

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

Rafael Duarte do Nascimento

**CLIMA DE SEGURANÇA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA
EQUIPES DE ENFERMAGEM E FISIOTERAPIA**

Florianópolis

2022

Rafael Duarte do Nascimento

**CLIMA DE SEGURANÇA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA
EQUIPES DE ENFERMAGEM E FISIOTERAPIA**

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do Grau de Enfermeiro.
Orientadora: Prof.^a Dra. Daniele Delacanal Lazzari.

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Nascimento, Rafael Duarte do

Clima de segurança em unidade de terapia intensiva para
equipes de enfermagem e fisioterapia / Rafael Duarte do
Nascimento ; orientadora, Daniele Delacanal Lazzari, 2022.
46 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Segurança do Paciente. 3. Gestão de
Segurança. 4. Unidade de Terapia Intensiva. 5. Enfermagem.
I. Lazzari, Daniele Delacanal. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. III. Título.

Rafael Duarte do Nascimento

**CLIMA DE SEGURANÇA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA EQUIPE
DE ENFERMAGEM E FISIOTERAPIA**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem.

Florianópolis, 04 de fevereiro de 2020.

Prof. Diovane Ghignatti da Costa, Dra.
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof^ª. Daniele Delacanal Lazzari, Dra.
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Me Alex Becker
Avaliador
Universidade Federal de Santa Catarina

Esp. Francine Carpes Ramos
Avaliadora
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais, Rosângela e Marcio, e meu irmão Tiago, por todo o suporte durante minha trajetória até este momento. Com certeza não teria chegado até aqui sem vocês.

À minha namorada Francys, que esteve ao meu lado nos bons e maus dias, sempre me ouvindo e aconselhando, que, com certeza, tornou estes últimos dois anos muito mais leves e alegres.

Aos meus amigos, que fizeram parte da minha vida acadêmica, pelos momentos de alegria, pelos ensinamentos e trocas.

À minha orientadora, Daniele, pela imensa paciência e compreensão, pelos ensinamentos e irradiação da paixão pelo cuidado de enfermagem, que fizeram parte do estopim das minhas escolhas dentro da universidade.

Ao Laboratório de Pesquisas no Cuidado de Pessoas em Situações Agudas de Saúde e todos seus integrantes, por tudo que aprendi e que me fez crescer como pessoa e profissional.

A todos os profissionais e usuários do sistema único de saúde, que tive o prazer de conhecer e compartilhar experiências durante minha graduação.

Muito obrigado!

RESUMO

Objetivo: avaliar o clima de segurança em equipes de Enfermagem e Fisioterapia de uma unidade de terapia intensiva. Método: estudo de abordagem quantitativa, do tipo survey transversal, realizado em um hospital de ensino localizado na região sul do Brasil. Participaram 86 profissionais da equipe de Enfermagem e da Fisioterapia, que responderam o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) viabilizado por meio do aplicativo Google Docs, no período de novembro de 2020. Os domínios do questionário SAQ foram representados por média e desvio-padrão e comparados com os grupos profissionais pela análise de variância. Resultados: na descrição das médias dos domínios relacionados ao SAQ, destaca-se o item Satisfação no trabalho, com média 82,7, com percepção positiva pelos participantes. Apresentou-se como a variável de percepção mais negativa entre as equipes, as Condições de trabalho com média de 58,3. O escore total do SAQ foi evidenciado com média de 68,3. Quando comparadas as médias dos domínios entre as profissões não foram encontradas diferenças estatísticas ($P > 0,05$). Nas comparações dos domínios entre o tempo de trabalho na instituição há significância estatística nos domínios: satisfação do trabalho ($P = 0,010$), percepção de gerência ($P = 0,004$) e condições de trabalho ($P = 0,001$). Conclusões: Por meio do SAQ, os domínios considerados positivos foram Clima de trabalho e Satisfação no trabalho. Os domínios Clima de segurança, Percepção do estresse, Condições de trabalho e Percepção da gerência foram os aqueles considerados como negativos. As atitudes de segurança avaliadas sob a perspectiva da equipe mostraram-se desfavoráveis.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Gestão de Segurança; Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem; Fisioterapia

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra	34
Tabela 2 – Descrição das médias dos domínios do SAQ (n=86)	35
Tabela 3 – Comparação das médias dos domínios do SAQ entre as profissões	36
Tabela 4 – Comparação das distribuições dos domínios de SAQ entre as faixas de tempo de trabalho	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira

ANOVA - Análise de Variância

APACHE II - Acute Physiology and Chronic Health disease Classification System II

NAS - Nursing Activities Score

PRISM II - (Pediatric Risk of Mortality II)

SAQ - Safety Attitudes Questionnaire

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1.1	Objetivo Geral.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	15
3.2	<i>Safety Attitudes Questionnaire (SAQ).....</i>	17
3.3	CULTURA ORGANIZACIONAL e A SEGURANÇA DO PACIENTE	18
4	MÉTODO	20
4.1	LOCAL DO ESTUDO, POPuLAçÃo E AMOSTRA	21
4.2	COLETA DE DADOS	21
4.3	ANÁLISE DOS DADOS	21
4.4	ASPECTOS ÉTICOS	22
5	RESULTADOS	23
5.1	MANUSCRITO	23
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
	REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

O estabelecimento e análise de indicadores de qualidade são ações de primordial importância quando se busca uma melhoria contínua dos processos, ações e estratégias de cuidado em saúde. A elaboração destes indicadores é uma estratégia não somente para avaliação da qualidade da assistência, mas também para gerar subsídios aos gestores na tomada de decisões e de planejamento em saúde (PINTO; FERREIRA, 2017).

Cada vez mais busca-se, dentro do contexto de serviços de saúde e de segurança do paciente, uma assistência de qualidade isenta de falhas (MUNHOZ; CARNEIRO; MORAIS; ARRIAL; MOREIRA; ANDOLHE, 2020).

Apesar da presença de estudos relacionados ao tema, construiu-se ao longo do tempo, uma abordagem individualista do erro, deixando de lado a análise de fatores desencadeadores, dos cenários de ocorrência e diversos outros fatores. Esta abordagem simplista e desestruturada fez prevalecer uma cultura punitiva (MUNHOZ; CARNEIRO; MORAIS; ARRIAL; MOREIRA; ANDOLHE, 2020).

Por este motivo, a cultura de segurança do paciente, que pode ser descrita como “um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança”, precisa ser discutida, observada e avaliada, de modo que a qualidade da assistência seja promovida, trazendo segurança ao paciente (SOUZA; OLIVEIRA; COSTA; VICENTE; MENDONÇA; MATSUDA, 2019; MUNHOZ; CARNEIRO; MORAIS; ARRIAL; MOREIRA; ANDOLHE, 2020).

Uma cultura depende da colaboração de todos os membros da organização. Sendo assim, implementar estratégias que visem fortalecer uma cultura de segurança positiva requer instauração de políticas institucionais, bem como a identificação dos fatores que dificultam o seu desenvolvimento. Considerando isto, sabe-se que a cultura de segurança está associada a componentes comportamentais das equipes de saúde, englobando todos os profissionais do cenário, sendo resultado das atitudes, percepções e valores individuais e coletivas compartilhadas acerca das questões de segurança (MUNHOZ; CARNEIRO; MORAIS; ARRIAL; MOREIRA; ANDOLHE, 2020).

Para avaliação da cultura de segurança, possui-se como objeto de estudo, o clima de segurança do paciente, uma parte mensurável da cultura, podendo ser avaliado por meio da percepção dos profissionais (MAGALHÃES; PEREIRA; LUIZ; BARBOSA; FERREIRA, 2019).

O clima de segurança é capaz de reproduzir estas percepções em um determinado momento em seu local de trabalho, enquanto têm-se a cultura como conceito produzido ao longo do tempo, de forma longitudinal (MAGALHÃES; PEREIRA; LUIZ; BARBOSA; FERREIRA, 2019).

De modo a avaliar o clima de segurança, pode-se utilizar o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), ferramenta para avaliação da percepção do clima de segurança em unidades de saúde, através de um questionário voltado aos profissionais (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Após tradução transcultural e validação, o SAQ vem sendo amplamente utilizado no cenário brasileiro, apresentando ótima confiabilidade e consistência interna. Permitindo avaliar as atitudes e percepções de diferentes trabalhadores e categorias profissionais de uma instituição de saúde a partir de seis domínios fundamentais na composição de uma cultura de segurança positiva nos serviços de saúde (MUNHOZ; CARNEIRO; MORAIS; ARRIAL; MOREIRA; ANDOLHE, 2020).

Uma unidade de terapia intensiva (UTI) é caracterizada como tecnológica, de assistência de alta complexidade, com presença de fatores que propiciam a ocorrência de eventos adversos (EA), sendo alguns destes, a gravidade da condição clínica, a necessidade de constantes e numerosas intervenções invasivas de forma emergencial realizadas pela equipe multiprofissional, assim como a grande quantidade de procedimentos diagnósticos e à utilização de medicamentos específicos. Este cenário torna primordial uma análise do clima de segurança (GADELHA; PAIXÃO; PRADO; VIANA; AMARAL, 2018; OLIVEIRA; LLAPARODRIGUEZ; LOBO; SILVA; GODOY; SILVA, 2018).

Um estudo que realizou a aplicação do SAQ em duas UTIs, demonstrou em seus resultados uma diferença significativa entre as pontuações de uma e outra unidade. Entretanto, demonstrou também uma melhora na pontuação quando em comparação com estudo realizado três anos antes. Assim, os autores concluem que mesmo com administração e estrutura semelhante, a diferença foi substancial, evidenciando a necessidade de avaliação a nível local da cultura de segurança e estratégias de melhoria (DUNSTAN; COYER, 2020).

Sousa Neto, Marques, Sadoyama, Leal e Röder (2021) destacam, em sua revisão integrativa, que o processo de trabalho em saúde é complexo e passível de falhas humanas, porém, a falta de uma cultura de apoio institucional e dos pares, fazem com que achados negativos no clima de segurança predominem nas unidades, destacam ainda, que a mudança de

cultura e estímulo aos profissionais no reconhecimento de suas falhas, são estratégias essenciais para a promoção de práticas seguras.

