

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E ESGOTAMENTO EM
PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
MANAUS: ESTUDO TRANSVERSAL

MARCÉLIA CÉLIA COUTEIRO LOPES

MANAUS

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

MARCÉLIA CÉLIA COUTEIRO LOPES

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E ESGOTAMENTO EM
PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
MANAUS: ESTUDO TRANSVERSAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do
Amazonas para a obtenção do título de Mestre em Ciências
Farmacêuticas

Orientadora: Profa. Dra. Taís Freire Galvão

Co-orientador: Prof. Dr. Marcus Tolentino Silva

MANAUS

2017

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

L864c Lopes, Marcélia Célia Couteiro
Cultura de segurança do paciente e esgotamento em
profissionais da saúde de um hospital universitário de Manaus:
estudo transversal / Marcélia Célia Couteiro Lopes. 2017
90 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Taís Freire Galvão
Coorientador: Marcus Tolentino Silva
Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) -
Universidade Federal do Amazonas.

1. Segurança do paciente. 2. Cultura. 3. Esgotamento
profissional. 4. Hospitais. 5. Inquéritos e questionários. I. Galvão,
Taís Freire II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

MARCÉLIA CÉLIA COUTEIRO LOPES

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E ESGOTAMENTO EM
PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
MANAUS: ESTUDO TRANSVERSAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do
Amazonas para a obtenção do título de Mestre em Ciências
Farmacêuticas

Aprovada em 19 de dezembro de 2017

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Taís Freire Galvão, Presidente
Universidade Federal do Amazonas/UNICAMP

Profa Dra Maria de Nazaré de Souza Ribeiro, Membro externo
Universidade do Estado do Amazonas/UEA

Profa Dra Maria da Glória Vitória Guimarães, Membro interno
Universidade Federal do Amazonas/UFAM

Prof. Dr. Emerson da Silva Lima, coordenador do PPGCF
Universidade Federal do Amazonas/UFAM

Vós, irmãos, não vos canseis de fazer o bem.

2ª. Tessalonicenses 3,13

DEDICATÓRIA

A minha mãe Maria de Fátima Couteiro (*in memoriam*) que tanto me incentivou a trilhar os caminhos da educação e sempre será minha referência de força e generosidade.

Ao professor doutor Antonio Levino (*in memoriam*) pelos questionamentos e reflexões humanísticas no campo da epidemiologia.

AGRADECIMENTOS

A Deus fonte de toda sabedoria e entendimento.

A minha orientadora doutora Taís Freire Galvão, antes de tudo, pela motivação e incentivo, pelo conhecimento partilhado, pertinência nas observações, dedicação e habilidade na condução da orientação, pelo respeito e carinho. A você minha admiração e gratidão.

Ao meu co-orientador doutor Marcus Tolentino Silva pela colaboração em todas as etapas metodológicas da pesquisa e análise estatística, pela partilha do conhecimento e expertise na docência.

Aos colegas de turma do mestrado pelo companheirismo que fez a diferença no aprendizado. Em especial a colega Carmem Oliva, companheira de pesquisa, pelas horas de dedicação e partilha de conhecimento.

À gestão do HUGV pela oportunidade de realização da pesquisa, em especial à GEP pelo incentivo e apoio.

À UFAM e ao programa de pós-graduação em Ciências Farmacêuticas pelo incentivo à qualificação.

À secretaria da pós-graduação, em especial a Maria Cléo Lopes pelas informações, disponibilidade e acolhimento.

Aos colegas que colaboraram na coleta de dados: Enfermeira Rosilene Silva, acadêmico de farmácia Bruno Silvestre, biólogo Marcelo Perdigão, acadêmica de matemática Mariana Costa, pelo esforço, habilidade e persistência.

Ao meu pai e familiares pela compreensão nas ausências. Em especial à minha irmã, Marcileia Couteiro, grande incentivadora do meu crescimento profissional e ao meu esposo, Aroldo Lopes, pela compreensão e apoio.

A todos que, de alguma forma, colaboraram na realização desta pesquisa.

Em especial, a cada um dos funcionários do Hospital Universitário Getúlio Vargas, colegas de trabalho, que se dispuseram a participar da pesquisa ou que incentivaram, divulgaram e acreditaram neste projeto. A eles, minha homenagem e a certeza que continuaremos tentando pois “não podemos mudar a condição humana mas podemos mudar as condições sob as quais as pessoas trabalham” (Reason, 2000).

RESUMO

Introdução: A cultura de segurança do paciente indica o compromisso das organizações de saúde com a segurança assistencial. Fatores individuais como satisfação e esgotamento profissional se relacionam com a cultura de segurança e podem impactar na assistência prestada no hospital. **Objetivo:** avaliar a cultura de segurança do paciente e o esgotamento no trabalho entre profissionais de um hospital universitário. **Método:** Trata-se de um estudo transversal com amostragem aleatória e cálculo do tamanho amostral em 300 funcionários. Os dados foram coletados em dispositivos eletrônicos contendo os instrumentos *Safety Attitudes Questionnaire*, *Maslach Burnout Inventory* *Human Service Survey* e de variáveis sociodemográficas. Os dados foram analisados por meio do *software* Stata 14.2 para cálculo de frequência, fatores associados e confiabilidade pelo alfa de Cronbach. **Resultados:** Foram convidados 323 para alcançar 300 entrevistados (taxa de resposta = 92,9%); 67,3% eram mulheres, média de idade de 42 anos $\pm 10,85$, 41,3% da área de enfermagem e 84,0% com contato direto com pacientes. A média de positividade na cultura de segurança foi 62,7% ($\alpha=0,920$). O domínio com melhor percepção de cultura de segurança foi satisfação no trabalho (81,4%), enquanto condições de trabalho apresentou a menor positividade (46,5%). Profissionais que trabalham em contato direto com pacientes ($\beta=7,03$; $p=0,021$), trabalhadores com três ou mais vínculos empregatícios ($\beta=5,80$; $p=0,026$) e com jornada superior a 60 horas semanais ($\beta=6,57$; $p=0,014$) apresentaram maior percepção de cultura de segurança. A prevalência de esgotamento entre os profissionais foi 8,7% (intervalo de confiança de [IC] 95%: 5,2-12,3%; $\alpha=0,908$), 26,3% apresentou esgotamento grave em realização profissional, 23% em exaustão emocional e 19,7% em despersonalização. O esgotamento foi menos frequente entre os funcionários com idade entre 36-50 anos (RP=0,43; IC 95%: 0,19-0,98), com companheiro (RP=0,36; IC 95%: 0,18-0,75), classe econômica B2 (média classe média; RP=0,28; IC 95%: 0,11-0,75) e C/D/E (classe média baixa/pobres/extremamente pobres; RP=0,11; IC 95%: 0,01-0,80) e enfermeiros (RP=0,35; IC 95%: 0,14-0,91). Solteiros apresentaram mais esgotamento (RP=2,34; IC 95%: 1,10-4,98) quando comparados aos casados. **Conclusão:** A cultura de segurança apresentou fragilidades, em especial em relação às condições de trabalho Aproximadamente 1 em cada 10 funcionários apresentaram esgotamento, e foi maior em solteiros, mais jovens e nos mais ricos.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Cultura; Esgotamento profissional; Hospitais; Inquéritos e questionários; Pessoal de saúde

ABSTRACT

Introduction: The culture of patient safety indicates the commitment of healthcare organizations to the safety. Individual factors such as satisfaction and professional burnout are related to the safety culture and may impact the care provided at the hospital. **Objective:** to assess culture of patient safety and burnout at the work among a university hospital's professionals. **Method:** This is a cross-sectional study with random sampling and calculation of the sample size in 300 employees. The data were collected in electronic devices containing the tools Safety Attitudes Questionnaire, Maslach Burnout Inventory Human Service Survey and sociodemographic variables. Data were analyzed using the Stata 14.2 software to calculate frequencies, associated factors and reliability by Cronbach's alpha. **Results:** 323 were invited to reach 300 respondents (response rate = 92.9%); 67.3% were women, mean age 42 years \pm 10.85, 41.3% of the nursing area and 84.0% with direct contact with patients. The mean positivity in the safety culture was 62.7% ($\alpha=0.920$). The domain with the best perception of safety culture was job satisfaction (81.4%), while working conditions showed the least positivity (46.5%). Professionals who work in direct contact with patients ($\beta=7.03$, $p=0.021$), workers with three or more employment contracts ($\beta=5.80$, $p=0.026$) and with a workday exceeding 60 hours weekly ($\beta=6.57$; $p=0.014$) presented greater perception of safety culture. The prevalence of burnout among professionals was 8.7% (95% confidence interval [CI]: 5.2-12.3%, $\alpha = 0.908$), 26.3% presented severe burnout in professional accomplishment, 23% in emotional exhaustion and 19.7% in depersonalization. Burnout was less frequent among employees aged 36-50 years (PR=0.43, 95% CI: 0.19-0.98), with partner (PR=0.36, 95% CI: 0.18-75), economic class B2 (mean middle class, PR=0.28, 95% CI: 0.11-0.75) and C/D/E (lower middle class/poor/extremely poor, PR=0.11, 95% CI: 0.01-0.80) and nurses (PR=0.35, 95% CI: 0.14-0.91). Singles presented more burnout (PR=2.34, 95% CI: 1.10-4.98) when compared to married. **Conclusion:** The safety culture showed weaknesses, especially in relation to working conditions. Approximately 1 in 10 employees presented burnout, which was higher in singles, younger and richer.

Keywords: Patient safety; Culture; Burnout; Hospitals; Surveys and questionnaires; Health personnel

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
CAIR	<i>Checklist for Assessing Institutional Resilience</i>
CSS	<i>Culture of Safety Survey</i>
HCQ	<i>Hospital Culture Questionnaire</i>
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
MPSA	<i>Manchester Patient Safety Assessment</i>
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SCE	<i>Safety Climate Scale</i>
FMAQ	<i>Flight Management Attitudes Questionnaire</i>
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MBI HSS	<i>Maslach Burnout Inventory Human Service Survey</i>
MBI ES	<i>Maslach Burnout Inventory Educators Survey</i>
MBI GS	<i>Maslach Burnout Inventory General Survey</i>
HUGV	Hospital Universitário Getúlio Vargas
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
SIAPE	Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Principais características socioeconômicas dos participantes	43
Tabela 2. Principais características profissionais dos participantes	44
Tabela 3. Percentual de positividade, intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e confiabilidade de cada domínio do <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> (SAQ)	45
Tabela 4. Percentual de positividade, intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e confiabilidade de cada item do <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> (SAQ).....	47
Tabela 5. Percentual de positividade, desvio padrão (DP) e regressão logística do <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> por variáveis sócio-demográficas	49
Tabela 6. Percentual de positividade, desvio padrão (DP) e regressão logística do <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> por variáveis profissionais.....	50
Tabela 7. Média, intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e desvio padrão (DP) em cada dimensão do esgotamento.....	51
Tabela 8. Frequência de esgotamento baixo, moderado e alto e confiabilidade por domínio.	52
Tabela 9. Frequência de respostas nas questões do <i>Maslach Burnout Inventory Human Service Survey</i> e confiabilidade.....	533
Tabela 10. Prevalência e razão de prevalência (RP) de esgotamento pelas variáveis sociodemográficas, calculadas por regressão de Poisson com variância robusta	555
Tabela 11. Prevalência e razão de prevalência (RP) de esgotamento pelas variáveis profissionais, calculadas por regressão de Poisson com variância robusta.....	566
Tabela 12. Correlação entre cultura de segurança e esgotamento profissional	577

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Segurança do paciente na teoria do queijo suíço	23
Figura 2. Eixos do Programa Nacional de Segurança do paciente	24
Figura 3. Modelo Teórico do Processo de Esgotamento	28
Figura 4. Domínios do <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> (SAQ)	31
Figura 5. Dimensões do esgotamento profissional: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional do <i>Maslach Burnout Inventory Human Service Survey</i>	32
Figura 6. Escores de Exaustão emocional, despersonalização e realização profissional do <i>Maslach Burnout Inventory Human Service Survey</i>	38
Figura 7. Processo de Seleção e Inclusão dos Participantes da Pesquisa no Hospital Universitário Getúlio Vargas, Manaus, julho-novembro de 2016.....	42
Figura 8. Prevalência de esgotamento do <i>Maslach Burnout Inventory Human Service Survey</i> , HUGV, Manaus/AM, julho-novembro/2016	51
Figura 9. Correlação entre cultura de segurança do paciente e esgotamento profissional	577

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo geral.....	19
2.2	Objetivos específicos.....	19
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	20
3.1	Mensuração da cultura de segurança.....	29
3.2	Mensuração do esgotamento profissional.....	32
4	MÉTODO.....	34
4.1	Desenho do Estudo.....	34
4.2	Contexto.....	34
4.3	Participantes.....	34
4.4	Variáveis.....	35
4.5	Fontes de dados e mensuração.....	36
4.6	Controle de viés.....	39
4.7	Tamanho do estudo.....	40
4.8	Métodos estatísticos.....	40
4.9	Aspectos éticos.....	41
5	RESULTADOS	42
	Característica dos participantes.....	43
	Cultura de segurança.....	45
	Esgotamento.....	50
6.	DISCUSSÃO.....	58
7.	CONCLUSÃO	71
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICES.....	81
	APÊNDICE A - Termo de consentimento livre esclarecido.....	81
	APÊNDICE B – Cartaz de divulgação da pesquisa.....	82
	APÊNDICE C – Proteção de tela veiculada a cada 15 dias.....	83
	ANEXOS.....	84
	ANEXO A – <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> (SAQ).....	84
	ANEXO B – <i>Maslach Burnout Inventory Human Service Survey</i> (MBI HSS).....	86
	ANEXO C – Parecer consubstanciado do CEP.....	87
	ANEXO D – Acompanhamento de pesquisa da GEP.....	90
	ANEXO E – Apresentação de pôster no congresso brasileiro de Farmácia Hospitalar.....	91
	ANEXO F – Apresentação de pôster no congresso brasileiro de epidemiologia.....	92

1. INTRODUÇÃO

Após quase duas décadas de início do movimento global para a segurança do paciente muitos progressos foram registrados. Nos Estados Unidos, as estimativas mostram um declínio de 17% entre 2010 e 2014 de danos adquiridos nos hospitais (Ahrq, 2016). Aproximadamente 87.000 pacientes a menos morreram como resultado da redução de eventos e cerca de 19,9 bilhões de dólares americanos em custos de cuidados em saúde foram economizados (Ahrq, 2016).

Apesar dos esforços, os erros assistenciais continuam uma realidade nos sistemas de saúde do mundo todo. Na Inglaterra, os pesquisadores atribuem cerca de 3,6 % de mortes ao ano em hospitais por problemas evitáveis no cuidado em saúde (Yu *et al.*, 2016). Uma pesquisa realizada em três hospitais gerais públicos e de ensino do Rio de Janeiro em 2003, a incidência de eventos adversos foi estimada em 7,6% e a proporção de eventos adversos evitáveis foi estimada em 66,7%, uma das maiores do mundo (Mendes *et al.*, 2013). Uma análise realizada em 133 hospitais que prestam serviços a operadoras de saúde suplementar no Brasil, entre julho de 2016 e junho de 2017, estimou prevalência em 7,2% de eventos adversos, 65,2% deles, evitáveis (Couto *et al.*, 2017).

Embora os cuidados de saúde tenham se tornado mais eficazes, também se tornaram mais complexos, com o uso de novas tecnologias. Além disso, com o aumento da longevidade da população, os serviços de saúde atendem uma diversidade de pacientes que, frequentemente, apresentam comorbidades significativas e que exigem decisões cada vez mais complicadas quanto às prioridades de saúde (Garcia-Olmos *et al.*, 2012; Royal, 2015). O aumento da pressão econômica por produção sobre os sistemas de saúde também sobrecarrega os ambientes de cuidado (Yu *et al.*, 2016).

Associa-se ainda o fato que os profissionais de saúde experimentam graus de estresse relacionado às diversas fontes de erro humano comuns ao sistema, incluindo fadiga excessiva no trabalho, rotina exaustiva, decisões complicadas, prioridades conflitantes, escassez de recursos, acúmulo de funções assistenciais e gerenciais, realização de horas extras, turno de trabalho prolongado, sobrecarga de trabalho, falta crônica de pessoal, rotatividade de pessoal, dentre outros (Buchanan *et al.*, 2013; Brum *et al.*, 2015).

As evidências revelam que carga de trabalho excessiva e esgotamento estão associados ao aumento na incidência de erros na assistência, comprometendo a segurança do paciente (Wen *et al.*, 2016). Embora seja improvável que o erro seja completamente eliminado, o dano e o impacto para os pacientes podem ser minimizados. Neste contexto, a prevenção de erros associados aos cuidados em saúde e a mitigação de seus efeitos são o núcleo central da segurança do paciente (Yu *et al.*, 2016).

Dentre as estratégias utilizadas para garantir a segurança do paciente estão o uso de *checklists*, a padronização de protocolos, os treinamentos em equipe e a implantação de programas de acreditação (Berger *et al.*, 2013). Para fundamentar essas estratégias, há necessidade de estabelecer nas organizações uma cultura de segurança que seja justa e que privilegie e encoraje a informação e a aprendizagem (Who, 2009; Thomas e Galla, 2013).

