação média de 52,2 a 82,8 (NGUYEN et al., 2015; ABDI et al., 2015; CARVALHO et al., 2015; KRISTENSEN et al., 2015; ALAYED; LÖÖF; JOHANSSON, 2014; CARVALHO; CASSIANI, 2012; POLEY et al., 2011; FRANCE et al., 2010). Esta pesquisa apresentou, para este domínio, uma média elevada ($73,84 \pm 24,67$) em relação aos outros domínios e corroborando com os dados encontrados na literatura. As médias e as percepções de estresse foram similares, confirmando a uniformidade de pensamento entre os profissionais que consideram o ambiente de trabalho estressante. A UTI do HC/UFU tem a característica de ser um hospital terciário e de referência na região, recebendo pacientes de elevada gravidade exigindo um esforço pessoal e emocional dos profissionais desse setor.

As áreas de saúde são organizações complexas que dependem de gestões positivas e capacitadas através de modelos centralizados e sistematizados em atingir melhoria na qualidade e segurança do paciente (PROFIT et al., 2012).

Uma percepção positiva dos profissionais sobre gerenciamento da unidade e do hospital implica em aprovação das decisões da gestão relacionada ao pessoal, segurança do paciente, liderança e gestão de recursos humanos (ABDI et al., 2015); na expectativa de uma administração comprometida com a segurança do paciente e que disponibiliza informação sobre o funcionamento, equipamentos médicos, recursos financeiros para modernização do setor e pessoal para formação de equipes e comunicação sobre erros; e no ato de apoiar o trabalho da equipe, gerar um ambiente não punitivo, promover treinamento continuado e resolver os problemas (THOMAS et al., 2005). As situações contrárias apontam dificuldades de relacionamento entre os profissionais e os gestores, corrigindo as irregularidades da

prática do setor com advertências e punições, além de não tratar sobre as questões de segurança do paciente (RIGOBELLO et al., 2012).

A média para gerenciamento geral oscila de acordo com o modelo de gestão de cada cenário, variando para estes autores de 48,0 a 78,8 (KRISTENSEN et al., 2015; ABDI et al., 2015; ALAYED; LÖÖF; JOHANSSON, 2014; POLEY et al., 2011; FRANCE et al., 2010; RELIHAN et al, 2009) e para gerenciamento específico da unidade de 44,5 a 47,02 e do hospital de 34,4 a 53,4 (NGUYEN et al., 2015; CARVALHO et al., 2015; CARVALHO; CASSIANI, 2012). Esta pesquisa detectou, na percepção de gerência do hospital, uma média enfraquecida ($42,69 \pm 22,81$) com diferenças significantes nas médias do psicólogo/nutricionista em relação ao médico, técnico de enfermagem e o fisioterapeuta e do enfermeiro em relação ao fisioterapeuta. Não houve diferença entre as categorias de profissionais na percepção de gestão. Esses dados demonstram a atuação da gestão atual, e fica claro a não aprovação dos métodos utilizados, provavelmente devido à falta de atitudes condizentes com as necessidades do hospital e da segurança do paciente.

Com relação ao domínio gerência da unidade, foi observada uma percepção também enfraquecida ($57,14 \pm 24,20$) com uma média de melhor avaliação do médico em relação ao enfermeiro, técnico de enfermagem e psicólogo/nutricionista. E quanto à percepção, verifica-se uma melhor para o médico em relação ao enfermeiro e técnico de enfermagem e do administrativo em relação ao enfermeiro. Esses resultados podem estar refletindo as ações dos gestores do hospital e da unidade, as quais trazem arraigadas métodos antigos de punição com advertência aos erros e imposições no relacionamento entre os profissionais e os gestores.

A percepção positiva para Condições de Trabalho indica atitudes afirmativas dos entrevistados em relação ao nível de supervisão, formação de pessoal, gestão de pessoas, disponibilidade de recursos à qualidade do ambiente de trabalho e equipamentos em boas condições (ABDI et al., 2015; SEXTON et al., 2006). Esse domínio apresentou uma variação da média de 41,9 a 81,3 na pesquisa de artigos (NGUYEN et al., 2015; KRISTENSEN et al., 2015; ABDI et al., 2015; ALAYED; LÖÖF; JOHANSSON, 2014; CARVALHO et al., 2015; POLEY et al., 2011; PATTERSON et al., 2010; FRANCE et al., 2010; RELIHAN et al, 2009).

Os achados dos pesquisadores demonstraram uma percepção negativa nas condições de trabalho (média $49,78 \pm 24,20$), com diferença nas médias do médico em relação ao enfermeiro e ao psicólogo/nutricionista, do técnico de enfermagem em relação ao psicólogo/nutricionista e do fisioterapeuta em relação ao enfermeiro, ao técnico de

enfermagem, ao psicólogo/nutricionista e ao administrativo. Demonstrou-se uma maior satisfação na percepção de condição de trabalho do médico em relação ao enfermeiro e técnico de enfermagem. Apesar de a UTI do HC/UFU ser um ambiente moderno e bem equipado, dando condições para executar um bom trabalho, pode estar contribuindo com esses resultados negativos as ações desfavoráveis da gestão de pessoas, nível de supervisão e formação de pessoal. A análise contrária, ou seja, positiva para os fisioterapeutas pode estar no fato desse setor dar muito suporte para a sua atuação, com aparelhagens modernas, num ambiente onde são muito requisitados pela elevada incidência de pacientes gravemente enfermos, em sua maioria entubados em ventilação mecânica.

As falhas de comunicação são as principais causas de eventos adversos, ou seja, aquele que resulta em dano para o paciente. Embora os cuidados médicos estejam progressivamente mais complexos e sejam dependentes de várias equipes, historicamente a qualidade e segurança da saúde tem sido observada individualmente entre as categorias de profissionais. Portanto, comunicação eficaz e trabalho em equipe satisfatório são essenciais para obter uma assistência relacionado à saúde de qualidade e segura para o paciente (LEONARD; GRAHAM; BONACUM, 2004). Esta pesquisa apresentou deficiência na comunicação entre os membros da equipe com média muito inferior aos níveis toleráveis (média $32,72 \pm 29,42$), com diferenças estatisticamente significante nas médias e na percepção do fisioterapeuta em relação ao enfermeiro. A política de comunicação utilizada dentro da UTI para transmissão de regras e de condutas demonstra, pelos resultados, não estar condizente com serviço de excelência na qualidade, necessitando de mudanças com urgência. Baseada nas organizações de alta complexidade observa-se a necessidade de transformação semelhante na área da saúde, desenvolvendo e implementando gestão de recursos que padronizem a comunicação e trabalho em equipe.

Conforme os autores BENDER; SILVA, 2016; AREIAS; GUIMARÃES, 2004, o gênero feminino apresentou mais estresse pessoal, social e no trabalho do que o masculino. Provavelmente, porque as mulheres são pouco solicitadas a participarem de decisões, refletindo o baixo apoio, e também pela necessidade de cuidar da sua família e sua casa, além de trabalhar fora, enquanto o gênero masculino apresenta melhores pontos de apoio o que reduz o estresse. Esses dados são corroborados pela teoria de estresse/apoio (OSTERMANN, 1989), o qual postula que a saúde mental e os fatores psicossociais de risco são determinados tanto por apoios como por estressores, na esfera pessoal, social e trabalho, e que os fatores de apoio podem anular os efeitos danosos do estresse.

Os achados desta pesquisa apresentaram-se não fortalecidos para a média geral dos domínios associado ao gênero. Na análise individual por domínio, nota-se que a média para percepção de estresse está mais elevada nos homens e tendendo a positivo para as mulheres, contrariando os achados de literatura. Talvez pelo fato do sexo masculino estar em número reduzido em relação ao feminino o que aumentaria a pressão no trabalho. Por outro lado, o gênero masculino demonstrou médias mais elevadas para todos os domínios e itens sem domínios, exceto para Clima de Segurança, com tendência de médias positivas para o domínio Clima de Trabalho em Equipe e Satisfação no Trabalho.

O maior tempo de experiência profissional ou pessoal propicia redução nos fatores estressores, possivelmente, pela maturidade e experiências, gerando maior consciência de suas ações profissionais e mecanismos de enfrentamento do estresse, mediando o impacto negativo do estresse no trabalho. Apesar disso, o efeito predominante do tempo ainda é o desgaste com a profissão, correndo o risco de adoecer e comprometendo as formas de controle sobre o estresse (CAVALHEIRO; MOURA JUNIOR; LOPES, 2008). Neste estudo a média geral da percepção da cultura de segurança associada ao tempo de serviço não se mostrou positivo para nenhum dos grupos com mais ou menos experiência. Enquanto, na análise individual, observa-se o fortalecimento no domínio Satisfação no Trabalho para o grupo com menos de 5 anos e no domínio Percepção de Estresse para os ≥ 5 , sendo contrário ao encontrado na literatura, talvez pelo fato de o desgaste profissional e a desmotivação no ambiente de trabalho, com a falta de apoio, estar favorecendo o estresse.

8 CONCLUSÕES

A abordagem da cultura de segurança, na área da saúde e, principalmente, na UTI, representa uma valiosa aprendizagem na identificação de atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde em relação à segurança do paciente.

O instrumento SAQ forneceu um instantâneo da cultura de segurança da UTI de adultos do HC/UFU, obtendo um panorama sobre as questões relativas às percepções de atitudes dos profissionais de várias categorias e os pontos necessários para ajustes.

A percepção geral desta UTI, quanto à cultura de segurança do paciente, demonstrou-se uma pontuação menor que 75, sendo, provavelmente, esclarecida pela análise individualizada dos itens do SAQ, que favorece uma visão dos pontos fortes e fracos das atitudes de segurança dos funcionários. De fato, essa análise dos domínios e itens sem domínios demonstrou que gerência, condições de trabalho e falhas de comunicações foram os pontos mais enfraquecidos desse serviço, dificultando a harmonia e o equilíbrio. Fundamenta-se essa afirmação no fato de os domínios Condições de Trabalho e Falhas na Comunicação serem consequências das atitudes dos gestores, pois estes são responsáveis pelas diretrizes do setor, como: promoção da cultura de segurança, da confiança dos funcionários e da cultura de aprendizado com estratégias pró-ativas que determinam as condições humanas de trabalho e a liberdade de comunicação entre os erros, promovendo ganho de conhecimento sem represálias ou advertências.

A relação dos domínios e itens sem domínios do SAQ, entre as categorias profissionais desta UTI, demonstrou uma média geral menor que 75 em todos os grupos, com variações nos resultados entre esses cargos, provavelmente, com as diferenças na hierarquia, sexo, responsabilidades e compreensão sobre a segurança do paciente. Observou-se uma percepção da cultura de segurança do paciente mais elevada para os médicos e fisioterapeutas em relação aos outros profissionais. Provavelmente esse fato está relacionado com a melhor satisfação no trabalho, reconhecimento da sua atuação e remuneração financeira proporcional as suas expectativas, esclarecendo, inclusive, o melhor resultado do fisioterapeuta em relação ao médico. O enfermeiro apresentou-se não fortalecido para todos os domínios, com a pior média geral e, em especial, para o domínio Falhas de Comunicação. Trata-se de um cargo que necessita de muitas habilidades no relacionamento e treinamento na comunicação para harmonizar o funcionamento do sistema, uma vez que os enfermeiros são responsáveis pela determinação médica, supervisão direta dos cuidados, cobrança na execução das tomadas de decisões e na ação de outros grupos como técnicos de

enfermagem, nutricionistas e psicólogos. Por fim conclui-se que esse conjunto de fatores entre outros (pressões hierárquicas, responsabilidade no fracasso, pouco reconhecimento no sucesso dos resultados) reflete a insatisfação desse grupo.

Diante da complexidade da assistência à saúde, é muito importante que o setor de UTI procure sanar a ineficácia da comunicação entre os profissionais para que se evite os eventos adversos e tenha uma cultura de segurança com alta qualidade.

Os profissionais apresentaram atitude de segurança não fortalecida tanto no gênero masculino quanto no feminino. No que diz respeito à análise individualizada dos domínios, observou-se Satisfação no Trabalho positiva e Clima de Trabalho em Equipe com tendência positiva nos homens, demonstrando a qualidade da colaboração e da comunicação entre os prestadores de cuidados, visando ao trabalho em equipe, ao respeito mútuo entre profissionais, ao controle das falhas e da abertura na comunicação, e à troca de informações importantes.

O tempo de experiência não apresentou diferença estatística em relação ao maior ou menor tempo de experiência na profissão, provavelmente pela complexidade do serviço na UTI, fazendo com que os funcionários tenham tempo limitado de tolerância para atuação no setor. Essa informação é reforçada pelos dados encontrados nesta pesquisa em que os funcionários jovens apresentaram satisfação no trabalho e aqueles com mais tempo de profissão uma elevada percepção de estresse.

Em suma, este trabalho demonstra a complexidade da cultura de segurança da UTI investigada, com a influência de fatores intrínsecos e extrínsecos ao ambiente de cuidados intensivos, deixando claro a necessidade de superar as falhas, reconhecer os pontos frágeis a partir dos resultados do SAQ e criar uma cultura de vigilância e de cooperação e não de culpa. Estes dados podem não ser aplicáveis a outras UTIs de adultos, devido às características locais e culturais que envolvem esse serviço.

9 REFERÊNCIAS

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brazilian Health Surveillance Agency). RDC 36/2013 **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**, 2013. <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente>. Acesso em Jan. 2016.

ABDI, Z.; DELGOSHAEI, B.; RAVAGHI, H.; ABBASI, M.; HEYRANI, A.. The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. **Journal of Nursing Management**, v. 23, n. 1, p. 333–345, 2015.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Surveys on patient safety culture. 2010. <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture>. Acesso em Jan. 2016.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Preliminary Comparative Results: Nursing Home Patient Safety Culture. 2008. <http://www.ahrq.gov/qual/nhsurvey08/nhprelim08.htm>. Acesso em Jan. 2016.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. AHRQ QUALITY INDICATORS - Guide to Patient Safety Indicators. Agency for Healthcare Research and Quality <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>, 2006.

ALAYED, A.S.; LÖÖF, H.; JOHANSSON, U-B.. Saudi Arabian ICU safety culture and nurses' attitudes. **International journal of health care quality assurance**, v. 27, n. 7, p. 581-593, 2014.

AREIAS, M.E.Q.; GUIMARÃES, L.A.M.. Gênero e estresse em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n. 2, p. 255-262, 2004.

BARGER, L.K.; AYAS, N.T.; CADE, B.E.; CRONIN, J.W.; ROSNER, B.; SPEIZER, F.E.; CZEISLER, C.A.. Impact of extended-duration shifts on medical errors, adverse events, and attentional failures. **PLoS Medicine**, v. 3, n. 12, p. e487, 2006.

BASSUNI, E.M.; BAYOUMI, M.M.. Improvement Critical Care Patient Safety: Using Nursing Staff Development Strategies, At Saudi Arabia. **Global Journal of Health Science**; v. 7, n. 2, p. 335-343, 2015.

BECCARIA, L.M.; PEREIRA, R.A.M.; CONTRIN, L.M.; LOBO, S.M.A.; TRAJANO, D.H.L.. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, n. 3, p. 276-282, 2009.

BECKAMANN, U.; BOHRINGER, C.; CARLESS, R.; GILLIES, D.M.; RUNCIMAN, W.B.; WU, A.W.; PRONOVOST, P.. Evaluation of two methods for quality improvement in intensive care: Facilitated incident monitoring and retrospective medical chart review. **Critical Care Medicine**, v. 31, n. 4, p. 1006-1011, 2003.

BENDER, F.K.; SILVA, D.Q.. Estresse profissional, gênero e trabalhadores de tecnologia de informações: Uma revisão sistemática. **Espacios**, v. 37, n. 3, p. 5, 2016.

BITTAR, O. J. N.. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 6, n. 22, p. 15-18, 2004.

BOGNÁR, A; BARACH, P.; JOHNSON, J.K.; DUNCAN, R.C.; BIRNBACH, D.; WOODS, D.; HOLL, J.L.; BACHA, E.A.. Errors and the Burden of Errors: Attitudes, Perceptions, and the Culture of Safety in Pediatric Cardiac Surgical Teams. **The Annals of Thoracic Surgery**, v.85, n. 4, p. 1374-1381, 2008.