A escolha do tema por parte do autor se deu a partir de sua afinidade ao cenário de cuidados às pacientes críticos, com principal gatilho a quinta fase da graduação em enfermagem, no qual possui em sua disciplina eixo o cuidado no processo de viver humano nas condições críticas de saúde, assim como a proximidade com profissionais da área e temas relacionados à UTI dentro do Laboratório de Pesquisas no Cuidado de Pessoas em Situações Agudas de Saúde.

Considerando que a utilização do SAQ demonstra que este pode ser um caminho, tanto para a avaliação da cultura de segurança local quanto na avaliação da melhoria, auxiliando na identificação de fragilidades e consequentemente fundamentando estratégias de gestão da melhoria da qualidade de assistência, questiona-se: como o clima de segurança é avaliado pela equipe de Enfermagem e Fisioterapia que trabalha em unidade de terapia intensiva? Para tanto, o objetivo desta pesquisa foi avaliar o clima de segurança em equipes de Enfermagem e Fisioterapia de uma unidade de terapia intensiva.

2 OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo Geral

Avaliar o clima de segurança em equipes de Enfermagem e Fisioterapia de uma unidade de terapia intensiva.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

De acordo com a portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde, no qual estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo, as UTIs são, em suma, caracterizadas como unidades hospitalares destinadas aos atendimentos de pacientes graves ou de risco, no qual necessitam de assistência médica e de enfermagem ininterruptamente, assim como necessitam de recursos humanos especializados e de acesso a tecnologias diagnósticas e terapêuticas.

Este tipo de unidade também é nomeado de acordo com a faixa etária atendida, sendo elas: Neonatal - usuários de 0 a 28 anos; Pediátrico - usuários de 28 dias a 14 ou 18 anos; Adulto - usuários maiores de 14 ou 18 anos. Além destas classificações, há também a Especializada, no qual é voltada atendimento em determinada especialidade ou pertencente a grupo específico de doenças. A portaria em questão classifica as UTIs em três tipos: I, II e III. Dentre os diversos requisitos para classificação, é válido citar que todas as unidades, cadastradas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da publicação desta portaria, somente serão classificadas em tipo II ou III, sendo possível a classificação tipo I somente para as unidades cadastradas anteriormente à publicação, podendo estas, solicitarem credenciamento com nova classificação.

Além dos diversos requisitos de estrutura e material, cabe citar alguns dos requisitos de equipe mínima para composição de uma UTI tipo II Adulto, como a necessidade de um responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva; um médico diarista com título de especialista em medicina intensiva (para cada 10 leitos ou fração); um enfermeiro coordenador exclusivo da unidade; um enfermeiro exclusivo da unidade por turno de trabalho (para cada 10 leitos ou fração), um fisioterapeuta para o turno da manhã e tarde (para cada 10 leitos ou fração), não havendo obrigatoriedade no turno da noite; um auxiliar ou técnico de enfermagem por turno de trabalho (para cada 2 leitos ou fração) (BRASIL, 1998). Para a classificação tipo III, além dos requisitos do tipo II, destaca-se a necessidade da avaliação através do APACHE II (*Acute Physiology and Chronic Health disease Classification System II*) - sistema de pontuação e estimativas de mortalidade - caso seja uma UTI Adulto, o PRISM II (*Pediatric Risk of Mortality II*) - sistema de pontuação e estimativas de mortalidade pediátrica - para UTI Pediátrica e o PSI modificado para UTI Neonatal. Além disto, agrega-se como exigência à equipe mínima, um médico plantonista (para cada dez pacientes), sendo que pelo

menos metade da equipe deve ter título de especialista em medicina intensiva reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB); um enfermeiro exclusivo da unidade, porém, para cada cinco leitos por turno de trabalho e não mais para cada dez leitos, como requisitado para o tipo II; e um fisioterapeuta exclusivo da unidade.

Apesar da limitação de campo de abrangência, reconhecendo a diversidade sociodemográfica do Brasil e sua influência no perfil clínico dos pacientes internados em unidades de terapia intensiva de adultos, impossibilitando a generalização de resultados, é válido apresentar dois estudos nacionais que descrevem os achados de perfil clínico deste grupo. Primeiramente, o estudo de Vieira, Parente, Oliveira, Queiroz, Bezerra e Rocha (2019), realizado em uma UTI de Fortaleza, Ceará, com 147 pacientes, no qual se depararam com o seguinte cenário: a maior parte da população internada é a de homens, e seguindo, a maior taxa de mortalidade também se deram aos pacientes do sexo masculino. Em relação à faixa etária, a maior mortalidade se deu entre 60 a 79 anos de idade. A principal causa de óbito para os pacientes foram os casos clínicos, sendo o maior grau de comprometimento na disfunção cardiocirculatória (45,2%), seguida de disfunção renal (16,1%) e disfunção neurológica (12,9%). Ressalta-se também a alta incidência de pacientes que utilizaram ventilação mecânica (82%), vasopressores (66,2%) e hemotransfusão (44,7%).

No segundo estudo, que analisou 190 internações em uma UTI hospital no litoral da Região Sul do Brasil, Perão, Bub, Zandonadi e Martins (2017), relatam que 60,5% das internações foram do sexo masculino, com predominância na faixa etária entre 50 a 59 anos. A maior frequência de óbitos, foi vinculada às doenças do aparelho circulatório (27,1%), em segundo lugar, às doenças do aparelho respiratório (20,8%) e em terceiro lugar as neoplasias (16,7%).

Em ambos estudos se destaca a predominância do sexo masculino, assim como a prevalência para as disfunções cardiocirculatórias. Perão, Bub, Zandonadi e Martins (2017) também interpretam o resultado da predominância sexo masculino como uma consequência do baixo interesse da busca pela melhoria da saúde por parte desta população, assim, ao buscar por atendimento, geralmente, a gravidade da doença já está estabelecida.

Outra característica importante de uma UTI, é a multidisciplinaridade. O trabalho em equipe, segundo Silva, Silva, Santos e Ferreira (2021), parte do princípio de vinculação mútua, com troca técnica e relacional entre os profissionais envolvidos, proporcionando articulação colaborativa e interdisciplinar na assistência prestada ao usuário, culminando na efetividade das intervenções propostas, proporcionando um cuidado integral, uma vez que se soma as diversas

visões das áreas profissionais que compõe a equipe de saúde. Desta forma, o trabalho da equipe multiprofissional favorece a garantia do princípio da Integralidade do SUS e conseqüentemente influencia positivamente na qualidade da assistência prestada.

3.2 SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SAQ)

O *Safety Attitudes Questionnaire* trata-se de uma ferramenta para avaliação da percepção do clima de segurança em unidades de saúde, através de um questionário, voltado aos profissionais. A ferramenta possui pontuação final resultante voltada à positividade do clima de segurança, ou seja, quanto maior a pontuação, melhor a percepção do clima de segurança (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

O questionário possui 41 questões, separadas em seis domínios: clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gestão da unidade e do hospital, condições de trabalho e reconhecimento de estresse. As respostas a cada uma das questões seguem uma escala Likert de cinco pontos: discordo totalmente (A), discordo um pouco (B), neutro (C), concordo um pouco (D), concordo totalmente e não se aplica (E) (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

O questionário é dividido em duas partes, onde a primeira contempla as 41 questões e a segunda parte, trata-se da coleta de dados dos profissionais, sendo estes: sexo, profissão e tempo de experiência na especialidade. A pontuação final do instrumento varia de 0 a 100, onde zero representa a pior percepção do clima de segurança e 100 representa a melhor percepção. Os valores são considerados positivos quando a pontuação total é maior ou igual a 75 (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Esta ferramenta possibilita aplicação em diversos cenários de prática em saúde, como observa-se no estudo de Mucelini, Matos, Alves, Silva, Nishiyama, Moraes e Oliveira (2020), que aplicaram o questionário em uma unidade de pronto-socorro, assim como Freitas, Magnago, Silva, Pinno, Petry, Siqueira e Camponogara (2021), em seu estudo numa unidade de terapia intensiva, ambos buscando avaliar a cultura de segurança sob a ótica dos profissionais.

Outro ponto importante é que a ferramenta também permite a avaliação de diferentes categorias profissionais, possibilitando análises comparativas, sendo o caso do estudo de Freitas, Magnago, Silva, Pinno, Petry, Siqueira e Camponogara (2021), que abordaram profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e do administrativo.

3.3 CULTURA ORGANIZACIONAL E A SEGURANÇA DO PACIENTE

A qualidade dos serviços de saúde é cada vez mais foco de análise e observação de gestores, usuários e profissionais de saúde. Vem-se reconhecendo a qualidade da assistência prestada como fator primordial para a segurança do paciente e avaliação dos serviços (CARVALHO; LAUNDOS; JULIANO; CASULARI; GOTTEMS, 2019).

Antunes e Silva (2021), em sua análise de série temporal entre julho de 2019 a junho de 2020, que buscou dados de domínio público envolvendo registros relacionados às notificações de incidentes e eventos adversos referentes à segurança do paciente reportadas pelas instituições de saúde da região sudeste do Brasil, através da Vigilância Sanitária – NOTIVISA, demonstrou um cenário negativo em relação à segurança da assistência prestada aos usuários. Identificou-se que na análise segundo o tipo de incidente e evento adverso, em toda a região, houve predomínio daqueles associados a falhas durante a assistência à saúde (26,5%;15.831/59.822); envolvendo cateteres venosos (19%;11377/59.822) e lesões por pressão (17,7%;10.602/59.822).

Villar, Martins e Rabello (2021) também identificaram, em seu estudo de 935 notificações de incidentes por parte de cidadãos, em serviços de saúde, entre 2014 e 2018, que os incidentes do tipo “Queda do paciente” e “Infecções relacionadas à assistência à saúde” ficaram, respectivamente, em segundo (7,5%) e terceiro lugar (7,2%) na lista dos mais notificados.

Ferreira, Meneguetti, Almeida, Gabriel e Laus (2019) também relatam que um estudo desenvolvido em 11 hospitais de Quebec, no qual avaliou a ocorrência de eventos adversos potencialmente relacionados ao cuidado de enfermagem, teve como resultado um percentual de 15,3% para a probabilidade de ocorrência de ao menos um evento para cada usuário. Os autores destacam o processo de trabalho e a não avaliação da qualidade das práticas de enfermagem como fatores contribuintes para a ocorrência de eventos como o do estudo.