A cultura de segurança do paciente é o “produto de valores, atitudes, habilidades e padrões de comportamento individual e grupal que determina o compromisso, o modelo e a competência das organizações de saúde e seus programas de segurança” (Halligan e Zecevic, 2011, p. 2). O clima de segurança é o componente mensurável da cultura de segurança e pode ser avaliado por meio da percepção dos profissionais, uma vez que atitudes e valores são mais difíceis de ser avaliados (Sexton *et al.*, 2006).

Organizações com cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação baseada na responsabilidade mútua, pela percepção compartilhada da importância da segurança e pela certeza da eficácia de medidas preventivas (Halligan e Zecevic, 2011). Processos organizacionais como trabalho em equipe, comunicação, responsabilização, tomada de decisão compartilhada e resolução de problemas aumentam as estratégias clínicas de atendimento de alta qualidade e a prevenção proativa de erros, impactando no desempenho profissional e nos desfechos dos pacientes (Goh *et al.*, 2013; Thomas e Galla, 2013).

Neste sentido, fatores individuais como satisfação ou esgotamento profissional e percepção do estresse, relacionam-se estritamente com a cultura de segurança do paciente. Esses fatores podem impactar na assistência prestada no ambiente hospitalar, onde se convive com a gravidade dos pacientes e com situações ambivalentes de vida e morte, acentuando efeitos negativos na saúde mental dos trabalhadores (Da Silva *et al.*, 2015).

Dentre as metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) na área para os próximos 15 anos está a expansão da investigação acerca da segurança do paciente, com foco na implementação eficiente da cultura de segurança nos serviços de saúde (Bates *et al.*, 2009). Tendo em vista que há necessidade de medir a cultura de segurança e os fatores envolvidos com instrumentos padronizados para sua melhor compreensão nos países em desenvolvimento, a presente pesquisa se justifica pela escassez de estudos, no contexto brasileiro e do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na Região Norte, que avaliem a relação entre fatores individuais como esgotamento profissional e a cultura de segurança vigente em ambientes hospitalares.

Considerando que a assistência insegura é uma importante fonte de morbidade e mortalidade em todo o mundo, a pesquisa se justifica também pela possibilidade de diagnosticar forças e fragilidades na cultura de segurança do paciente, permitindo seu

monitoramento e aprimoramento. Sentimentos de exaustão e esgotamento no trabalho, atitudes de insensibilidade e impessoalidade profissional, sentimentos de incompetência e frustração pessoal, poderão ser melhores compreendidos por meio dos achados, permitindo a proposição de intervenções e soluções em saúde e segurança do paciente. A possibilidade de geração de indicadores que permitam monitorar as mudanças na segurança do paciente ao longo do tempo é também um aspecto positivo que a pesquisa pode proporcionar.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a cultura de segurança do paciente e o esgotamento no trabalho entre profissionais de um hospital universitário.

2.2 Objetivos específicos

Avaliar a associação entre os fatores individuais e a cultura de segurança do paciente.

Determinar a prevalência de esgotamento entre os profissionais da saúde.

Avaliar a associação entre os fatores individuais e o esgotamento profissional.

Relacionar os níveis de cultura de segurança com o esgotamento profissional.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pela Portaria N° 3.390, de 30 de dezembro de 2013, define em seu artigo 3º, o hospital como instituição complexa, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (Brasil, 2013). Considera ainda, em seu artigo 5º, alínea IV, a auditoria clínica como análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde prestada no hospital, incluindo-se os procedimentos usados para o diagnóstico e o tratamento, uso dos recursos e os resultados para os usuários e estabelece, em seu artigo 6º, alínea VIII, como uma de suas diretrizes, a garantia da qualidade da atenção hospitalar e a segurança do paciente (Brasil, 2013).

Além da exigência legal, há um interesse atual crescente pela qualidade na área da saúde. Ela passou a ser pensada sob o ponto de vista dos usuários, gestores e profissionais de saúde que costumam se importar bastante com a qualidade dos seus serviços, seja pelo acesso facilitado à informação e às políticas de transparência, pela necessidade de otimização do uso de recursos para melhores desfechos ou por questões mercadológicas e éticas (Brum *et al.*, 2015).

Qualidade em serviços de saúde é definida pelo *Institute of Medicine* (IOM) como “o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual”

(Wachter, 2013). Aspectos importantes nesse âmbito de definição são a saúde baseada em evidências e a compreensão de que a qualidade não depende de um único fator, mas da presença de uma série de dimensões (Baker, 2001).

O IOM definiu seis dimensões-chaves que serviram de base para a construção de indicadores de qualidade no mundo: segurança, efetividade, atenção centrada no paciente, oportunidade/ acesso, eficiência e equidade. As seis dimensões do IOM, foram adaptadas pela OMS como indicadores de qualidade em serviços de saúde (Brum *et al.*, 2015).

A segurança do paciente faz parte, portanto, da estrutura das seis dimensões, sendo compreendida como um subconjunto prioritário da questão mais ampla da qualidade na assistência em todo mundo (Wachter, 2013). Apesar de ter sido a última dimensão a ser incluída no conceito de qualidade, a segurança do paciente passou a ser o foco do século XXI. Na prática, entretanto, as atividades de gerenciamento da qualidade não têm trabalhado suficientemente nos problemas da segurança do paciente (Brum *et al.*, 2015).

Sendo definida como a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário, real ou potencial associado a atenção à saúde” (Brasil, 2013, p. 2), a segurança do paciente está relacionada com evitar, prevenir e amenizar os eventos adversos ou danos relacionados ao cuidado em saúde. Ela emerge da interação dos componentes do sistema: não é inerente a uma pessoa, dispositivo ou serviço e implementá-la depende do aprendizado dessa interação (Vincent, 2010).

A abordagem moderna da segurança do paciente envolve o pensamento sistêmico, uma abordagem que compreende que o erro ocorre por falhas na cadeia de processos, e não em uma atitude isolada em que um só ator é o responsável (Nolan, 2000). Apesar do conceito que o profissional de saúde não erra estar disseminado na sociedade e particularmente entre os profissionais da saúde, o reconhecimento que a maioria dos eventos acontece com

profissionais competentes e comprometidos exige a incorporação de um sistema que antecipa e capta falhas antes de gerarem danos ao paciente (Wachter, 2013).

A definição de erro da OMS como uma falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano foi baseada nos trabalhos de James Reason, psicólogo britânico que desenvolveu o modelo teórico do queijo suíço (Figura 1) para avaliação de acidentes organizacionais, e que tem sido amplamente adotado como causalidade para a segurança sistêmica (Reason, 2000). Os componentes do sistema incluem a instituição e sua organização, a equipe profissional e seus indivíduos e a tecnologia em uso. Neste conceito, o sistema possui camadas múltiplas nas quais as falhas devem ser alinhadas para que ocorra um erro (Vincent, 2010).

A noção de que os erros podem ser ativos ou latentes justifica a utilização do modelo de barreiras para impedir que o erro chegue ao paciente. Os erros ativos são atos inseguros cometidos por quem está em contato direto com o sistema. Os erros latentes são atos ou ações evitáveis dentro do sistema, que surgem a partir da gestão (Brasil, 2014). Esse modelo enfatiza que as análises dos erros associados aos cuidados em saúde não se concentrem nos erros ativos, mas em suas raízes e em todas as condições subjacentes que fizeram o erro possível (Wachter, 2013).

Com base nesses modelos, têm-se verificado várias ações no sentido de tentar minimizar a ocorrência de falhas nos pontos-chave do sistema. Cita-se como exemplos, a construção de redundâncias e controles cruzados, os processos de padronização e redução de complexidade, a utilização de ações condicionadas e restrições, automação responsável, otimização do processo de comunicação e trabalho em equipe, aprendizagem com erros, além do investimento em equipes bem treinadas, equipadas e descansadas para o fornecimento de uma assistência segura (Nolan, 2000; Muething *et al.*, 2012; Wachter, 2013).

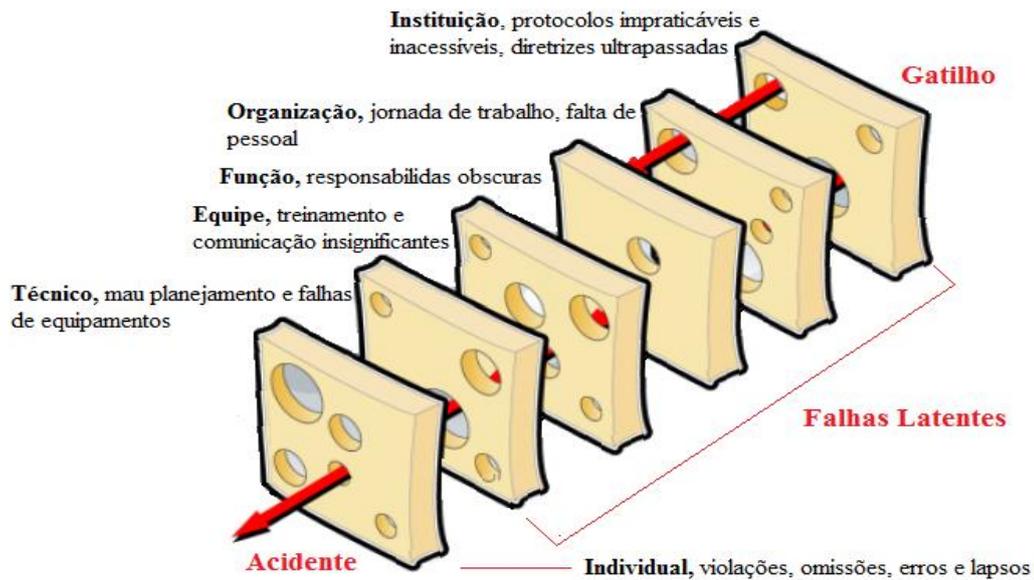


Figura 1. Segurança do paciente na teoria do queijo suíço
 Fonte: adaptado de (Seshia *et al.*, 2017).

Iniciativas do Brasil no campo da segurança do paciente perpassam pela Rede Sentinela de Hospitais composta de instituições que, desde 2002, trabalham com gerenciamento de risco em saúde na busca ativa e notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias em saúde (Brasil, 2014). Posteriormente, desenvolveram os eixos de prioridade para o gerenciamento de risco nas áreas de medicamentos, sangue e produtos para saúde, com ações de farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância; uso racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde e qualidade (Silva *et al.*, 2011). Todas essas ferramentas foram indispensáveis no gerenciamento dos riscos como primeiro passo para a promoção da segurança do paciente.

Em consonância com a prioridade estabelecida à segurança do paciente na agenda política dos estados-membros da OMS na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, o Ministério da Saúde brasileiro instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, por meio da Portaria N° 529 de 1º de abril de 2013 (Brasil, 2013). O programa tem quatro eixos: estímulo

à prática assistencial segura, envolvimento do cidadão, inclusão do tema no ensino e incremento da pesquisa (Brasil, 2013).

A cultura de segurança perpassa todos os eixos do programa (Figura 2) e é definida como a cultura na qual todos os trabalhadores, envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade por sua própria segurança, pela segurança dos colegas, pacientes e familiares – priorizada acima de metas financeiras e operacionais – que encoraja e recompensa a identificação, notificação e resolução de problemas relacionados à segurança; que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para manutenção efetiva da segurança e que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional, sempre baseado na melhor evidência disponível (Brasil, 2013).

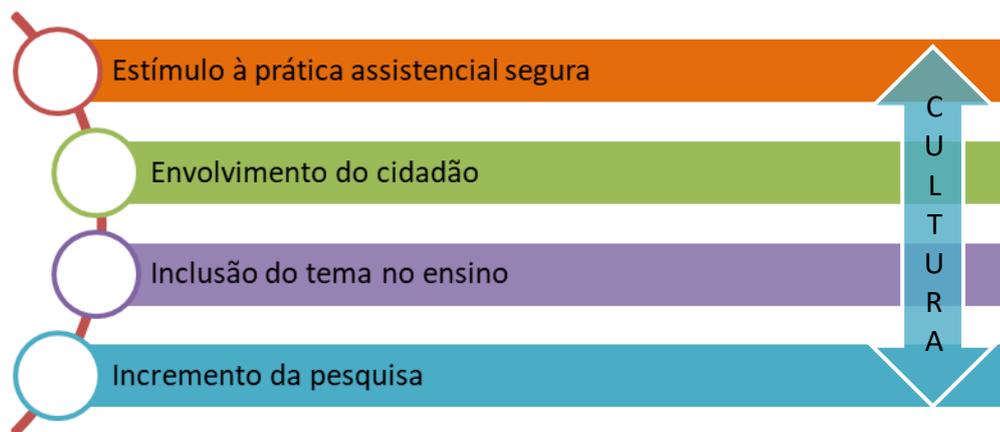


Figura 2. Eixos do Programa Nacional de Segurança do paciente
Fonte: adaptado de Brasil, 2013

Organizações com cultura de segurança positiva assumem postura e prática de envolvimento profissional, gerencial e a abordagem baseada em sistemas que antecipam erros e os bloqueiam antes de sua ocorrência (Berger *et al.*, 2013). Cultura de baixas expectativas, na qual os colaboradores consideram como normais as falhas, mesmo na presença de sinais claros de alerta precisa ser combatida (Petschonek *et al.*, 2013). Há também o conceito de cultura justa que aborda as questões sistêmicas que levam indivíduos a cometer violações e

estabelece tolerância zero para o comportamento imprudente. Ela distingue entre o erro humano, o comportamento de risco e o comportamento imprudente e enfatiza a importância em unir o foco no sistema com a apropriada responsabilização individual e institucional (Wachter, 2013). Promover a cultura de segurança nas organizações de saúde é, antes de tudo, criar um ambiente onde o comportamento que promove a segurança do paciente é valorizado como maior patrimônio da instituição (Brum *et al.*, 2015).

Proporcionar um ambiente com cultura de segurança é um trabalho intenso, mas necessário como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar contemporâneo (Wachter, 2013; Sousa e Mendes, 2014). Organizações de saúde seguras e confiáveis são organizações complexas onde a probabilidade de ocorrência de erros ou incidentes é significativa, mas nas quais existem mecanismos que permitem a gestão dessas ocorrências e minimização do seu impacto (Sousa e Mendes, 2014). Dentre os mecanismos, está a consciência coletiva relacionada à segurança, que se expressa por meio do compromisso com a segurança em todos os níveis da organização, desde os profissionais da linha de frente até seus gestores e líderes (Chassin e Loeb, 2011). Esse compromisso precisa ir além da incorporação da segurança do paciente entre valores e missões da organização e reverter-se em alocação de esforços e recursos para torná-lo realidade (Wachter, 2013). Outro mecanismo é envolver simultaneamente a confiança, o relato e a busca contínua por melhoria. E por fim, utilizar ferramentas robustas de avaliação de processos (Chassin e Loeb, 2011).

A partir da avaliação da cultura de segurança na organização, tem-se acesso às informações dos profissionais a respeito de suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, permitindo identificar as áreas mais problemáticas para que se possa planejar e implementar intervenções (Ahrq, 2016).

Recomenda-se que as organizações de saúde mensurem a cultura de segurança e os fatores relacionados para fornecer o *feedback* às lideranças, colaboradores e para realizar intervenções que possam reduzir o risco de danos aos pacientes (Sandars e Cook, 2009; Sammer *et al.*, 2010).

Pelo menos anualmente, a cultura de segurança e a qualidade da organização deveria ser avaliada usando uma ferramenta de pesquisa com validade, consistência e confiabilidade no ambiente em que será aplicada, além da conceitualização dos domínios aplicáveis ao desempenho de iniciativas de melhoria como trabalho em equipe, liderança, comunicação e abertura a notificações (Nqf, 2010).

A percepção dos profissionais sobre a cultura de segurança pode ser influenciada por fatores relacionados ao ambiente organizacional. Ambientes de trabalho onde convivem a falta de autonomia no cuidado ao paciente e de controle sobre a prática profissional, instabilidades nas relações profissionais, carga de trabalho exaustiva, apoio organizacional insuficiente são ambientes ricos em erros latentes que ameaçam a segurança do paciente e o bem-estar dos profissionais de saúde (Duffield *et al.*, 2011; Dos Santos Alves *et al.*, 2017). A qualidade das condições de trabalho pode desempenhar um papel importante na medida que os profissionais experimentam o esgotamento e as consequências negativas à sua saúde e da organização (Laschinger e Fida, 2014).

Observa-se na literatura a alta frequência da síndrome do esgotamento profissional (*burnout*) entre os profissionais da saúde e em particular entre enfermeiros e cirurgiões (Shanafelt *et al.*, 2010; Guimarães *et al.*, 2016). A ocorrência de esgotamento mostra-se como fator de risco para a ocorrência de erros e eventos adversos que, significativamente, comprometem a segurança do paciente (Shanafelt *et al.*, 2010; Chen *et al.*, 2013; Andolhe *et al.*, 2015; Hall *et al.*, 2016).