BUCKLEY, T.A.; SHORT, T.G.; ROWBOTTOM, Y. M.; OH, T.E.. Critical incident reporting in the intensive care unit. **Anesthesia**, v. 52, p. 403–409, 1997.

CARVALHO, P.A.; GÖTTEMS, L.B.D.; PIRES, M.R.G.M.; OLIVEIRA, M.L.C.. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1041-1048, 2015.

CARVALHO, R.E.F.L.; CASSIANI, S.L.B.. Questionário de Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 575-582, 2012.

CAVALHEIRO, A.M.; MOURA JUNIOR, D.F.; LOPES, A.C.. Estresse de Enfermeiros com atuação em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 29-35, 2008.

CHAN, S.CH.. Paternalistic leadership and employee voice: Does information sharing matter? **Human Relations**, v. 67, n. 6, p. 667–693, 2014.

CHANG, S.Y.; MULTZ, A.S.; HALL, J.B.. Critical care organization. **Critical Care Clinics**,

v. 21, n. 1, p. 43-53, 2005.

CHIAVENATO, I. **Introducción a la teoría general de la administración**, México, Ed. McGraw-Hill, 178 p, 1996.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

COLLA, J.; BRACKEN, A.; KINNEY, L.; WEEKS, W.. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Quality and Safety in Health Care**, v. 14, n. 1, p. 364–366, 2005.

COOK, R.; WOODS, D.. **Operating at the sharp end: The complexity of human error**. In: *Human Error in Medicine*. Bogner MS (Ed). Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, p. 255–310, 1994.

COOPER, M.D.. Towards a model of safety culture. **Safety Science**, v. 36, n. 2, p. 111-136, 2000.

COX, S.; COX, T.. The structure of employee attitudes to safety: A European example. **Work & Stress**, v. 5, n. 1, p. 93–104, 1991.

CROW, S.M.; HARTMAN, S.J.. Organizational Culture: Its Impact on Employee Relations and Discipline in Health Care Organizations. **The Health Care Manager**, v. 21, n. 2, p. 22-28, 2002.

DAVIES, H.T.O.; NUTLEY, S.M.; MANNION, R.. “Organizational culture and quality of healthcare”. **Quality in Health Care**, v. 9, n. 2, p. 111-119, 2000.

DEILKAS, E.T.; HOFLOSS, D.. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). **BMC Health Services Research**, v. 8, n. 1, p. 191, 2008.

DESHPANDÉ, R.; PARASURAMAN, A.. Linking corporate culture to strategic planning. **Business Horizons**, v. 29, n. 3, pp. 28-37, 1986.

DEVRIENDT, E.; VAN DEN HEEDE, K.; COUSSEMENT, J.; DEJAEGER, E.; SURMONT, K.; HEYLEN, D.; *et al.*. Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the Safety Attitudes Questionnaire: An observational study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 49, n. 1, p. 327–337, 2012.

- DIAS, Reinaldo. **Cultura organizacional**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003.
- DONABEDIAN, A.; The quality of care. How can it be assessed? **The Journal of the American Association**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.
- EWART, G.W.; MARCUS, L.; GABA, M.M.; BRADNER, R.H.; MEDINA, J.L.; CHANDLER, E.B.. The critical care medicine crisis: a call for federal action: a white paper from the critical care professional societies. **Chest**, v. 125, n. 4, p. 1518–1521, 2004.
- FENG, X., BOBAY, K., WEISS, M.. Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 63, n. 3, p. 310–319, 2008.
- FLIN, R.; MEARNS, K.; O'CONNOR, P.; BRYDEN, R.. Measuring safety climate: identifying the common features. **Safety Science**, v. 34, n. 1, p. 177-192, 2000.
- FLIN, R.; FLETCHER, G.; McGEORGE, P.; SUTHERLAND, A.; PATEY, R.. Anesthetists' attitudes to teamwork and safety. **Anesthesia**, v. 58, n. 3, p. 233-242, 2003.
- FLIN, R.. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. **Safety Science**, v. 45, n. 1, p. 653–667, 2007.
- FLIN, R.; WINTER, J.; SARAC, C.; RADUMA, M.. **Human Factors in Patient Safety: Review of Topics and Tools**. Report for Methods and Measures Working Group of WHO Patient Safety. Geneva: World Health Organization, 2009.
- FRANCE, D.J.; GREEVY, R.A.; BURGESS, H.; DITTUS, R.S.; WEINGER, M.B.; SPEROFF, T.. Measuring and Comparing Safety Climate in Intensive Care Units. **Medical Care**, v. 48, n. 3, p. 279-284, 2010.
- GABA, D.M.; SINGER, S.; SINAIKO, A. et al.. Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators. **Human Factors**, v. 45, n. 1, p. 173-185, 2003.
- GARROUSTE-ORGEAS, M. et al.. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. **Critical Care Medicine**, v. 36, n. 1, p. 30-35, 2008.
- GARROUSTE-ORGEAS, M. et al.. Selected medical errors in the intensive care unit: results of the IATROREF: parts I and II. **American Journal of respiratory and critical care medicine**, v. 181, n. 2, p. 134-142, 2010.
- GERSHON, R.; STONE, P.; BAKKEN, S.; LARSON, E.. Measurement of organizational

- culture and climate in healthcare. **Journal of Nursing Research**, v. 34, n. 1, p. 33–40, 2004.
- GERSHON, R.. Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: A systematic review. **Industrial Health**, v. 45, n. 5, p. 622-636, 2007.
- GONZÁLEZ-ROMÁ, V.; PIERRÓ, J.M.; LLORET, S.; ZORNOZA, A.. The validity of collective climates. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, v. 72, n. 1, p. 25-40, 1999.
- GULDENMUND, F.W.. The nature of safety culture: a review of theory and research. **Safety Science**, v. 34, n. 1, p. 215-257, 2000.
- HELMREICH, R.L.; FOUSHEE, H.C.. **Why Crew Resource Management? Empirical and theoretical bases of human factors training in aviation**. In: E. Wiener, B. Kanki, & R. Helmreich (Eds.), *Cockpit Resource Management* (pp. 3-45). San Diego, CA: Academic Press, 1993.
- HELMREICH, R.L.; MERRITT; A.C.; SHERMAN, P.J.; GREGORICH, S.E.; WIENER, E.L.. **The Flight Management Attitudes Questionnaire (FMAQ)**. NASA/UT/FAA Technical Report 93-4. Austin, TX: The University of Texas, 1993.
- HELMREICH, R.L.; MERRITT; A.C.; SHERMAN, P.J.; GREGORICH, S.E.; WIENER, E.L.. **Culture at Work in Aviation and Medicine: National, Organizational, and Professional Influences**. Aldershot, UK: Ashgate; 1998.
- HELMSTADTER C. Authority and leadership: the evolution of nursing management in 19th century teaching hospitals. **Journal of Nursing Management**, v.16, n. 1, p. 4–13, 2008.
- HOPKINS, A. Studying organizational cultures and their effects on safety. **Safety Science**, v. 44, n. 10, p. 875-889, 2006.
- HUANG, D.T.; CLERMONT, G.; SEXTON, J.B.; KARLO, C.A.; MILLER, R.G.; WEISSFELD, L.A.; ROWAN, K.M.; ANGUS, D.C.. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. **Critical Care Medicine**,; v. 35, n. 1, p. 165–176, 2007.
- HUANG, D.T.; CLERMONT, G.; LAN KONG; WEISSFELD, L.A.; SEXTON, J.B.; ROWAN, K.M.; ANGUS, D.C.. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 22, n. 3, p. 151–

161, 2010.

IAEA. **Safety Culture** (International Safety Advisory Group, Safety-Series 75-INSAG-4). International Atomic Energy Agency, Vienna, 1991.

IOM (Institute of Medicine). **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington, DC: The National Academies Press, 2001.

KANE-URRABAZO C.. Management's role in shaping organizational culture. **Journal of Nursing Management**, v. 14, n. 1, p. 188–194, 2006.

KAYA, S.; BARSBAY, S.; KARABULUT, E.. The Turkish version of the safety attitudes questionnaire: psychometric properties and baseline data. **Quality Safety in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 572–577, 2010.

KINICKI, A.; KREITNER, R.. **Comportamento organizacional**. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

KIRK, S.; PARKER, D.; CLARIDGE, T.; ESMAIL, A.; MARSHALL, M.. Patient safety culture in primary care- developing a theoretical framework for practical use. **Quality & Safety in Health Care**, v. 16, n. 4, p. 313-320, 2007. doi: 10.1136/qshc.2006.018366.

KLINE, T.J., WILLNESS, C., GHALI, W.A.. 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.Y.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S.. **Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: Building a Safer Health System**. Washington DC: National Academy Press: Washington, DC, 1999.

KORNER, M.; WIRTZ, M.A.; BENGEL, J.; GORITZ, A.S.. Relationship of organizational culture, teamwork and job satisfaction in interprofessional teams. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 1, p. 243, 2015. DOI 10.1186/s12913-015-0888-y.

KRISTENSEN, S; SABROE, S.; BARTELS, P.; MAINZ, J.; CHRISTENSEN, K.B.. Adaption and validation of the safety attitudes Questionnaire for the Danish hospital setting. **Clinical Epidemiology**, v. 7, n.1, p. 149-160, 2015.

LEE, W.C.; WUNG, H.Y.; LIAO, H.H.; LO, C.M.; CHANG, F.L.; WANG, P.C.. Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version safety attitude questionnaire. **BMC Health Services Research**, v. 10, n. 1, p. 234, 2010.

LEONARD, M.; GRAHAM, S.; BONACUM, D.. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. **Quality and Safety in Health Care**, v. 13, n. 1, p. 85-90, 2004.

LIMA, S.M.B.; ALBANO, A.G.B.. Um Estudo sobre Clima e Cultura Organizacional na Concepção de Diferentes Autores. **Rev. CCEI - URCAMP**, v.6, n.10, p. 33-40, 2002.

FREITAS, M.E.. Cultura organizacional grandes temas em debate. *Revista de Administração em Empresas*, v. 31, n. 3, p. 73-82, 1991.

MAROCO, J. **Análise estatística com SPSS Statistics**. 5ª ed. Pero Pinheiro: Report Number, 2011.

MIQUELIM, J.D.L.; CARVALHO, C.B.O.; GIR, E.; PELÁ, N.T.R.. Estresse nos profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pacientes portadores de HIV-AIDS. DST – **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 16, n. 3, p. 24-31, 2004.

MUROFUSE, N.T.; ABRANCHES, S.S.; NAPOLEÃO, A.A.. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 255-261, 2005.

MORGAN, G. Reflections on Images of Organization and Its Implications for Organization and Environment. **Organization & Environment**, v. 24, n. 4, p. 459-478, 2011.

NASSAR, P.. **História e cultura organizacional**: In: *Revista Comunicação Empresarial*, n. 36, 2000.

NEAL, A.; GRIFFIN, M.A.; HART, P.M.. The impact of organizational climate on safety climate and individual behavior. **Safety Science**, v. 34, n. 1, p. 99-109, 2000.

NGUYEN, G.; GAMBASHIDZE, N.; ILYAS, S.A.; PASCU, D.. Validation of the safety attitudes questionnaire (short form 2006) in Italian in hospitals in the northeast of Italy. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 1, p. 284, 2015.

NIELSEN, K.; YARKER, J.; BRENNER, S.O.; RANDALL, R.; BORG, V.. The importance of transformational leadership style for the well-being of employees working with older people. **Journal of Advanced Nursing**, v. 63, n. 5, p. 465–475, 2008. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04701.x

NIEVA, V.F.; SORRA, J.S.. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**, v. 12, p. 17–23, 2003.

NORDÉN-HÄGG, A.; SEXTON, J.B.; KÄLVEMARK-SPORRONG, S. et al. Assessing Safety Culture in Pharmacies: The psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. **BMC Clinical Pharmacology**, v. 10, n. 8, p. 1-12, 2010.

OLIVEIRA, R.J.; CUNHA, T.. ESTRESSE DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO AMBIENTE DE TRABALHO: CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 3, n. 2, p. 78-93, 2014.

OSTERMANN, R.F.. **The SWS stress/support model: School of Psychology**. Farleigh Dickinson University, Paramus, New York: Free Press, 1989.

PATTERSON, P.D.; HUANG, D.T., FAIRBANKS, R.J.; WANG, H.E.. The Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire. **American Journal of Medical Quality**, v. 25, n. 2, p. 109-115, 2010.

PIDGEON, N.. Safety culture: theoretical issues. **Work and Stress**, v. 12, n. 3, p. 202–216, 1998.

PIDGEON, N.; O'LEARY, M. Man-made disasters: why technology and organizations (sometimes) fail. **Safety Science**, 34, 15-30, 2000.

PIRES, J.C.S.; MACÊDO, K.B.. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 1, p. 81-104, 2006.

PITTET, D.; DONALDSON, L.. Clean Care is Safer Care: the first global challenge of the WHO world alliance for patient safety. **American Journal of Infection Control**, v. 33, n. 11, p. 476-479, 2005.

POLEY, M.J.; VAN DER STARRE, C.; VAN DEN BOS, A.; VAN DIJK, M.; TIBBOEL, D.. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using

the Safety Attitudes Questionnaire. **Pediatrics Critical Care Medicine**, v. 12, n. 6, p. 310-316, 2011.

PROFIT, J.; ETCHEGARAY, J.; PETERSEN, L.A.; SEXTON, J.B.; HYSONG, S.J.; MEI, M.; THOMAS, E.J.. The Safety Attitudes Questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the NICU. [Archive of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition](#), v. 97, n. 2, p. 127-132, 2012. doi: 10.1136/archdischild-2011-300612.

PRONOVOST, P.J.; ANGUS, D.C.; DORMAN, T.; ROBINSON, K.A.; DREMISOZOV, T.T.; YOUNG, T.L.. Physician Staffing Patterns and Clinical Outcomes in Critically Ill Patients: A Systematic Review. **Journal of the American Medical Association**, v. 288, n. 17, p.2151–2162, 2002.

PRONOVOST, P.J.; WEAST, B.; HOLZMUELLER, C.G.; ROSENSTEIN, B.J.; KIDWELL, R.P.; HALLER, K.B.; *et al.*. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. **Quality and Safety in Health Care**, v. 12, n. 6, p. 405-410, 2003.

PRONOVOST, P.J.; NEEDHAM, D.M.; WATERS, H.; BIRKMEYER, C.M.; CALINAWAN, Jr.; BIRKMEYER, J.D.; DORMAN, T.. Intensive care unit physician staffing: financial modeling of the Leapfrog standard. **Critical Care Medicine**, v. 32, n. 6, p. 1406–1408, 2004.

PRONOVOST, P.J; SEXTON, J.B.. “Assessing safety culture: guidelines and recommendations”, **Quality and Safety in Health Care**, v. 14, n. 4, p. 231-233, 2005.

PRONOVOST, P.J.; BERENHOLTZ, S.M.; GOESCHEL, C.A.; NEEDHAM, D.M.; SEXTON, J.B.; THOMPSON, D.A., *et al.*: Creating High Reliability in Health Care Organizations. **Health Services Research**, v. 41, n. 4p2, p. 1599-1617, 2006.

RAFTOPOULOS, V.; PAVLAKIS, A.. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. **Journal Critical Care**, v. 28, n. 1, p. 51-61, 2013.

READER, T.W.; FLIN, R.; CUTHBERTSON, B.H.. Communication skills and error in the intensive care unit. **Current Opinion in Critical Care**, v. 13, n. 6, p. 732, 2007.