Dentro deste cenário, uma análise estruturada da qualidade da assistência exerce papel fundamental para fundamentar ações de gestão e organização do processo de trabalho em saúde, promovendo, conseqüentemente, melhora na segurança do paciente. A etapa de avaliação do trabalho, em qualquer área profissional, é uma prática de gestão basilar, no intuito de se promover o cuidado qualificado. Porém, a qualidade na saúde é um bem complexo e multifatorial, passando por aspectos como eficiência, eficácia e outros, principalmente,

decorrentes dos princípios de integralidade, universalidade e equidade (TRES; OLIVEIRA; VITURI; ALVES; RIGO; NICOLA, 2016).

A segurança do paciente pode ser definida como a redução do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, até um mínimo aceitável, considerando que dentro da complexidade de procedimentos e tratamentos, há risco potencial de dano ao paciente (TRES; OLIVEIRA; VITURI; ALVES; RIGO; NICOLA, 2016).

Para análise da qualidade da assistência, a avaliação do clima de segurança é ponto chave, sendo que esta permite identificar fortalezas e oportunidades dentro do comportamento dos funcionários, além de possibilitar a identificação das áreas mais afetadas, assim como das profissões, dentro da multidisciplinaridade, buscando organizar e programar intervenções (CARVALHO; LAUNDOS; JULIANO; CASULARI; GOTTEMS, 2019).

É imprescindível que, para qualquer processo de avaliação, se realize análise fundamentada em dados consistentes, que venham a contribuir e fundamentar decisões de gestão e assistência em saúde, baseadas em evidências. Para isto, torna-se necessário um processo estruturado e consistente (BÁO; AMESTOY; MOURA; TRINDADE, 2019).

Neste sentido, a utilização da ferramenta SAQ proporciona uma coleta de dados bem organizada, trazendo fidedignidade aos dados coletados. Na literatura, encontra-se diversos estudos com aplicação desta ferramenta, buscando uma avaliação da cultura de segurança.

Mucelini, Matos, Alves, Silva, Nishiyama, Moraes e Oliveira (2020), utilizando a SAQ, conseguiram identificar que ao estratificar as dimensões/domínios, apenas “satisfação no trabalho” ($80,9 \pm 29,1$), e “trabalho em equipe” ($75,5 \pm 29$) obtiveram escores positivos. Sendo o pior domínio avaliado a “percepção da gerência” ($44,9 \pm 35,8$). No comparativo por categorias profissionais, foi possível também observar uma diferença nas avaliações, sendo positiva entre os trabalhadores administrativos ($67,4 \pm 30,8$) e negativa, entre as enfermeiras ($54,9 \pm 36,4$).

Freitas, Magnago, Silva, Pinno, Petry, Siqueira e Camponogara (2021), analisando a percepção somente de profissionais de enfermagem em uma UTI, obtiveram resultado de 53,8% de percepção positiva na cultura de segurança para o “Clima de trabalho em equipe”, 80,8% apresentaram cultura positiva para “Satisfação no trabalho” e 53,8% para “Percepção de estresse”. Na apresentação de cultura negativa, obteve-se 61,5% para Clima de segurança, 65,4% em Percepção da gerência da unidade, 76,9% na Percepção da gerência do hospital e 73,1% em relação ao domínio Condições de trabalho.

A ferramenta também permitiu que os autores discutissem os resultados de acordo com as dimensões/domínios, como por exemplo, em relação a variável desgaste no trabalho, onde

relacionou-se a avaliação negativa deste domínio, com o ambiente de UTI, no qual é se baseia na assistência aos pacientes em estado crítico com variações de prognósticos e vivência do processo de morte e morrer dos pacientes, podendo resultar em vulnerabilidade emocional, ansiedade, sentimento de culpa e de impotência. Por outro lado, o resultado positivo no domínio “Satisfação no trabalho”, foi relacionado a realização e gratificação pelo trabalho desempenhado, apesar da avaliação negativa em outros domínios como o de “Percepção de estresse” (FREITAS; MAGNAGO; SILVA; PINNO; PETRY; SIQUEIRA; CAMPONOGARA, 2021).

Em outro estudo, utilizando também o SAQ, os autores realizaram uma análise correlacional com outra ferramenta, o Nursing Activities Score (NAS), instrumento de mensuração de carga de trabalho de enfermagem. Ao aplicar as duas ferramentas, os autores puderam avaliar se a carga de trabalho exercia influencia sobre a percepção dos profissionais na cultura de trabalho. Como resultante, foi observado influencia na percepção negativa do clima de segurança do paciente, em especial nos domínios clima de trabalho em equipe, clima de segurança, e satisfação no trabalho (SOUZA; OLIVEIRA; COSTA; VICENTE; MENDONÇA; MATSUDA, 2019).

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo *survey* transversal. Uma pesquisa realizada por *survey* caracteriza-se por uma investigação cuja finalidade é fornecer descrições estatísticas de pessoas por meio de perguntas, normalmente aplicadas em uma

amostra. A transversalidade se dá pela coleta de dados em um ponto no tempo (MINEIRO, 2020).

4.1 LOCAL DO ESTUDO, POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo foi realizado em um hospital de ensino localizado na região sul do Brasil. A equipe da UTI adulto do hospital é composta por 130 profissionais de saúde, divididos nas áreas de enfermagem, medicina e fisioterapia. O grupo da enfermagem e da fisioterapia somam juntos, 121 profissionais. Os demais integrantes da equipe (fonoaudióloga, psicóloga, farmacêutico, etc.) não são profissionais fixos da unidade. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: a) profissionais lotados há pelo menos três meses na unidade de terapia intensiva; b) que exercem atividades assistenciais, cumprindo carga horária de pelo menos 30 horas semanais na UTI adulto. Como critério de exclusão foi adotado: a) profissionais afastados por qualquer tipo de licença ou férias durante o período da coleta de dados.

4.2 COLETA DE DADOS

Utilizou-se como instrumento para a coleta de dados a tecnologia de formulário eletrônico *on-line*, viabilizado por meio do aplicativo *Google Docs*, de fácil e rápido acesso aos participantes. Os dados foram coletados no período de novembro de 2020. O link do questionário foi enviado via aplicativo de mensagem de texto e para os e-mails dos profissionais. Depois de uma semana de envio, no caso de ausência de resposta, o link era reenviado pelo menos mais uma vez.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram digitados em planilhas do *Microsoft Excel*. Após, foram realizadas análises estatísticas de cunho descritivo. Dados sociodemográficos e do instrumento SAQ foram correlacionados e analisados por meio da estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, média e desvio-padrão), que estão representados por tabelas e gráficos.

As variáveis categóricas foram representadas pela frequência absoluta e relativa. A variável idade foi representada por média e desvio-padrão. A comparação das médias de idade entre os grupos profissionais foi realizada pela análise de variância (ANOVA) e as proporções

das variáveis estudadas foram comparadas entre os grupos profissionais pelo teste de qui-quadrado. Quando significativa, a análise local foi verificada pela análise de resíduos padronizados ajustados, enfatizando as categorias com valores maiores ou iguais que 1,96.

Em relação aos grupos profissionais, os domínios do questionário SAQ foram representados por média e desvio-padrão e comparados com os grupos profissionais pela análise de variância (ANOVA). Já para as faixas de tempo de trabalho na instituição e tempo de trabalho na UTI, os domínios foram representados pela mediana e intervalo interquartilico (mediana [p25; p75]) já que um dos grupos apresentou tamanho (n) inferior a 12 sujeitos. A comparação das distribuições dos domínios nas faixas de tempos foi realizada pelo teste de Kruskal-Wallis e quando significativo comparado par a par pelo teste post-hoc de Dunn. As análises foram representadas graficamente, sendo realizadas no software *IBM SPSS Statistics* v.25. O nível de significância adotado foi 0,05.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovada sob parecer nº 4.459.985. Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados com base nas diretrizes da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Todos os respondentes registraram concordância em participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5 RESULTADOS

Conforme Instrução Normativa de 2017 de Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o resultado deste estudo será apresentado sob a forma de manuscrito.

5.1 MANUSCRITO

CLIMA DE SEGURANÇA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA EQUIPES DE ENFERMAGEM E FISIOTERAPIA

RESUMO

Objetivo: avaliar o clima de segurança em equipes de Enfermagem e Fisioterapia de uma unidade de terapia intensiva. **Método:** estudo de abordagem quantitativa, do tipo survey transversal, realizado em um hospital de ensino localizado na região sul do Brasil. Participaram 86 profissionais da equipe de Enfermagem e da Fisioterapia, que responderam o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) viabilizado por meio do aplicativo *Google Docs*, no período de novembro de 2020. Os domínios do questionário SAQ foram representados por média e desvio-padrão e comparados com os grupos profissionais pela análise de variância. **Resultados:** na descrição das médias dos domínios relacionados ao SAQ, destaca-se o item Satisfação no trabalho, com média 82,7, com percepção positiva pelos participantes. Apresentou-se como a variável de percepção mais negativa entre as equipes, as Condições de trabalho com média de 58,3. O escore total do SAQ foi evidenciado com média de 68,3. Quando comparadas as médias dos domínios entre as profissões não foram encontradas diferenças estatísticas ($P > 0,05$). Nas comparações dos domínios entre o tempo de trabalho na instituição há significância estatística nos domínios: satisfação do trabalho ($P = 0,010$), percepção de gerência ($P = 0,004$) e condições de trabalho ($P = 0,001$). **Conclusões:** Por meio do SAQ, os domínios considerados positivos foram Clima de trabalho e Satisfação no trabalho. Os domínios Clima de segurança, Percepção do estresse, Condições de trabalho e Percepção da gerência foram os aqueles considerados como negativos. As atitudes de segurança avaliadas sob a perspectiva da equipe mostraram-se desfavoráveis.

Descritores: Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Gestão de Segurança; Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem; Fisioterapia

INTRODUÇÃO

A mensuração do clima de segurança nas instituições de saúde por meio de escalas é um método utilizado desde o início da década de 1980. Essa forma de mensuração é uma ferramenta importante para avaliar a qualidade da assistência prestada ao paciente e pode ser realizada antes e após a implementação de intervenções, tais como treinamento da equipe e atividades que possam minimizar o estresse dos profissionais⁽¹⁾.