O esgotamento profissional é definido por Maslach e Jackson (1981) como “uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou com problemas como na área da saúde” (Maslach e Jackson, 1981; Garcia-Campayo *et al.*, 2016). Cuidar em saúde exige tensão emocional constante e atenção perene. O profissional se envolve afetivamente com seus clientes, desgasta-se e, no extremo, não consegue lidar com o trabalho e entra em esgotamento (*burnout*) (Codo, 1999). Há consenso que o esgotamento seria uma resposta ao estresse laboral crônico, não devendo, contudo, ser confundido com estresse (Abreu *et al.*, 2002; Murofuse *et al.*, 2005; Andrade e Cardoso, 2012). O primeiro envolve atitudes negativas com relação aos usuários, clientes, organização e trabalho (Abreu *et al.*, 2002). Ou seja, uma experiência subjetiva, envolvendo atitudes e sentimentos que acarretam problemas de ordem prática e emocional ao profissional e sua organização. O conceito de estresse, por sua vez, envolve um esgotamento pessoal com interferência na vida individual e não necessariamente na sua relação com o trabalho (Murofuse *et al.*, 2005; Andrade e Cardoso, 2012).

O termo *burnout* tem sido usado para indicar um fenômeno significativo da era moderna que trata da relação que as pessoas têm com seu trabalho e das dificuldades que podem resultar quando essa relação vai mal (Maslach *et al.*, 2001). O uso do termo para esse fenômeno aparece com maior regularidade em 1970, nos Estados Unidos, especialmente entre profissionais que trabalham com serviços humanos (Schaufeli *et al.*, 1993). Seu uso popular foi precedido por um romance de Greene de 1961, *A burn-out case*, no qual um arquiteto desiludido e atormentado espiritualmente larga seu trabalho e desaparece na selva africana. Mesmo antes, escritores de ficção ou não, descreveram fenômenos semelhantes que incluíam fadiga extrema e perda de idealismo e paixão pelo trabalho (Miller, 2008).

O esgotamento profissional como problema social foi identificado antes de se tornar foco de estudos sistemáticos por pesquisadores, fundamentado nas complexidades do relacionamento das pessoas com o trabalho tendo como base suas experiências profissionais. No entanto, com o desenvolvimento subsequente de modelos teóricos e numerosos estudos empíricos (Figura 3), emergiu uma conceituação do esgotamento no trabalho como uma síndrome psicológica de resposta aos estressores interpessoais crônicos no trabalho (Maslach *et al.*, 2001).

A síndrome do esgotamento foi descrita inicialmente por Freudenberger (1975), um psiquiatra que trabalhava em uma agência de saúde alternativa, e por Maslach (1976), uma psicóloga social que estudava as emoções no local de trabalho (Schaufeli e Enzmann, 1998; Maslach *et al.*, 2001).

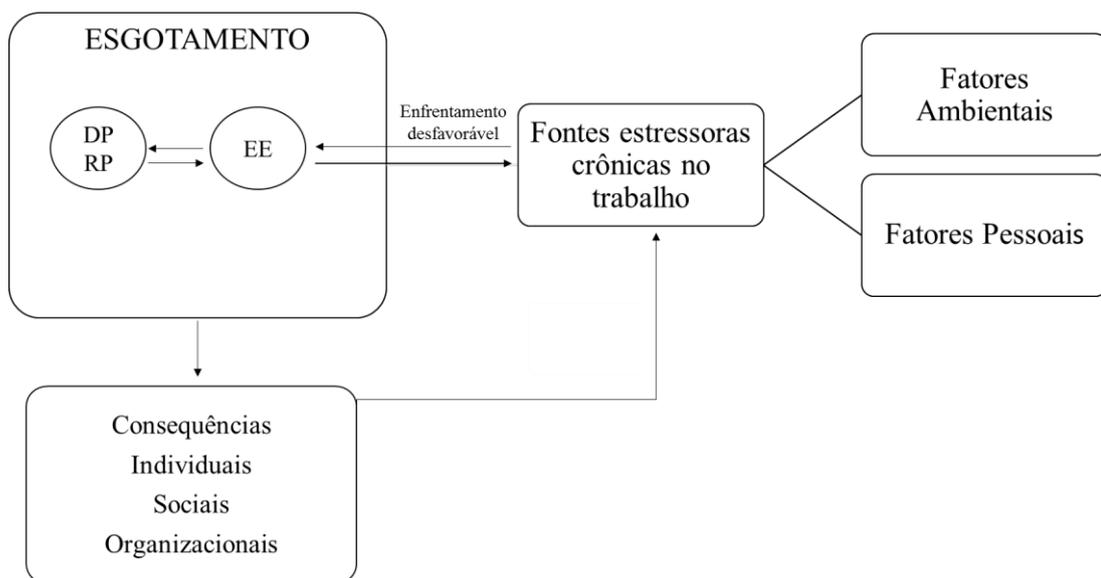


Figura 3. Modelo Teórico do Processo de Esgotamento
Fonte: adaptado de (Matía Cubillo *et al.*, 2012)

Freudenberger forneceu relatos diretos do processo pelo qual ele e outros experimentaram o esgotamento emocional e uma perda de motivação e compromisso, após alguns meses de trabalho com pacientes dependentes de substâncias químicas (Schaufeli e

Enzmann, 1998; Maslach *et al.*, 2001). Maslach entrevistou uma ampla gama de trabalhadores de serviços humanos sobre o estresse emocional em seus empregos e descobriu que as estratégias de enfrentamento tinham implicações importantes para a identidade profissional das pessoas e seu comportamento no trabalho (Schaufeli e Enzmann, 1998; Maslach *et al.*, 2001).

Assim, a pesquisa de esgotamento teve suas raízes nas ocupações assistenciais nas quais o núcleo do trabalho era a relação entre provedor e receptor (Maslach *et al.*, 2001; Schaufeli *et al.*, 2009). A maioria das pesquisas iniciais foram de natureza qualitativa, utilizando técnicas como entrevistas, estudos e observações locais. Essas pesquisas sugeriram que o fenômeno do esgotamento apresentava algumas regularidades identificáveis, a saber, exaustão emocional como resposta comum à sobrecarga na prestação de serviços ou cuidados; despersonalização como proteção à intensa excitação emocional (Maslach *et al.*, 2001; Schaufeli *et al.*, 2009).

3.1 Mensuração da cultura de segurança

Inúmeras ferramentas têm sido usadas para avaliar a cultura de segurança no mundo como: *Checklist For Assessing Institutional Resilience*, *Culture Of Safety Survey*, *Hospital Culture Questionnaire*, *Hospital Survey On Patient Safety Culture*, *Manchester Patient Safety Assessment*, *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*, *Safety Climate Scale*, entre outros (Sousa e Mendes, 2014).

Os dois questionários mais amplamente utilizados no Brasil são o *Hospital Survey On Patient Safety Culture* e o SAQ, ambos com versões adaptadas e validadas para o contexto brasileiro (De Carvalho e Cassiani, 2012; Reis *et al.*, 2016). Neste estudo foi utilizado o SAQ na versão adaptada transculturalmente para o Brasil, traduzida e validada por Carvalho em 2012 (De Carvalho e Cassiani, 2012).

O SAQ surgiu a partir do *Flight Management Attitudes Questionnaire* (FMAQ), que pesquisa atitudes pessoais e mede a cultura nas cabines de comando da aviação comercial (Sexton *et al.*, 2006). O SAQ foi delineado para mensurar o clima de segurança e questiona os profissionais de saúde sobre suas atitudes em seis domínios (Figura 4), como valores, crenças e normas da organização, comunicação, liderança e gestão, usando uma escala Likert de cinco pontos de concordância. Foi adaptado para uso em unidades de cuidados intensivos, ambientes de internação, cuidados de saúde primários e ambientes de cuidados a longo prazo (Sexton *et al.*, 2006; Centre, 2011). São elegíveis a responder o SAQ profissionais que trabalham em hospitais e tem contato direto ou interagem diretamente com os pacientes internados; e profissionais que não tem contato direto com o paciente, mas com funções que afetam diretamente o cuidado ao paciente internado como líderes, gerentes e administradores. Esse questionário foi delineado com o objetivo de mensurar múltiplas dimensões da cultura de segurança (Sousa e Mendes, 2014).

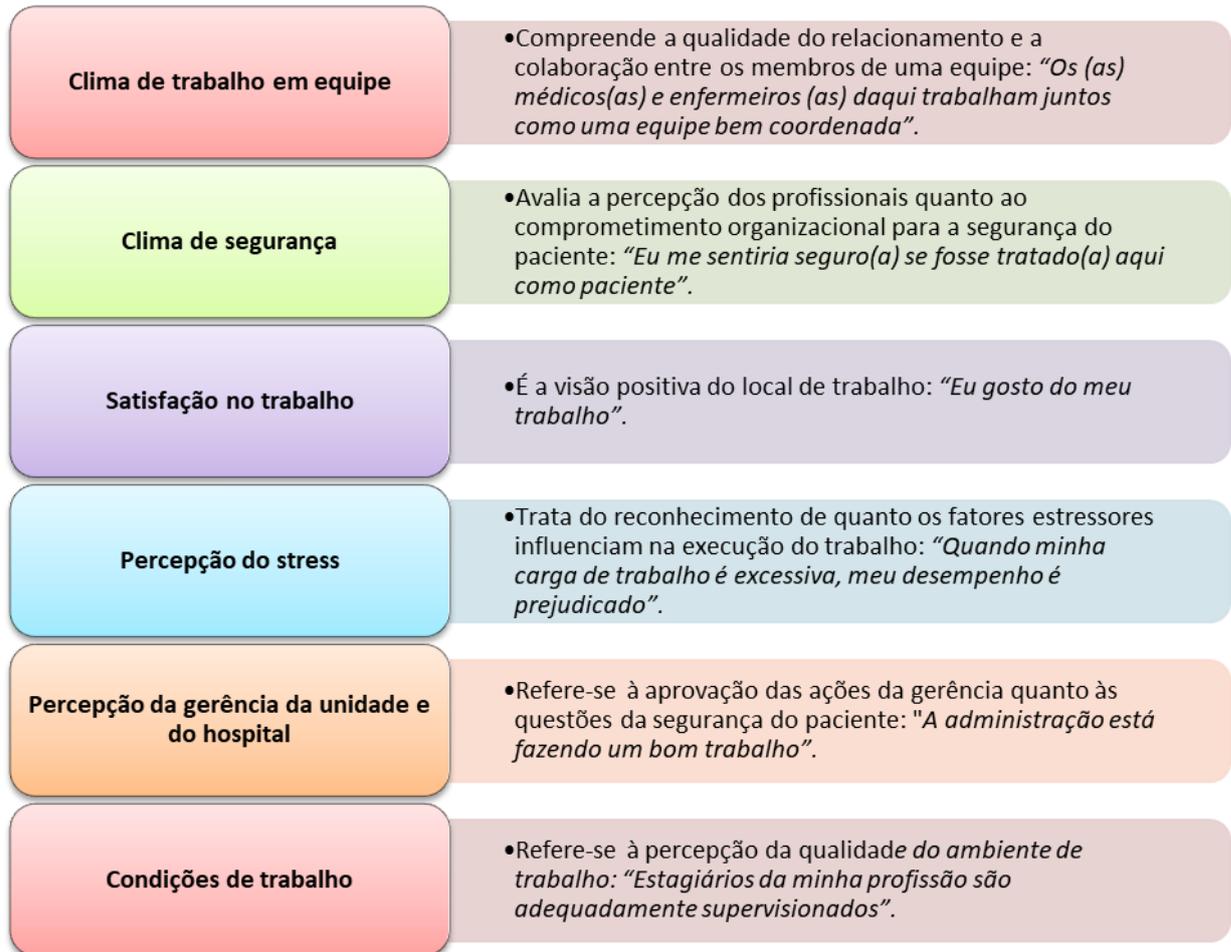


Figura 4. Domínios do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ)

Fonte: adaptado de (De Carvalho e Cassiani, 2012; Pinheiro e Uva, 2016)

O SAQ mantém a continuidade com o FMAQ que já é usado a mais de vinte anos. Isso permite comparações entre organizações e entre os diferentes setores de uma organização, bem como identificações de fatores pessoais (Centre, 2011). Além disso, é uma ferramenta relativamente curta e rápida de completar, podendo ser usada para monitorar mudanças ao longo do tempo e implementações (Sexton *et al.*, 2006; Centre, 2011). O SAQ enfatiza o gerenciamento e o comprometimento institucional com a segurança do paciente, trabalho em equipe, comunicação aberta e opiniões sobre as causas dos erros e eventos adversos (Modak *et al.*, 2007). Relaciona também o clima de segurança aos desfechos dos pacientes, além de questões sobre fatores humanos e satisfação no trabalho (Colla *et al.*, 2005; Singla *et al.*, 2006).

3.2 Mensuração do esgotamento profissional

Outro aspecto a ser avaliado é o da satisfação ou esgotamento profissional e da percepção do estresse para se ter acesso a informações sobre os efeitos negativos na saúde mental dos trabalhadores que podem impactar na assistência prestada no ambiente hospitalar.

Entre as décadas de 1980-1990, as pesquisas sobre esgotamento passaram a ser mais empíricas e sistemáticas, de natureza quantitativa, utilizando questionários, inquéritos e estudos longitudinais (Schaufeli *et al.*, 1993; Schaufeli *et al.*, 2009). O *Maslach Burnout Inventory* (MBI) passou a ser amplamente utilizado por suas propriedades psicométricas fortes e com o desenvolvimento de versões alternativas para ocupações específicas (Maslach e Jackson, 1981). Além disso, essa abordagem permitiu a avaliação da contribuição de influências potenciais e do impacto de intervenções (Maslach *et al.*, 2001).

Apesar do conceito de esgotamento não ser consensual, pesquisas subsequentes sobre as três dimensões fundamentais da experiência do esgotamento levaram ao desenvolvimento da teoria multidimensional que o fundamenta (Figura 5). E esse quadro teórico continua sendo predominante nas pesquisas atuais (Maslach e Goldberg, 1998; Maslach *et al.*, 2001).



Figura 5. Dimensões do esgotamento profissional: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional do *Maslach Burnout Inventory Human Service Survey*
 Fonte: adaptado de (Carlotto e Câmara, 2007)

O MBI avalia todas as três dimensões centrais do esgotamento (Maslach *et al.*, 2001). O MBI *Human Service Survey* (MBI HSS) foi desenvolvido para profissionais que trabalham com pessoas, como em serviços de saúde (Maslach *et al.*, 2016). Uma segunda versão foi desenvolvida para profissionais da área educacional, MBI *Educators Survey* (Maslach *et al.*, 2016). Ambas versões refletem o foco das dimensões em profissões com interação extensiva com pessoas: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho (Maslach *et al.*, 2001; Maslach *et al.*, 2016). Uma terceira versão foi desenvolvida para utilização em profissões de maneira geral, o MBI *General Survey* e onde o constructo é conceitualizado de maneira mais ampla, mas mantendo a consistência da estrutura dentro de uma variedade de profissões (Maslach *et al.*, 2001; Maslach *et al.*, 2016). Neste estudo foi utilizada a versão do MBI HSS avaliado psicometricamente e validado em amostra multifuncional de trabalhadores brasileiros (Carlotto e Câmara, 2007).

O MBI HSS é a versão original do MBI (Maslach *et al.*, 2016). Os itens foram desenvolvidos para captar sentimentos de esgotamento no ambiente de trabalho caracterizado por contato com pessoas, onde uma variedade de profissionais, com ocupações específicas gastam considerável tempo interagindo intensamente com seus clientes (Maslach e Jackson, 1981). Frequentemente, essa interação profissional-cliente é centrada nos problemas dos clientes (psicológicos, sociais ou físicos) e podem estar carregados de sentimentos de raiva, constrangimento, medo ou desespero (Maslach e Goldberg, 1998). Uma vez que as soluções para os problemas dos clientes nem sempre são óbvias e fáceis de se obter, as situações se tornam muitas vezes ambíguas e frustrantes. Para os profissionais que trabalham continuamente nestas circunstâncias, o estresse crônico pode ser emocionalmente drenado e levar ao esgotamento (Maslach *et al.*, 2016).

4 MÉTODO

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo transversal realizado de julho a novembro de 2016 por meio de aplicação de questionário com profissionais de saúde do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) em Manaus, Amazonas.

4.2 Contexto

O HUGV é um hospital geral de ensino com assistência de média a alta complexidade, ligado à Universidade Federal do Amazonas e gerido a partir de 2013 pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). À época da pesquisa, dispunha de 159 leitos contratualizados ao SUS para atendimento referenciado de pacientes clínicos e cirúrgicos, sendo 12 leitos de terapia intensiva, 1 unidade de isolamento e 4 leitos para saúde mental. Conta com uma equipe composta por mais de 1.200 profissionais estatutários, celetistas e residentes. A partir da Portaria nº 529 de 02 de abril de 2013 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, o núcleo de segurança do paciente foi incorporado ao Setor de Vigilância em Saúde, diretamente ligado à Gerência de Atenção à Saúde.

4.3 Participantes

Foram elegíveis ao estudo os funcionários em atuação no HUGV por mais de três meses na instituição, independente do vínculo empregatício e que aceitaram participar da pesquisa. Ficaram inelegíveis os funcionários que, à época da pesquisa de campo, encontravam-se em usufruto de férias, licença, cessão para outra instituição ou processo de aposentadoria e aqueles com atividades exclusivas extra hospitalares, em nível ambulatorial e de almoxarifado (prédios externos ao hospital).