- READER, T.W.; CUTHBERTSON, B.H.; DECRUYENAERE, J.. Burnout in the ICU: potential consequences for staff and patient well-being. **Intensive Care Medicine**, v. 34, n. 1, p. 4–6, 2008.
- REASON, J.. **Understanding adverse events Human factors**. In: Clinical Risk Management Edited by: Vincent CA. **British Medical Journal Publications**; 1995.
- REASON, J.. **Managing the risks of organizational accidents**. Ashgate Publishing, Aldershot; 1997.
- REASON, J.. Human error: models and management. **The Western Journal of Medicine**, v. 172, n. 6, p. 393, 2000.
- REASON, J.. **Managing the risks of organizational Accidents**. 6th Ed. Burlington: Ashgate; 2002.
- REIMANN, B.C.; WIENER, Y.. **Corporate Culture: Avoiding the Elitist Trap**. Business Horizons, v. 31, n. 2, P. 36-44, 1988.
- RELIHAN, E.; GLYNN, S.; DALY, D.; SILKE, B.; RYDER, S.. Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit. **Irish Journal of Medical Science**, v.178, n. 4, p. 433-439, 2009.
- RIBEIRO, O.. Cultura organizacional. Millenium. **Revista ISPV**, v. 32, n. 1, p.169-184, 2006.
- RIGOBELLO, M.C.G.; CARVALHO, R.E.F.L.; CASSIANI, S.H.B.; GALON, T.; CAPUCHO, H.C.; DEUS, N.N.. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012.
- ROTHSCHILD, J.M.; KEOHANE, C.A.; COOK, E.F.; ORAV, E.J.; BURDICK, E.; THOMPSON, S.; HAYES, J.; BATES, D.W.. A controlled trial of smart infusion pumps to improve medication safety in critically ill patients. **Critical Care Medicine**, v. 33, n. 3, p. 533-540, 2005.
- ROWAN, K.; BRADY, A.; VELLA, K.; BOYDEN, J.; SEXTON J.B.. Teamwork and safety attitudes among staff in critical care units and the relationship to patient mortality. **Critical Care**, v. 8, n. 1, p. 341, 2004.

- RUNCIMAN, W.; HIBBERT, P.; THOMSON, R.; VAN DER SCHAAF, T.; SHERMAN, H.; LEWALLE, P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009.
- SANTOS, C.L.M.; RODRIGUES, C.L.P.; SILVA, L.B.S.; BAKKE, H.A.; LEITE, A.S.M.; LEAL, M.M.A.. Fatores de estresse na atividade de médicos em João Pessoa (PB, Brasil). **Revista Produção**, v. 21, n. 1. p. 181-189, 2011.
- SARAIVA, D.M.R.F.; ALMEIDA, A.A.. Validation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 to Portugal. *International Journal of Nursing*, v. 2, n.1, p. 103-112, 2015.
- SCOTT-FINDLAY. S.; ESTABROOKS, C.A.. Mapping the organizational culture research in nursing: a literature review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 56, n. 5, p. 498-513, 2006.
- SCHEIN, E.H.. Organizational culture. **American Psychologist**, v. 45, n. 1, p. 109-119, 1990.
- SCHEIN, E.H.. "Coming to a New Awareness of Organizational Culture". **Sloan Management Review**, v. 25, n. 2, p. 3-16, 1984.
- SCHEIN, E.H.. **Organizational culture and leadership**. 3rd Ed., San Francisco, CA: Jossey-Bass Business & Management Series, p. 429, 2004.
- SCHNEIDER, B.; EHRHART, M.; MACEY, W.. Organizational Climate and Culture. **Annual Review of Psychology**, v. 64, n. 1, p. 361-388, 2013. doi: 10.1146/annurev-psych-113011-143809.
- SEXTON, J.B.; THOMAS, E.J.; HELMREICH, R.L.. **Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys**. *British Medical Journal*, v. 320, n. 7237, p. 745-749, 2000.
- SEXTON, J.B.: **A Matter of life or death: Social psychological and organizational factors related to patient outcomes in the intensive care unit**. In Unpublished doctoral dissertation The University of Texas at Austin; 2002.
- SEXTON, J.B.; THOMAS, E.J.. **Measurement: Assessing Safety Culture**. In: Leonard M, Frankel A, Simmonds T (eds). *Achieving Safe and Reliable Healthcare: Strategies and Solutions*. Chicago, IL: Health Administration Press, 2004, pp. 115–27.

SEXTON, J.B.; HELMREICH, R.L.; NEILANDS, T.B.; ROWAN, K.; VELLA, K.; BOYDEN, J.; ROBERTS, P.R.; THOMAS, E.J.. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, v. 6, p. 44, 2006. doi:10.1186/1472-6963 Disponível em: www.biomedcentral.com/1472-6963/6/44. Acesso em jan. 2016.

SOUSA, P. Patient safety- A necessidade de uma Estratégia Nacional. **Acta Médica Portuguesa**, v. 19, n. 5, p. 309-318, 2006.

SKOGSTAD, A.. The importance of a change-centred leadership style in four organizational cultures. **Scandinavian journal of management**, v.15, n.3, p. 289-306, 1999.

SMIRCICH, L. Concepts of culture and organizational analysis. **Administrative Science Quarterly**, v. 28, n. 3, p. 339-358, 1983.

SORRA, J.; NIEVA, V.F. **Hospital Survey on Patient Safety Culture** (AHRQ publication No 04-0041) Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/hospcult.pdf>. Acesso em jan. 2016.

SORRA, J.; NIEVA, V.F.; FAMOLARO, T.; DYER, N.. **Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2007. Disponível em: <http://archive.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2007/hospsurveydb1.pdf>. Acesso em jan. 2016.

SPEROFF, T. et al.. “Organizational culture variation across hospitals and connection to patient safety climate”. **Quality and Safety in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 592-596, 2010.

SPLENDOR, V.L.; ROMAN, A.R.. A Mulher, a Enfermagem e o Cuidar na Perspectiva de Gênero. **Revista Contexto & Saúde**, v. 1, n. 4, p. 31-44, 2003.

TEIXEIRA, T.C.A.; CASSIANI, S.H.B.. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 137-144, 2010.

TAYLOR, J.A.; PANDIAN, R.. A dissonant scale: stress recognition in the SAQ. **BMC Research Notes**, v. 6 n. 1, p 302, 2013.

THOMAS, E.J.; SEXTON, J.B.; HELMREICH, R.L.. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. **Critical Care Medicine**, v. 31, n. 3, p. 956-959,

2003.

THOMAS, E.J.; SHERWOOD, G.D.; MULHOLLEM, J.L.; SEXTON, J.B.; HELMREICH, R.L.. Working together in the neonatal intensive care unit: provider perspectives. **Journal of Perinatology**, v. 24, n. 1, p. 552-559, 2004.

THOMAS, E.J.; SEXTON, J.B.; NEILANDS, T.B.; FRANKEL, A.; HELMREICH, R.L.. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: A randomized trial of clinical units. **BMC Health Services Research**, v. 5, n. 1, p. 28, 2005.

TSAI, Y.. Relationship between Organizational Culture, Leadership Behavior and Job Satisfaction. **BMC Health Services Research**. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/98>. Acesso em jan. 2016.

VAN DEN BERGHE, G.; WOUTERS, P.; WEEKERS, F.; VERWAEST, C.; BRUYNINCKX, F.; SCHETZ, M.; VLASSELAERS, D.; FERDINANDE, P.; LAUWERS, P.; BOUILLON, R.. Intensive insulin therapy in critically ill patients. **The New England Journal Medicine**, v. 345, n. 19, p. 1359-1367, 2001.

VERGASTA, P.D.. **Cultura e aprendizagem organizacional**. 2001. Disponível em <<http://www.revistaacademica.net/trabalho/t20001310.html>>. Acesso em jan. 2016.

VINCENT, C.; TAYLOR-ADAMS, S.; STANHOPE, N.. Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine. **British Medical Journal**, v. 316, n. 1, p. 1154-1157, 1998.

VINCENT, C.. Understanding and responding to adverse events. **The New England Journal of Medicine**, v. 348, n. 11, p. 1051-1056, 2003.

VINCENT, C.. **Patient Safety**. London: Elsevier, 2006.

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

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

WACHTER, R.M.. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WEINGART, S.N.; FARBSTEIN, K.; DAVIS, R.B.; PHILLIPS, R.S.. Using a multihospital survey to examine the safety culture. **The Joint Commission Journal on Quality and**

Patient Safety, v. 30, n. 1, p. 125-132, 2004.

WESTRUM, R.. A typology of organizational cultures. **Quality and Safety in Health Care**, v. 13, n. 2, p. 22–27, 2004.

WIENER, E.L.; KANKI, B.G.; HELMREICH, R.L.. **Cockpit resource management**. San Diego, CA, US: Academic Press: p. Xxi 519, 1993.

WIEGMANN, D.A.; ZHANG, H.; von THADEN, T.L.; SHARMA, G.; GIBBONS, A.M.. **A Synthesis of Safety Culture and Safety Climate Research**. University of Illinois Aviation Research Lab Technical Report ARL-02-03/FAA-02-2, 2002.

WIEGMANN, D.A.; ZHANG, H.; von THADEN, T.L.; SHARMA, G.; GIBBONS, A.M.. Safety Culture: An Integrative Review. **The International Journal of Aviation Psychology**, v. 14, n. 2, p. 117-134, 2004.

WHEELEN, T.L.; HUNGER, J.D.. **Strategic Management and Business Policy**. 3rd Ed., Addison-Wesley: Reading, MA., 1989.

WHO. **World Alliance for Patient Safety: Forward Programmed**. Geneva: WHO; 2004, p. 1-27.

WHO. **World Healthcare Organization. The second global patient safety challenge: safe surgery saves lives**. WHO guidelines for safe surgery, 2009.

WHO. **Patient Safety Program, 2012** Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/campaigns/en/> Acesso em jan. 2016.

WINTERS, B.; DORMAN, T.. Patient-safety and quality initiatives in the intensive care unit. **Current Opinion in Anesthesiology**, v. 19, n. 1, p. 140-145, 2006.

WOLFE, A.. Institute of Medicine Report: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st century. **Policy Politics Nursing Practice**, v. 2, n. 3, p. 233-235, 2001.

WOODS, D.M.; HOLL, J.L.; SHONKOFF, J.P.; MEHRA, M.; OGATA, E.S.; WEISS, K.B.. Child-specific risk factors and patient safety. **Journal of Patient Safety**, v. 1, n. 1, p. 17-22, 2005.

WRIGHT, D.; MACKENZIE, M.; BUCHAN, I.; CAIRNS, C.S.; PRICE, L.E.. Critical incidents in the intensive therapy unit. **The Lancet**, v. 338, n. 8768, p. 676-681, 1991.

ZAMBON, L.S; DAUD-GALLOTTI, R.; NOVAES, H.M.D.. **Introdução à Segurança do Paciente**, 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.proqualis.net/resources/000000484>>. Acesso em: jan. 2016.

ZIMMERMANN, N.; KÜNG, K.; SEREIKA, S.M.; ENGBERG, S.; SEXTON, B.; SCHWENDIMANN, R.. Assessing the safety attitudes questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals – a validation study. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 347, 2013.

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

ZOHAR, D.. Thirty years of safety climate research: Reflections and future directions. **Accident Analysis and Prevention**, v. 42, n. 1, p. 1517–1522, 2010.

YULE, S.J.; FLIN, R.; MURDY, A.J.. **Modelling managerial influence on safety climate**. Paper presented at Society of Industrial and Organizational Psychology Conference, San Diego, CA, 2001.

ANEXO 1 – SAQ Short Form Validado Brasil

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

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

• Use somente lápis número 2  Preenchimento correto  Preenchimento incorreto  Não se aplica

• Apague muito bem qualquer resposta que você desejar mudar    

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

Discordo totalmente      Não se aplica

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

INFORMAÇÕES

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

Cargo: (marque somente um)

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

Gênero: homem mulher Atuação principal: adulto pediatria ambos

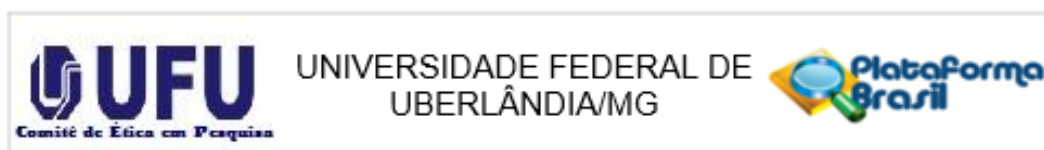
Tempo na especialidade: menos de 6 meses 6 a 11 meses 1 a 2 anos 3 a 4 anos 5 a 10 anos 11 a 20 anos 21 anos ou mais

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

POR FAVOR NÃO ESCREVA NESTA ÁREA



ANEXO II – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: "Análise da relação colonização e infecção por enterobactérias resistentes a carbapenêmicos e cultura de segurança em UTI de adultos"

Pesquisador: MABEL DUARTE ALVES GOMIDES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 52659615.7.0000.5152

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.638.131

Apresentação do Projeto:

Emenda atual foi enviada pelos pesquisadores para atender à recomendação do CEP/UFU apontada no Parecer 1.595.823, de 14 de Junho de 2016, solicitando atualização do cronograma da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa não foram alterados nesta Emenda.

O objetivo foi somente atualizar o cronograma.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios desta pesquisa não sofreram alterações com a presente emenda.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente. Considerações já foram feitas conforme o parecer 1.595.823, de 14 de Junho de 2016.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos foram apresentados e a recomendação foi atendida.

Recomendações:

Sem recomendações.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 1.638.131

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores atualizaram o cronograma e encaminharam esta emenda, atendendo à recomendação do CEP/UFU.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Parcial ao CEP/UFU: Janeiro de 2018.

Data para entrega de Relatório Parcial ao CEP/UFU: Janeiro de 2019.

Data para entrega de Relatório Parcial ao CEP/UFU: Janeiro de 2020.

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Janeiro de 2021.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_747484E1.pdf	27/08/2016 09:33:49		Aceito
Outros	Justificativa.docx	27/08/2016 09:32:55	MABEL DUARTE ALVES GOMIDES	Aceito
Outros	RESPOSTA_DO_PARECER_CONSUB STANCIADO.doc	01/08/2016 21:53:57	MABEL DUARTE ALVES GOMIDES	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO_ESTUDO_PILOT O.doc	20/05/2016 20:55:55	MABEL DUARTE ALVES GOMIDES	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO_DE_PESQUISA_PLATAFORMA BRASIL.doc	20/05/2016 20:54:58	MABEL DUARTE ALVES GOMIDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.doc	20/05/2016 20:53:35	MABEL DUARTE ALVES GOMIDES	Aceito
Outros	ASPECTOS_ETICOS.doc	21/01/2016 01:35:16	MABEL DUARTE ALVES GOMIDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO.doc	21/01/2016 01:27:13	MABEL DUARTE ALVES GOMIDES	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia.pdf	19/01/2016 23:58:16	MABEL DUARTE ALVES GOMIDES	Aceito
Outros	SAQ_Short.pdf	19/01/2016 23:57:31	MABEL DUARTE ALVES GOMIDES	Aceito
Outros	Protocolo_do_Projeto_de_Pesquisa.	19/01/2016	MABEL DUARTE	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 1.638.131

Outros	doc	23:55:35	ALVES GOMIDES	Aceito
Outros	Documento_de_Solicitacao_de_Autorizacao_de_Coleta_de_Dados_HC_UFU.pdf	19/01/2016 23:55:14	MABEL DUARTE ALVES GOMIDES	Aceito
Outros	DADOS_DO_PROJETO_DE_PESQUISA.doc	19/01/2016 23:53:52	MABEL DUARTE ALVES GOMIDES	Aceito
Outros	curriculo_lattes.doc	19/01/2016 23:53:13	MABEL DUARTE ALVES GOMIDES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_DA_EQUIPE_EXECUTORA.jpg	19/01/2016 23:45:28	MABEL DUARTE ALVES GOMIDES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_DA_INSTITUICAO_CO-PARTICIPANTE.pdf	19/01/2016 23:44:17	MABEL DUARTE ALVES GOMIDES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	19/01/2016 23:41:24	MABEL DUARTE ALVES GOMIDES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 08 de Julho de 2016

Assinado por:

Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

ANEXO III

ANALYSIS OF THE CULTURE OF PATIENT SAFETY IN INTENSIVE CARE UNIT: CROSS STUDY

ABSTRACT

Background: Patient safety culture has been the subject of much concern in the scientific community because of the large number of failures resulting from health care provision. Hospitals, for their high complexity, require professionalism in their management to ensure health care quality. This study aimed to evaluate the characteristics of the team of professionals active in an adult intensive care unit and the general perception of domains and items without patient safety culture domains by examining the significant differences between these categories.

Methods: The study was conducted using a cross-sectional study design in the adult intensive care unit. The Safety Attitudes Questionnaire instrument was applied in this sample to assess patient safety culture. Descriptive analysis and analysis of variance were conducted with a significance level (α) of 5%.