Uma vez que repensa os processos assistenciais com o objetivo de identificar a ocorrência de falhas antes que provoquem danos aos pacientes na atenção à saúde, a atitude para segurança do paciente mostra a importância de se conhecer quais são os processos mais críticos e com maior probabilidade de ocorrência, possibilitando assim, o desenvolvimento de ações eficazes de prevenção⁽¹⁾. Considerada componente crítico na qualidade da assistência em saúde, a segurança do paciente faz com que as organizações de saúde se dediquem continuamente para estabelecer uma cultura de segurança que requer compreensão de valores, crenças e normas sobre quais atitudes e comportamentos ligados à segurança do paciente são apoiados, esperados e recompensados nessas organizações^(1,2).

Embora as escalas de avaliação da cultura de segurança sejam consideradas instrumentos importantes no processo de mensuração da qualidade do serviço prestado ao paciente, seus escores não podem ser interpretados isoladamente. Dessa forma, ao aplicar um instrumento de avaliação da cultura de segurança são necessários uma análise criteriosa da forma de organização de trabalho da instituição, uma avaliação de como os funcionários e gerentes entendem o conceito de cultura de segurança e uma prospecção de quais os seus valores e percepções que determinam o compromisso com a qualidade da assistência prestada ao paciente⁽³⁾.

O *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) foi traduzido e validado⁽⁴⁾ para o contexto brasileiro e é composto por 36 itens distribuídos em seis domínios: (1) Clima de trabalho em equipe, que diz respeito à qualidade do relacionamento e à colaboração entre os membros da equipe; (2) Clima de segurança, que reflete a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para a segurança do paciente; (3) Satisfação no trabalho, que aborda a visão positiva para com o local de trabalho; (4) Percepção do estresse, que versa sobre o reconhecimento de o quanto os fatores estressores podem influenciar na execução do trabalho; (5) Percepção da gerência da unidade e do hospital, que busca a aprovação das ações da gerência

ou da administração; e, (6) Condições de trabalho, que retrata a percepção da qualidade do ambiente de trabalho.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) configura-se como um local em que o grau de complexidade exigido para a gestão dos processos assistenciais impacta diretamente no clima de segurança, em função dos inúmeros fatores que propiciam a ocorrência de eventos adversos⁽⁵⁾. A vulnerabilidade e a suscetibilidade à ocorrência de danos em função da gravidade e instabilidade clínica dos pacientes e questões relativas à ambiência (alarmes, ruídos, luminosidade), associados à carga de trabalho, fazem das UTI locais em que o clima de segurança merece atenção especial⁽⁶⁾.

Em pesquisa realizada em múltiplas UTI australianas, o SAQ forneceu informações úteis sobre a percepção da equipe sobre vários aspectos do clima de segurança, pois permitiu comparações entre as unidades, além de evidenciar necessidades de abordagens colaborativas multidisciplinares⁽⁷⁾. Outra pesquisa utilizou o SAQ para avaliações consecutivas a cada dois anos em toda a equipe multiprofissional, após o estabelecimento de um programa de segurança do paciente e apontou que a segurança e o clima de trabalho medidos pelo SAQ estão associados à diminuição dos danos ao paciente e à mortalidade⁽⁸⁾.

A cultura de segurança influencia positivamente na assistência ao paciente, correlacionando-se à diminuição de eventos adversos e o SAQ é considerado uma ferramenta adequada para medir as dimensões da cultura organizacional⁽⁹⁾. Outro fator importante, é a equipe da UTI estar frequentemente exposta a riscos biológicos, físicos, químicos e ergonômicos, tais como horários de trabalho exaustivos, exposição a materiais infectados, alimentação inadequada e risco postural. As duplas ou triplas jornadas de trabalho também são uma realidade⁽¹⁰⁾.

Ao se observar que o número de eventos adversos relatados ainda é uma estimativa muito modesta em relação ao tamanho real do problema, torna-se importante destacar que a responsabilidade pela segurança deve ser compartilhada de maneira uniforme por todos os membros da equipe, não devendo ser considerada responsabilidade de uma única categoria profissional^(9,10).

Para oportunizar e fortalecer a segurança dos pacientes nos serviços de saúde no Brasil, a organização dos serviços deve concentrar esforços na sensibilização dos profissionais para a notificação de incidentes, que estes profissionais se sintam seguros e valorizados pela sua participação e percebam que esta notificação vale a pena⁽¹¹⁾. A partir do ano de 2020, com o avanço da pandemia por Covid-19, impôs-se uma demanda sem precedentes às unidades de

terapia intensiva, modificando-se profundamente as condutas, rotinas e a composição das equipes profissionais em termos de qualidade e quantidade. A assistência a doentes críticos nestas condições desafiadoras pode afetar ainda mais a capacidade de oferta de cuidados seguros, diante do colapso organizacional, equipes inadequadas, aumento da pressão e da fadiga⁽¹²⁾.

Desta forma, mesmo que o SAQ não tenha sido desenvolvido especificamente para aplicação no contexto de pandemia, seus dados podem orientar ações de gestão que promovam a cultura de segurança neste momento da pandemia ou naqueles pós-pandemia. Neste contexto, questiona-se: como o clima de segurança é avaliado pela equipe de Enfermagem e Fisioterapia que trabalha em unidade de terapia intensiva? Para tanto, o objetivo desta pesquisa foi avaliar o clima de segurança em equipes de Enfermagem e Fisioterapia de uma unidade de terapia intensiva.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo survey transversal.

População, critérios de inclusão e exclusão

O estudo foi realizado em um hospital de ensino localizado na região sul do Brasil. A equipe da UTI adulto do hospital é composta por 130 profissionais de saúde, divididos nas áreas de enfermagem, medicina e fisioterapia. O grupo da enfermagem e da fisioterapia somam juntos, 121 profissionais. Os demais integrantes da equipe (fonoaudióloga, psicóloga, farmacêutico, etc.) não são profissionais fixos da unidade. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: a) profissionais lotados há pelo menos três meses na unidade de terapia intensiva; b) que exercem atividades assistenciais, cumprindo carga horária de pelo menos 30 horas semanais na UTI adulto. Como critério de exclusão foi adotado: a) profissionais afastados por qualquer tipo de licença ou férias durante o período da coleta de dados.

Instrumentos da pesquisa

Para esta pesquisa, foi utilizado o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), traduzido e validado para a realidade brasileira em 2011, que avalia as percepções dos profissionais em relação às atitudes de segurança⁽³⁾. A escolha deste instrumento baseou-se em suas propriedades psicométricas (alfa de Cronbach de 0,7 a 0,8), por ser um dos instrumentos mais utilizados no mundo para avaliar a Cultura de Segurança e por ser aplicado em diferentes contextos com possibilidade de adaptações. O instrumento SAQ é composto por duas partes, sendo que a primeira possui 36 itens e a segunda parte objetiva coletar dados mediante conhecimento prévio dos profissionais, como: cargo, sexo, atuação principal e tempo na especialidade.

A maior parte dos itens do SAQ estão contidos em seis domínios, a saber: Clima de trabalho em equipe - considerado como a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe (itens 1 a 6); Clima de segurança - percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para Segurança do paciente (itens 7 a 13); Satisfação do trabalho - visão positiva do local de trabalho (itens 15 a 19); Percepção do estresse - reconhecimento de quanto os fatores estressores podem influenciar na execução do trabalho (itens 20 a 23); Percepção da gerência - aprovação das ações da gerência ou administração, tanto da unidade em que o profissional atua, quanto do hospital como um todo (itens 24 a 28 duplicados e item 29); e Condições de trabalho - percepção da qualidade do ambiente de trabalho (itens 30 a 32). Os itens 2, 11 e 36 apresentam escore reverso, de modo que um escore menor representa uma atitude mais positiva. Os itens 14, 33, 34, 35 e 36 não estão alocados em nenhum domínio.

Os itens do SAQ têm respostas estruturadas em escala do tipo *Likert* de seis níveis, pontuados da seguinte forma: Discordo totalmente (0 ponto); Discordo em parte (25 pontos); Neutro (50 pontos); Concordo em parte (75 pontos); Concordo totalmente (100 pontos) e; Não se aplica (não se pontua). O escore final da escala varia de 0 a 100, em que zero corresponde a pior percepção do clima de segurança e 100, a melhor percepção. São consideradas as percepções como positivas sobre o clima de segurança, quando o total do escore é maior ou igual a 75⁽³⁾.

Procedimentos da coleta de dados

Utilizou-se como instrumento para a coleta de dados a tecnologia de formulário eletrônico *on-line*, viabilizado por meio do aplicativo *Google Docs*, de fácil e rápido acesso aos participantes. Os dados foram coletados no período de novembro de 2020. O link do questionário foi enviado via aplicativo de mensagem de texto e para os e-mails dos profissionais. Depois de uma semana de envio, no caso de ausência de resposta, o link era reenviado pelo menos mais uma vez.

Análise dos dados

Os dados obtidos foram digitados em planilhas do *Microsoft Excel*. Após, foram realizadas análises estatísticas de cunho descritivo. Dados sociodemográficos e do instrumento SAQ foram correlacionados e analisados por meio da estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, média e desvio-padrão), que estão representados por tabelas e gráficos.

As variáveis categóricas foram representadas pela frequência absoluta e relativa. A variável idade foi representada por média e desvio-padrão. A comparação das médias de idade entre os grupos profissionais foi realizada pela análise de variância (ANOVA) e as proporções das variáveis estudadas foram comparadas entre os grupos profissionais pelo teste de qui-quadrado. Quando significativa, a análise local foi verificada pela análise de resíduos padronizados ajustados, enfatizando as categorias com valores maiores ou iguais que 1,96.

Em relação aos grupos profissionais, os domínios do questionário SAQ foram representados por média e desvio-padrão e comparados com os grupos profissionais pela análise de variância (ANOVA). Já para as faixas de tempo de trabalho na instituição e tempo de trabalho na UTI, os domínios foram representados pela mediana e intervalo interquartil (mediana [p25; p75]) já que um dos grupos apresentou tamanho (n) inferior a 12 sujeitos. A comparação das distribuições dos domínios nas faixas de tempos foi realizada pelo teste de Kruskal-Wallis e quando significativo comparado par a par pelo teste post-hoc de Dunn. As análises foram representadas graficamente, sendo realizadas no software *IBM SPSS Statistics* v.25. O nível de significância adotado foi 0,05.