Os participantes do estudo foram identificados a partir de um banco de dados de funcionários do HUGV fornecido pela Divisão de Gestão de Pessoas, contendo informações de todos os funcionários do HUGV relacionadas a cargo, número do sistema integrado de administração de recursos humanos (SIAPE), lotação, tempo de serviço e vínculo empregatício.

Os dados serviram de base para a classificação de elegibilidade dos participantes do estudo e a seleção da amostra, realizada por meio de sorteio aleatório no programa *Microsoft Excel*. Sortearam-se 300 funcionários a serem entrevistados, conforme cálculo descrito a seguir, e 300 para reposição no caso de perdas (impossibilidade de contato, afastamento, licença médica, entre outros) e recusas.

4.4 Variáveis

Os desfechos primários foram a proporção de respostas positivas em cada domínio de cultura de segurança do SAQ e a prevalência de esgotamento de acordo com o MBI HSS.

Variáveis demográficas e profissionais para caracterização da amostra incluíram: sexo (feminino ou masculino), idade (em anos), estado civil (casado, separado, divorciado, viúvo, solteiro), grau de instrução (último nível de educação completo ou incompleto (analfabeto, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior, pós-graduação), cargo (médico, psicólogo, técnico, médico residente, farmacêutico, fonoaudiólogo, chefe de enfermagem, fisioterapeuta, administrativo, enfermeiro, assistente social, manutenção/limpeza, auxiliar/técnico de enfermagem, nutricionista, outro), contato direto com os pacientes (sim, não), tempo de atuação na área (em anos), carga horária semanal (em horas), cor ou raça (branca, preta, amarela, parda, indígena), altura (em centímetros), peso (em quilogramas), convívio com companheiro ou cônjuge (sim, não), gravidez nos últimos 12 meses (sim, não), número de vínculos empregatícios e classe econômica (A, B, C, D ou E).

4.5 Fontes de dados e mensuração

Profissionais e acadêmicos da área da saúde coletaram os dados utilizando dispositivos eletrônicos (*tablets*) modelo Samsung Tab-3 SM-T110. O *software* KoboToolbox foi utilizado para configurar o questionário de pesquisa com respostas obrigatórias em cada pergunta, que foram preenchidos pelos profissionais sorteados que aceitaram participar da pesquisa e após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A). O software permitia o preenchimento do questionário sem necessidade de conexão com a internet e envio automático para a base de dados após conexão.

Para mensurar a cultura de segurança foi empregada a versão traduzida, adaptada transculturalmente e validada para o Brasil do SAQ (De Carvalho e Cassiani, 2012). O instrumento possui 41 questões que objetivam medir a percepção dos profissionais em relação às questões de segurança, por meio de seis domínios: clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção da gestão da unidade e do hospital, condições de trabalho e reconhecimento de estresse (Anexo A). As respostas a cada uma das questões seguem uma escala Likert de cinco pontos: discordo totalmente, discordo um pouco, neutro, concordo um pouco, concordo totalmente e não se aplica (De Carvalho e Cassiani, 2012).

As questões são agrupadas por domínios, os escores do instrumento são calculados após inversão das respostas reversas e se calcula a soma das respostas para as questões em cada domínio, dividindo-se o resultado pelo número de questões em cada dimensão. (De Carvalho e Cassiani, 2012) Cada resposta é pontuada como discordo totalmente = 0 pontos; discordo parcialmente = 25 pontos; neutro = 50 pontos; concordo parcialmente = 75 pontos e concordo totalmente = 100 pontos. 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 (De Carvalho e Cassiani, 2012).

O esgotamento foi aferido por meio da versão traduzida e validada do MBI HSS em amostra multifuncional de trabalhadores brasileiros (Carlotto e Câmara, 2007). O instrumento possui 22 questões que objetivam avaliar a exaustão emocional, despersonalização e realização profissional (Anexo B). A dimensão exaustão emocional avalia, em nove itens da escala, os sentimentos de estar emocionalmente sobrecarregado e esgotado pelo trabalho. Maiores pontuações correspondem a maior experiência de esgotamento. A dimensão despersonalização avalia, em cinco itens, a resposta insensível e impessoal em relação aos usuários de seu serviço, cuidado, tratamento ou instrução. As pontuações mais altas correspondem a graus mais elevados de experiência de esgotamento. A dimensão realização profissional avalia, em oito itens, sentimentos de competência e realização bem-sucedida no trabalho com pessoas. As pontuações mais baixas correspondem a um maior esgotamento (figura 6) (Maslach *et al.*, 2016). A falta de eficácia parece surgir mais claramente da falta de recursos relevantes, enquanto a exaustão e a despersonalização emergem da presença de sobrecarga de trabalho e conflito social (Maslach *et al.*, 2001). A frequência de resposta é avaliada por uma escala Likert de 5 pontos por meio da qual o entrevistado percebe ou vivencia o sentimento ou atitude: nunca, algumas vezes ao ano, algumas vezes ao mês, algumas vezes na semana e diariamente. A porcentagem de resposta nunca indica ausência (exaustão emocional) ou presença (realização profissional e despersonalização) de esgotamento nas três dimensões (Silva e Menezes, 2008).



Figura 6. Escores de Exaustão emocional, despersonalização e realização profissional do *Maslach Burnout Inventory Human Service Survey*
 Fonte: adaptado de (Silva e Menezes, 2008)

A pontuação final do instrumento não permite o cálculo global de esgotamento. A prevalência de esgotamento no presente estudo foi definida como a ocorrência de pontuações elevadas nas dimensões exaustão emocional (≥ 27) e despersonalização (≥ 13) e baixa na realização pessoal (≤ 31), abordagem adotada por estudos prévios (Silva e Menezes, 2008; Matía Cubillo *et al.*, 2012; Chen *et al.*, 2013; Andolhe *et al.*, 2015).

Maslach e Jackson (1981) desenvolveram um algoritmo que determina o esgotamento apenas se as três dimensões apresentarem escore do mesmo nível, mas também inclui indivíduos que obtiverem o mesmo nível em duas das dimensões. De acordo com o algoritmo, há três categorias de classificação: (1) esgotamento alto quando houver escore alto nas três dimensões (exaustão emocional, despersonalização e realização profissional) ou duas dimensões com escore alto e uma com escore moderado; (2) esgotamento baixo quando houver escore baixo nas três dimensões ou duas dimensões com escore baixo e uma com escore moderado; (3) esgotamento moderado quando houver escore moderado nas três dimensões, duas dimensões com escore moderado e uma com escore alto e as demais situações não incluídas nas categorias (1) e (2) com duas dimensões apresentando o mesmo

nível (Maslach e Jackson, 1981). Na presente análise foi considerado esgotamento presente quando observado escore alto nas três dimensões.

A classe econômica foi atribuída de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil pelo relato de itens de conforto na residência e educação do chefe de família (Abep, 2015).

O número de vínculos e a carga horária foram obtidos por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que é a base operacional dos sistemas de informações em saúde do SUS. A busca dos dados foi realizada por consulta do nome do profissional. A base do CNES disponibiliza informações gerais sobre a rede assistencial, dentre elas, os vínculos profissionais e cargas horárias dos estabelecimentos de saúde. Seu cadastro serve como base para sistemas como: sistema de informação ambulatorial, sistema de informação hospitalar, cartão nacional de saúde, sistema de informação de regulação, sistema de informação da programação pactuada e integrada, sistema de informações da agência nacional de vigilância sanitária, sistema de informações da agência nacional de saúde e gerenciador de informações locais (Cnes, 2016).

4.6 Controle de viés

A seleção da amostra com sorteio aleatório realizado no programa Microsoft Excel foi elaborada para evitar o viés de seleção e permitir a representatividade de todas as categorias profissionais. O viés de seleção também foi minimizado pela comunicação prévia da realização da pesquisa e envio de mensagens motivacionais para estimular a participação dos funcionários na pesquisa. Cartazes sobre a pesquisa foram afixados nos murais do hospital (Apêndice B), informando os objetivos e convocando os participantes. Chamadas quinzenais foram inseridas como proteção de tela dos computadores da instituição (Apêndice C). As recusas foram devidamente registradas para avaliação da taxa de resposta da pesquisa.

O viés de resposta foi minimizado pela utilização de pesquisadores isentos na pesquisa de campo e com a responsabilidade de fornecer instruções claras sobre a utilização da ferramenta eletrônica, o instrumento de coleta dos dados, a importância de dar respostas honestas, a confidencialidade dos resultados e a publicação de dados globais e não individuais. O questionário foi preenchido diretamente pelo entrevistado, para evitar constrangimentos nas respostas e permitir que o funcionário tivesse liberdade em expressar sua opinião sem julgamentos externos.

Selecionamos instrumentos validados para o contexto brasileiro para a coleta de dados e mensuração das variáveis, trazendo maior validade ao estudo e minimizando vieses de aferição. As questões foram dispostas sequencialmente, com preenchimento obrigatório em cada item, para evitar perda de dados.

4.7 Tamanho do estudo

O cálculo do tamanho da amostra considerou o universo de 863 funcionários elegíveis, 50% de positividade nos domínios da cultura de segurança, nível de confiança de 95% e efeito do desenho de 1 (amostragem aleatória), resultando em 272 funcionários. Para compensar eventuais perdas, adicionou-se 10% a esse número, chegando a 300 funcionários incluídos.

4.8 Métodos estatísticos

Os cálculos foram realizados no pacote estatístico Stata versão 14.2. Inicialmente foram obtidas as frequências simples de todas as variáveis: frequências absolutas e relativas, média e desvio padrão. A confiabilidade dos instrumentos foi calculada por meio do alfa de Cronbach, sendo considerado adequado se $\alpha \geq 0,600$.

Na continuidade da análise foram avaliados os fatores associados à cultura de segurança, por meio de regressão logística, e ao esgotamento, por meio de regressão de Poisson com variância robusta. A relação entre cultura de segurança e esgotamento, foi avaliada por regressão linear múltipla. O coeficiente de determinação de Pearson foi

classificado como grande efeito se $R^2 \geq 26\%$ (Cohen J, 1988). A significância e a relação entre os construtos foram estabelecidas com o coeficiente de caminho, expresso com valores entre -1 a 1. Valores próximos a 0 indicam relações fracas (Hair Jf *et al.*, 2014).

4.9 Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, recebendo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 44286115.0.0000.5020 da Plataforma Brasil e aprovado pelo parecer 1.564.841 de 30/05/2016 (Anexo C). No âmbito institucional, foi aprovado pela Gerência de Ensino e Pesquisa do HUGV, número de acompanhamento de pesquisa 03/2016 NP0 25/2015 (Anexo D).

A participação na pesquisa foi realizada de forma voluntária. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A) antes de participar da pesquisa.

O anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados foram assegurados pela divulgação agrupada dos resultados sem identificação do indivíduo.

Os resultados desta pesquisa foram parcialmente apresentados em congressos nacionais. (Anexos E, F)

5 RESULTADOS

A amostra foi constituída por 300 (92,88%) indivíduos. À época da pesquisa, o hospital contava com 1.222 funcionários, 12 com duplo vínculo na instituição e 863 elegíveis ao estudo. Foram convidados a participar da pesquisa 323 funcionários. Vinte e três recusaram, 4 homens e 19 mulheres (Figura 7).

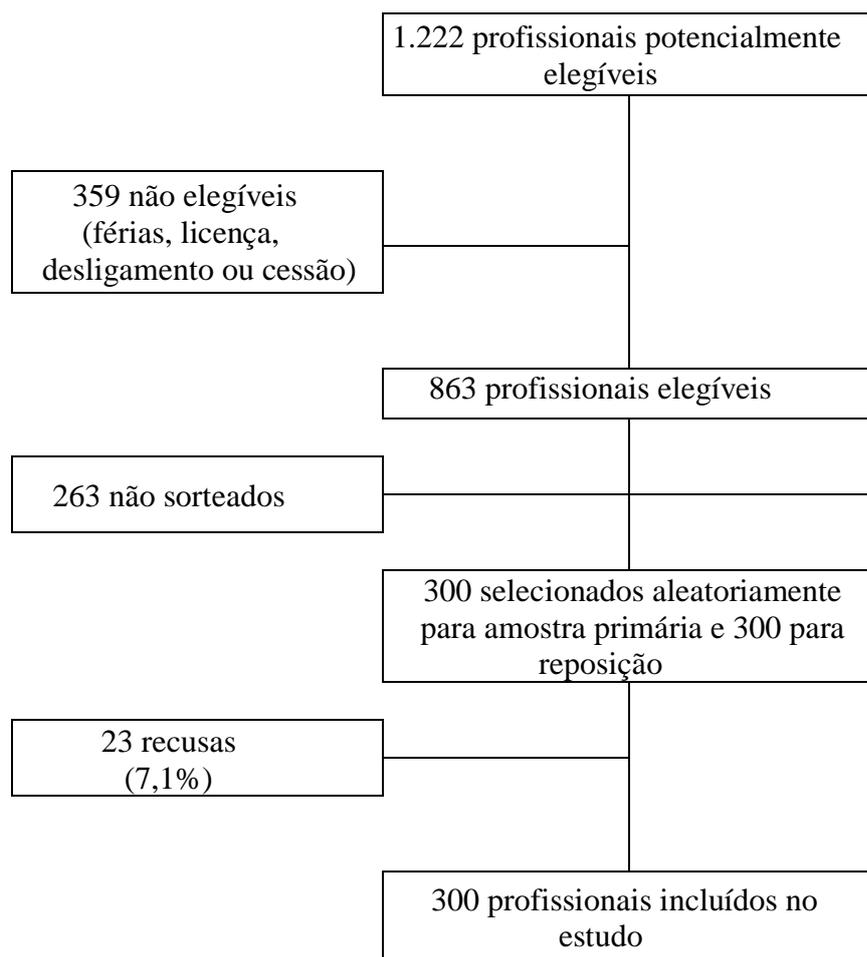


Figura 7. Processo de Seleção e Inclusão dos Participantes da Pesquisa no Hospital Universitário Getúlio Vargas, Manaus, julho a novembro de 2016

Característica dos participantes

Conforme os dados apresentados na Tabela 1, a distribuição dos participantes foi equivalente a 67,3% para o sexo feminino, 65,0% para os que tinham companheiro e 58,3% para os que eram casados. A maior porcentagem dos indivíduos do estudo (48,0%) tinha entre 36 a 50 anos, em média 42 anos. A maioria (65,7%) se declarou preto, pardo ou indígena. Os dados relacionados ao índice de massa corpórea revelaram 63,7% de funcionários com sobrepeso ou obesos. Metade pertencia às classes A e B1 (48,7%).

Tabela 1. Principais características socioeconômicas dos participantes

Característica	N	%
Sexo		
Mulher	202	67,3
Homem	98	32,7
Gravidez no último ano		
Sim	10	5,0
Não	192	95,0
Idade		
18 a 35 anos	82	27,3
36 a 50 anos	144	48,0
51 ou mais	74	24,7
Raça		
Branco/amarelo	103	34,3
Preto/pardo/indígena	197	65,7
Situação conjugal		
Sem companheiro	105	35,0
Com companheiro	195	65,0
Estado civil		
Casado	175	58,3
Separado/divorciado/viúvo	37	12,3
Solteiro	88	29,3
Índice de massa corpórea (kg/m²)		
Até 24,9	101	33,7
25-29,9	126	42,0
Acima de 30	73	24,3
Classe social		
A	77	25,7
B1	69	23,0
B2	100	33,3
C/D/E	54	18,0

A predominância profissional foi da área de enfermagem (41,0%) incluindo enfermeiros, auxiliares e técnicos em enfermagem. O trabalho com contato direto com o paciente foi relatado por 84% da amostra. Mais da metade trabalhava há mais de dez anos no hospital (57,0%), apesar de não ser o único vínculo empregatício para 42,6% dos funcionários. Mais da metade dos profissionais (52,4%) trabalhava mais de 40 ou de 60 horas por semana. Quanto à qualificação, observou-se que 24,3% eram graduados e 53,3% possuíam pós-graduação, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Principais características profissionais dos participantes

Característica	N	%
Profissão		
Médico	73	24,3
Enfermagem	123	41,0
Outros profissionais da saúde	57	19,0
Apoio técnico e outros	47	15,7
Contato com paciente		
Sim	252	84,0
Não	48	16,0
Tempo de trabalho no hospital		
Menos de 11 meses	13	4,3
1 a 2 anos	28	9,3
3 a 4 anos	32	10,7
5 a 10 anos	56	18,7
11 a 20 anos	88	29,3
21 anos ou mais	83	27,7
Nível educacional		
Pós-graduação	160	53,3
Superior	73	24,3
Ensino médio ou menos	67	22,3
Número de vínculos		
1	172	57,3
2	82	27,3
3 ou mais	46	15,3
Carga horária semanal (horas)		
20-40	143	47,7
41-60	101	33,7
>60	56	18,7

Cultura de segurança

A positividade na cultura de segurança foi 62,7%. O domínio com melhor percepção de cultura de segurança foi satisfação no trabalho (81,4%). O domínio condições de trabalho apresentou menor positividade (46,5%). A confiabilidade do instrumento variou de 0,656 no domínio clima de trabalho em equipe a 0,834 no domínio reconhecimento de estresse, conforme Tabela 3.