Results: This research was conducted in the adult intensive care unit of Uberlandia Clinical Hospital with the participation of 138 employees in specific areas of medicine, psychology, nutrition, physiotherapy, nursing, and office. Participants were predominantly nursing technicians (N = 67, 76.8%), and 62.3% had experience ranging from 5 to ≥ 21 years. The overall average score for safety culture in the intensive care unit was 57.80 ± 23.39 , median 58.92, which is less than 75 points, demonstrating a weakened safety attitude among the team. The domains with the best and worst results were job satisfaction (72.38 ± 19.63) and hospital management perception (42.69 ± 22.81), respectively. No statistical difference was detected between the category of professionals in terms of safety climate and worker perception. The professional who demonstrated a better safety attitude was the physiotherapist.

Conclusions: Physicians and physical therapists showed better perception of patient safety culture, probably because the work in the ICU met your expectations and satisfaction.

Keywords: Safety Culture, ICU, professional categories, health, safety perception, SAQ

BACKGROUND

In recent decades, patient safety has aroused much concern and awareness in the world after scientific evidence of high mortality rates due to health care failures. In 1999, the Institute of Medicine published a report highlighting the severity of this security issue, which was released by the World Health Organization in 2004 as the World Alliance Program for Patient Safety as a strategy for mobilizing global health institutions [1,2]. The degree of complexity related to health care, especially in hospitals, requires specialized health management focused on quality and patient safety [3].

The term ‘safety culture’ was first defined in 1991 [4] and later improved globally as follows: ‘Safety culture is the lasting value and priority placed for worker and public safety for all, in all groups and all levels of an organization’ [5].

To evaluate the safety of health in quantitative research, there is a series of questionnaires, including the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). This evaluates the flaws related to interpersonal aspects of work team performance, such as teamwork, leadership, communication, and collaboration in decision-making [6].

This study aimed to evaluate the assets of the professional adult intensive care unit (ICU) in the Clinical Hospital of the Federal University of Uberlandia (HC-UFU) in terms of the general characteristics of team formation and perception of patient safety culture, highlighting the significant differences between categories.

METHODS

Study population and design

The survey was conducted within a cross-sectional study model following a quantitative approach and was performed in the adult ICU of the HC-UFU, Brazil, between the months of June and July in 2016.

The study targeted 163 permanent staff of the ICU and included medical coordinators, nurses and physiotherapists, medical assistants, medical residents, nurses, nursing technicians, physical therapists, nutritionists, psychologists, and office assistants. This population were invited to participate in the study 144 employees who were active in their functions in the ICU during the collection period. A sample of 138 participants (84,6% of the population) was obtained according to the minimum size required for data reliability (for the frequency of $50 \pm 10\%$, 10% confidence limits, and the 95% confidence interval; $N= 61$ professionals). The sample was composed by these professionals regardless of time of work, since they were trained in the routine of the unit, after excluding incomplete responses. The

sample was recruited after review (number 1638131) by the Education and Research Committee of the Federal University of Uberlandia followed by the consent of the Director of Education and Research of the HC-UFU and the ICU coordinators, medical, nursing, and physiotherapy staff from June to July in 2016. These participants received envelopes (Invitation Letter of Informed Consent and SAQ) and returned them after completion. In this sample, the SAQ was applied (Short Form 2006, adapted for Brazil) [7] as a tool in the assessment of patient safety culture. The self-administered instrument consists of two parts, the first with 41 items and the second consisting of columns for the participant data population by sex, professional category, time, and performance unit. In the first part of the SAQ, 36 items are included in six areas, and items relating to the management perception are divided into hospital management and unit—in this case, intensive care. The remaining five items (14, 33–36) belong to the specific area, and items 2, 11, and 36 are reversed. All SAQ questionnaires that were incorrectly completed were omitted.

The score of each item is performed according to a 5-point Likert scale ranging from ‘totally disagree’ to ‘completely agree’; The score order is as follows: totally disagree (A): 0 points; partially disagree (B): 25 points; neutral (C): 50 points; partially agree (D): 75 points, and totally agree (E): 100 points. The score ranges from zero to 100, where zero is the worst perception and 100 the best; values are considered positive when the score is greater than or equal to 75 points. The item could be cancelled by marking the letter ‘X’ when the respondent thought that the question did not apply to the ICU in question.

Statistical analysis

After checking the questionnaires and application of the exclusion criteria, according to the elements previously stipulated, the data of 138 participants were analysed.

Descriptive analysis was performed on SAQ issues using the average Likert scale responses after inversion of the reverse items (2, 11, 36) in order to summarize the obtained dataset. It was calculated from the mean value of the quantitative variables and proportions of qualitative variables. The items of the instruments were analysed by domain/dimension and as full scale by means or medians according to the population distribution.

The analyses of statistical data and tests were performed with the Statistical Package for Social Sciences for Windows version 21.0. Inferential analyses were done by chi-square test (χ^2), t-test, and analysis of variance (ANOVA) with determination by the Shapiro-Wilk test. The analysis adopted significance level (α) of 5%.

RESULTS

Of the total of 163 permanent professionals in the HC-UFU adult ICU from the specific areas of medicine, psychology, nutrition, physiotherapy, nursing and office work, 143 participated in the survey and returned the envelope (Invitation Letter of Informed Consent and SAQ), and 138 questionnaires were properly completed (Table 1).

TABLE 1 - Distribution of frequency and percentage as to the professional class

OFFICE	FREQUENCY (N)	PERCENTAGE (%)
Medical	29	21.0
Nurse	23	16.7
Nursing Technician	67	48.6
Physiotherapist	6	4.3
Administrative	9	6.5
Psychologist / Nutritionist	4	2.9
TOTAL GERAL	138	100.0

As for professional category, the nursing technicians represented the highest number of participants followed by doctors and nurses. However, it was decided to group some categories of professionals in order to obtain inferential analysis of all professionals. Professionals were categorized as doctors, nurses, and physiotherapists, and the small number of professionals associated with psychologists and nutritionists were placed in a single category called psychologist/nutritionist.

The analysis of the SAQ questionnaire items, grouped with and without fields, was performed by averaging the responses after excluding invalid items and reversing items 2, 11, and 36 with an overall average of safety culture in the ICU below 75 points (57.80 ± 23.39 , median 58.92), referring to a scale of zero to 100, demonstrating a weakness in the team's attitude.

The areas that had higher values were job satisfaction and stress perception, and the worst result was in hospital management and perception for the item isolated on communication failures (Table 2).

TABLE 2 - Distribution of domains according to the frequency, mean, and standard deviation

DOMAINS	NUMBER	MEAN	STANDARD DEVIATION
Working climate team	138	69.37	16.59
Safety Climate	138	55.87	17.54
Job Satisfaction	138	72.38	19.63
Stress perception	138	73.84	24.67
Perception of Unit Management	138	57.14	24.20
Perception of Hospital Management	138	42.69	22.81
Working Condition	138	49.78	23.79
ITEMS WITHOUT DOMAINS	NUMBER	MEAN	STANDARD DEVIATION
Worker perception (item 14)	138	52.81	31.93
Collaboration between members of the care team (33 a 35)	138	69.71	22.68
Communication failures (36)	138	32.72	29.42
GENERAL TOTAL	138	57.80	23.39

Perception of patient safety for each professional category was analysed using the average of the areas and items without domains of each profession and then comparing them between the categories, noting considerable variations from one group to another. In the professional category of doctors, the overall average of the areas and items without domain was 61.63 ± 24.17 , and scores were strengthened in job satisfaction (77.89 ± 20.64) and stress perception (75.28 ± 25.22). In this category of professionals, the average survey results showed higher levels compared to nurses and nursing assistants in all areas as well as worker perception and communication failures.

The overall averages of nurses and nursing technicians for safe attitude with patients were 48.58 ± 22.31 and 57.73 ± 22.41 , respectively. Averages of domains and items without areas were observed to be higher in technicians than in nurses with the worst averages in question on communication failure (nurse: 22.82 ± 24.90 and technicians: 32.31 ± 30.85) despite none of these professionals presenting strengthened awareness for patient safety. The overall average in the areas and items without the areas of physiotherapy professionals (71.03 ± 21.39) was higher than for other categories of professionals. A stronger perception was observed in the fields of work climate team (75.64 ± 16.89), job satisfaction (89.17 ± 13.20), and stress perception (82.50 ± 22.27).

Psychologists and nutritionists showed overall averages for safety attitude with the patient of 53.88 ± 25.19 and agree strongly to stress perception domain of 75.00 ± 26.51 .

The security environment domain (63.39 ± 24.81) was not strengthened but had a higher average than in other professionals and the worst averages for unit management (38.75 ± 25.29) and the hospital (20.00 ± 21.60) and working conditions (23.44 ± 24.14). The management team presented a general average, in the fields and items without domains, of 56.3 ± 25.15 with a high average for the strengthened stress perception domain (82.64 ± 17.89) and the worst average for worker perception (41.67 ± 27.95) compared to other professional categories.

In the ANOVA of the average values between professional categories and the domains and items without domain on the SAQ, we observed statistically significant differences ($p < 0.05\%$) for multiple comparisons, as shown in Table 3. A statistical difference was detected between the professional categories in safety climate, labour perception, stress, and collaboration perception among members of the care team.

Table 3 - Average of distribution and standard deviations of the professional categories for each domain with the proper ANOVA

DOMAINS AND ITEMS WITHOUT DOMAIN	MEDICAL	NURSES	TECHNICIAN NURSING	PHYSIOTHERAPIST	PSYCHOLOGIST / NUTRITIONIST	ADMINISTRATIVE
	$\bar{X} (\pm DP)$	$\bar{X} (\pm DP)$	$\bar{X} (\pm DP)$	$\bar{X} (\pm DP)$	$\bar{X} (\pm DP)$	$\bar{X} (\pm DP)$
Working climate team	74.71 (± 15.18) a	59.96 (± 19.04) b	69.45 (± 14.49) a	75.64 (± 16.89) a	73.92 (± 21.59) ab	69.44 (± 20.62) ab
Safety Climate	58.96 (± 20.21) a	49.61 (± 17.96) a	56.31 (± 15.68) a	58.33 (± 19.92) a	63.39 (± 24.81) a	53.64 (± 16.07) a
Job Satisfaction	77.89 (± 20.64) a	59.56 (± 19.30) b	73.50 (± 16.17) a	89.17 (± 13.20) a	67.50 (± 31.22) ab	70.00 (± 25.00) ab
Stress perception	75.28 (± 25.22) a	68.66 (± 22.77) a	73.09 (± 26.15) a	82.50 (± 22.27) a	75.00 (± 26.51) a	82.64 (± 17.89) a
Perception of Unit Management	66.98 (± 26.65) a	48.35 (± 21.68) b	55.28 (± 22.35) b	66.25 (± 23.44) ab	38.75 (± 25.29) b	57.50 (± 32.40) ab
Perception of Hospital Management	44.54 (± 22.43) ac	38.20 (± 19.90) ab	43.41 (± 22.75) ac	64.00 (± 16.73) c	20.00 (± 21.60) b	41.11 (± 28.15) abc
Working Condition	58.18 (± 22.01) ac	42.66 (± 24.33) bd	48.26 (± 22.39) cd	73.96 (± 18.71) a	23.44 (± 24.14) b	47.92 (± 24.20) bc
Worker perception (item 14)	55.17 (± 38.02) a	51.04 (± 31.44) a	54.46 (± 30.73) a	74.67 (± 21.91) a	68.50 (± 47.10) a	41.67 (± 27.95) a
Collaboration between members of the care team (33 a 35)	68.39 (± 24.94) a	67.75 (± 21.80) a	71.27 (± 22.53) a	71.66 (± 24.01) a	77.08 (± 17.18) a	62.96 (± 23.61) a
Communication failures (36)	36.20 (± 26.38) ab	22.82 (± 24.90) a	32.31 (30.85) ab	54.17 (± 36.80) b	31.25 (± 12.50) ab	36.11 (± 35.60) ab
TOTAL MEDIUM BY PROFESSIONAL	61.63 (± 24.17) ac	48.58 (± 22.31) b	57.73 (± 22.41) c	71.03 (± 21.39) a	53.88 (± 25.19) bc	56.30 (± 25.15) bc

Different letters of the alphabet, in line with the table, is the statistical difference ($p < 0.05$) between perceived attitude of professionals.

\bar{X} = Mean; DP= Standard Deviation

DISCUSSION

In assessing the safety culture of the adult ICU of the educational institution HC-UFU through quantitative methods using the SAQ instrument, the results indicate that all areas need improvement. The results converge with and diverge from data published by other scholars. These similarities and differences stem from cultural and organizational aspects related to patient safety [8,9]. A medical error in the ICU requires appropriate handling through systematic recognition, reporting, analysis, and interpretation [10] followed by a culture of learning from these errors with resolution of inter-professional communication problems [8].

With regard to the professional category, the literature review presented a frequency of nursing professionals ranging from 41.6% to 82% [11-17]. Patterson et al. (2010) observed equal proportions between doctors and other health of professionals. This study corroborates most of the literature showing the field of nursing professionals (65.3%) [18].

The questionnaire scores attitudes above 80 as reflecting harmonic health care environments for work, staff satisfaction in performing their duties, and positive attitudes towards safety climate. On the other hand, levels below 60 indicate a major concern and strong need to implement measures to promote safety culture in the institution [19]. There was variation in the literature regarding positive attitudes averages ranging from 73.5 to 86 [13,20] and negative attitudes with averages ranging from 46.4 to 65.7 [7,8,21]. In this study, the average response to the SAQ questions by professionals was not strengthened (57.71 ± 23.32) due to levels below international recommendations for a good perception of safety culture.

Some authors have shown variations in perceptions of safety attitudes among professionals, reporting better safety attitudes in those caregivers who are at the top of the hierarchy of organizations [22]. As in these statements, this research presents a better understanding of patient safety culture in the medical professionals and physical therapists in relation to other professionals.

Regarding the analysis of the means of SAQ scores for domains and items without domains, several points of weakness were observed in the safety culture, demonstrating the possibilities of changes to adjust the quality of care provided in the adult ICU of the HC-UFU.

The working climate team understands the quality of collaboration and communication between care providers aiming at teamwork, mutual respect among professionals, failures and openness in communication, and the exchange of important information [6,8]. Literature

findings showed an average ranging from 58.3 to 85.6 [6,12–15,22–25]. This research obtained a satisfactory average (69.37 ± 16.59) on positive attitudes toward teamwork among ICU professionals at HC-UFU, although considered weakened, showing a tendency of professionals to collaborate with the work within the unit standards, quality service based on professional experience, and respect within the team. It was observed that the medical, nursing, and physical therapy staff had better averages for the nurses. Attention was drawn to assessing the quality of communication where we obtained an average for weakened perception (32.72 ± 29.42), demonstrating many gaps in communication between care providers.

The Safety Climate evaluates the perception of professionals on organizational commitment and the provision of safe care, creating a reference to the employee for their work environment [6]. Various studies presented mean perception ranging from 48.9 to 83.5 [7,9,12,15,21,24]. This research obtained for this domain a weakened average (55.87 ± 17.54), although consistent with the values found in the literature, and medium of similar security among professionals. These data demonstrate the need or opportunity for the ICU sector to act effectively in patient safety through the disclosure protection programs, professional commitments with unit, and billing checklist through each procedure for the provision of safe care by identifying errors and incidents.

Evaluation on job satisfaction denotes a positive view of the professionals on the workplace with personal motivation and love for the profession [6–8], directly influencing the safety culture with reduced incidence of adverse effects [10]. Studies show variation in averages in this area in the national literature from 75.0 to 77.6 [7,21] and in the international literature from 65.6 to 86.1 [8,12,15,24]. This article presented a general average for this satisfactory domain (72.38 ± 19.63) close to the strengthened rates and consistent with the literature data. There were differences in mean medical staff, nursing technicians, and physical therapists in relation to the nurses. These data demonstrate that the ICU has a favourable environment, clearly in the operating objectives and therefore most of the professionals demonstrate job satisfaction, with some careers more accomplished than others.

Stress Perception is a domain that recognizes the error influenced by fatigue as in the case of long hours of work, psycho-emotional changes, and work with inexperienced and overconfident staff, demonstrating the behaviour of workers in situations with stress factors while providing assistance to the patient [6,8]. This is considered a controversial area as it evaluates the behaviour of the responder, differing from the other SAQ scale items that focus

mainly on the behaviour and attitudes of colleagues and their effects on the climate of security [26]. Therefore, some authors believe that it does not contribute positively to the construction of the security environment as intended and should be excluded from the SAQ [23,27].