Aspectos éticos

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovada sob parecer nº 4.459.985. Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados com base nas diretrizes da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Todos os respondentes registraram concordância em participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos 121 profissionais da equipe de enfermagem e fisioterapia da Unidade de Terapia Intensiva, 86 participaram da pesquisa. A equipe médica, composta por oito profissionais fixos e 14 em regime de plantões esporádicos, não foi incluída nesta etapa da pesquisa. Dos 26 enfermeiros, cinco não responderam aos convites para participar. Dos 68 técnicos de enfermagem, sete não atenderam aos critérios de inclusão e 20 não responderam aos convites. Todos os 24 fisioterapeutas responderam o questionário. Desta forma, a amostra foi composta por 21 enfermeiros, 41 técnicos de enfermagem e 24 fisioterapeutas, totalizando 86 profissionais. A equipe multiprofissional ainda é composta por um farmacêutico, uma nutricionista, uma psicóloga e uma assistente social que não são fixos da unidade, por isso, não foram incluídos nesta etapa da pesquisa. Há uma fonoaudióloga fixa na equipe, porém, encontrava-se em licença.

Conforme a **Tabela 1**, a idade média dos participantes da pesquisa é de 38,6 anos, maioria sob regime de contratação celetista (66,3%), alocados no turno diurno (60,5%). Quanto ao tempo de trabalho no Hospital Universitário, a maior proporção de respostas encontradas foi de até cinco anos (75,6%). Para o tempo de trabalho na UTI, aproximadamente 39,6% das respostas foram no intervalo de até seis meses. Dos participantes, 73,3% relataram não possuir outro vínculo empregatício.

Tabela 1 – Caracterização da amostra. Florianópolis, 2020.

	média (DP)
Idade	38,6 (8,1)
	n (%)
Categoria profissional	
Enfermeiro	21 (24,4)
Fisioterapeuta	24 (27,9)
Técnico de enfermagem	41 (47,7)
Turno de trabalho	
Diurno	52 (60,5)
Noturno	34 (39,5)
Tempo de trabalho no Hospital Universitário	
Até 1 ano	27 (31,4)
1 a 5 anos	38 (44,2)
5 a 10 anos	6 (7)
10 anos ou mais	15 (17,4)
Tempo de trabalho na UTI	
Até 1 ano	50 (58,2)
1 a 5 anos	17 (19,8)
5 a 10 anos	7 (8,1)
10 anos ou mais	12 (14)
Carga horária semanal de trabalho, incluindo o outro vínculo empregatício	
Até 30 horas	30 (34,9)
30 a 40 horas	34 (39,5)
> 40 horas	22 (25,6)

Na Tabela 2, na descrição das médias dos domínios relacionados ao SAQ, destaca-se o item Satisfação no trabalho, com média 82,7, como uma percepção positiva pelos participantes. Apresentou-se como a variável de percepção mais negativa entre as equipes, as Condições de trabalho com média de 58,3. O escore total do SAQ foi evidenciado com média de 68,3 e mediana de 69.

Tabela 2 – Descrição das médias dos domínios do SAQ (n=86). Florianópolis, 2020.

	média (DP)	mediana [P25; P75]	min-máx
Clima de trabalho em equipe	72,9 (16,9)	75 [63; 83]	29 - 100
Clima de segurança	65,5 (19,3)	67 [54; 79]	17 - 100
Satisfação no trabalho	82,7 (17,0)	85 [75;95]	20 - 100
Percepção do estresse	64,2 (27,2)	69 [50; 88]	0 - 100
Percepção da gerência	62,9 (20,3)	63 [50; 79]	13 - 100
Condições de trabalho	58,3 (27,4)	63 [42; 75]	0 - 100
Itens sem domínio*	67,8 (16,7)	70 [60; 75]	10 - 95
Total	68,3 (13,6)	69 [64; 79]	30 - 93

* Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu às expressasse à administração; Eu vivencio boa colaboração com os enfermeiros nesta área; Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área; Eu vivencio boa colaboração com a equipe de farmacêuticos nesta área; Falhas de comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns.

Na **Tabela 3**, quando comparadas as médias dos domínios entre as profissões não foram encontradas diferenças estatísticas ($P>0,05$). Na categoria enfermeiros, a variável Clima de trabalho em equipe situou-se no espectro positivo do SAQ. Dentre as variáveis, Condições de trabalho para os técnicos de enfermagem foi aquela considerada com percepção mais negativa que as demais. A variável Satisfação no Trabalho manteve-se em escore positivo do SAQ para todas as três profissões.

Tabela 3 – Comparação das médias dos domínios do SAQ entre as profissões. Florianópolis, 2020.

	Enfermeiro n=21	Fisioterapeutas n=24	Téc. de Enfermagem n=41	P
	média (DP)	média (DP)	média (DP)	
Clima de trabalho em equipe	75,6 (17,9)	69,4 (12,9)	73,5 (18,5)	0,460

Clima de segurança	67,7 (17,2)	61,5 (16,8)	66,7 (21,6)	0,485
Satisfação no trabalho	84,3 (12,9)	85,4 (9,9)	80,4 (21,5)	0,461
Percepção do estresse	69,6 (26,3)	70,6 (20,4)	57,6 (30,0)	0,101
Percepção da gerência	64,9 (17,1)	61,1 (19,3)	63,0 (22,6)	0,827
Condições de trabalho	63,5 (20,8)	63,9 (28,8)	52,4 (28,9)	0,164
Itens sem domínio*	70,0 (13,2)	64,4 (12,5)	68,8 (20,0)	0,472
Total	71,1 (12,6)	67,9 (9,9)	67,2 (15,9)	0,557

Na **Tabela 4**, nas comparações dos domínios do questionário entre o tempo de trabalho na instituição há significância estatística nos domínios: satisfação do trabalho ($P=0,010$), percepção de gerência ($P=0,004$), condições de trabalho ($P=0,001$) e no domínio total ($P=0,013$). No domínio do Clima de trabalho em equipe, é possível afirmar que houve tendência de significância, já que os valores p foram próximos ao nível de significância adotado.

Nos domínios da Satisfação do trabalho e Percepção da gerência, a distribuição das pontuações entre os menores de um ano de instituição foi maior quando comparado com a distribuição das pontuações nos profissionais com mais de dez anos de trabalho. No domínio das Condições de trabalho, a distribuição dos profissionais com cinco a dez anos de trabalho diferiu, sendo menor, quando comparado com a distribuição dos profissionais com menos de cinco anos. Também se encontrou diferença entre as distribuições dos trabalhadores com até um ano, sendo maiores comparados com os trabalhadores com dez anos ou mais. No total, a distribuição das pontuações entre os trabalhadores com menos de cinco anos foi distinta quando comparadas com as pontuações dos maiores de dez anos de trabalho na instituição.

Nas comparações dos domínios do questionário entre o tempo de trabalho na UTI, há significância estatística nos domínios Clima de trabalho em equipe ($P=0,018$), Clima de segurança ($P=0,039$), Satisfação do trabalho ($P=0,004$), Percepção de gerência ($P=0,001$), Condição de trabalho ($P=0,004$) e no domínio Total ($P<0,001$).

No domínio Clima de trabalho em equipe, a distribuição das pontuações dos trabalhadores entre três e seis meses diferiram das faixas de trabalhadores com tempo maior que cinco anos de trabalho na instituição. Nos domínios Clima de segurança e Satisfação do trabalho a distribuição das pontuações dos trabalhadores entre três e seis meses de trabalho UTI foi maior quando comparado com a distribuição das pontuações dos trabalhadores com mais de 10 anos de trabalho.

Tabela 4 - Comparação das distribuições dos domínios de SAQ entre as faixas de tempo de trabalho. Florianópolis, 2020.

	Clima de Trabalho em Equipe	Clima de Segurança	Satisfação do Trabalho	Percepção do Estresse	Percepção da Gerência	Condições de Trabalho
até 3 meses (n=14)	79ab [71; 92]	67ab [58; 71]	88ab [80; 95]	72 [50; 88]	63ab [58; 75]	63ab [50; 75]
3 a 6 meses (n=20)	81a [71; 94]	75a [63; 88]	95a [85; 100]	72 [59; 81]	83a [67; 90]	79a [63; 92]
6 meses a 1 ano (n=16)	75ab [54; 85]	67ab [50; 75]	85ab [70; 90]	66 [34; 81]	63ab [42; 67]	54ab [42; 67]
1 a 5 anos (n=17)	75ab [67; 83]	75ab [58; 79]	90ab [85; 90]	50 [25; 88]	71ab [63; 83]	75ab [42; 83]
5 a 10 anos (n=7)	58b [50; 75]	58ab [50; 58]	80b [65; 85]	88 [75; 94]	50ab [46; 79]	50b [0; 58]
10 anos ou mais (n=12)	60b [58; 77]	67b [38; 67]	78b [50; 80]	66 [56; 75]	50b [44; 56]	50b [8; 67]
P	0,018	0,039	0,004	0,557	0,001	0,004

Na Satisfação do trabalho, Condições de trabalho e Total, a distribuição das pontuações dos trabalhadores entre três e seis meses de trabalho UTI geral foram maiores quando comparado com a distribuição das pontuações dos profissionais com tempo maior que cinco anos.

DISCUSSÃO

A taxa de resposta neste estudo foi de 71%. As taxas de resposta adequadas para pesquisas climáticas devem permanecer entre 65% e 85% da população⁽¹³⁾. O escore total do SAQ foi de 68,3 (DP 13,6) e mediana de 69. Escores maiores ou iguais a 75, de acordo com o SAQ, indicariam forte concordância entre os profissionais sobre o clima de segurança na UTI. Para escores menores de 60, seria urgente a implementação de ações para melhorar o clima de segurança⁽¹³⁾.

Estudo que avaliou a cultura de segurança em três hospitais públicos no Brasil, com a participação de 573 profissionais, composto majoritariamente (69,3%) por profissionais da equipe de enfermagem, também não obtiveram um escore geral positivo. Os três hospitais apresentaram uma SAQ total abaixo de 75, permanecendo com uma média entre 65 a 69⁽¹⁴⁾.