Tabela 3. Percentual de positividade, intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e confiabilidade (α de Cronbach) de cada domínio do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ)

Domínio	% ^a (IC 95%)	α^b
Clima de trabalho em equipe	68,2 (66; 70,4)	0,656
Clima de segurança	58,8 (56,6; 61)	0,690
Satisfação no trabalho	81,4 (79,2; 83,6)	0,810
Reconhecimento de estresse	73,9 (70,5; 77,3)	0,834
Percepção da gestão do hospital	51,7 (49; 54,4)	0,813
Percepção da gestão da unidade	57,1 (54,5; 59,7)	0,726
Condições de trabalho	46,5 (43,5; 49,6)	0,674
SAQ total	62,7 (60,7; 64,6)	0,920

Notas: a, fortalezas em positividade $\geq 75\%$; b, confiabilidade adequada $\geq 0,600$

A Tabela 4 apresenta o percentual de positividade e confiabilidade de cada item por domínio do SAQ. O item 15: “eu gosto do meu trabalho” apresentou melhor percepção de segurança (93,0%). O item 41: “falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns” apresentou menor positividade (33,5%). A confiabilidade do instrumento entre os itens variou de 0,503 no item 35: “este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe” a 0,920 no item 41.

Os itens 1: “as sugestões do(a) enfermeiro(a) são bem recebidas nesta área” (76,4%; $\alpha=0,593$), 4: “eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes” (75,1%; $\alpha=0,564$), 15: “eu gosto do meu trabalho” (93%; $\alpha=0,817$), 16: “trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família” (77,6%; $\alpha=0,742$), 17: “este é um bom lugar para trabalhar” (78,7%; $\alpha=0,745$), 18: “eu me orgulho de trabalhar nesta área” (89,9%;

$\alpha=0,777$), 20: “quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado” (81,0%; $\alpha=0,829$), 21: “eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado(a)” (78,4%; $\alpha=0,762$), 22: “eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis” (75,1%; $\alpha=0,788$) e 38: “eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros(as) nesta área” (75,7%; $\alpha=0,918$) revelaram maior positividade.

Os itens 11: “nesta área, é difícil discutir sobre erros” (46%; $\alpha=0,707$), 24: “a administração apoia meus esforços diários” (49,1%; $\alpha=0,765$), 30: “profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nosso hospital” (46,9%; $\alpha=0,762$), 31: “profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa unidade” (48,5%; $\alpha=0,642$), 34: “nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes” (38,3%; $\alpha=0,660$), 35: “este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe” (46,3%; $\alpha=0,503$), 36: “toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim” (43,8%; $\alpha=0,591$) e 41: “falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns” (33,5%; $\alpha=0,920$) apresentaram menor positividade.

Salienta-se a percepção de segurança observada nos itens 2: “nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente” (51,3%; $\alpha=0,593$), 8: “erros são tratados de modo apropriado nesta área” (58,3%; $\alpha=0,620$), 9: “eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área” (66,9%; $\alpha=0,650$), 11: “nesta área, é difícil discutir sobre erros (46%; $\alpha=0,707$), 12: “sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente” (66,5%; $\alpha=0,628$), 13: “a cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros” (59%; $\alpha=0,692$), 14: “minhas questões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração” (53,6%; $\alpha=0,918$) e 19: “o moral nesta área é alto” (67,6%; $\alpha=0,776$).

Tabela 4. Percentual de positividade, intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e confiabilidade (α de Cronbach) de cada item do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ)

Item do SAQ por domínio	% ^a (IC 95%)	α^b
Clima de trabalho em equipe		
1. As sugestões do(a) enfermeiro(a) são bem recebidas nesta área	76,4 (73,5; 79,3)	0,593
2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	51,3 (47,2; 55,3)	0,708
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado	71,7 (68,1; 75,2)	0,596
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	75,1 (71,8; 78,4)	0,564
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	71,6 (68,2; 75)	0,595
6. Os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	61,1 (57,4; 64,8)	0,618
Clima de segurança		
7. Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado(a) aqui como paciente	63,6 (60; 67,1)	0,653
8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área	58,3 (54,6; 61,9)	0,620
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	66,9 (63,5; 70,3)	0,650
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	51,6 (47,5; 55,7)	0,627
11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros	46 (42,1; 49,9)	0,707
12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	66,5 (62,7; 70,3)	0,628
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	59 (55,3; 62,7)	0,692
Satisfação no trabalho		
15. Eu gosto do meu trabalho	93 (91,1; 94,9)	0,812
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	77,6 (74,4; 80,8)	0,742
17. Este é um bom lugar para trabalhar	78,7 (75,5; 81,8)	0,745
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área	89,9 (87,4; 92,4)	0,777
19. O moral nesta área é alto	67,6 (64; 71,1)	0,776
Reconhecimento de estresse		
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	81 (77,7; 84,3)	0,829
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado(a)	78,4 (74,84; 82)	0,762
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	75,1 (71,5; 78,7)	0,788
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência	64,3 (59,8; 68,9)	0,779
Percepção da gestão do hospital		
24. A administração apoia meus esforços diários	49,1 (45,4; 52,7)	0,765
26. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente	51,7 (47,9; 55,5)	0,833
28. A administração está fazendo um bom trabalho	60,4 (57; 63,9)	0,760
30. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira	46,9 (43,5; 50,3)	0,762

Item do SAQ por domínio	% ^a (IC 95%)	α^b
construtiva por nosso hospital		
32.Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do(a) hospital	50,3 (46,6; 53,9)	0,758
Percepção da gestão da unidade		
25.A administração apoia meus esforços diários	58,8 (55,1; 62,6)	0,641
27.A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente	56,9 (53; 60,8)	0,763
29.A administração está fazendo um bom trabalho	67,4 (63,9; 70,9)	0,650
31.Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa unidade	48,5 (44,8; 52,2)	0,642
33.Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do(a) unidade	53,8 (50; 57,7)	0,684
Condições de trabalho		
34.Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes	38,3 (34,3; 42,3)	0,660
35.Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	46,3 (42,5; 50,2)	0,503
36.Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	43,8 (39,7; 48)	0,591
37.Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados	61 (56,9; 65,1)	0,658
Questões que não fazem parte de domínios		
14.Minhas questões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração	53,6 (49,8; 57,3)	0,918
38.Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área	75,7 (72,5; 78,9)	0,918
39.Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos (as) nesta área	69,8 (66,4; 73,3)	0,918
40.Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos (as) nesta área	71,0 (67,8; 74,2)	0,919
41.Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns	33,5 (30,3; 36,7)	0,920

Notas: a, fortalezas em positividade $\geq 75\%$; b, confiabilidade adequada $\geq 0,600$

Na regressão logística dos fatores sociodemográficos, homens apresentaram maior percepção de cultura de segurança ($\beta=6,47$; $p=0,003$) quando comparados às mulheres (Tabela 5). Gravidez no último ano, idade, raça, situação conjugal, estado civil, índice de massa corpórea e classe social não revelaram associação à cultura de segurança.

Tabela 5. Percentual de positividade, desvio padrão (DP) e regressão logística do *Safety Attitudes Questionnaire* por variáveis sócio-demográficas

Característica	%	DP	Coefficiente	valor p
Sexo				
Mulher	60,81	13,48	ref.	
Homem	67,28	14,67	6,47	0,003
Gravidez no último ano				
Não	61,05	13,37	ref.	
Sim	56,63	15,61	-4,41	0,369
Idade				
18 a 35 anos	61,99	12,12	ref.	
36 a 50 anos	62,84	15,33	0,86	0,711
51 ou mais	63,16	14,06	1,18	0,671
Raça				
Branco/amarelo	60,72	15,65	ref.	
Preto/pardo/indígena	63,73	13,12	3,01	0,143
Situação conjugal				
Sem companheiro	61,82	13,10	ref.	
Com companheiro	63,13	14,66	1,30	0,526
Estado civil				
Casado	63,20	14,77	ref.	
Separado/divorciado/viúvo	59,73	14,98	-3,47	0,272
Solteiro	62,72	12,30	-0,48	0,831
Índice de massa corpórea				
Até 24,9	61,78	11,89	ref.	
25-29,9	63,77	15,12	2,00	0,385
Acima de 30	62,01	15,20	0,23	0,930
Classe social				
A	62,51	15,64	ref.	
B1	61,47	13,52	-1,04	0,701
B2	62,85	13,48	0,34	0,894
C/D/E	64,43	13,76	1,92	0,535

Nota: ref., referência

Profissionais que trabalham em contato direto com pacientes apresentaram maior cultura de segurança ($\beta=7,03$; $p=0,021$) quando comparados aos sem esse contato (Tabela 6). Trabalhadores com três ou mais vínculos empregatícios ($\beta=5,80$; $p=0,026$) e com jornada superior a 60 horas semanais ($\beta=6,57$; $p=0,014$) apresentaram maior percepção de cultura de segurança.

Não foram associadas à cultura de segurança a categoria profissional, tempo de trabalho na instituição e nível educacional.

Tabela 6. Percentual de positividade, desvio padrão (DP) e regressão logística do *Safety Attitudes Questionnaire* por variáveis profissionais

Característica	%	DP	Coefficiente	valor p
Profissão				
Médico	62,79	14,44	ref.	
Enfermagem	63,43	12,83	0,64	0,788
Outros profissionais da saúde	61,92	16,23	-0,88	0,776
Apoio técnico e outros	60,44	15,32	2,35	0,494
Contato com paciente				
Não	56,45	16,67	ref.	
Sim	63,48	13,57	7,03	0,021
Tempo de trabalho no hospital				
Menos de 11 meses	62,80	12,42	ref.	
1 a 2 anos	62,31	14,96	-0,49	0,933
3 a 4 anos	61,83	10,98	-0,98	0,865
5 a 10 anos	65,63	12,55	2,82	0,604
11 a 20 anos	63,68	15,03	0,88	0,870
21 anos ou mais	59,96	15,43	-2,85	0,594
Nível educacional				
Pós-graduação	61,52	14,79	ref.	
Superior	62,92	13,31	1,40	0,552
Ensino médio ou menos	65,35	13,10	3,83	0,136
Número de vínculos				
1	60,82	13,63	ref.	
2	63,87	16,15	3,04	0,199
3 ou mais	66,62	11,88	5,80	0,026
Carga horária semanal (horas)				
20-40	60,87	14,06	ref.	
41-60	62,32	15,17	1,45	0,507
>60	67,44	11,08	6,57	0,014

Nota: ref., referência

Esgotamento

A prevalência de esgotamento entre os profissionais foi 8,7% (IC 95%:7,2-10,2). O esgotamento foi maior em homens (11,2%) do que em mulheres (7,4%; Figura 8)

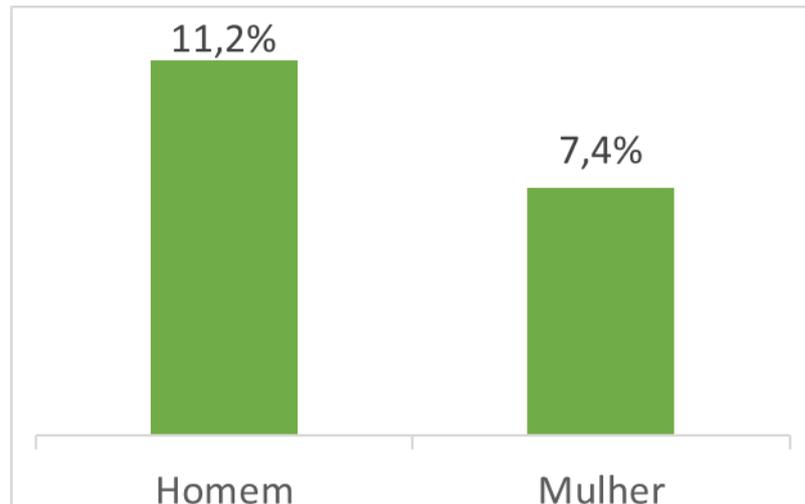


Figura 8. Prevalência de esgotamento (considerando escores altos em todas as dimensões) do *Maslach Burnout Inventory Human Service Survey*, HUGV, Manaus/AM, julho-novembro/2016 (N=300)

Vinte e seis profissionais apresentaram esgotamento, considerando escores altos em todas as dimensões. A maioria tinha contato direto com o paciente (24/26), tinha o hospital como único vínculo (18/26), trabalhava entre 5 e 21 anos ou mais (15/26) e com carga horária acima de 40 ou sessenta horas semanais (19/26).

A média de esgotamento profissional foi moderada para exaustão emocional (20,49), realização profissional (34,21) e despersonalização (8,86), conforme Tabela 7.

Tabela 7. Média, intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e desvio padrão (DP) em cada dimensão do esgotamento

Dimensões	Média (IC 95%)	DP
Exaustão Emocional ^a	20,49 (19,57; 21,42)	8,15
Realização Profissional ^b	34,21 (33,58; 34,84)	5,51
Despersonalização ^c	8,86 (8,38; 9,34)	4,23

Notas: alto: a, ≥ 27 ; b, 0 – 31; c, ≥ 13 ; moderado: a, 17 - 26; b, 32 - 38; c, 7 – 12; baixo: a, 0 - 16; b, ≥ 39 ; c, 0 - 6

Vinte e três por cento dos profissionais apresentaram níveis altos de esgotamento relacionado à exaustão emocional ($\alpha=0,904$), realização profissional (26,3%; $\alpha=0,800$) e despersonalização (19,7%; $\alpha=0,770$; Tabela 8).

Tabela 8. Frequência de esgotamento baixo, moderado e alto e confiabilidade por domínio

Dimensões	N (%)			α
	Baixo	Moderado	Alto	
Exaustão emocional	93 (31)	138 (46)	69 (23)	0,904
Realização profissional	83 (27,7)	138 (46)	79 (26,3)	0,800
Despersonalização	122 (40,7)	119 (39,7)	59 (19,7)	0,770

Notas: alto: a, ≥ 27 ; b, 0 – 31; c, ≥ 13 ; moderado: a, 17 - 26; b, 32 - 38; c, 7 – 12; baixo: a, 0 - 16; b, ≥ 39 ; c, 0 - 6

A Tabela 9 apresenta a frequência de respostas e confiabilidade de cada item por dimensão do MBI HSS. O item 15: “sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente” apresentou menor frequência de despersonalização (79,7%). O item 17: “Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável em meu trabalho” apresentou maior frequência de baixa realização profissional (1,7%). A confiabilidade do instrumento entre os itens variou de 0,671 no item 11: “fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente” a 0,900 no item 2: “quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado”.

Tabela 9. Frequência de respostas nas questões do *Maslach Burnout Inventory Human Service Survey* e confiabilidade

Item do MBI HSS por dimensão	Nunca N (%)	Algumas vezes			Diariamente N (%)	α
		ao ano N (%)	ao mês N (%)	na semana N (%)		
Exaustão emocional						
1.Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho	113 (37,7)	95 (31,7)	46 (15,3)	28 (9,3)	18 (6)	0,897
2.Quando termino minha jornada de trabalho, sinto-me esgotado	41 (13,7)	61 (20,3)	78 (26)	95 (31,7)	25 (8,3)	0,900
3.Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado	114 (38)	56 (18,7)	58 (19,3)	61 (20,3)	11 (3,7)	0,893
6.Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa	160 (53,3)	61 (20,3)	39 (13)	25 (8,3)	15 (5)	0,891
8.Sinto que meu trabalho está me desgastando	86 (28,7)	83 (27,7)	52 (17,3)	56 (18,7)	23 (7,7)	0,884
13.Sinto-me frustrado com meu trabalho	138 (46)	83 (27,7)	40 (13,3)	27 (9)	12 (4)	0,891
14.Sinto que estou trabalhando demais	69 (23)	77 (25,7)	67 (22,3)	63 (21)	24 (8)	0,892
16.Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa	133 (44,3)	86 (28,7)	43 (14,3)	24 (8)	14 (4,7)	0,900
20.Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades	128 (42,7)	96 (32)	40 (13,3)	25 (8,3)	11 (3,7)	0,894
Realização profissional						
4.Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender	9 (3)	17 (5,7)	19 (6,3)	49 (16,3)	206 (68,7)	0,794
7.Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender	10 (3,3)	14 (4,7)	21 (7)	57 (19)	198 (66)	0,780
9.Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas, através de meu trabalho	13 (4,3)	12 (4)	24 (8)	68 (22,7)	183 (61)	0,769
12.Sinto-me muito vigoroso no meu trabalho	16 (5,3)	12 (4)	40 (13,3)	90 (30)	142 (47,3)	0,777
17.Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável em meu trabalho	5 (1,7)	10 (3,3)	28 (9,3)	57 (19)	200 (66,7)	0,767
18.Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender	9 (3)	19 (6,3)	29 (9,7)	87 (29)	156 (52)	0,760
19.Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho	13 (4,3)	28 (9,3)	36 (12)	67 (22,3)	156 (52)	0,792
21.No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma	11 (3,7)	22 (7,3)	26 (8,7)	70 (23,3)	171 (57)	0,786

Item do MBI HSS por dimensão	Nunca N (%)	Algumas vezes			Diariamente N (%)	α
		ao ano N (%)	ao mês N (%)	na semana N (%)		
Despersonalização						
5.Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no meu trabalho como se fossem objetos impessoais	208 (69,3)	46 (15,3)	14 (4,7)	21 (7)	11 (3,7)	0,763
10.Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho	164 (54,7)	55 (18,3)	29 (9,7)	35 (11,7)	17 (5,7)	0,680
11.Fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente	162 (54)	63 (21)	27 (9)	26 (8,7)	22 (7,3)	0,671
15.Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente	239 (79,7)	29 (9,7)	11 (3,7)	14 (4,7)	7 (2,3)	0,752
22.Parece-me que as pessoas que atendo culpam-me por alguns de seus problemas	156 (52)	63 (21)	36 (12)	28 (9,3)	17 (5,7)	0,756

A partir da regressão de Poisson com variância robusta ajustada, os fatores sociodemográficos apresentaram prevalência de esgotamento menor em profissionais com idade entre 36 – 50 anos (RP=0,43; IC 95%:0,19-0,98), com companheiro (RP=0,36; IC 95%:0,18-0,75), classe econômica B2 (RP=0,28; IC 95%:0,11-0,75) e C/D/E (RP=0,11; IC 95%:0,01-0,80). Essas variáveis mostraram-se como fator de proteção ao esgotamento (Tabela 10).