A stressor is any event that frightens, confuses, or excite a person [28]. The hospital environment can be an important stressor for professionals due to living with critically ill patients and death, working conditions, demands required for assistance, devaluation and lack of professional autonomy, work overload, double-shift work with low pay, repetitive work, conflict in teamwork, the lack of preparation and training of professionals to deal with the frequent changes in the technological arsenal, and the great responsibility required at work [29,30]. Among the health professions with a higher stress index are nursing and medicine due to the characteristics of each job. Nursing is the fourth most stressful profession in the public sector, and in addition to prolonged contact with the patient, the nursing professional faces other conditions such as flattening of wages, which requires professionals to have more than one job, facing stressful situations due to extremely long monthly charge, and the lack of social recognition [31].

The idea that people make informed decisions regardless of whether they are subjected to stress (such as fatigue, overwork, stress, pressure, and sleep deprivation) is not accurate, because these situations decrease performance and increase the occurrence of medical errors [15,24,32]. The stress perception domain presented in the literature had an average varying from 52.2 to 82.8 [7–9,12,15,21,24,26]. This research submitted a high average for this domain (73.84 ± 24.67) in relation to other areas and corroborating data in the literature. The average for perceived stress was similar, confirming uniformity of thought among professionals who consider the stressful work environment. The ICU of the HC-UFU has the characteristic of being a tertiary hospital and reference in the region, receiving high-severity patients requiring personal and emotional effort from the professionals of this sector.

A positive perception of professionals regarding management of the unit and hospital implies approval of the decisions of the related management of personnel, patient safety, leadership, and human resource management [8]. The contrary situations point to relationship difficulties between professionals and managers, correcting irregularities in sector practice with warnings and punishments, and not treating patient safety issues [14].

The average for overall management varies according to each scene management model, ranging from 48.0 to 78.8 [8,9,15,24–26]; management of the specific unit ranged from 44.5 to 47.02, and that of the hospital ranged from 34.4 to 53.4 [7,12,21]. This study found

weakened average perception in the hospital management (42.69 ± 22.81) with significant differences in the average of psychologist / nutritionist in relation to medical, nursing technicians and physiotherapists and nurses in relation to the physical therapist. These data demonstrate the performance of the current administration, and it is clear not approving the methods used, probably due to lack of consistent attitudes to the needs of the hospital and patient safety.

With regard to the unit management domain, weakened perception was also observed (57.14 ± 24.20) with an average of better evaluation of the physician in relation to nurses, nursing technicians, and psychologists/nutritionists. These results may reflect the actions of hospital managers and the unit, which is ingrained with ancient methods of punishment using warnings of errors and impositions in the relationship between professionals and managers.

The positive perception of working conditions indicates positive attitudes of the respondents regarding the level of supervision, staff training, personnel management, resource availability, working environment quality, and equipment in good condition [6,8]. This area showed a mean change from 41.9 to 81.3 in the search form [8,9,12,15,18,21,24–26].

The findings of the researchers have shown a negative perception of working conditions (average 49.78) with differences in the average physician in relation to the nurse and psychologists/nutritionists; in the nursing technician in relation to the psychologist/nutritionist; and in the physical therapist in relation to nurses, nursing technicians, and psychologists/nutritionists. Despite the ICU HC-UFU being a modern and well-equipped environment that gives the conditions for professionals to perform well, it may be contributing to the negative interference of hospital management in the proper functioning and even the education of professionals to handle the public good. The opposite analysis, i.e. positive for physiotherapists, may be in the fact that this industry gives much professional support with modern appliances in an environment where they are in great demand by the high incidence of critically ill patients, most intubated and mechanically ventilated.

Communication failures are the main causes of adverse events, ie one that results in harm to the patient. Although medical care are progressively more complex and are dependent on several teams, historically the quality and health safety has been observed individually in the categories of professionals. Therefore, effective communication and work in satisfactory staff are essential for a related health care quality and safe for the patient [33].

This research showed deficiency in communication between team members with much lower average to tolerable levels (mean 32.72 ± 29.42), with statistically significant differences in mean physical therapist in relation to the nurse. The communication policy used in the ICU for transmission of rules and behavior demonstrates, the results may not be consistent with the quality excellence of service, requiring changes urgently. Based on highly complex organizations observed the need for similar transformation in health, developing and implementing management features that standardize the communication and teamwork.

CONCLUSIONS

The SAQ instrument provided a snapshot of the safety culture of the adult ICU in the HC-UFU, getting an overview of issues related to perceptions of attitudes of professionals from different categories and the points requiring adjustments.

The general perception of the ICU for patient safety culture proved to be a lower score than 75, probably being clarified by the individual analysis of the SAQ items that favours a vision of the strengths and weaknesses of security staff attitudes. In fact, this analysis of the areas and items without domains showed that management, working conditions, and communications failures were the points of greatest weakness affecting the harmony and balance. The areas of work conditions and failures in communication are consequences of the attitudes of managers as they are responsible for the industry guidelines, such as promotion of safety culture, the confidence of employees, and learning culture proactive strategies that determine human working conditions and freedom of communication between the errors, promoting knowledge without reprisal or warnings.

Perceptions of safety attitudes among professionals indicating a better understanding of patient safety culture among doctors and physiotherapists in relation to other professionals are probably related to the best job satisfaction, recognition of their performance, and financial remuneration proportional to their expectations, including clarifying the best result of physical therapists in relation to doctors.

In conclusion, this study clearly demonstrates the multiple facets of this ICU safety culture with the influence of intrinsic and extrinsic factors to the intensive care setting. These data are not applicable to other adult ICUs because of local and cultural characteristics involved in this service.

REFERENCE

1. IOM (Institute of Medicine). **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington, DC: The National Academies Press, 2001.
2. WHO. **World Alliance for Patient Safety: Forward Programme**. Geneva: WHO; 2004, p. 1-27.
3. Cooper MD. Towards a model of safety culture. **Saf Sci** 2000; 36: 111-36.
4. Cox S, Cox T. The structure of employee attitudes to safety: A European example. **Work & Stress** 1991; 5: 93–104.
5. Wiegmann DA, Zhang H, Von Thaden TL, Sharma G, Gibbons AM. **A Synthesis of Safety Culture and Safety Climate Research**. University of Illinois Aviation Research Lab Technical Report ARL-02-03/FAA-02-2, 2002.
6. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, Roberts PR, Thomas EJ. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research** 2006; 6: 44. doi:10.1186/1472-6963 Disponível em: www.biomedcentral.com/1472-6963/6/44. Acesso em jan. 2016.
7. Carvalho REFL, Cassiani SLB. Questionário de Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2012; 20: 575-82.
8. Abdi Z, Delgoshaei B, Ravaghi H, Abbasi M, Heyrani A. The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. **J Nurs Manag** 2015; 23: 333–45.
9. Alayed AS, Lööf H, Johansson U-B. Saudi Arabian ICU safety culture and nurses' attitudes. **Int J Health Care Qual Assur** 2014; 27: 581-93.
10. Raftopoulos V, Pavlakis A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. **J Crit Care** 2013; 28: 51-61.
11. Saraiva DMRF, Almeida AA. Validation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 to Portugal. **Int J Nurs** 2015; 2: 103-12.
12. Nguyen G, Gambashidze N, Ilyas SA, Pascu, D. Validation of the safety attitudes questionnaire (short form 2006) in Italian in hospitals in the northeast of Italy. **BMC Health Services Research** 2015; 15: 284.
13. Profit J, Etchegaray J, Petersen LA, Sextoon JB, Hysong SJ, MEI M, Thomas EJ. The Safety Attitudes Questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the

- NICU. **Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed** 2012; 97: 127-32. doi: 10.1136/archdischild-2011-300612.
14. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm** 2012; 25: 728-35.
 15. Poley MJ, Van Der Starre C, Van Den Bos A, Van Dijk M, Tibboel D. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. **Pediatr Crit Care Med** 2011, 12: 310-16.
 16. Huang DT, Clermont G, Sexton JB, Karlo CA, Miller RG, Weissfeld LA, Rowan KM, Angus DC. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. **Crit Care Med** 2007; 35: 165–76.
 17. Huang DT, Clermont G, Lan Kong, Weissfeld, LA, Sexton JB, Rowan KM, Angus DC. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. **Int J Qual Health Care** 2010; 22: 151–61.
 18. Patterson PD, Huang DT, Fairbanks RJ, Wang HE. The Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire. **Am J Med Qual** 2010; 25: 109-15.
 19. Nordén-Hägg A, Sexton JB, Källemark-Sporrong S et al. Assessing Safety Culture in Pharmacies: The psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. **BMC Clinical Pharmacol** 2010; 10: 1-12.
 20. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Surveys on patient safety culture. 2010. <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture>. Acesso em Jan. 2016.
 21. Carvalho PA, Göttems LBD, Pires MRGM, Oliveira MLC. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2015; 23: 1041-8.
 22. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. **BMJ** 2000; 320: 745-9.
 23. Taylor JA, Pandian R. A dissonant scale: stress recognition in the SAQ. **BMC Research Notes** 2013; 6: 302.
 24. France DJ, Greevy RA, Burgess H, Dittus RS, Weinger MB, Speroff T. Measuring and Comparing Safety Climate in Intensive Care Units. **Med Care** 2010; 48: 279-84.

25. Relihan E, Glynn S, Daly D, Silke B, Ryder S. Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit. **Ir J Med Sci** 2009; 178: 433-39.
26. Kristensen S, Sabroe S, Btels P, Mainz J, Christensen KB. Adaption and validation of the safety attitudes Questionnaire for the Danish hospital setting. **Clin Epidemiol** 2015; 7: 149-60.
27. Speroff T et al. "Organizational culture variation across hospitals and connection to patient safety climate". **Qual Saf Health Care** 2010; 19: 592-6.
28. Miquelim JDL, Carvalho CBO, Gir E, Pelá NTR. Estresse nos profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pacientes portadores de HIV-AIDS. **DST – J Bras Doenças Sex Transm** 2004; 16: 24-31.
29. Oliveira RJ, Cunha T. ESTRESSE DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO AMBIENTE DE TRABALHO: CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS. **Cad Saúde Desenv** 2014; 3: 78-93.
30. Santos CLM, Rodrigues CLP, Silva LBS, Bakke HA, Leite ASM, Leal MMA. Fatores de estresse na atividade de médicos em João Pessoa (PB, Brasil). **Rev Prod** 2011; 21: 181-9.
31. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2005; 13: 255-61.
32. Barger LK, Ayas NT, Cade BE, Cronin JW, Rosner B, Speizer FE, Czeisler CA. Impact of extended-duration shifts on medical errors, adverse events, and attentional failures. **PLoS Med** 2006; 3: e487.
33. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. **Qual Saf Health Care** 2004, 13: 85-90.

ANEXO IV

ANALYSIS OF THE SAFETY CULTURE IN INTENSIVE CARE UNIT WORK TEAMS

ABSTRACT

Objective: To analyse and compare the perception of patient safety among professionals for the variables of experience and gender.

Design: The study was conducted in a cross exploratory study model in order to evaluate the culture of patient safety among medical professionals and nurses in the adult intensive care unit (ICU) of the Clinical Hospital of the Federal University of Uberlandia (HC-UFU), Brazil. The SAQ tool (Safety Attitudes Questionnaire) was used measure the safety culture among these professionals, with data collection in the period June-July 2016.

Setting: Uberlandia School Hospital, Brazil.

Participants: Of the 143 hospital employees, a total of 119 professionals participated in this study, including physicians, nurses, and nurse technicians.

Main outcome measure (s): Perception of safety attitudes among medical professionals and the ICU nursing staff.

Results: The study participants, represented by doctors, nurses and nurse technicians, were all asked to fill out the SAQ. There was a predominance of females (76.5%) and an experience level greater than or equal to 5 years (N=73, 61.3%). The prevalence ratio analysis between categories of professionals from different areas as well as questionnaire items without domain security attitudes showed a predominance of doctors in relation to nursing professionals.

Conclusions: Through analysis of the individual work areas, positives were seen especially among doctors, and negatives were generally in need of improvement in order to promote a safe environment with reductions in mortality rates.

Keywords: Safety Culture, ICU Security Perception, SAQ, Prevalence

INTRODUCTION

Health organizations have become increasingly aware of the need for change in the organizational culture in order to improve patient safety. The ability of an institution to obtain benefits in patient safety is evident when establishing a safety culture among its employees. Therefore, promoting a culture of safety has become one of the pillars of the patient safety movement [1,2]. Consequently, organizations must evaluate the safety culture at the level of each department or unit, as well as at the organizational level to identify areas of culture need to improve and increase awareness of patient safety concepts; evaluate the effectiveness of patient safety interventions over time and establishing internal and external goals [2].

The biggest challenge for health organizations, in obtaining a secure system for their patients, is cultural change. The current culture where errors are handled as personal failures needs to be replaced in order to improve the system and avoid damage [3]. Faced with this, we see the need to work the development of patient safety culture through the different levels of maturity of safety culture. To transform organizations in this way, there is no quick fix, time is long and requires a lot of commitment, but the benefits could be considerable for patients and professionals. [1]

A higher level of patient safety care processes corresponds with a reduction in the minimum acceptable risk of unnecessary harm, and with the best possible performance of practices, thereby achieving satisfactory results for patients [4,5].

Health organisations are complex institutes that rely on positive and capable management through models and are systematised to achieve high quality and patient safety [6]. It is assumed that many hospitalized patients are harmed every year and that much of this damage occurs in the ICU [7].

Intensive Care Units (ICU) have specific characteristics because they are complex and dynamic environments [7] with high levels of technology and multidisciplinary professionals able to provide the advanced support called for in critically ill patients [8,9]. Critical patients are more vulnerable to adverse events and iatrogenic because they require high technical in the emergency department to the life support to the administration of drugs and fluids and in routine care because usually present both comorbidities as acute organ dysfunction [7]. Therefore, these units are a challenge for patient safety, since they require making urgent decisions at high risk based on clinical findings with incomplete historical information by doctors with different levels of training [10].

An important aspect in this high-risk scenario that has prompted investigations by the results

of incidents with great loss of life, as well as aviation and nuclear power, has been poor communication between team members [9].

It was the objective of this study to evaluate the medical and nursing professionals in the adult ICU of the Clinical Hospital of the Federal University of Uberlandia (HC-UFU), and to analyse the general characteristics of team formation and the perception of patient safety culture, highlighting the strong relationship between these categories.

MATERIALS AND METHODS

Study population and design

The survey was conducted in a cross exploratory study model in order to evaluate the culture of patient safety among medical professionals and nursing staff, crowded in the intensive care unit (ICU) adult, of the Clinics Hospital of the Federal University of Uberlandia (HC-UFU), Brazil. The initial study population was comprised of 143 permanent staff members of the ICU, including physicians, nurses, and nurse technicians. The sample was composed of professionals from these areas, regardless of their experience level, since they are trained to the routine of the unit; incomplete questionnaires were excluded. The recruitment process lasted from June to July 2016, after obtaining approval (number 1638131) from the Education and Research (CEP) Committee, followed by the consent of the Director of Education and Research of the HC-UFU and the medical staff of the ICU Coordinators, nursing and physiotherapy units. The participants received envelopes containing the informed consent forms and SAQ and returned them upon completion. The SAQ (Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006, adapted to Brazil) [11] was used to collect data from the participants and has been shown to have good properties to assess the safety culture in ICUs [12]. The SAQ - Short Form is a self-administered instrument with a total of 41 items, containing 36 domain items (divided into 6 domains), 3 domain-free items, and 2 columns for the participant's sex and experience level.

Statistical analysis

After checking the questionnaires and applying the previously stated exclusion criteria, the data of 119 participants were analysed.

The descriptive analysis of the SAQ questions was performed by calculating the mean value of the quantitative variables and the proportions of the qualitative variables.

Inferential statistics were used to assess the strength of association between each of the explanatory variables, and the dependent variable was assessed by calculating the prevalence ratio (PR) and 95% confidence interval (95% CI). For all analyses a significance of less than

or equal to 5% (<0.05) was used.