Entre os participantes deste estudo, 58,2% apresentaram tempo de trabalho em UTI menor que um ano. Além disto, 25,6% fazem cargas horárias maiores que 40 horas semanais, pois possuem mais de um emprego. Estudo que objetivou identificar os fatores de satisfação no trabalho de enfermeiros em um hospital universitário, apontou que cargas de trabalho excessivas contribuem para o estresse ocupacional, exaustão e absenteísmo, que influenciam diretamente no clima de segurança e satisfação com o trabalho⁽¹⁵⁾.

Ao assumir uma dupla jornada de trabalho os trabalhadores se deparam não somente com trabalhos em turnos diferentes, mas também com uma grande demanda de pacientes para atendimento, cargas de trabalho exaustivas, além da sobrecarga de trabalho em nível físico e mental. Neste sentido, a enfermagem ainda é a profissão de saúde de nível superior com maior carga horária semanal no emprego principal, o que demonstra uma condição desfavorável em relação às demais profissões de saúde de nível superior, numa desigualdade que aumentou ao longo dos anos em todas as regiões brasileiras⁽¹⁶⁾. Ainda, a percepção sobre segurança do paciente para enfermeiros com dupla jornada de trabalho e atuantes no cuidado intensivo de adultos, sofre influência de um sistema de saúde local que não valoriza a segurança do paciente como um fundamento para a prática clínica⁽¹⁷⁾.

Os itens com menores pontuações, com percepções tendendo à negatividade no escore SAQ, entre equipe de enfermagem e fisioterapia foram Clima de segurança, Percepção do estresse, Condições de trabalho e Percepção da gerência. Estes dois últimos, representam os que obtiveram menores pontuações. Os itens Clima de trabalho e Satisfação no trabalho tenderam à positividade.

Quanto ao domínio Satisfação no trabalho, este apresentou-se como aquele que obteve maior média entre enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas. A satisfação no trabalho pode ser compreendida sendo a extensão do quanto o profissional gosta de sua atividade laboral⁽¹⁸⁾. Estudos recentes que utilizaram o SAQ, também apontam o escore de Satisfação no trabalho como sendo de percepção positiva entre as equipes de saúde em ambientes de terapia intensiva^(14,19,20). O Clima de trabalho também foi avaliado como positivo para os participantes deste estudo. Estudo⁽²¹⁾ que descreveu a percepção de segurança entre enfermeiros que trabalham em hospitais da Indonésia e examinou a associação entre fatores

demográficos, profissionais e organizacionais, usando os domínios da ferramenta SAQ, mostrou que a pontuação do domínio do Clima de trabalho em equipe foi maior do que a do Clima de segurança, sugerindo haver maior propensão à boa colaboração entre membros da equipe, sem preocupações com a segurança do paciente.

Em contrapartida, o domínio Condições de trabalho, alcançou o escore com a percepção mais negativa entre os participantes, com diferença estatística significativa entre os profissionais com tempo de atuação de três a seis meses. Esse resultado pode ser reflexo de uma adaptação inicial do profissional ao novo local de trabalho, o que difere do profissional que exerce seu trabalho há cinco anos ou mais e consegue desenvolver uma visão crítica do ambiente de trabalho⁽¹⁹⁾. Outro ponto importante a ser ressaltado nesse domínio, refere-se que dentre as três profissões, os técnicos de enfermagem foram os que retrataram uma percepção mais negativa da qualidade do ambiente de trabalho, com uma média de 52,4. Ainda, destaca-se que considerando todos os domínios entre enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem, o item Condições de trabalho para os técnicos de enfermagem, foi o que revelou o escore mais negativo.

Observou-se médias próximas em um estudo que avaliou o clima de segurança na perspectiva de 123 profissionais da equipe de saúde em um hospital privado de Minas Gerais, Brasil, com categoria profissional predominante de técnicos de enfermagem (68,29%), identificou que grande parte dos profissionais possuem uma visão negativa da qualidade do local de trabalho. Ainda, neste estudo os domínios que alcançaram os escores mais negativos correspondem a Percepção da gerência seguidamente das Condições de trabalho, sendo duas ferramentas essenciais na construção de uma prática assistencial segura⁽²²⁾, corroborando com os dados encontrados neste estudo.

É possível considerar que esses achados possam estar relacionados com diversos aspectos, como: diferença de atribuições entre categorias profissionais, liderança dos enfermeiros e relacionamento com a gerência da unidade, condição do estado emocional e questão salarial. Destaca-se que esses aspectos vão ao encontro dos resultados de percepções negativas encontradas nos domínios Percepção do estresse e Percepção da gerência, também por parte dos técnicos de enfermagem. Nesse sentido, esses resultados indicam a necessidade de investimento e atenção por parte da gerência, sendo interessante a execução de estratégias de aproximação com a equipe, estímulo ao diálogo, valorizando cada membro da equipe como peça fundamental.

O clima de segurança representa características empíricas da prática assistencial, inserido em uma cultura bastante complexa, que compreende visões, percepções e ações do sistema de gestão de segurança, assumidos em uma instituição⁽²³⁾. Desta forma, o clima de segurança é o que representa a cultura de segurança em um determinado momento e fornece informações sobre sua implementação em hospitais⁽²⁴⁾. Há estudos que indicam que hospitais com menores níveis de clima de segurança quando comparados com aqueles com altos escores de clima de segurança, mostram declínio dos resultados de saúde, incluindo maior tempo de internação, maiores taxas de 30 readmissões, e aumento da taxa de mortalidade pós-operatória^(24,25).

Estudo quantitativo realizado com 198 profissionais de saúde de hospital filantrópico no Brasil, cujo objetivo foi avaliar a percepção do clima de segurança do paciente pelos profissionais de saúde, mostrou que estes obtiveram uma percepção negativa em relação ao clima de segurança do paciente e o domínio satisfação no trabalho apresentou o melhor escore⁽²⁶⁾. Estudo⁽²⁷⁾ realizado em 2019 numa UTI da Arábia Saudita, com a participação de 82 profissionais da equipe multiprofissional, mostrou nível insatisfatório de cultura de segurança entre a equipe. É importante estabelecer acompanhamento do clima de segurança em hospitais e especificamente em UTIs e, ao expor as deficiências do sistema, ajudar a administração a fortalecer e melhorar o atendimento ao paciente.

A presente pesquisa apresenta algumas limitações. O primeiro envolve o foco do estudo em um único hospital. Este fato não apenas limitou a amostra empregada nesta investigação, mas também significa que os resultados não podem ser comparados com outros hospitais públicos. A segunda limitação diz respeito ao momento em que o clima de segurança, foi avaliado. No futuro, um estudo maior como este pode fornecer informações importantes sobre a mudança da cultura de qualidade e segurança.

CONCLUSÃO

Este estudo avaliou o clima de segurança do paciente junto a profissionais da equipe de enfermagem e fisioterapia. Estes são os profissionais com mais tempo direto de assistência na UTI em que trabalham. Por meio do SAQ, os domínios considerados positivos foram Clima de trabalho e Satisfação no trabalho. Os domínios Clima de segurança, Percepção do estresse, Condições de trabalho e Percepção da gerência foram aqueles considerados como negativos. As atitudes de segurança avaliadas sob a perspectiva da equipe mostraram-se

desfavoráveis. O clima geral do trabalho em equipe neste estudo não mostrou discrepâncias significativas entre as diferentes profissões. De fato, o clima de segurança do paciente influencia as percepções dos profissionais e, conseqüentemente, os resultados para os pacientes. Climas de segurança desfavoráveis podem indicar baixa consciência de segurança na instituição hospitalar. É necessário melhorar a capacidade de acompanhamento, adaptação e resposta, bem como fomentar a cultura de segurança a partir de processos que incorporem os profissionais que atuam diretamente nos cuidados.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho PA, Laundos CAS, Juliano JVS, Casulari LA, Gottens LBD. Avaliação da cultura de segurança em um hospital público no Distrito Federal, Brasil. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 Feb; 72(Suppl1): 252-258.
2. Yuce TK, Yang AD, Johnson JK, et al. Association Between Implementing Comprehensive Learning Collaborative Strategies in a Statewide Collaborative and Changes in Hospital Safety Culture. *JAMA Surg.* Published online August 12, 2020. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2020.2842>
3. Carvalho REFL, De Bortoli CSH. Adaptação transcultural do Questionário de Atitudes de Segurança - Short Form 2006 para o Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 junho; 20 (3): 575-582. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>
4. Oliveira JKA, et al. Segurança do paciente na assistência de enfermagem durante a administração de medicamentos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*2018;26:e3017.
5. Gadelha GO, et al. Fatores de risco para óbitos em pacientes com eventos adversos não infecciosos. *Rev. Lat-Am. Enferm.* 2018;26:e3001
6. Dunstan E, Coyer F. Safety culture in two metropolitan Australian tertiary hospital intensive care units: A cross-sectional survey. *Australian Critical Care* Volume 33, Issue 1, January 2020, Pages 4-11. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.11.069>
7. Berry Janet C, Davis, John Terrance, Bartman, Thomas, Hafer Cindy C, Lieb Lindsay M, Khan Nadeem, Brilli, Richard J. Improved Safety Culture and Teamwork Climate Are Associated With Decreases in Patient Harm and Hospital Mortality Across a Hospital System, *Journal of Patient Safety: June 2020 - Volume 16 - Edição 2 - p 130-136* doi: [https://doi.org/10.1097/ PTS.0000000000000251](https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000251)
8. Brian Yu, Cheng-Fan Wen, Heng-Lien Lo, Hsun-Hsiang Liao, Pa-Chun Wang, Melhorias na cultura de segurança do paciente: uma pesquisa nacional de Taiwan, 2009–16, *International Journal for Quality in Health Care* , Volume 32, Edição 1, fevereiro de 2020, páginas A9 - A17, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz099>
9. Notaro KAM, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK, Manzo BF. Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2019 [cited 2020 June 21]; 27: e3167. Available from: http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100351&lng=en. Epub Aug 19, 2019. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>
10. Alves MFT, Carvalho DS, Albuquerque GSC. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019 Aug [cited 2020 June 22];24(8): 2895-2908. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232019000802895&lng=en. Epub Aug 05, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>