Solteiros apresentaram maior esgotamento (RP=2,44; IC 95%:1,19-5,02) que os casados. Sexo, raça e índice de massa corpórea não revelaram associação ao esgotamento.

Tabela 10. Prevalência e razão de prevalência (RP) de esgotamento pelas variáveis sociodemográficas, calculadas por regressão de Poisson com variância robusta

Característica	N	%	RP (IC 95%)	valor p
Sexo				
Mulher	15	7,43	1,00	
Homem	11	11,22	1,46 (0,71; 3,03)	0,303
Idade				
18 a 35 anos	12	14,63	1,00	
36 a 50 anos	9	6,25	0,43 (0,19; 0,98)	0,045
51 ou mais	5	6,76	0,47 (0,17; 1,26)	0,133
Raça				
branco/amarelo	9	8,74	1,00	
preto/pardo/indígena	17	8,63	1,16 (0,53; 2,56)	0,709
Situação conjugal				
Sem companheiro	15	14,29	1,00	
Com companheiro	11	5,64	0,36 (0,18; 0,75)	0,006
Estado civil				
Casado	11	6,29	1,00	
separado/divorciado/viúvo	1	2,7	0,49 (0,07; 3,48)	0,473
Solteiro	14	15,91	2,44 (1,19; 5,02)	0,015
Índice de massa corpórea				
até 24,9	11	10,89	1,00	
25-29,9	12	9,52	0,85 (0,39; 1,88)	0,692
acima de 30	3	4,11	0,41 (0,12; 1,47)	0,173
Classe social				
A	14	18,18	1,00	
B1	6	8,7	0,45 (0,19; 1,09)	0,076
B2	5	5	0,28 (0,11; 0,75)	0,011
C/D/E	1	1,85	0,11 (0,01; 0,80)	0,029

Nota: Nenhum caso de esgotamento foi observado entre pessoas com gravidez no ano anterior à entrevista, por esse motivo a variável foi omitida da tabela.

Enfermeiros(as) apresentaram prevalência de esgotamento menor (RP=0,35; IC 95%:0,14-0,91) quando comparados a médicos. Os trabalhadores com nível superior (RP=2,34; IC 95%:1,10-4,98) apresentaram maior prevalência de esgotamento profissional em comparação à pós-graduados. Não foram associadas ao esgotamento profissional o contato com paciente, tempo de trabalho na instituição, número de vínculos e carga horária semanal (Tabela 11).

Tabela 11. Prevalência e razão de prevalência (RP) de esgotamento pelas variáveis profissionais, calculadas por regressão de Poisson com variância robusta

Característica	N	%	RP (IC 95%)	valor p
Profissão				
Médico	11	15,07	1,00	
Enfermagem	5	4,07	0,35 (0,14; 0,91)	0,031
Outros profissionais da saúde	6	10,53	0,90 (0,36; 2,26)	0,827
Apoio técnico e outros	4	8,51	0,90 (0,31; 2,42)	0,779
Contato com paciente				
Não	2	4,17	1,00	
Sim	24	9,52	1,99 (0,50; 7,97)	0,331
Tempo de trabalho no hospital				
menos de 11 meses	1	7,69	1,00	
1 a 2 anos	3	10,71	1,86 (0,23; 15,10)	0,562
3 a 4 anos	7	21,88	1,63 (0,20; 13,24)	0,650
5 a 10 anos	5	8,93	0,70 (0,10; 6,20)	0,746
11 a 20 anos	4	4,55	1,03 (0,14; 7,76)	0,974
21 anos ou mais	6	7,23	0,47 (0,10; 4,20)	0,499
Nível educacional				
Pós-graduação	11	6,88	1,00	
Superior	13	17,81	2,34 (1,10; 4,98)	0,027
Ensino médio ou menos	2	2,99	0,44 (0,10; 1,91)	0,272
Número de vínculos				
1	18	10,47	1,00	
2	6	7,32	0,75 (0,31; 1,82)	0,523
3 ou mais	2	4,35	0,44 (0,11; 1,76)	0,248
Carga horária semanal (horas)				
20-40	12	8,39	1,00	
41-60	11	10,89	1,08 (0,51; 2,30)	0,836
>60	3	5,36	0,58 (0,17; 1,94)	0,376

A relação entre a cultura de segurança do paciente e o esgotamento profissional revelou influência inversamente proporcional entre os desfechos primários. O coeficiente de

correlação entre a cultura de segurança e o esgotamento foi igual a - 0,506 e o coeficiente de determinação (R^2) foi igual a 0,252 ($p < 0,001$), conforme Tabela 12.

Tabela 12. Correlação entre cultura de segurança e esgotamento profissional

Variável	Coeficiente de correlação		Valor p
	Cultura	Esgotamento	
Esgotamento	-0,506		<0,001
Cultura		-0,506	<0,001
R^2	0,252	0,252	

A Figura 9 apresenta o modelo direcional das variáveis testadas significativamente correlacionadas. Esse modelo explica 25% da variação da avaliação da cultura de segurança do paciente e do esgotamento profissional ($p < 0,001$).



Figura 9. Correlação entre cultura de segurança do paciente e esgotamento profissional

6. DISCUSSÃO

A cultura de segurança apresentou fragilidades, em especial nas condições de trabalho. Os profissionais com contato direto com pacientes, mais vínculos empregatícios e jornada de trabalho elevada apresentaram maiores percepções de cultura de segurança. Aproximadamente 1 em cada 10 profissionais apresentou esgotamento, sendo maior nos mais jovens, solteiros, mais ricos e instruídos. Um quarto da cultura de segurança e esgotamento simultaneamente se explicam e são inversamente proporcionais: quanto maior a percepção de cultura de segurança, menor o esgotamento profissional.

Algumas limitações metodológicas do presente estudo incluem a utilização exclusiva de dados quantitativos, considerando que a compreensão da cultura de segurança do paciente e do esgotamento profissional se suplementados com dados qualitativos podem melhor ponderar seus fundamentos (Halligan e Zecevic, 2011).

Durante a realização da pesquisa, o hospital em questão encontrava-se em processo de reestruturação física e de gestão, supondo-se um ambiente de incertezas, restrições e constrangimentos. Alguns domínios do SAQ como “condições de trabalho” que apresentou a menor positividade, “clima de trabalho em equipe”, percepção da gestão da unidade e do hospital e algumas questões das dimensões do MBI HSS como “sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho”, “sinto-me frustrado com meu trabalho” podem ter sido influenciados por essa situação peculiar.

A equipe da pesquisa foi composta, em sua maioria, por investigadores ligados à instituição, o que pode ter causado receios nos participantes quanto ao anonimato da participação. Entretanto, para evitar qualquer tipo de constrangimentos e permitir a liberdade em expressar sua opinião sem julgamentos externos, o questionário era preenchido e enviado diretamente pelo respondente, sem a influência da equipe. Além disso, os respondentes eram

informados sobre a confidencialidade dos resultados e a publicação de dados globais e não individuais.

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram validados para o contexto brasileiro. Entretanto, a utilização de questionários longos e utilização de respostas como “não se aplica” podem interferir na precisão com que os respondentes preenchem as questões (Bodur e Filiz, 2010). Apesar disso, a porcentagem de respostas “não se aplica” foi baixa (1,6%) e as perdas de dados foram minimizadas pela disposição sequencial e obrigatória das questões em cada pergunta.

Um aspecto importante é o fato da pesquisa se basear em dados transversais e, portanto, não estabelecer relação de causalidade, embora os resultados obtidos sejam consistentes. Além disso, a utilização de instrumentos validados para o contexto brasileiro, conferiu maior confiabilidade ao estudo.

A análise da confiabilidade do SAQ e do MBI HSS foi realizada por meio da verificação da consistência interna de todos os itens, domínios e dimensões com o alfa de Cronbach, considerando adequados valores iguais ou superiores a 0,600. O alfa do SAQ total e seus domínios, e de todas as dimensões e itens do MBI HSS foi alto. Itens relacionados à comunicação, colaboração e treinamento no SAQ obtiveram valores limítrofes. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos de validação do SAQ ou de sua utilização para avaliação do clima de segurança do paciente (Lee *et al.*, 2010; De Carvalho e Cassiani, 2012; Devriendt *et al.*, 2012; Carvalho *et al.*, 2015) e de avaliação psicométrica do MBI HSS ou do esgotamento entre profissionais da saúde (Carlotto e Câmara, 2007; Pisanti *et al.*, 2013; Campos *et al.*, 2015; Milenović *et al.*, 2016; Montiel-Company *et al.*, 2016). Valores de alfa de Cronbach adequados corroboram as evidências da validade do SAQ e do MBI HSS, indicando forte correlação e confiabilidade dos instrumentos.

A taxa de resposta obtida na pesquisa foi alta, superior a estudos de avaliação da cultura de segurança do paciente e esgotamento profissional (Garrouste-Orgeas *et al.*, 2015; Dos Santos Alves *et al.*, 2017). Quando as taxas de resposta são menores que 60%, os achados não representam a percepção sobre o clima de segurança e devem ser utilizados com cautela (Pronovost e Sexton, 2005).

A distribuição dos participantes, em sua maioria, do sexo feminino, da área de enfermagem e que tinham contato direto com o paciente refletiu sua predominância em profissões da área da saúde. Da mesma forma, idade média em torno de 40 anos, qualificação a nível de pós-graduação, acima de 10 anos de trabalho no hospital, vivendo com companheiro, com vínculo empregatício único e carga horária semanal superior a 40 ou 60 horas semanais são observados em estudos nacionais e internacionais (De Carvalho e Cassiani, 2012; Andolhe *et al.*, 2015; Garrouste-Orgeas *et al.*, 2015; Reis *et al.*, 2016; Vifladt *et al.*, 2016b).

Mais da metade dos profissionais apresentou sobrepeso ou obesidade, sem associação à segurança do paciente e esgotamento profissional. Uma pesquisa realizada em Telaviv, entre os anos de 2003 e 2006 com 1064 profissionais, encontrou associação positiva entre o esgotamento profissional e obesidade ($\beta=0,04$; $p<0,05$) (Armon *et al.*, 2008). Um ensaio clínico realizado na Finlândia em 2007 observou que o esgotamento profissional pareceu afetar os comportamentos alimentares: mulheres com esgotamento apresentaram maiores escores de alimentação emocional (*emotional eating*=57,0; $p=0,002$) e descontrolada (*uncontrolled eating*=43,1; $p=0,001$) (Nevanperä *et al.*, 2012).

A maioria se declarou preto, pardo ou indígena sem associação a segurança do paciente e esgotamento profissional. Em avaliação sobre esgotamento entre residentes de unidades de cuidados críticos de hospital universitário nos Estados Unidos, a maioria se declarou branco e, entre os 33% declarados asiáticos, do oriente médio ou índios, houve

associação significativa de níveis mais baixos de esgotamento entre os asiáticos ($p=0,04$) quando comparados a brancos, sugerindo relação entre fatores culturais, religiosos ou espirituais sobre a aparente resiliência (Kashani *et al.*, 2015).

Para metade dos profissionais, pertencentes às classes econômicas B2, C, D, E não houve associação com a segurança do paciente, mas a prevalência de esgotamento foi menor, revelando-se como fator de proteção.

A avaliação geral e por domínios do SAQ identificaram, em sua maioria, fragilidades na cultura de segurança do hospital universitário avaliado. Escores semelhantes foram encontrados em hospitais nacionais e internacionais: 66% (Carvalho *et al.*, 2017), 53,5% (Carvalho *et al.*, 2015), 61,8% (Luiz *et al.*, 2015), 60,7% para médicos e 57,5 para outros profissionais (Garrouste-Orgeas *et al.*, 2015). Segundo os autores do instrumento, quanto maior o escore, melhor é a percepção dos profissionais em relação ao clima de segurança, considerando positivos valores de escore maiores ou iguais a 75% (De Carvalho e Cassiani, 2012). Valores situados entre 50 e 75% revelam áreas com oportunidade de melhorias e valores abaixo de 50% identificam fragilidades (Wami *et al.*, 2016).

Valores de positividade inferiores a 75% no clima de trabalho em equipe também foram encontrados em estudos no Brasil e na Holanda (Poley *et al.*, 2011; De Carvalho e Cassiani, 2012; Luiz *et al.*, 2015). Nesse domínio, percebe-se o limite entre fragilidades e fortalezas, nas avaliações em cada item da percepção de colaboração entre os profissionais. Destaque especial à abertura na comunicação de problemas relacionados ao cuidado do paciente, considerando que a comunicação sobre erros e o trabalho em equipe influenciam significativamente a cultura de segurança do paciente (Alahmadi, 2010).

O domínio clima de segurança avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para a segurança do paciente. Os achados foram menores que os encontrados nos estudos de Minas Gerais e Ceará (Luiz *et al.*, 2015; Carvalho *et al.*,

2017), mas semelhantes a estudo realizado no Distrito Federal em 2015 (Carvalho *et al.*, 2015). Esses dados podem sugerir subnotificação de erros associados aos cuidados em saúde, dificultando o monitoramento sistemático dos mesmos e das barreiras necessárias à sua prevenção que compõe o núcleo central da segurança do paciente (Yu *et al.*, 2016).

O domínio satisfação no trabalho, que é a visão positiva do local de trabalho, apresentou a melhor percepção de cultura de segurança, da mesma forma que os dados encontrados em estudos recentes realizados no Brasil (Rigobello *et al.*, 2012; Luiz *et al.*, 2015; Carvalho *et al.*, 2017) e no mundo (Schwendimann *et al.*, 2013; Chakravarty *et al.*, 2015). Os respondentes gostam do trabalho que realizam, sentem orgulho do que fazem e o consideram um bom local para trabalhar. Isso parece refletir a confiança e o reconhecimento que sentem em trabalhar no hospital universitário, fazendo parte deste campo de formação em saúde que gera novos conhecimentos, presta assistência hospitalar e ambulatorial de qualidade e é referenciado pelo SUS no Estado e na Região Norte (Brito, 2009). Apesar disso, os respondentes não perceberam o moral positivamente como nos demais itens do domínio, e sim como área com oportunidade para melhorias, semelhante a um estudo húngaro (Goh *et al.*, 2013). O moral, para os autores do instrumento, está relacionado ao ânimo, à disposição e ao estado de espírito das pessoas. Entretanto, apesar de válido para o português, a utilização do termo pode refletir a percepção ambígua que sua definição pode suscitar e não o ânimo presente.

O domínio reconhecimento de estresse que trata do reconhecimento de quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho, revelou fortalezas na percepção da cultura de segurança em todos os itens. Resultados semelhantes revelaram fortalezas no reconhecimento do estresse (Carvalho *et al.*, 2017; Rigobello *et al.*, 2017). Exceção encontrada no cômputo total do domínio e do item relacionado à compreensão do prejuízo que o cansaço exerce no desempenho de atividades em emergências, como observado em

estudo realizado em Ribeirão Preto com 203 pessoas (Rigobello *et al.*, 2012). Resultados que avaliaram a importância do reconhecimento de estresse para a segurança do paciente revelam aumento de erros quando há dificuldade na percepção de situações estressoras no trabalho (Lee *et al.*, 2015).

O domínio percepção da gestão, tanto do hospital quanto da unidade, refere-se à aprovação das ações da gerência quanto às questões da segurança do paciente. Neste estudo, apresentaram a segunda e a terceira menor percepção da cultura de segurança do paciente, indicando áreas com oportunidade para melhorias. Os resultados corroboram com os obtidos em hospitais na Holanda, na Suíça, nos Estados Unidos e no Brasil (Poley *et al.*, 2011; Schwendimann *et al.*, 2013; Luiz *et al.*, 2015; Carvalho *et al.*, 2017). Alguns fatores podem influenciar a percepção que os profissionais têm das ações para segurança do paciente tomadas pela gerência. Dentre eles, estão o distanciamento hierárquico entre gerência e prestadores diretos de cuidados ao paciente, que pode comprometer a comunicação baseada na responsabilidade mútua e a percepção compartilhada da importância da segurança relacionada às questões de segurança do paciente (Halligan e Zecevic, 2011; Wami *et al.*, 2016). Esses resultados parecem também ser reflexo do processo de adaptação à mudança gerencial recente do hospital. Apesar de ligado à Universidade Federal do Amazonas, passou a ser gerido, a partir de 2013, pela EBSEH.