RESULTS

Of the total of 143 permanent professionals who make up the HC-UFU adult ICU for the specific areas of medicine, nursing, and nurse technicians, 125 actively worked in morning, afternoon, and night shifts. These employees received envelopes with informed consent and SAQ, only a doctor refused to participate in the study, while 124 returned after filling. Of this total, 119 were validated SAQ questionnaires were properly filled, with a 95.2% validation rate. The five (5) excluded questionnaires, four (4) nurses and technicians (1) nurses were incompletely filled. This study included the participation of 1 medical coordinator, 25 intensive care physicians, 3 medical residents, 1 nursing coordinator, 22 nurses, and 67 nurse technicians. The final 119 participants were represented by doctors, nurses, and nurse technicians (Table 1).

TABLE 1 - Frequency distribution and percentage for profession

OFFICE	FREQUENCY (N)	PERCENTAGE (%)
Medical	29	24.4
Nursing	23	19.3
Nursing Technician	67	56.3
TOTAL	119	100.0

The gender of the participants was primarily female ($n=91$; 76.5%), with males ($n=28$) being predominantly represented in the category of doctors. There was a statistically significant difference ($p < 0.01$) in profession between men and women, with a predominance of women working in nursing (Table 2).

TABLE 2 - Distribution of professional categories by gender

OFFICE	GENDER				TOTAL
	FEMALE		FEMALE		
	Number	(%)	Number	(%)	
Medical	13	10.9	16	13.4	29
Nurse	19	16.0	4	3.4	23
Nursing Technician	59	49.6	8	6.7	67
TOTAL¹	91	76.5	28	23.5	119

1 - $p < 0.05$)

The distribution of experience level, regardless of profession, showed 46 (38.7%)

participants had less than 5 years of experience and 73 (61.3%) participants had 5 or more years of experience. No statistically significant difference was found for the separate professions ($p > 0.05$) (Table 3).

TABLE 3 - Distribution of the profession according to the time of experience

OFFICE	TEMPO DE EXPERIÊNCIA				TOTAL
	< 5 Years		≥ 5 Years		
	Number	(%)	Number	(%)	
Medical	12	10.1	17	14.3	29
Nurse	8	6.7	15	12.6	23
Nursing Technician	26	21.8	41	34.5	67
TOTAL¹	46	38.6	73	61.4	119

¹ - $p > 0,05$); <5 years Less than 5 years; ≥ 5 years: Greater than or equal to 5 years

For the SAQ questionnaire items, which were analysed by averaging the responses, an overall average regarding safety culture of 75 points (57.15 ± 22.94 , median 58.29) was found, confirming a weakened perception of the team.

The domains 'Job Satisfaction' and 'Stress Perception' scored highly, while 'Perception of Hospital Management' scored low. For the isolated items the element of 'Communication failures' was perceived as the worst (Table 4).

TABLE 4 - Distribution of domains according to the frequency, mean, median and standard deviation

DOMAINS	NUMBER	MEAN	MEDIAN	STANDARD DEVIATION
Working climate team	119	68.89	70.83	16.24
Safety Climate	119	55.66	57.14	17.45
Job Satisfaction	119	71.87	75.00	18.89
Stress perception	119	72.77	75.00	25.20
Perception of Unit Management	118	57.27	60.00	23.52
Perception of Hospital Management	119	42.68	45.00	22.08
Working Condition	119	49.59	50.00	23.11
ITEMS WITHOUT DOMAINS	NUMBER	MEAN	MEDIAN	STANDARD DEVIATION
Worker perception (item 14)	114	51.53	50.00	31.25
Collaboration between members of the care team (33 a 35)	119	69.88	75.00	22.86
Communication failures (36)	117	31.41	25.00	28.83
GENERAL TOTAL	119	57.24	57.54	11.23

Conducted analysis of the prevalence ratio between categories of professionals with different areas and items without questionnaire domain security attitudes in order to more accurately assess the homogeneity and the degree of variability in the perception of

teamwork within the ICU group.

As noted in Table 3, the analysis of the work area Climate Team between professional categories showed better perception of the physician in relation to the nurse (1.76 times) and the nursing technician (2.01 times), with statistically significant difference ($p < 0.05$). The domains Safety Climate and Perception of Hospital Management showed low averages, whereas the domain of 'Stress Perception' showed a high average, with physicians having a better perception of stress in relation to nurses (1.60 and 1.88 times respectively), though this result was not statistically significant ($p > 0.05$). The domain 'Job Satisfaction' presented a statistically significant difference ($p < 0.05$) in perception for doctors compared to nurses (2.91 times higher) and for nurse technicians compared to nurses (0.30 times higher). The perception of the domain 'Unit Management' showed a statistically significant difference ($p < 0.05$) between physicians and nurses (2.44 times higher), and between physicians and nurse practitioners (2.88 times higher) for drive management actions concerning patient safety issues. The domain 'Working Conditions' showed low averages, with statistically significant ($p < 0.05$) higher scores for medical positions in relation to nurses (1.83 times higher) and nurse technicians (2.47 times higher).

No statistically significant difference between positions was found for the SAQ items without domain ('Worker perception', 'Collaboration between members of the care team' and 'Communication failures') ($p > 0.05$) (Table 5).

TABLE 5 - Analysis of items with and without domain SAQ domain between different professionals

DOMAINS AND ITEMS WITHOUT DOMAIN	MEDICAL (N = 29)		NURSING (N = 23)
	NURSING (N = 23)	NURSING TECHNICIAN (N = 67)	NURSING TECHNICIAN (N = 67)
	(RP; IC 95%)	(RP; IC 95%)	(RP; IC 95%)
Working climate team	1.76 ¹ ; 1.05 - 2.96	2.01 ¹ ; 1.07 - 3.80	1.79; 0.36 - 1.72
Safety Climate	1.60; 1.03 - 2.46	1.65; 0.87 - 3.11	0.79; 0.36 - 1.72
Job Satisfaction	2.91 ¹ ; 1.51 - 5.59	1.88; 0.89 - 3.96	0.30 ¹ ; 0.12 - 0.74
Stress perception	1.23; 0.75 - 2.01	0.77; 0.42 - 1.41	0.54; 0.26 - 1.09
Perception of Unit Management	2.44 ¹ ; 1.51 - 3.95	2.88 ¹ ; 1.57 - 5.32	0.44; 0.11 - 1.69
Perception of Hospital Management	1.88; 1.44 - 2.45	0.81; 0.29 - 2.26	0.00; Indefinite
Working Condition	1.83 ¹ ; 1,21 - 2,76	2.47 ¹ ; 1.42 - 4.32	0.76; 0.21 - 2.77
Worker perception (item 14)	1.16; 0.71 - 1.88	1.63; 0.90 - 2.97	1.34; 0.67 - 2.69
Collaboration between members of the care team (33 a 35)	1.40; 0.84 - 2.35	1.11; 0.59 - 2.10	0.64; 0.31 - 1.31
Communication failures (36)	1.67; 1.10 – 2.54	1.03; 0.49 – 2.17	0.75; 0.46 – 1.22

1 - p < 0,05

Analysis of the prevalence ratio between gender and the different domains of the questionnaire safety attitudes found a statistically significant difference (p <0.05) in the domain ‘Working climate team’ between men and women (0.78 times higher for men).

The prevalence ratio between the length of experience and areas of the SAQ, showed a satisfaction in strongly consistent work among employees with less service time (1.71 times higher), with a statistically significant difference (p <0.05) compared with those with longer experience.

DISCUSSION

A tertiary ICU is a unique environment within a hospital complex, representing a specialized multidisciplinary team which needs to be able to handle numerous forms of equipment, culturally interact with the environment, respond appropriately to external and internal pressures and, above all, deal with critically ill patients. The combination of these factors can lead to errors with serious consequences for patient safety in the ICU. The assessment of the safety culture with the SAQ shows a snapshot of the health of the ICU regarding staff perception.

In the HC-UFU adult ICU, the SAQ questionnaire was filled out by 124 of the 143 active employees during the collection period, of which 119 questionnaires from the medical and nursing departments were correctly completed and validated. The validated response rate in this study was 95.2%, after excluding five incomplete questionnaires, surpassing the average validated response rate found in literature ranging between 58-91% [12-19]. We observed the benefit of a pilot study for questionnaire validation, as it allows you to remedy any possible completion errors and problems with questionnaire clarity. During collection of the returned questionnaire, a check was performed by the researcher to ensure their correct completion.

According to a survey of the WHO (2009), women and nursing professionals represent more than 75% of the workforce in the health sector and consist of assistants, nurse technicians and nurses [16,20]. Women, nursing and care are closely related and caregiving has historically always been linked to the [21] woman. Studies show a correlation between the two varying between 62.6% and 97.2% [6,15,16,22-24].

This research showed a predominance of females of 76.5%, of which 65.6% were nurses.

According to some authors, there is little evidence of the relationship between experience and patient safety [25,26], while for another author professional experience is an important patient safety indicator [27]. It was observed by Nguyen et al. (2015) [22], that almost 60% of professionals have worked in the field of medicine for over 11 years, and other authors show that the field is predominantly represented by people with more than 5 years of experience, ranging from 32% to 70.0% [6,27 to 29]. In this study, the evaluation of professional experience showed that more than half of the professionals had performed their duties in the ICU for a period greater than five years, demonstrating the experience of this group, although this was not statistically different from the other professions.

The SAQ is interpreted through answer scores, with scores above 80 reflecting a positive attitude towards safety culture and below 60 reflecting major concerns in the workplace [30]. The literature showed variations with respect to attitudes ranging from 46.4 to 86 [6,11,13,26,31]. The average response of the SAQ questions in this study showed low safety scores (57.71 ± 23.32), requiring measures to improve the ICU safety culture.

There are reports in the literature that professionals in senior positions have higher perceptions of safety attitudes [32]. In concurrence with these findings, this study showed a slightly higher perception of patient safety for doctors than for other professionals.

The domain 'Working Climate Team' with a perception above 75 indicates an interactive

and high level of cooperation between team members, favouring a human relationship and avoiding adverse effects; low perceptions highlight the need to improve communication between team members in order to avoid unwanted delays in care that can occur as a result [12,29,33]. This study showed a stronger perception of 'Working Climate Team' for physicians compared to other professionals and for males compared to females, demonstrating a need for team collaboration and improvement of the relationship between professionals.

The domain 'Safety climate' targets the commitment to unity, adherence to guidelines and rules, recognition of medical errors and barriers to reporting errors, identifying the cultures of guilt, tight and learning [13]. This study observed a low perception of the safety climate, detecting the need for effective measures in reducing adverse events and the development of a stronger safety culture among the staff.

A low score on the 'Job Satisfaction' domain reflects the need for more attention to occurrences of exhaustion among employees, which are common in stressful environments such as the ICU and require intervention to prevent stress and discontentment in work in the ICU [13,34]. This paper showed a strong level of job satisfaction, reflecting satisfaction in most employees, especially those with over 5 years of experience.

The 'Stress Perception' domain shows how much stress factors can influence performance at work, which is demonstrated through the behaviour of workers in the provision of care to a patient [12]. Stressed professionals can bring about many consequences, but can also influence the quality of care and potentially even harm patients [35,36]. According to the description of Kristensen et al. (2015) [25], the performance of professionals showed an effective improvement when they underwent teamwork training, effectively neutralizing the impact of stressors on patient safety. The analysis of this domain shows that high scores infer recognition of a stressful environment, favouring the error induction [13]. The analysis in this survey noted a perception of high stress among workers, likely due to the fact that the ICU is a stressful environment and therefore might be lower for the entire patient safety culture.

Health areas are complex organizations that rely on positive and capable managements through centralized models and systematized to achieve improved quality and patient safety [6].

The 'Perception of Unit Management' and 'Perception of Hospital Management' domains reflect a committed management of patient safety that favours the availability of information, medical equipment and personnel, communication about errors, supports

teamwork, allocates resources, generates a non-environment punitive, promotes continued training and visibly acts to solve problems [37]. The contrary point situations relationship difficulties between professionals and managers, correcting the industry practice of irregularities with warnings and punishments, and not treat on patient safety issues [27].

The 'Working condition' domain is a domain that relates to the perception of quality related to the work environment for staff training, management, human resources and materials required for proper functioning [12]. This study showed no perception strongly agree professionals to this area, with greater awareness of the physician in relation to the nurse and nursing technician.

Other domain-free SAQ items did not have higher perceptions among professionals.

CONCLUSIONS

The SAQ is a questionnaire with excellent properties that points to the difficulties in safety attitudes among professionals. In the adult ICU of the HC-UFU safety culture, weaknesses were found regarding the safety attitudes. Through analysis of the individual work areas, positives were seen especially among doctors, and negatives were generally in need of improvement, predominantly in the area of management and communication. These results highlight the need for interventions with changes in actions, reactions and attitudes to promote a safe environment, and with reductions in the incidence of infection, mortality, length of stay and errors in the administration of medications.

In short, this work demonstrates the complexity of the ICU safety culture for various factors such as local, internal, external, and cultural elements with demonstrated failures and possibilities for change.

ACKNOWLEDGMENTS: To the professionals who participated in this study

CONFLICT OF INTERESTS: None

OWN FINANCING

REFERENCES

1. Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M. Patient safety culture in primary care- developing a theoretical framework for practical use. **Qual Saf Health Care** 2007; 16: 313-20. doi: 10.1136/qshc.2006.018366.
2. Nieva VF, Sorra JS. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual Saf Health Care** 2003; 12:17–23.
3. IOM (Institute of Medicine). **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington, DC: The National Academies Press, 2001.
4. Ruciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **Int J Qual Health Care** 2009; 21: 18-26.
5. Zambon LS, Daud-Gallotti R, Novaes HMD. **Introdução à Segurança do Paciente**, 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.proqualis.net/resources/000000484>>. Acesso em: jan. 2016.
6. Profit J, Etchegaray J, Petersen LA, Sexton JB, Hysong SJ, MEI M, Thomas EJ. The Safety Attitudes Questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the NICU. **Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed** 2012; 97: 127-32. doi: 10.1136/archdischild-2011-300612.
7. Buckley TA, Short TG, Rowbottom Y M, Oh TE. Critical incident reporting in the intensive care unit. **Anaesthesia** 1997; 52: 403–9.
8. Bassuni EM, Bayoumi, MM. Improvement Critical Care Patient Safety: Using Nursing Staff Development Strategies, At Saudi Arabia. **Glob J Health Sci** 2015; 7: 335-43.
9. Winters B, Dorman T. Patient-safety and quality initiatives in the intensive care unit. **Curr Opin Anaesthesiol** 2006; 19: 140-45.
10. Beckmann U, Bohringer C, Carless R, Gillies DM, Ruciman WB, Wu AW, Pronovost P. Evaluation of two methods for quality improvement in intensive care: Facilitated incident monitoring and retrospective medical chart review. **Crit Care Med** 2003; 31: 1006-11.
11. Carvalho REFL, Cassiani SLB. Questionário de Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2012; 20: 575-82.
12. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, Roberts PR, Thomas EJ. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties,

- benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research** 2006; 6: 44. doi:10.1186/1472-6963 Disponível em: www.biomedcentral.com/1472-6963/6/44. Acesso em jan. 2016.
13. Abdi Z, Delgoshaei B, Ravaghi H, Abbasi M, Heyrani A. The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. **J Nurs Manag** 2015; 23: 333–45.
 14. Gabrani A, Hoxha A, Simaku A, Gabrani J. Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: a cross-sectional study. **BMJ Open** 2015; 5:e006528. doi:10.1136
 15. Alayed AS, Lööf H, Johansson U-B. Saudi Arabian ICU safety culture and nurses' attitudes. **Int J Health Care Qual Assur** 2014; 27: 581-93.
 16. Poley MJ, Van Der Starre C, Van Den Bos A, Van Dijk M, Tibboel D. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. **Pediatr Crit Care Med** 2011; 12: 310-16.
 17. Kaya S, Barsbay S, Karabulut E. The Turkish version of the safety attitudes questionnaire: psychometric properties and baseline data. **Qual Saf Health Care** 2010; 19: 572–7.
 18. Patterson PD, Huang DT, Fairbanks RJ, Wang HE. The Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire. **Am J Med Qual** 2010; 25: 109-15.
 19. Deilkas ET, Hofoss D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). **BMC Health Services Research** 2008; 8: 191.
 20. WHO. World Healthcare Organization. The second global patient safety challenge: safe surgery saves lives. WHO guidelines for safe surgery, 2009.
 21. Splendor VL, Roman AR. A Mulher, a Enfermagem e o Cuidar na Perspectiva de Gênero. **Rev Contexto Saúde** 2003; 1: 31-44.
 22. Nguyen G, Gambashidze N, Ilyas SA, Pascu, D. Validation of the safety attitudes questionnaire (short form 2006) in Italian in hospitals in the northeast of Italy. **BMC Health Services Research** 2015; 15: 284.
 23. Zimmermann N, Küng K, Sereika SM, Engberg S, Sexton B, Schwendimann, R. Assessing the safety attitudes questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals – a validation study. **BMC Health Services Research** 2013; 13: 347.
 24. Devriendt E, Van Den Heede K, Coussement J, Dejaeger E, Surmont K, Heylen D, *et al.*. Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the Safety

- Attitudes Questionnaire: An observational study. **Int J Nurs Stud** 2012; 49: 327–37.
25. Kristensen S, Sabroe S, Btels P, Mainz J, Christensen KB. Adaption and validation of the safety attitudes Questionnaire for the Danish hospital setting. **Clin Epidemiol** 2015; 7: 149-60.
 26. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. AHRQ QUALITY INDICATORS - Guide to Patient Safety Indicators. Agency for Healthcare Research and Quality <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>, 2006.
 27. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm** 2012; 25: 728-35.
 28. Saraiva DMRF, Almeida AA. Validation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 to Portugal. **Int J Nurs** 2015; 2: 103-12.
 29. Carvalho PA, Göttems LBD, Pires MRGM, Oliveira MLC. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2015; 23: 1041-8.
 30. Lee WC, Wung HY, Liao HH, Lo CM, Chang FL, Wang PC. Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version safety attitude questionnaire. **BMC Health Services Research** 2010; 10: 234.
 31. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Surveys on patient safety culture. 2010. <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture>. Acesso em Jan. 2016.
 32. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. **BMJ** 2000; 320: 745-9.
 33. Raftopoulos V, Pavlakis A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. **J Crit Care** 2013; 28: 51-61.
 34. Reader TW, Cuthbertson BH, Decruyenaere J. Burnout in the ICU: potential consequences for staff and patient well-being. **Int Care Med** 2008; 34: 4–6.
 35. Oliveira RJ, Cunha T. ESTRESSE DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO AMBIENTE DE TRABALHO: CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS. **Cad Saúde Desenv** 2014; 3: 78-93.
 36. Santos CLM, Rodrigues CLP, Silva LBS, Bakke HA, Leite ASM, Leal MMA. Fatores de estresse na atividade de médicos em João Pessoa (PB, Brasil). **Rev Prod** 2011; 21: 181-9.