11. Staines A, Amalberti R, Berwick DM, Braithwaite J, Lachman P, Vincent C. COVID-19: Patient safety and quality improvement skills to deploy during the surge. *Int. J. Qual. Health Care* 2020
12. Denning M, Teng Goh E, Scott A, Martin G, Markar S, Flott K, et al. What has been the impact of Covid-19 on safety culture? A case study from a large metropolitan healthcare trust. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17(19):7034. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17197034>
13. Sexton JB, Thomas. EJ. The Safety Climate Survey: psychometric and benchmarking properties. Technical Report 03-03 [Internet]. The University of Texas: Center of Excellence for Patient Safety Research; 2017 [cited 2017 Jan 29]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/1438/the-safety-climate-survey- psychometric-and-benchmarking-properties>
14. Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. V.25, e:2849. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1600.2849>
15. Morais MP, Martins JT, Galdino MJQ, Robazzi MLCC, Trevisan GS. Satisfação no trabalho de enfermeiros em um hospital universitário. *Rev Enferm UFSM* 2016 Jan./Mar.;6(1):1-9.
16. Oliveira BLCA, Silva AM, Lima SF. Carga semanal de trabalho para enfermeiros no brasil: desafios ao exercício da profissão. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 1.221-1.236, set./dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00159>
17. Santos NPC, Gama VS, EB Lefundes, LM Santos, Passos SSS, Silva SSB. Percepção de enfermeiras com dupla jornada de trabalho sobre a segurança do paciente. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v. 42, supl.1, p. 192-207 jan./mar. 2018
18. Hora GPR, Ribas Júnior R, Souza MA. Estado da arte das medidas em satisfação no trabalho: uma revisão sistemática. *Trends Psychol.*, Ribeirão Preto, vol. 26, nº 2, p. 971-986 - Junho/2018.
<https://www.scielo.br/j/tpsya/xbTN7gyT3zdVRVJDBrN7Pgf/?format=pdf&lang=pt>
19. Girão ALA, Lacerda AJA, Carvalho LS, Lousada LM, Nascimento KMB, Cruz KT, et al. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: percepção de profissionais de saúde. *Rev. Eletr. Enferm.*, 2019;21:50649.
<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/50649/33735>
20. Lira VL, Campelo SMA, Branco NFLC, Carvalho HEF, Andrade D, Ferreira AM, Ribeiro IP. Clima de segurança do paciente na perspectiva da enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* 73 (6);2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0606>

21. Ningrum EH, Evans S, Soh SE, Ernest A. Perception of safety climate among Indonesian nurses: A cross-sectional survey. *J Public Health Res.* 2021;10(2):2182. Published 2021 Apr 14. doi:10.4081/jphr.2021.2182
22. Barbosa MH, Floriano DR, Oliveira KF, Nascimento KG, Ferreira LA. Clima de segurança do paciente em um hospital privado. *Rev. Texto Contexto Enferm*, v. 25, n.3, e:1460015. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001460015>
23. Soh SE, Morello R, Rifat S, et al. Nurse perceptions of safety climate in Australian acute hospitals: a cross-sectional survey. *Australian Health Rev* 2018;42:203-9
24. Hansen LO, Williams MV, Singer SJ. Perceptions of hospital safety climate and incidence of readmission. *Health Serv Res* 2011;46:596-616.
25. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Qual Saf* 2011;20:102-7
26. Magalhães FHL, Pereira ICA, Luiz RB, Barbosa MH, Ferreira MBG. Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(esp):e20180272
doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180272>
27. Abdullah S. Alqahtani, Rachel Evley. Application of Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Adult Intensive Care Units: a cross-sectional study.
<https://doi.org/10.1101/2020.07.07.20114918>

Pré-print

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho buscou avaliar o clima de segurança em equipes de Enfermagem e Fisioterapia de uma unidade de terapia intensiva, buscando dados que pudessem orientar ações de gestão que promovam a cultura de segurança, a partir de estudo e abordagem quantitativa, do tipo survey transversal.

A análise permitiu concluir que, por meio do SAQ, os domínios considerados positivos foram Clima de trabalho e Satisfação no trabalho. Os domínios Clima de segurança, Percepção do estresse, Condições de trabalho e Percepção da gerência foram aqueles considerados como negativos. As atitudes de segurança avaliadas sob a perspectiva da equipe mostraram-se desfavoráveis. O clima geral do trabalho em equipe neste estudo não mostrou discrepâncias significativas entre as diferentes profissões.

Com isso, foi possível avaliar o clima de segurança da equipe de enfermagem e fisioterapia da unidade de terapia intensiva, considerando os resultados descritos acima.

A ferramenta utilizada no estudo, o SAQ, se mostrou efetiva na coleta de dados, mesmo que não tenha sido desenvolvido especificamente para aplicação no contexto de pandemia, seus dados puderam servir como fundamento para análise do clima de segurança.

Por fim, destaca-se a importância da realização de estudos adicionais, buscando-se adicionar outras categorias profissionais, que também atuam dentro da UTI, podendo-se avaliar globalmente o cenário, assim como realizar novas comparações.

Como acadêmico, durante os estágios em campo de prática, pude vivenciar e compartilhar experiências no qual refletiam o clima de segurança das unidades. Entre conversas com profissionais e observações, a necessidade de uma avaliação estruturada do clima de segurança se mostrou necessária em diversos momentos. A construção deste trabalho traz, concomitantemente, o desejo de que, demonstrando esta grande importância, o tema seja englobado nas estratégias de gestão e melhoria da qualidade do cuidado dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALQAHTANI, Abdullah S.; EVLEY, Rachel. Application of Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Adult Intensive Care Units: a cross-sectional study. Medrxiv, [S.L.], p. 1-21, 7 jul. 2020. Cold Spring Harbor Laboratory. <http://dx.doi.org/10.1101/2020.07.07.20114918>.
- ALVES, Michelle de Fatima Tavares; CARVALHO, Denise Siqueira de; ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 24, n. 8, p. 2895-2908, ago. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>.
- ANTUNES, Douglas Eulálio; SILVA, Tathiane Ribeiro. Incidentes e eventos adversos em segurança do paciente: uma série temporal de 2019 a 2020. Revista de Saúde Pública do Paraná, [S.L.], v. 4, n. 3, p. 2-15, 29 nov. 2021. Revista de Saude Publica do Parana. <http://dx.doi.org/10.32811/25954482-2021v4n3p2>.
- BÁO, Ana Cristina Pretto; AMESTOY, Simone Coelho; MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de; TRINDADE, Letícia de Lima. Quality indicators: tools for the management of best practices in health. Revista Brasileira de Enfermagem, [S.L.], v. 72, n. 2, p. 360-366, abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>.
- BARBOSA, Maria Helena; FLORIANO, Daniela Rosa; OLIVEIRA, Karoline Faria de; NASCIMENTO, Kleiton Gonçalves do; FERREIRA, Lúcia Aparecida. PATIENT SAFETY CLIMATE AT A PRIVATE HOSPITAL. Texto & Contexto - Enfermagem, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 1-8, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001460015>.
- BERRY, Janet C.; DAVIS, John Terrance; BARTMAN, Thomas; HAFER, Cindy C.; LIEB, Lindsay M.; KHAN, Nadeem; BRILLI, Richard J.. Improved Safety Culture and Teamwork Climate Are Associated With Decreases in Patient Harm and Hospital Mortality Across a Hospital System. Journal Of Patient Safety, [S.L.], v. 16, n. 2, p. 130-136, 7 jan. 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/pts.0000000000000251>.
- CARVALHO, Paloma Aparecida; LAUNDOS, Carla Albina Soares; JULIANO, Juliana Ventura Souza; CASULARI, Luiz Augusto; GOTTEMS, Leila Bernarda Donato. Assessment of safety culture in a public hospital in the Federal District, Brazil. Revista Brasileira de Enfermagem, [S.L.], v. 72, n. 1, p. 252-258, fev. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0716>.
- CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de; ARRUDA, Lidyane Parente; NASCIMENTO, Nayanne Karen Pinheiro do; SAMPAIO, Renata Lopes; CAVALCANTE, Maria Lígia Silva Nunes; COSTA, Ana Carolina Pinto. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, [S.L.], v. 25, p. 1-8, 9 mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1600.2849>.
- CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de; CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil.

Revista Latino-Americana de Enfermagem, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 575-582, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692012000300020>.

CARVALHO, Paloma Aparecida; LAUNDOS, Carla Albina Soares; JULIANO, Juliana Ventura Souza; CASULARI, Luiz Augusto; GOTTEMS, Leila Bernarda Donato. Assessment of safety culture in a public hospital in the Federal District, Brazil. Revista Brasileira de Enfermagem, [S.L.], v. 72, n. 1, p. 252-258, fev. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0716>.

DENNING, Max; GOH, Ee Teng; SCOTT, Alasdair; MARTIN, Guy; MARKAR, Sheraz; FLOTT, Kelsey; MASON, Sam; PRZYBYLOWICZ, Jan; ALMONTE, Melanie; CLARKE, Jonathan. What Has Been the Impact of Covid-19 on Safety Culture? A Case Study from a Large Metropolitan Healthcare Trust. International Journal Of Environmental Research And Public Health, [S.L.], v. 17, n. 19, p. 7034, 25 set. 2020. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17197034>.

DUNSTAN, Elspeth; COYER, Fiona. Safety culture in two metropolitan Australian tertiary hospital intensive care units: a cross-sectional survey. Australian Critical Care, [S.L.], v. 33, n. 1, p. 4-11, jan. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2018.11.069>.

GIRÃO, Ana Livia Araújo; LACERDA, Anna Jessyca Andrade; CARVALHO, Luana Sousa de; LOUSADA, Leticia Martins; NASCIMENTO, Káren Maria Borges; CRUZ, Karla Thâmyssa; CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: percepção de profissionais de saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem, [S.L.], v. 21, p. 1-10, 24 set. 2019. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v21.50649>.

FERREIRA, Natássia Carmo Lopes Queiroz; MENEGUETI, Mayra Gonçalves; ALMEIDA, Cristiane Leite de; GABRIEL, Carmen Sílvia; LAUS, Ana Maria. AVALIAÇÃO DOS PADRÕES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COM INDICADORES DE PROCESSO. Cogitare Enfermagem, [S.L.], v. 24, p. 1-11, 28 nov. 2019. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.62411>.