O domínio condições de trabalho que se refere à percepção da qualidade do ambiente de trabalho, apresentou menor positividade. Os itens do domínio apresentaram, em sua maioria, percepção de fragilidades na cultura de segurança. Baixas percepções no domínio condições de trabalho também são encontradas em estudos na Suíça e no Brasil (Schwendimann *et al.*, 2013; Carvalho *et al.*, 2015; Carvalho *et al.*, 2017). Ambientes onde as condições de trabalho estão comprometidas, pressupõem ausência de recursos, estrutura e responsabilização pela manutenção efetiva da segurança e podem afetar o desempenho

profissional. Por outro lado, condições de trabalho favoráveis possibilitam o envolvimento de profissionais e gestores no cuidado, assumindo a responsabilidade por sua própria segurança, pela segurança dos colegas, pacientes e familiares (Brasil, 2013).

As questões que não compõem domínio específico apresentaram percepções de fortaleza na vivência de colaboração com enfermeiras(os), oportunidade para melhorias na expressão das questões de segurança à administração, na vivência de colaboração com médicas(os), com farmacêuticas(os) e fragilidades na frequência de atrasos no atendimento por falhas na comunicação. Achados semelhantes foram encontrados para a vivência da colaboração com enfermeiros, médicos e falhas na comunicação, mas com médias menores para a vivência de colaboração com farmacêuticos (Lee *et al.*, 2010; Rigobello *et al.*, 2012; Luiz *et al.*, 2015). A vivência colaborativa entre profissionais pressupõe organizações com cultura de segurança positiva que tem seus processos baseados no trabalho em equipe, na responsabilidade mútua e na decisão compartilhada e que impactam no desempenho profissional e nos desfechos dos pacientes (Holden *et al.*, 2010; Halligan e Zecevic, 2011; Goh *et al.*, 2013; Thomas e Galla, 2013).

A regressão logística analisou a associação entre o escore geral do instrumento e as características sociodemográficas e profissionais. As percepções de positividade revelaram médias compatíveis com área de oportunidade para melhorias.

Homens apresentaram maior percepção de cultura de segurança quando comparados às mulheres. Em estudos que corroboram esses achados, homens foram mais propensos a percepções favoráveis nas dimensões clima de trabalho em equipe ($R^2=0,10$; $p=0,05$), satisfação no trabalho ($R^2=0,08$; $p=0,05$), percepção da gestão ($R^2=0,06$; $p=0,05$) e condições de trabalho ($R^2=0,17$; $p=0,05$) (Carney *et al.*, 2010). Estudo recente sobre restrição emocional revela que homens tendem a apresentar reatividade positiva e, de acordo com o modelo de padrões de mudança, precisam de mais tempo para a percepção de erros potenciais,

classificando como excelente um desempenho considerado abaixo do padrão por mulheres (Hess *et al.*, 2016).

Trabalhadores com três ou mais vínculos empregatícios e carga horária superior a 60 horas semanais apresentaram maior percepção de cultura de segurança na presente pesquisa. Tal associação não foi significativa em inquérito realizado em hospital privado de Minas Gerais em 2014 (Barbosa *et al.*, 2016). Na avaliação da cultura de segurança em centros cirúrgicos, inquéritos internacionais na China, Etiópia e Palestina, que utilizaram o instrumento *Hospital Survey On Patient Safety Culture*, observaram padrão inverso: profissionais com carga horária semanal entre 40 a 59h (0,500; $p=0,002$) e entre 80 a 99h (0,498; $p=0,007$) apresentaram maior percepção, comparados àqueles com mais de 100h (Shu *et al.*, 2015), assim como maiores escores de segurança ($\beta=90,904$; $p<0,012$) dos que trabalhavam 40 horas ou mais por semana (Hamdan e Saleem, 2013). Para cada incremento de hora de trabalho por semana a positividade na cultura de segurança do paciente reduziam-se em $\beta=-0,06$ ($p<0,005$) (Wami *et al.*, 2016). Considerando que sobrecarga de trabalho pode estar relacionada a aumento na frequência de eventos adversos, a alocação adequada de profissionais nos serviços pode ser uma estratégia para manter, aprimorar e garantir a cultura de segurança do paciente (Alahmadi, 2010).

Na presente análise, profissionais que trabalham em contato direto com pacientes apresentaram maior cultura de segurança quando comparados aos sem esse contato, resultado corroborado por estudo realizado na Palestina em 2011 com 1408 profissionais (Hamdan e Saleem, 2013). Os achados podem refletir as habilidades profissionais em ajustar aspectos profissionais e técnicos à capacidade de inter-relação com os pacientes (Beltrán Salazar, 2015). Uma investigação realizada em hospital no sul da Etiópia em 2015, os resultados foram inversamente associados a cultura de segurança do paciente ($\beta=-0,82$; IC 95%=-2,70; 1,07) (Wami *et al.*, 2016).

A prevalência de esgotamento observada no presente estudo foi maior que em pesquisas anteriores. Um estudo entre profissionais de hospital público no sul do Brasil em 2010 também considerou as três dimensões graves para definir esgotamento, sem detectar profissional com a síndrome (Ebling e Carlotto, 2012). Análises restritas aos médicos observou 2% de esgotamento em hospitais de Taiwan em 2012 (Chen *et al.*, 2013) e 6,34% entre anestesiológicas de dez hospitais universitários de Belgrado, em 2013 (Milenović *et al.*, 2016). Uma investigação sobre esgotamento na Bélgica revelou 6% de prevalência entre enfermeiros e 5% entre médicos (Vandenbroeck *et al.*, 2017). Prevalência de 12,5% de esgotamento profissional foi observada em estudo com equipe de enfermagem de unidades de terapia intensiva (Andolhe *et al.*, 2015) e 5,9% entre técnicos de enfermagem de um hospital universitário (Ferreira e De Lucca, 2015), ambos em São Paulo. A variabilidade dos achados pode resultar das diferenças na avaliação do instrumento para definir o esgotamento. Há necessidade de definir pontos de corte padronizados que permitam estabelecer os níveis de esgotamento entre os profissionais de saúde brasileiros (Carlotto e Câmara, 2008).

O esgotamento foi maior em homens do que em mulheres. Entre os profissionais de saúde na Bélgica, mulheres apresentaram maior esgotamento considerando escores altos nas três dimensões (Vandenbroeck *et al.*, 2017). Inquérito realizado em quatro hospitais públicos de Manaus em 2015 encontrou exaustão emocional mais alta entre as mulheres (Guimarães *et al.*, 2016), enquanto pesquisa realizada em hospital público municipal do Paraná observou maior despersonalização entre os homens (Ebling e Carlotto, 2012). Demais pesquisas não revelaram diferenças de esgotamento profissional entre os sexos (Domínguez Fernández *et al.*, 2012; Chen *et al.*, 2013; Milenović *et al.*, 2016).

O esgotamento profissional foi moderado para exaustão emocional, realização profissional e despersonalização, semelhante aos achados de outros estudos. Níveis moderados foram encontrados para exaustão emocional, realização profissional e

despersonalização entre anesthesiologistas e intensivistas (Milenović *et al.*, 2016; Tironi *et al.*, 2016). Também foram encontrados níveis moderados em exaustão emocional (21,4; DP: \pm 5,5), realização profissional (31,3; DP: \pm 3,7), despersonalização (9,3; DP: \pm 2,6) entre enfermeiros de um hospital geral (Rissardo e Gasparino, 2013) e em exaustão emocional (21,5; IC 95%: 9 – 39) entre aqueles de um hospital pediátrico, ambos no sudeste brasileiro (Alves e Guirardello, 2016). A presença deste nível de esgotamento já sinaliza a possibilidade da síndrome em curso, mesmo que de forma velada, em aproximadamente um terço da população estudada.

Cerca de um quarto dos profissionais apresentaram níveis altos de esgotamento relacionado à exaustão emocional, realização profissional e despersonalização. Níveis altos de esgotamento nas três dimensões foi observado em pesquisa realizada em hospitais de Taiwan em 2012 com 809 médicos visitantes (Chen *et al.*, 2013). Esgotamento de 52,7% para exaustão emocional, 42,4% para realização profissional e 12,2% para despersonalização foram registrados em estudo em hospitais universitários de Belgrado em 2013 (Milenović *et al.*, 2016). Quando analisadas cada uma das três dimensões separadamente, altos escores estiveram presentes em 50,6%, 10,6% e 23,6% para exaustão emocional, 15,0%, 31,5% e 29,9% para realização profissional, 26,1%, 24,5% e 21,9% para despersonalização em estudos realizados entre médicos intensivistas em cinco capitais brasileiras, na França e entre técnicos de enfermagem de um hospital universitário de São Paulo, respectivamente (Ferreira e De Lucca, 2015; Garrouste-Orgeas *et al.*, 2015; Tironi *et al.*, 2016).

Maior esgotamento entre jovens também foi observado em estudos nacionais prévios (Ebling e Carlotto, 2012). O esgotamento também foi maior em médicos entre 30 e 40 anos, quando comparados aos mais velhos. Profissionais de saúde entre 41 e 60 anos apresentaram prevalência menor (30%; $p=0,001$) de esgotamento que adultos mais jovens (59%; $p=0,001$) (Wisetborisut *et al.*, 2014) em estudo na Tailândia em 2013. Para MASLACH e col. (2001) a

experiência e habilidades limitadas da juventude favorecem a frustração profissional e a vulnerabilidade ao esgotamento (Maslach *et al.*, 2001; Ebling e Carlotto, 2012; Chen *et al.*, 2013).

Enfermeiros apresentaram menor esgotamento quando comparados a médicos. Achados semelhantes foram encontrados em estudo sobre esgotamento na Bélgica onde médicos apresentaram prevalência de 17% e enfermeiros de 12% ($p < 0,05$), considerando a dimensão exaustão emocional e despersonalização ou realização profissional (Vandenbroeck *et al.*, 2017). Médicos portugueses apresentaram índices maiores de esgotamento em exaustão emocional (2,7%; $p = 0,01$) e em realização profissional (3,94%; $p = 0,04$) que enfermeiros (Dias *et al.*, 2010). Médicos da região sul do Brasil mostraram escores (13,2%; $p = 0,04$) maiores para despersonalização quando comparados a enfermeiros (20,1%; $p = 0,04$) (Ebling e Carlotto, 2012). Enfermeiros plantonistas apresentaram maior prevalência de esgotamento para despersonalização e baixa realização profissional (61,1%; $p = 0,02$) que médicos (56,1%; $p = 0,03$) em estudo realizado em dois hospitais universitários de Natal em 2013 (De Paiva *et al.*, 2017). Apesar de as duas profissões, historicamente serem exercidas no mesmo contexto, enfermeiros e médicos apresentam perspectivas distintas, o que pode explicar as diferenças encontradas em diferentes contextos (Dias *et al.*, 2010).

Ter companheiro ou ser casado se comportou como fator de proteção na presente pesquisa, sugerindo a importância das relações familiares no enfrentamento dos problemas que podem levar ao esgotamento profissional. Anestesiologistas casados foram menos propensos a níveis altos de esgotamento para despersonalização (OR=0,433; IC 90%: 0,201-0,930) (Milenović *et al.*, 2016). Plantonistas solteiros apresentaram maior esgotamento em comparação aos casados (27%; 19%; $p = 0,001$) (Wisetborisut *et al.*, 2014). CHEN e col. (2013) encontraram forte relação com esgotamento associado à despersonalização (71,3%; $p = 0,006$) para médicos casados (Chen *et al.*, 2013).

O esgotamento foi menos frequente em profissionais de média classe média e de classe média baixa quando comparados aos indivíduos de classe média alta. Renda menor que o equivalente a R\$ 993,11 foi relacionada a menor prevalência (16%; $p=0,001$) de esgotamento em profissionais de saúde plantonistas na Tailândia (Wisetborisut *et al.*, 2014). Profissionais com renda baixa resultaram escores altos (0,149; $p=0,05$) para despersonalização em pesquisa nacional realizada em hospital público municipal do Paraná em 2010 (Ebling e Carlotto, 2012). Em outros contextos, incluindo hospital universitário do nordeste brasileiro, não foram encontradas associações entre renda e esgotamento (Tironi *et al.*, 2016; De Paiva *et al.*, 2017).

Os trabalhadores com nível superior apresentaram maior esgotamento, resultado semelhante a inquérito realizado na Tailândia em 2013, que observou que 26% dos plantonistas que apresentaram esgotamento tinham nível de educação superior (Wisetborisut *et al.*, 2014), mas divergente de pesquisa brasileira realizada em dois hospitais universitários de Natal em 2013, em que a exaustão emocional foi associada a baixos níveis educacionais e a realização profissional foi maior nos pós-graduados (De Paiva *et al.*, 2017).

Os resultados indicam que existe uma relação negativa recíproca entre os constructos: quanto maior o esgotamento, menor a cultura de segurança e quanto maior a cultura de segurança, menor o esgotamento. De modo semelhante, unidades de terapia intensiva com maior prevalência de esgotamento apresentaram menor cultura de segurança em pesquisa realizada em unidades de terapia intensiva neonatal da Califórnia em 2011 (Profit *et al.*, 2014). Associação negativa, estatisticamente significativa entre a cultura de segurança e o esgotamento profissional também foi detectada em unidades de terapia intensiva de hospitais na Noruega, em que cultura de segurança positiva foi associada com ausência de esgotamento ($\beta=-0,009$; $p<0,001$) (Vifladt *et al.*, 2016a). Em um hospital pediátrico brasileiro também se observou correlação negativa significativa ($r=-0,31$; $p<0,001$) sugerindo que, quanto maior o

nível de exaustão emocional dos enfermeiros, mais negativa é a percepção da cultura e pior é a segurança do paciente (Alves e Guirardello, 2016).

A associação entre o esgotamento e a cultura de segurança do paciente sugere que, o investimento na saúde do trabalhador, converte-se em estímulo à prática assistencial segura nas instituições. Integrar à visão das organizações a cultura de segurança do paciente por meio do envolvimento de cuidadores e gestores com a responsabilidade por sua própria segurança, pela segurança dos colegas, pacientes e familiares favorece a prevenção dos eventos adversos, a redução de danos e otimiza desfechos (Riehle *et al.*, 2013). A implementação de ferramentas de comunicação e escuta ativa, trabalho em equipe, educação continuada e realização de rondas multiprofissionais são intervenções que envolvem a valorização profissional e promovem a cultura de segurança (Thomas e Galla, 2013; Weaver *et al.*, 2013). Da mesma forma, ambientes que propiciem condições humanizadas de trabalho, que contemplem estrutura física, tecnológica, humana, gerencial e organização de processos, favorecem o bem-estar físico e mental dos trabalhadores e podem interferir positivamente nos desfechos em saúde e significar investimento em segurança do paciente (Sanders *et al.*, 2013; Andolhe *et al.*, 2015).

A correlação encontrada nesta pesquisa e nas demais concorre para a percepção do efeito preditivo do esgotamento profissional na construção da cultura de segurança do paciente e da qualidade do cuidado, reforçando a ideia de que a avaliação da cultura de segurança do paciente pode orientar as instituições para melhorias em sua agenda de governança clínica.

7. CONCLUSÃO

A cultura de segurança apresentou fragilidades, em especial nas condições de trabalho. Aproximadamente um décimo dos participantes está em esgotamento profissional, sendo mais presente nos mais jovens, solteiros, com nível superior, e mais abastados. A cultura de segurança e o esgotamento se relacionam inversamente, quanto maior a percepção da cultura de segurança da instituição, menor o esgotamento entre os profissionais. Os achados revelam que a saúde do trabalhador e a segurança da assistência se relacionam mutuamente e que melhoria da qualidade assistencial passa pela valorização dos profissionais. Investimentos na organização das atividades e informações, treinamento e supervisão são prioritários para aprimorar a percepção da cultura de segurança do paciente e possivelmente beneficiarão a saúde dos pacientes e trabalhadores. Ações de prevenção do esgotamento nos grupos de maior risco devem ser estimuladas no âmbito da instituição.