37. Thomas EJ, Sexton JB, Neilands TB, Frankel A, Helmreich RL. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: A randomized trial of clinical units. **BMC Health Services Research** 2005; 5: 28.

ANEXO V

ANALYSIS OF THE CULTURE OF SAFETY AMONG PROFESSIONALS IN AN INTENSIVE CARE UNIT

Running title: INTENSIVE CARE UNIT SAFETY

ABSTRACT

Objective: To analyse the perception of safety attitudes of professionals in the intensive care unit with respect to time experience and gender.

Design: A cross-sectional study to assess patient safety culture among professionals in the intensive care unit.

Setting: Intensive care unit of a teaching hospital in Brazil

Participants: A total of 138 professionals in the adult intensive care unit of the following areas: medical, nursing, physical therapy, psychology, nutrition, and management Data were collected from 1 to 15 July.

Main Outcome Measures: Perceived safety attitudes among intensive care unit professionals.

Intervention: None

Results: There was a predominance of women in most positions and in professionals with more than five (5) years of experience 87 (63.0%). In the analysis of the safety culture among professionals, there was an average score of 60.72 in men and 56.76 in women, and scores were 57.77 and 57.67 for those with less than and greater than or equal to five (5) years of experience, respectively.

There was strong agreement among males for Climate Working Team (74.28) and in the group with low experience for Job Satisfaction (75.05).

Conclusions: The safety attitude of both genders professionals proved not strengthened. The men presented themselves strengthened to the Working Climate Team domain, which measures the quality of collaboration and communication. There was satisfaction in the work of young workers and high perceived stress in those with more time in the job.

Keywords: safety culture, intensive care, gender, safety attitude questionnaire

INTRODUCTION

Patient safety depends on broad actions and complex efforts in the various segments of an organization, promoting environmental improvement and risk management for good practice of daily activities, detection and control in the areas of greatest impact on security issues, appropriate use of technology, and professional training [1–10].

In the last two decades, improving patient safety has become the basis of health care and research focus. Optimization of the patient safety climate within an institution provides a protective environment essential to preventing adverse events [11]. Therefore, safety attitudes and participation in the necessary changes to improve patient safety are imperative for professionals who deal directly with patients along with managers of health institutions [12].

However, it is noteworthy that intensive care units are complex environments consisting of specialized equipment and medicines, and multidisciplinary teams with multicultural characteristics: professionals face work overload and pressure and handle patients with high severity and life threatening injuries and illnesses. The interaction of these factors can lead to errors with serious consequences for patient safety in the intensive care unit [13].

This research aimed to evaluate the active professional adult intensive care unit of the Clinical Hospital of the Federal University of Uberlandia in terms of the general characteristics of team formation and perception of patient safety with respect to length of experience and gender using the safety attitude questionnaire.

METHODS

Study design and population

A cross-sectional exploratory study of the research data security culture was conducted at the adult intensive care unit of the Clinical Hospital of the Federal University of Uberlandia intensive care unit, whose medical coordinators, nurses, and physiotherapists agreed to participate with their work teams.

The study population was represented by 163 permanent staff of the intensive care unit, one medical coordinator, 37 doctors, three residents, one nursing coordinator, 22 nurses, 80 nursing technicians, one physiotherapy coordinator, five physical therapists, two nutritionists, two psychologists, one head of secretariat, and 10 office assistants.

The sample was composed of professional adult intensive care unit permanent contract employees meeting the minimum size required for a population of 163 individuals ($n = 61$ professionals to the frequency of $50\% \pm 10$, 10% confidence limits, and confidence interval

95%).

Safety culture measurement

The data collection instrument of the safety attitude questionnaire (Short Form 2006, adapted for use in Brazil) [14] was used to assess the safety culture in health institutions. The safety attitude questionnaire is a self-administered instrument consisting of two parts. The first includes 41 items; 36 are inserted into six areas, Management of Perception is divided into Perception of Hospital Management and Unit (in this case, Intensive Care), and the remaining five items (14 and 33 to 36) do not belong to a specific domain. Items 2, 11, and 36 are reverse-scored. The second part of the instrument consists of columns for the participant data population for sex, professional category, length of experience, and performance unit.

Statistical analysis

After checking the questionnaires and application of the exclusion criteria, according to the elements previously stipulated, the data of 138 participants were analysed.

Descriptive analysis was performed on safety attitude questionnaire issues using the average Likert scale responses after inversion of the reverse items (2, 11, 36) in order to summarize the set of obtained data information. The mean value of the quantitative variables and proportions of qualitative variables were calculated. The items of the instruments were analysed by domain/dimension and as a full scale by means or medians according to the population distribution.

Inferential statistics were used to verify the pattern of association between variables. Bivariate inferential analysis was performed using a χ^2 test for comparing the percentages (qualitative variables) and a Student's *t*-test. In all analyses, a significance level (α) of 5% was adopted; results with *p*-values less than or equal to 5% (<0.05) were considered significant. The strength of association between each of the explanatory variables and the dependent variable was assessed by calculating the prevalence ratio (PR) and 95% confidence interval (95% CI).

RESULTS

A total of 163 permanent professionals make up the adult intensive care unit of the Clinical Hospital of the Federal University of Uberlandia in the specific areas of medicine, psychology, nutrition, physiotherapy, nursing, nursing, and technical secretariat; 144 were active in their work activities within the stipulated period for data collection, the morning, afternoon and night shifts. A doctor refused filling out the form and other officials accepted

the invitation, corresponding to a rate of return of 143 (99.3%). These individuals received envelopes (Invitation Letter, informed consent, and the safety attitude questionnaire) and returned them after completion. Of these 143, were validated 138 (96.5%), and properly completed safety attitude questionnaires; the five (5) excluded questionnaires, four technicians nurses and one nurse were incompletely filled.

This research included the participation of medical coordination professionals, medical intensivists, medical residents, nursing coordination professionals, nurses, nursing technicians, physiotherapy coordination professionals, physical therapists, psychologists, nutritionists, and secretaries (Table 1). According to the distribution on the scale of that period, with holidays and certificates, medical professionals had proportionally fewer invitations to participate in the safety attitude questionnaire.

Table 1 - Number and percentage of valid questionnaires distributed according to the positions and number of employees

OFFICE	FREQUENCY (N) PROFESSIONALS	FREQUENCY (N) QUESTIONNAIRES VALID	PERCENTAGE (%) QUESTIONNAIRES VALID
Medical coordination	1	1	100.0%
Team physician responsible	35	25	71.4%
medical resident	3	3	100.0%
Nursing coordination	1	1	100.0%
Nurse	23	22	95.6%
Nursing Technician	80	67	83.7%
Physiotherapy coordination	1	1	100.0%
Physiotherapist	5	5	100.0%
Administrative	2	2	100.0%
Psychologist	2	2	100.0%
Nutritionist	11	9	81.8%
TOTAL	163	138	84.6%

Regarding gender, most of the participants were women (76.1%). The distribution was 105 women and 33 men, and the difference was statistically significant ($p < 0.01$). There was a predominance of women in most professions, except for physicians, who were predominantly men, and physiotherapists, who were men and women in equal proportions (Table 2).

Table 2 - Distribution of the professional category according to gender

OFFICE	GENDER				TOTAL
	FEMALE		MALE		
	Number	(%)	Number	(%)	
Medical	13	9.4	16	11.6	29
Nurse	19	13.8	4	2.9	23
Nursing Technician	59	42.7	8	5.8	67
Physiotherapist	3	2.2	3	2.2	6
Administrative	7	5.1	2	1.4	9
Psychologist / Nutritionist	4	2.9	0	0.0	4
TOTAL¹	105	76.1	33	23.9	138

¹ - $p < 0,05$)

The distribution of adult intensive care unit professionals as to length of experience, regardless of the professional class, was 51 (37.0%) for less than 5 years and 87 (63.0%) for 5 years or more, which served to analyse potential interference of professional experience in work attitudes. Comparing these work experience time ranges for different professions, there was no statistically significant difference ($p > 0.05$).

Comparing genres with the perception of security professionals, there was an overall average of 60.72 ± 12.20 for men and 56.76 ± 10.99 for women with no statistically significant difference ($p > 0.05$). Men had higher stress perception (81.51 ± 21.70 , $p > 0.05$), and women tended toward positive perception of Working Team Climate (74.28 ± 12.86 , $p < 0.05$). The Satisfaction Work domain tended toward positive perception with similarity between men and women (72.83 ± 19.68 , 72.24 ± 19.70 , respectively, and $p > 0.05$). The other fields and items without fields were weakened with respect to security attitude, highlighting failures in communication with the worst averages for both genders (Table 3).

TABLE 3 - Distribution of areas by gender, according to the frequency, mean and standard deviation

DOMAINS	FEMALE			MALE		
	NUMBER	MEDIA	STANDARD DEVIATION	NUMBER	MEDIA	STANDARD DEVIATION
Working climate team ¹	105	67.82	17.37	33	74.28	12.86
Safety Climate	105	56.04	16,00	33	55.32	22.03
Job Satisfaction	105	72.24	19,70	33	72.83	19.68
Stress perception	104	71.28	25.17	33	81.88	21.46
Perception of Unit Management	104	55.87	23.53	33	61.13	26.18
Perception of Hospital Management	104	41.99	21.64	33	44.90	26.39
Working Condition	105	48.29	23.66	33	54.53	23.94

WITHOUT DOMAINS	FEMALE			MALE		
	NUMBER	MEDIA	STANDARD DEVIATION	NUMBER	MEDIA	STANDARD DEVIATION
Worker perception (item 14)	101	50.99	32.19	32	58.59	30.85
Collaboration between members of the care team (33 a 35)	105	69.68	22.65	32	69.79	23.16
Communication failures (36)	103	32.28	30.04	33	34.09	27.82
GENERAL TOTAL	105	56.76	10.99	33	60.72	12,20

1 - p -value < 0,05

The averages of the areas with respect to length of experience in the intensive care unit were 57.77 ± 11.32 and 57.67 ± 11.47 for less than and equal to or greater than five years, respectively, with no statistically significant difference ($p > 0.05$). It was observed that the group with less than five years of experience had strengthened Job Satisfaction (75.05 ± 19.07), and those with equal to or greater than five years of experience had high levels of Stress Perception (76.47 ± 23.96). Other areas had levels lower than 75 for the two groups, and Perception of Hospital Management and communication failures were especially low (<45.00). These findings were not statistically significant.

Analysis of the prevalence ratio between gender and the different domains of the safety attitudes questionnaire found no statistically significant difference ($p > 0.05$) (Table 4).

TABLE 4 - Gender analysis in relation to the areas and items without domains of safety attitude questionnaire

VARIABLE DEPENDENT		GENDER		P ¹	PR ²	Confidence interval 95%	
		FEMALE (NUMBER)	MALE (NUMBER)			LOWER	UPPER
Working climate team	AGREE STRONGLY	41	19	0.07	0.83	0.68	1.01
	AGREE SLIGHTLY	64	14				
Safety Climate	AGREE STRONGLY	16	7	0.43	0.90	0.67	1.20
	AGREE SLIGHTLY	89	26				
Job Satisfaction	AGREE STRONGLY	59	19	1.00	0.98	0.82	1.19
	AGREE SLIGHTLY	46	14				
Stress perception	AGREE STRONGLY	60	21	0.42	0.92	0.77	1.10
	AGREE SLIGHTLY	45	11				
Perception of Unit Management	AGREE STRONGLY	26	12	0.18	0.86	0.67	1.09
	AGREE SLIGHTLY	79	20				
Perception of Hospital Management	AGREE STRONGLY	10	4	0.74	0.92	0.65	1.30
	AGREE SLIGHTLY	95	28				
Working Condition	AGREE STRONGLY	15	9	0.11	0.79	0.57	1.09
	AGREE SLIGHTLY	90	24				
Worker perception (14)	AGREE STRONGLY	42	15	0.68	0.94	0.78	1.15
	AGREE SLIGHTLY	59	17				
Collaboration between members of the care team (33 a 35)	AGREE STRONGLY	57	23	0.10	0.84	0.70	1.01
	AGREE SLIGHTLY	48	9				
Communication failures (36)	AGREE STRONGLY	19	6	1.00	1.00	0.78	18.87
	AGREE SLIGHTLY	84	27				

1 - *p* -value; 2 - Prevalence Ratio

Analysis of the prevalence ratio was performed between the length of experience and areas of the safety attitude questionnaire with no statistically significant difference ($p > 0.05$) (Table 5).

TABLE 5 - Time experience of analysis in relation to the areas and items without domains of safety attitude questionnaire

VARIÁVEL DEPENDENTE		EXPERIENCE TIME		P ¹	PR ²	Confidence interval 95%	
		<5 YEARS ³ (NUMBER)	≥ 5 YEARS ⁴ (NUMBER)			LOWER	SUPERIOR
Working climate team	AGREE STRONGLY	21	39	0.72	0.91	0.58	1.42
	AGREE SLIGHTLY	30	48				
Safety Climate	AGREE STRONGLY	8	15	1.00	0.93	0.50	1.71
	AGREE SLIGHTLY	43	72				
Job Satisfaction	AGREE STRONGLY	33	45	0.16	1.41	0.88	2.24
	AGREE SLIGHTLY	18	42				
Stress perception	AGREE STRONGLY	27	54	0.28	0.78	0.50	1.20
	AGREE SLIGHTLY	24	32				
Perception of Unit Management	AGREE STRONGLY	10	28	0.16	0.65	0.36	1.17
	AGREE SLIGHTLY	40	59				
Perception of Hospital Management	AGREE STRONGLY	4	10	0.57	0.74	0.32	1.76
	AGREE SLIGHTLY	47	76				
Working Condition	AGREE STRONGLY	10	14	0.64	1.16	0.68	1.97
	AGREE SLIGHTLY	41	73				
Worker perception (14)	AGREE STRONGLY	21	36	1.00	1.00	0.64	1.57
	AGREE SLIGHTLY	28	48				
Collaboration between members of the care team (33 a 35)	AGREE STRONGLY	32	48	0.47	1.20	0.76	1.89
	AGREE SLIGHTLY	19	38				
Communication failures (36)	AGREE STRONGLY	8	17	0.65	0.82	0.44	1.53
	AGREE SLIGHTLY	43	68				

1 - p -value; 2 - Prevalence Ratio; < 5 years - less than 5 years; ≥ 5 years - greater or equal to 5 years

DISCUSSION

In assessing the safety culture of adult intensive care unit at the educational institution of the Clinical Hospital of the Federal University of Uberlandia through quantitative methods using the safety attitude questionnaire instrument, the results indicate that all areas need improvement. The current results now converge with and diverge from data published

by other scholars. These similarities and differences stem from cultural and organizational aspects related to patient safety [13,15]. A medical error in the intensive care unit requires appropriate handling through systematic recognition, reporting, analysis, and interpretation [16] followed by a culture of learning from these errors with resolution of inter-professional communication problems [15].