FREITAS, Etiane de Oliveira; MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza; SILVA, Rosângela Marion da; PINNO, Camila; PETRY, Karen Emanueli; SIQUEIRA, Daiana Foggiato de; CAMPONOGARA, Silviamar. Cultura de segurança em Unidade de Terapia Intensiva na percepção de profissionais de Enfermagem. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, [S.L.], v. 34, p. 1-11, 2021. Fundacao Edson Queiroz. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2021.11582>.

Gadelha GO, et al. Fatores de risco para óbitos em pacientes com eventos adversos não infecciosos. Rev. Lat-Am. Enferm. 2018;26:e3001

GADELHA, Gilcilene Oliveira; PAIXÃO, Hémilly Caroline da Silva; PRADO, Patricia Rezende do; VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira; AMARAL, Thatiana Lameira Maciel. Risk factors for death in patients with non-infectious adverse events. Revista Latino-Americana de Enfermagem, [S.L.], v. 26, p. 1-8, 16 jul. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2069.3001>.

HANSEN, Luke O.; WILLIAMS, Mark V.; SINGER, Sara J.. Perceptions of Hospital Safety Climate and Incidence of Readmission. *Health Services Research*, [S.L.], v. 46, n. 2, p. 596-616, 24 nov. 2010. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01204.x>.

HAYNES, A. B.; WEISER, T. G.; BERRY, W. R.; LIPSITZ, S. R.; BREIZAT, A.-H. S.; DELLINGER, E. P.; DZIEKAN, G.; HERBOSA, T.; KIBATALA, P. L.; LAPITAN, M. C. M.. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *Bmj Quality & Safety*, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 102-107, 1 jan. 2011. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs.2009.040022>.

HORA, Gabriela Pereira R.; R. JÚNIOR, Rodolfo; SOUZA, Marcos A.. Estado da arte das medidas em satisfação no trabalho: uma revisão sistemática. *Temas em Psicologia*, [S.L.], v. 26, n. 2, p. 971-986, 2018. Associação Brasileira de Psicologia. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2018.2-16pt>.

JB, Sexton. The Safety Climate Survey: psychometric and benchmarking properties. *The University Of Texas: Center of Excellence for Patient Safety Research, Austin*, v. 3, n. 3, p. 1-10, 2017.

LIRA, Vanessa Leal; CAMPELO, Sônia Maria de Araújo; BRANCO, Nayra Ferreira Lima Castelo; CARVALHO, Herica Emilia Félix de; ANDRADE, Denise de; FERREIRA, Adriano Menis; RIBEIRO, Ivonizete Pires. Patient safety climate from the nursing perspective. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 73, n. 6, p. 1-7, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0606>.

MAGALHÃES, Felipe Henrique de Lima; PEREIRA, Isabelle Christine de Almeida; LUIZ, Raíssa Bianca; BARBOSA, Maria Helena; FERREIRA, Maria Beatriz Guimarães. Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, [S.L.], v. 40, n. , p. 1-7, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180272>.

MINEIRO, Márcia. *Revista de Estudos em Educação e Diversidade*. v. 1, n. 2, p. 284-306, out./dez., 2020. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/reed>ISSN: 2675-6889 PESQUISA DE SURVEYE AMOSTRAGEM: APORTES TEÓRICOS ELEMENTARES. *Revista de Estudos em Educação e Diversidade*, [s. l], v. 1, n. 2, p. 284-306, 2020.

MORAIS, Marisa Pires de; MARTINS, Júlia Trevisan; GALDINO, Maria José Quina; ROBAZZI, Maria Lucia do Carmo Cruz; TREVISAN, Gabriela Schmitt. Satisfação no trabalho de enfermeiros em um hospital universitário. *Revista de Enfermagem da Ufsm*, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 1-9, 30 mar. 2016. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769217766>.

MUCELINI, Fernanda Cristina; MATOS, Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo; ALVES, Debora Cristina Ignácio; SILVA, Eduardo Beserra da; NISHIYAMA, Juliana Aparecida Peixoto; MORAES, Rúbia Marcela Rodrigues; OLIVEIRA, João Lucas Campos de. Clima de segurança do paciente: avaliação de trabalhadores do pronto-socorro de hospital universitário.

Revista Ciências em Saúde, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 101-108, 15 set. 2020. Revista Ciências em Saúde. <http://dx.doi.org/10.21876/rchsci.v10i3.969>.

MUNHOZ, Oclaris Lopes; CARNEIRO, Alessandra Suptitz; MORAIS, Bruna Xavier; ARRIAL, Tatiele Soares; MOREIRA, Laura Prestes; ANDOLHE, Rafaela. Fatores associados aos domínios da cultura de segurança do paciente em unidades de perioperatório. Research, Society And Development, [S.L.], v. 9, n. 7, p. 1-23, 1 jun. 2020. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4734>.

NINGRUM, Evi Harwiati; EVANS, Sue; SOH, Sze-Ee; ERNEST, Arul. Perception of safety climate among Indonesian nurses: a cross-sectional survey. Journal Of Public Health Research, [S.L.], v. 10, n. 2, p. 1-8, 14 abr. 2021. PAGEPress Publications. <http://dx.doi.org/10.4081/jphr.2021.2182>.

NOTARO, Karine Antunes Marques; CORRÊA, Allana dos Reis; TOMAZONI, Andréia; ROCHA, Patrícia Kuerten; MANZO, Bruna Figueiredo. Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. Revista Latino-Americana de Enfermagem, [S.L.], v. 27, p. 1-9, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>.

OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de; SILVA, Alécia Maria da; LIMA, Sara Fiterman. CARGA SEMANAL DE TRABALHO PARA ENFERMEIROS NO BRASIL: desafios ao exercício da profissão. Trabalho, Educação e Saúde, [S.L.], v. 16, n. 3, p. 1221-1236, 2 ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00159>.

OLIVEIRA, Júlian Katrin Albuquerque de; LLAPA-RODRIGUEZ, Eliana Ofélia; LOBO, Iza Maria Fraga; SILVA, Luciana de Santana Lôbo; GODOY, Simone de; SILVA, Gilvan Gomes da. Patient safety in nursing care during medication administration. Revista Latino-Americana de Enfermagem, [S.L.], v. 26, p. 1-8, 9 ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2350.3017>.

PINTO, Vitoria Regina; FERREIRA, Simone Cruz Machado. Indicadores para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem: estudo descritivo-exploratório. Online Brazilian Journal Of Nursing, [S.L.], v. 16, n. 2, p. 140, 9 out. 2017. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. <http://dx.doi.org/10.17665/1676-4285.20175481>.

SOARES, Samira Silva Santos; LISBOA, Márcia Tereza Luz; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo; SILVA, Karla Gualberto; LEITE, Jandra Cibele Rodrigues de Abrantes Pereira; SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira. DUPLA JORNADA DE TRABALHO NA ENFERMAGEM: paradigma da prosperidade ou reflexo do modelo neoliberal?. Revista Baiana de Enfermagem, [S.L.], v. 35, p. 1-12, 24 nov. 2020. Revista Baiana de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v35.38745>.

SOUZA, Verusca Soares de; OLIVEIRA, João Lucas Campos de; COSTA, Maria Antônia Ramos; VICENTE, Grazieli de; MENDONÇA, Renata Rodrigues; MATSUDA, Laura Misue. ASSOCIAÇÃO ENTRE CLIMA DE SEGURANÇA E A CARGA DE TRABALHO DA ENFERMAGEM. Cogitare Enfermagem, [S.L.], v. 24, p. 1-10, 4 abr. 2019. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58976>.

STAINES, Anthony; AMALBERTI, René; BERWICK, Donald M; BRAITHWAITE, Jeffrey; LACHMAN, Peter; A VINCENT, Charles. COVID-19: patient safety and quality improvement skills to deploy during the surge. *International Journal For Quality In Health Care*, [S.L.], v. 33, n. 1, p. 1-7, 27 maio 2020. Oxford University Press (OUP).

<http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzaa050>.

TRES, Daniela Patrícia; OLIVEIRA, João Lucas Campos; VITURI, Dagmar Willamowius; ALVES, Sidnei Roberto; RIGO, Denise de Fátima Hoffmann; NICOLA, Anair Lazzari. QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA E SEGURANÇA DO PACIENTE: avaliação por indicadores. *Cogitare Enfermagem*, [S.L.], v. 21, n. 5, p. 1-8, 17 ago. 2016. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.44938>.

VILLAR, Vanessa Cristina Felipe Lopes; MARTINS, Mônica; RABELLO, Elaine Teixeira. Incidentes e eventos adversos de segurança do paciente notificados pelos cidadãos no Brasil: estudo descritivo, 2014-2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [S.L.], v. 30, n. 4, p. 1-10, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000400007>.

YU, Brian; WEN, Cheng-Fan; LO, Heng-Lien; LIAO, Hsun-Hsiang; WANG, Pa-Chun. Improvements in patient safety culture: a national taiwanese survey, 2009-2016. *International Journal For Quality In Health Care*, [S.L.], v. 32, n. 1, p. 9-17, 9 jan. 2020. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzz099>.

Yuce TK, Yang AD, Johnson JK, et al. Association Between Implementing Comprehensive Learning Collaborative Strategies in a Statewide Collaborative and Changes in Hospital Safety Culture. *JAMA Surg*. Published online August 12, 2020.

<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2020.2842>



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 – 3721.4998

DISCIPLINA: INT 5182 - TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

Declaro que o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), realizado pelo acadêmico Rafael Duarte do Nascimento, intitulado “Clima de Segurança em Unidade de Terapia Intensiva entre equipes de Enfermagem e Fisioterapia”, foi orientado por mim, Prof^a Dr^a Daniele Delacanal Lazzari. Durante a realização do TCC e mesmo em suas etapas anteriores, o acadêmico demonstrou grande interesse pelo tema, responsabilidade e rigor científico e ético desde a elaboração do projeto, até a finalização da pesquisa. Esta pesquisa traz importante contribuição para a reorganização do trabalho em terapia intensiva, com o objetivo de melhorar as questões de segurança, fundamentais para a assistência de qualidade. Ressalto o compromisso, competência, dedicação e ética do acadêmico Rafael com o desenvolvimento da pesquisa, repercutindo na qualidade do trabalho de conclusão e, conseqüentemente, no manuscrito produzido.

Florianópolis, 04 de fevereiro 2022.

Dr^a Daniele Delacanal Lazzari
Professora orientadora