The safety attitude questionnaire was applied to 144 professionals from medical, nursing, nursing technical, physical therapy, psychology, nutrition, and management areas. One doctor refused, and therefore, the rate of return was 99.3%; this is better than the rates of return in the literature, which range from 47.9% to 91.0% [6,11,13,17–22]. It is believed that the high rate of return in this research is due to the direct participation of the researcher with co-workers and the fact that the research was conducted in a teaching hospital where the culture is already focused on the need to cooperate with research.

In health services, significant prevalence of women has been shown among nurses, psychologists, and nutritionists [19,20], and only nursing is more than 75% of human resources in the health sector [19,23].

In most of the studied literature, the authors found predominantly women with a range of 62.6% to 97.2% [11–13,17–20,24,25]. Unlike these findings, the search of an author [21] demonstrated a predominance of males in the work team (71.8%) and other [26] presented homogeneous distribution between men and women.

In the adult intensive care unit sector, this research, in conformity with most authors, used a team of predominantly women (76.8%) and found a predominance of women among nurses and men among physicians, as identified by CARVALHO et al. (2015) [26].

As indicated by BENDER and SILVA (2016) and SANDS and GUIMARAES (2004), women had more personal social, and work stress than did men [27,28]. This is probably because women are asked to participate in decisions, reflecting low support, and also due to the need to take care of their families and homes as well as and exercising while men have better support factors, which reduces the stress. These data are corroborated by stress/support theory, which postulates that mental health and psychosocial risk factors are determined by both support and stressors in personal, social, and work spheres and that the supporting factors could void the harmful effects of stress [29].

In the findings of this research, the overall average of the areas associated with the genre were not strengthened. In the individual analysis domain note that the perception of stress is stronger for men and tending to positive for women, and strengthened for males compared to females for Work Climate areas Team and Job Satisfaction.

Long professional or personal experience reduces stress factors, possibly because of maturity and experience generating greater awareness of their professional actions and stress coping mechanisms mediating the negative impact of stress at work. Nevertheless, the predominant effect of time is still wear to the profession, at the risk of getting sick and losing control of stress [30]. In this study, the overall average of the safety culture perception associated with the service time was not positive for any of the groups with more or less experience. Contrary to other studies, the individual analysis observed strengthening in the field of job satisfaction for the group with under five years and in the field of perception of stress for those with five years or more, perhaps because of the professional awareness of stress.

CONCLUSIONS

The approach to safety culture in health, especially in the intensive care unit, is valuable in learning to identify attitudes and behaviours of health professionals regarding patient safety.

There was a predominance of women in this research; nursing was highlighted due to a higher number of individuals. This predominance may represent the fact that the caregiving profession has traditionally been held by women since ancient times. The professionals did not strengthen their security attitudes in either men or women. With regard to individual analysis of the domains, Working Team Climate was observed to be positive in men, demonstrating the quality of collaboration and communication between care providers aiming at teamwork, mutual respect among professionals, control failures, and openness in communication and the exchange of important information.

The length of experience showed no statistical difference. The complexity of the sector probably causes employees to have limited tolerance time for operating in the sector, characterized by the job satisfaction of young employees and high stress perception of those with more time in the job.

In short, this work presents a safety culture with little influence of gender and length of experience on the professional security attitude. This could be a specific feature of this intensive care unit due to cultural particularities of the professionals.

CONFLICT OF INTEREST: None

REFERENCE

1. Wolfe A. Institute of Medicine Report: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st century. **Policy Politics Nursing Practice** 2001; 2: 233-5.
2. Nieva VF, Sorra JS. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual Saf Health Care** 2003; 12: 17–23.
3. Vincent C. Understanding and responding to adverse events. **N Engl J Med** 2003; 348: 1051-6.
4. Wiegmann DA, Zhang H, Von Thanden TL, Sharma G, Gibbons AM. Safety Culture: An Integrative Review. **International Journal of Aviation Psychology** 2004; 14: 117-34.
5. Pittet D, Donaldson L. Clean Care is Safer Care: the first global challenge of the WHO world alliance for patient safety. **Am J Infect Control** 2005; 33: 476-9.
6. Huang DT, Clermont G, Lan Kong, Weissfeld LA, Sexton JB, Rowan KM, Angus DC. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. **Int J Qual Health Care** 2010; 22: 151–61.
7. Teixeira TCA, Cassiani SHB. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP** 2010; 44: 137-44.
8. Wachter RM. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
9. ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brazilian Health Surveillance Agency). RDC 36/2013 Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática, 2013. <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente>. Acesso em jan. 2016.
10. Bassuni EM, Bayoumi, MM. Improvement Critical Care Patient Safety: Using Nursing Staff Development Strategies, At Saudi Arabia. **Glob J Health Sci** 2015; 7: 335-43.
11. Zimmermann N, Küng K, Sereika SM, Engberg S, Sexton B, Schwendimann, R. Assessing the safety attitudes questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals – a validation study. **BMC Health Services Research** 2013; 13: 347.
12. Nguyen G, Gambashidze N, Ilyas SA, Pascu, D. Validation of the safety attitudes questionnaire (short form 2006) in Italian in hospitals in the northeast of Italy. **BMC Health Services Research** 2015; 15: 284.
13. Alayed AS, Löf H, Johansson U-B. Saudi Arabian ICU safety culture and nurses' attitudes. **Int J Health Care Qual Assur** 2014; 27: 581-93.
14. Carvalho REFL, Cassiani SLB. Questionário de Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2012; 20: 575-82.

15. Abdi Z, Delgoshaei B, Ravaghi H, Abbasi M, Heyrani A. The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. **J Nurs Manag** 2015; 23: 333–45.
16. Raftopoulos V, Pavlakis A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. **J Crit Care** 2013; 28: 51-61.
17. Saraiva DMRF, Almeida AA. Validation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 to Portugal. **Int J Nurs** 2015; 2: 103-12.
18. Devriendt E, Van Den Heede K, Coussement J, Dejaeger E, Surmont K, Heylen D, *et al.* Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the Safety Attitudes Questionnaire: An observational study. **Int J Nurs Stud** 2012; 49: 327–37.
19. Poley MJ, Van Der Starre C, Van Den Bos A, Van Dijk M, Tibboel D. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. **Pediatr Crit Care Med** 2011, 12: 310-16.
20. Kaya S, Barsbay S, Karabulut E. The Turkish version of the safety attitudes questionnaire: psychometric properties and baseline data. **Qual Saf Health Care** 2010; 19: 572–7.
21. Patterson PD, Huang DT, Fairbanks RJ, Wang HE. The Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire. **Am J Med Qual** 2010; 25: 109-15.
22. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, Roberts PR, Thomas EJ. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research** 2006; 6: 44. doi:10.1186/1472-6963 Disponível em: www.biomedcentral.com/1472-6963/6/44. Acesso em jan. 2016.
23. WHO. World Healthcare Organization. The second global patient safety challenge: safe surgery saves lives. WHO guidelines for safe surgery, 2009.
24. Profit J, Etchefaray J, Petersen LA, Sexton JB, Hysong SJ, Mei M, Thomas EJ. The Safety Attitudes Questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the NICU. **Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed** 2012; 97: 127-32. doi: 10.1136/archdischild-2011-300612.
25. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm** 2012; 25: 728-35.

26. Carvalho PA, Göttems LBD, Pires MRGM, Oliveira MLC. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2015; 23: 1041-8.
27. Bender FK, Silva DQ. Estresse profissional, gênero e trabalhadores de tecnologia de informações: Uma revisão sistemática. **Espacios** 2016; 37: 5.
28. Areias MEQ, Guimarães LAM. Gênero e estresse em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. **Psicologia em Estudo** 2004; 9: 255-62.
29. Ostermann RF. The SWS stress/support model: School of Psychology. Farleigh Dickinson University, Paramus, New York: Free Press, 1989.
30. Cavalheiro AM, Moura Junior DF, Lopes AC. Estresse de Enfermeiros com atuação em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2008; 16: 29-35.

APÊNDICES

Apêndice I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Para maiores de 18 anos)

Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional - UFG Campus Catalão
Mestrado Profissional em Gestão Organizacional

**PROJETO DE PESQUISA: “ANÁLISE DA CULTURA DA SEGURANÇA ENTRE OS
PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UMA
INSTITUIÇÃO DE ENSINO”**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você é convidado a participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada: “ANÁLISE DA CULTURA DA SEGURANÇA ENTRE OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO”. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de consentir fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título da Pesquisa: “ANÁLISE DA CULTURA DA SEGURANÇA ENTRE OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO”.

Pesquisador Responsável: MABEL DUARTE ALVES GOMIDES.

E-mail: mabel@dermaclinicagoias.com.br

Pesquisador Orientador: Prof. Dr. Geraldo Sadoyama.

E-mail: gsadoyama@yahoo.com.br

Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com os pesquisadores acima citados, inclusive por ligações a cobrar pelo telefone: (64) 3441.5368. Em casos de dúvidas **sobre os seus direitos** como participante nesta pesquisa, você poderá

entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, nos telefones: (62)3521-1075 ou (62)3521-1076.

Trata-se de uma pesquisa científica que tem os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

Avaliar as características da equipe de profissionais ativos da UTI adulto e a percepção geral dos domínios e itens sem domínios, quanto à cultura de segurança do paciente de um Hospital de ensino.

4.2. Específicos

São objetivos específicos desta pesquisa:

- Analisar a percepção da segurança do paciente entre as categorias profissionais e em relação ao tempo de experiência e gênero;
- Comparar as atitudes de segurança do paciente entre as categorias profissionais em relação aos domínios de clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção do estresse, percepção da gerência da unidade e do hospital, condições de trabalho, e itens sem domínios Percepção do Trabalhador, Colaboração entre os membros da equipe assistencial e Falhas de Comunicação;
- Verificar diferenças significantes entre as categorias de profissionais com os diferentes domínios e itens sem domínios do questionário de atitudes de segurança;
- Identificar a percepção fortalecida ou enfraquecida da segurança do paciente entre as categorias profissionais, o tempo de experiência e o gênero em relação aos diferentes domínios e itens sem domínios.

Para coleta de dados foi realizada aplicação de um questionário sobre cultura de segurança. Não há riscos em se ter um tempo disponível para responder as questões e caso você não queira, pode interromper e desistir de responder. Quaisquer outros sentimentos que apareçam, queira comunicar ao pesquisador para que ele possa lhe auxiliar. Não haverá gastos financeiros para o entrevistado da pesquisa. Os benefícios contribuirão para a elaboração de ações em saúde e educação, políticas públicas de prevenção e melhorias da rede de atendimento em UTI. O risco social de exposição da identidade do participante será mitigado através da manutenção do segredo da identificação e o participante terá o direito de retirar a autorização a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo para si ou para a pesquisa. Os

resultados desta pesquisa serão publicados sob a forma de trabalhos científicos, de artigos publicados em revistas da área e divulgação em eventos (congressos, seminários, jornadas), sendo que o sigilo em relação a identificação de todos os participantes será mantido.

Nome do sujeito entrevistado: _____

Assinatura do sujeito entrevistado: _____

Marca digital [se não souber assinar o nome] – recolher assinatura de 2

Testemunhas: _____

Idade: _____

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu _____,

RG _____ SSP/_____, CPF _____,

abaixo-assinado, concordo em participar voluntariamente do estudo intitulado **“ANÁLISE DA CULTURA DA SEGURANÇA ENTRE OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO”**. Como sujeito, fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador MABEL DUARTE ALVES GOMIDES sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Recebi uma cópia deste documento.

Nome do participante

(letra de forma)

Assinatura

Data

Apêndice II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ESTUDO PILOTO

Você está sendo convidado (a) para participar de um estudo piloto da pesquisa intitulada “ANÁLISE DA CULTURA DA SEGURANÇA ENTRE OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof. Dr. Geraldo Sadoyama, Prof.^a Astrídia Marília de Souza Fontes, Mabel Duarte Alves Gomides, Jane Eire Urzedo.

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender a percepção dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto sobre o clima e cultura de segurança do paciente.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do estudo piloto será obtido pela pesquisadora Mabel Duarte Alves Gomides, nos postos de trabalho dos funcionários da UTI adulto de cinco funcionários desta unidade, escolhidos aleatoriamente, sendo um (1) médico, um (1) enfermeiro, três (3) técnicos de enfermagem e um (1) fisioterapeuta.

Na sua participação você será submetido a um questionário de atitudes de segurança (SAQ) contendo 41 perguntas com resposta em uma escala de cinco (5) pontos que vai do discordo totalmente ao concordo totalmente.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

O risco social de exposição da identidade do participante ou de represália pela participação será mitigado através da manutenção do segredo da identificação, com o direito de retirar a autorização a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo para si ou para a pesquisa.

Os benefícios decorrentes de sua participação serão sociais ao gerar conhecimento científico que auxilie nas melhorias na qualidade da segurança do paciente.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Mabel Duarte Alves Gomides, pelo **telefone (034) 3218-2150 ou pelo endereço Rua Pará 1720, Setor Jardim Umuarama**. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, Sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: (034) 32394131.

Uberlândia, dede 2016

Mabel Duarte Alves Gomides

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

Apêndice III

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E PRIVACIDADE DOS DADOS

Título do projeto: “ANÁLISE DA CULTURA DA SEGURANÇA ENTRE OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO”.

Pesquisador responsável: Geraldo Sadoyama

Pesquisador mestrando: Mabel Duarte Alves Gomides

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Goiás Campus Catalão / PPGGO área da saúde

Telefone para contato: (034) 3218-2150

Local da coleta de dados: Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia/MG.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos profissionais cujos dados serão coletados por meio de preenchimento de um questionário, com o objetivo de conhecer as atitudes e percepções dos profissionais que atuam direta ou indiretamente no cuidado ao paciente no setor de UTI adulto do HC/UFU, acerca da cultura de segurança. Salientam que estas informações serão utilizadas nesta pesquisa e poderão compor um banco de dados para o aprofundamento da pesquisa, Linha de pesquisa “Saúde e Segurança”. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas por um período de cinco anos sob a responsabilidade da mestranda Mabel Duarte Alves Gomides, rua Pará, nº 1720, Jardim Umuarama, setor de UTI adulto do HC/UFU. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFU no 1º semestre de 2016, com o número do CAAE 52659615.7.0000.5152.

Catalão, 17 de junho de 2016.

Geraldo Sadoyama

Pesquisador responsável/orientador



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
REGIONAL CATALÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO ORGANIZACIONAL

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, André Silva Vasconcelos, Coordenador do Mestrado Profissional em Gestão Organizacional localizada no município de Catalão GO, comunico que o Projeto de Pesquisa intitulado “ANÁLISE DA RELAÇÃO COLONIZAÇÃO E INFECCÃO POR ENTEROBACTÉRIAS RESISTENTES À CARBAPENÊMICOS E CULTURA DE SEGURANÇA EM UTI DE ADULTOS”, esta vinculado a Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão junto ao Programa de Mestrado em Gestão Organizacional. A pesquisa será desenvolvida pelos pesquisadores **Profº. Drº Geraldo Sadoyama Leal e a Médica Mabel Duarte Alves Gomides**. Os pesquisadores se comprometem a submeter o presente projeto a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/12.

Catalão, ____ de _____ de 2015.

Assinatura e carimbo do Diretor
Prof. Dr. André Vasconcelos da Silva
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em
Gestão Organizacional - CAC/UFG
SIAPE: 1614325 - PortL - 3692