REFERÊNCIAS

- ABEP. **Critério de Classificação Econômica Brasil. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Brasil 2015 e Atualização da Distribuição de Classes para 2016.** ABEP. São Paulo; 2016 Disponível em <http://www.abep.org/criterio-brasil> 2015.
- ABREU, K. L. D. et al. Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 22, p. 22-29, 2002. ISSN 1414-9893. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200004&nrm=iso >.
- AHRQ. **Partnership for Patients and AHRQ National Scorecard on Rates of Hospital- Acquired Conditions. Saving Lives and Saving Money: Hospital-Acquired Conditions Update.** [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Content last reviewed December 2016. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. USA <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/pfp/2014-final.html> 2016.
- ALAHMADI, H. A. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. **Qual Saf Health Care**, v. 19, n. 5, p. e17, Oct 2010. ISSN 1475-3898.
- ALVES, D. F.; GUIRARDELLO, E. B. Safety climate, emotional exhaustion and job satisfaction among Brazilian paediatric professional nurses. **Int Nurs Rev**, v. 63, n. 3, p. 328-35, Sep 2016. ISSN 1466-7657. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27265871> >.
- ANDOLHE, R. et al. Stress, coping and burnout among Intensive Care Unit nursing staff: associated factors. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49 Spec No, p. 58-64, Feb 2015. ISSN 0080-6234. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26761693> >.
- ANDRADE, P. S. D.; CARDOSO, T. A. D. O. Prazer e dor na docência: revisão bibliográfica sobre a Síndrome de Burnout. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 129-140, 2012. ISSN 0104-1290. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100013&nrm=iso >.
- ARMON, G. et al. A prospective study of the association between obesity and burnout among apparently healthy men and women. **J Occup Health Psychol**, v. 13, n. 1, p. 43-57, Jan 2008. ISSN 1076-8998. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18211168> >.
- BAKER, A. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. **BMJ: British Medical Journal**, v. 323, n. 7322, p. 1192, 2001. ISSN 0959-8138.
- BARBOSA, M. H. et al. PATIENT SAFETY CLIMATE AT A PRIVATE HOSPITAL. **Texto & Contexto- Enfermagem**, v. 25, n. 3, 2016. ISSN 0104-0707.
- BATES, D. W. et al. Global priorities for patient safety research. **BMJ**, v. 338, p. b1775, May 2009. ISSN 1756-1833. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19443552> >.
- BELTRÁN SALAZAR, O. A. Humanized care: A relationship of familiarity and affectivity. **Invest Educ Enferm**, v. 33, n. 1, p. 17-27, 2015. ISSN 2216-0280. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26148152> >.

BERGER, M. S. et al. Changing our culture to advance patient safety: the 2013 AANS Presidential Address. **J Neurosurg**, v. 119, n. 6, p. 1359-69, Dec 2013. ISSN 1933-0693. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24289847> >.

BODUR, S.; FILIZ, E. Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. **BMC Health Serv Res**, v. 10, p. 28, Jan 2010. ISSN 1472-6963. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20109186> >.

BRASIL. **Portaria n. 529 de 02 de abril de 2013 (BR). Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União [Saúde Legis]. 02 abr 2013 [citado 22 dez 2016]. Disponível em: http://bmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/qm/2013/prt0529_01_04_2013.html. HTTP://BMSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/QM/2013/PRT0529_01_04_2013.HTML, D. O. D. U. S. L. A. C. D. D. E. 2013.**

BRASIL, M. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 40 p. : il. 2014.**

BRITO, R. M. D. 100 anos UFAM. **Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas-EDUA, 2009.**

BRUM, A. K. R. et al. Assistência segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 9, n. 3, p. 7741-7745, 2015. ISSN 1981-8963.

BUCHANAN, D. A. et al. Are healthcare middle management jobs extreme jobs? **J Health Organ Manag**, v. 27, n. 5, p. 646-64, 2013. ISSN 1477-7266 (Print) 1477-7266.

CAMPOS, I. C. M. et al. Fatores Sociodemográficos e Ocupacionais Associados à Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem. **Psychology**, v. 28, n. 4, p. 764-771, 2015.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. **Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional** *Estudos de Psicologia*. Campinas. 24: 325-332 p. 2007.

_____. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. **Psico**, v. 39, n. 2, 2008. ISSN 1980-8623.

CARNEY, B. T. et al. Sex differences in operating room care giver perceptions of patient safety: a pilot study from the Veterans Health Administration Medical Team Training Program. **Qual Saf Health Care**, v. 19, n. 2, p. 128-31, Apr 2010. ISSN 1475-3901. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20142406> >.

CARVALHO, P. A. et al. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1041-8, 2015 Nov-Dec 2015. ISSN 1518-8345. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26625994> >.

CARVALHO, R. E. et al. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 25, p. e2849, Mar 2017. ISSN 1518-8345. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28301029> >.

CENTRE, E. **Scan evidence: Measuring Safety Culture. 2011:** THF, The Health Foundation. 2011.

CHAKRAVARTY, A. et al. A study of assessment of patient safety climate in tertiary care hospitals. **Med J Armed Forces India**, v. 71, n. 2, p. 152-7, Apr 2015. ISSN 0377-1237. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25859078> >.

CHASSIN, M. R.; LOEB, J. M. The Ongoing Quality Improvement Journey: Next Stop, High Reliability. **Health Affairs**, v. 30, n. 4, p. 559-568, Apr 2011. ISSN 0278-2715. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000289233400004 >.

CHEN, K. Y. et al. Burnout, job satisfaction, and medical malpractice among physicians. **Int J Med Sci**, v. 10, n. 11, p. 1471-8, 2013. ISSN 1449-1907. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24046520> >.

CNES, D. Cadastramento Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. . 2016. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br/> >. Acesso em: Acesso em: dezembro de 2016. .

CODO, W. **Educação: carinho e trabalho**. Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação, 1999. ISBN 8532621236.

COHEN J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. New York (NY): Psychology Press, 1988.

COLLA, J. B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Quality & Safety in Health Care**, v. 14, n. 5, p. 364-366, Oct 2005. ISSN 1475-3898. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000232208800012 >.

COUTO, R. C. et al. Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil. **IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar**, p. 92p, 2017. Disponível em: < https://www.iess.org.br/cms/rep/asah_2016.pdf >.

DA SILVA, J. L. et al. Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 27, n. 2, p. 125-33, 2015 Apr-Jun 2015. ISSN 1982-4335. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26340152> >.

DE CARVALHO, R. E.; CASSIANI, S. H. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 575-82, 2012 May-Jun 2012. ISSN 1518-8345. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22991121> >.

DE PAIVA, L. C. et al. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. **Clinics (Sao Paulo)**, v. 72, n. 5, p. 305-309, May 2017. ISSN 1980-5322. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28591343> >.

DEVRIENDT, E. et al. Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the Safety Attitudes Questionnaire: an observational study. **Int J Nurs Stud**, v. 49, n. 3, p. 327-37, Mar 2012. ISSN 1873-491X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22035966> >.

DIAS, S.; QUEIRÓS, C.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. **Aletheia**, p. 4-21, 2010. ISSN 1413-0394. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942010000200002&nrm=iso >.

DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ, J. M. et al. [Burnout syndrome in health workers in Ceuta]. **Aten Primaria**, v. 44, n. 1, p. 30-5, Jan 2012. ISSN 1578-1275. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21496968> >.

DOS SANTOS ALVES, D. F.; DA SILVA, D.; DE BRITO GUIRARDELLO, E. Nursing practice environment, job outcomes and safety climate: a structural equation modelling analysis. **J Nurs Manag**, v. 25, n. 1, p. 46-55, Jan 2017. ISSN 1365-2834. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27730709> >.

DUFFIELD, C. et al. Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. **Appl Nurs Res**, v. 24, n. 4, p. 244-55, Nov 2011. ISSN 1532-8201. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20974086> >.

EBLING, M.; CARLOTTO, M. S. Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 34, p. 93-100, 2012. ISSN 2237-6089. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892012000200008&nrm=iso >.

FERREIRA, N. O. N.; DE LUCCA, S. R. Burnout syndrome in nursing assistants of a public hospital in the state of São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, n. 1, p. 68-79, 2015 Jan-Mar 2015. ISSN 1980-5497. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25651012> >.

GARCIA-CAMPAYO, J. et al. Burnout Syndrome and Demotivation Among Health Care Personnel. Managing Stressful Situations: The Importance of Teamwork. **Actas Dermo-Sifiliográficas**, v. 107, n. 5, p. 400-406, Jun 2016. ISSN 0001-7310. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000382023400008 >.

GARCIA-OLMOS, L. et al. Comorbidity Patterns in Patients with Chronic Diseases in General Practice. **Plos One**, v. 7, n. 2, p. 7, Feb 2012. ISSN 1932-6203. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000302796200134 >.

GARROUSTE-ORGEAS, M. et al. The Iatref study: medical errors are associated with symptoms of depression in ICU staff but not burnout or safety culture. **Intensive Care Med**, v. 41, n. 2, p. 273-84, Feb 2015. ISSN 1432-1238. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25576157> >.

GOH, S. C.; CHAN, C.; KUZIEMSKY, C. Teamwork, organizational learning, patient safety and job outcomes. **Int J Health Care Qual Assur**, v. 26, n. 5, p. 420-32, 2013. ISSN 0952-6862 (Print) 0952-6862. Disponível em: < <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/IJHCQA-05-2011-0032> >.

GUIMARÃES, M. et al. Os efeitos da síndrome de burnout na vida de trabalhadores que atuam na linha de frente em hospitais públicos na cidade de Manaus/BR. In: **Anais do Congresso de Administração, Sociedade e Inovação - CASI 2016. Juiz de Fora(MG) UFJF, 2016. Disponível em: <http://www.even3.com.br/anais/casi>. Acesso em 05 de março de 2017 . Anais do Congresso de Administração, Sociedade e Inovação - CASI 2016. Juiz de Fora(MG) UFJF. 2016.**

HAIR JF et al. **A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)**. Los Angeles (CA): SAGE Publications, 2014.

HALL, L. H. et al. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. **PLoS One**, v. 11, n. 7, p. e0159015, 2016. ISSN 1932-6203. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27391946> >.

- HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Qual Saf**, v. 20, n. 4, p. 338-43, Apr 2011. ISSN 2044-5415. Disponível em: < <http://qualitysafety.bmj.com/content/20/4/338.long> >.
- HAMDAN, M.; SALEEM, A. A. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. **Int J Qual Health Care**, v. 25, n. 2, p. 167-75, Apr 2013. ISSN 1464-3677. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23382367> >.
- HESS, U.; DAVID, S.; HARELI, S. Emotional restraint is good for men only: The influence of emotional restraint on perceptions of competence. **Emotion**, v. 16, n. 2, p. 208-13, Mar 2016. ISSN 1931-1516. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26461250> >.
- HOLDEN, L. M.; WATTS, D. D.; WALKER, P. H. Communication and collaboration: it's about the pharmacists, as well as the physicians and nurses. **Qual Saf Health Care**, v. 19, n. 3, p. 169-72, Jun 2010. ISSN 1475-3901. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20123760> >.
- KASHANI, K. et al. Stress and burnout among critical care fellows: preliminary evaluation of an educational intervention. **Med Educ Online**, v. 20, p. 27840, 2015. ISSN 1087-2981. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26208706> >.
- LASCHINGER, H. K. S.; FIDA, R. New nurses burnout and workplace wellbeing: The influence of authentic leadership and psychological capital. **Burnout Research**, v. 1, n. 1, p. 19-28, 2014. ISSN 2213-0586.
- LEE, W. C. et al. Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version Safety Attitude Questionnaire. **BMC Health Serv Res**, v. 10, p. 234, Aug 2010. ISSN 1472-6963. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20698965> >.
- LEE, Y. C. et al. Applying importance-performance analysis to patient safety culture. **Int J Health Care Qual Assur**, v. 28, n. 8, p. 826-40, 2015. ISSN 0952-6862. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26440485> >.
- LUIZ, R. B. et al. Factors associated with the patient safety climate at a teaching hospital. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 880-7, 2015 Sep-Oct 2015. ISSN 1518-8345. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26487138> >.
- MASLACH, C.; GOLDBERG, J. Prevention of burnout: New perspectives. **Applied and preventive psychology**, v. 7, n. 1, p. 63-74, 1998. ISSN 0962-1849.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of organizational behavior**, v. 2, n. 2, p. 99-113, 1981. ISSN 1099-1379.
- MASLACH, C. et al. **Maslach Burnout Inventory Manual**. MIND GARDEN, I. USA: Mind Garden, Inc.: 80 p. 2016.
- MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. **Annu Rev Psychol**, v. 52, p. 397-422, 2001. ISSN 0066-4308. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11148311> >.
- MATÍA CUBILLO, A. C. et al. [Evolution of burnout and associated factors in primary care physicians]. **Aten Primaria**, v. 44, n. 9, p. 532-9, Sep 2012. ISSN 1578-1275. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22608369> >.

- MENDES, W. et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, p. 421-428, 2013. ISSN 0104-4230. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000500006&nrm=iso >.
- MILENOVIĆ, M. et al. High rate of burnout among anaesthesiologists in Belgrade teaching hospitals: Results of a cross-sectional survey. **Eur J Anaesthesiol**, v. 33, n. 3, p. 187-94, Mar 2016. ISSN 1365-2346. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26627916> >.
- MILLER, W. "A Burnt-Out Case Study Guide". **GradeSaver**, 25 August 2008 Web. Chainani, Soman ed. Disponível em <http://www.gradesaver.com/a-burntout-case> in MLA Format 2008.
- MODAK, I. et al. Measuring safety culture in the ambulatory setting: The safety attitudes questionnaire-ambulatory version. **Journal of General Internal Medicine**, v. 22, n. 1, p. 1-5, Jan 2007. ISSN 0884-8734. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000244521800001 >.
- MONTIEL-COMPANY, J. M. et al. Validation of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey for Estimating Burnout in Dental Students. **J Dent Educ**, v. 80, n. 11, p. 1368-1375, Nov 2016. ISSN 1930-7837. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27803209> >.
- MUETHING, S. E. et al. Quality improvement initiative to reduce serious safety events and improve patient safety culture. **Pediatrics**, v. 130, n. 2, p. e423-31, Aug 2012. ISSN 1098-4275. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22802607> >.
- 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, p. 255-261, 2005. ISSN 0104-1169. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200019&nrm=iso >.
- NEVANPERÄ, N. J. et al. Occupational burnout, eating behavior, and weight among working women. **Am J Clin Nutr**, v. 95, n. 4, p. 934-43, Apr 2012. ISSN 1938-3207. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22378728> >.
- NOLAN, T. W. System changes to improve patient safety. **BMJ**, v. 320, n. 7237, p. 771-3, Mar 2000. ISSN 0959-8138. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10720364> >.
- NQF, N. Q. F. **Safe Practices for Better Healthcare–2010 Update: A Consensus Report**. Washington, DC: NQF; 2010. 2010.
- PETSCHONEK, S. et al. Development of the just culture assessment tool: measuring the perceptions of health-care professionals in hospitals. **J Patient Saf**, v. 9, n. 4, p. 190-7, Dec 2013. ISSN 1549-8425. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24263549> >.
- PINHEIRO, J. P. A.; UVA, A. D. S. Safety climate in the operating room: Translation, validation and application of the Safety Attitudes Questionnaire. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 107-116, 06 2016. ISSN 0870-9025. Disponível em: < <Go to ISI>://SCIELO:S0870-90252016000200002 >.
- PISANTI, R. et al. Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory for Human Services among Italian nurses: a test of alternative models. **J Adv Nurs**, v. 69, n. 3, p. 697-707, Mar 2013. ISSN 1365-2648. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22897490> >.

POLEY, M. J. et al. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. **Pediatr Crit Care Med**, v. 12, n. 6, p. e310-6, Nov 2011. ISSN 1529-7535. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21572367> >.

PROFIT, J. et al. Burnout in the NICU setting and its relation to safety culture. **Bmj Quality & Safety**, v. 23, n. 10, p. 806-813, Oct 2014. ISSN 2044-5415. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000342375400003 >.

PRONOVOST, P.; SEXTON, B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. **Qual Saf Health Care**, v. 14, n. 4, p. 231-3, Aug 2005. ISSN 1475-3901. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16076784> >.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, n. 7237, p. 768-70, Mar 2000. ISSN 0959-8138. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10720363> >.

REIS, C. T. et al. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. **Cadernos De Saude Publica**, v. 32, n. 11, p. 13, Nov 2016. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000391436500010 >.

RIEHLE, A.; BRAUN, B. I.; HAFIZ, H. Improving patient and worker safety: exploring opportunities for synergy. **J Nurs Care Qual**, v. 28, n. 2, p. 99-102, 2013 Apr-Jun 2013. ISSN 1550-5065. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23434642> >.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. The perception of the patient safety climate by professionals of the emergency department. **Int Emerg Nurs**, v. 33, p. 1-6, Jul 2017. ISSN 1878-013X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28476345> >.

_____. The climate of patient safety: perception of nursing professionals. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, p. 728-735, 2012. ISSN 0103-2100. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500013&nrm=iso >.

RISSARDO, M. P.; GASPARINO, R. C. Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público. **Escola Anna Nery**, v. 17, p. 128-132, 2013. ISSN 1414-8145. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100018&nrm=iso >.

ROYAL, C. **Royal College of General Practitioners. Patient safety implications of general practice workload.** 2015. Jul, <http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/~media/Files/Policy/A-Z-policy/2015/RCGP-Patient-safety-implications-of-general-practice-workload-July-2015.ashx>. 2015.

SAMMER, C. E. et al. What is patient safety culture? A review of the literature. **J Nurs Scholarsh**, v. 42, n. 2, p. 156-65, Jun 2010. ISSN 1547-5069. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20618600> >.

SANDARS, J.; COOK, G. **ABC of patient safety.** John Wiley & Sons, 2009. ISBN 1444312693.

SANDERS, C. L.; KRUGMAN, M.; SCHLOFFMAN, D. H. Leading change to create a healthy and satisfying work environment. **Nurs Adm Q**, v. 37, n. 4, p. 346-55, 2013 Oct-Dec 2013. ISSN 1550-5103. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24022289> >.

SCHAUFELI, W.; ENZMANN, D. **The burnout companion to study and practice: A critical analysis.** CRC press, 1998. ISBN 0748406980.

SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P.; MASLACH, C. Burnout: 35 years of research and practice. **Career development international**, v. 14, n. 3, p. 204-220, 2009. ISSN 1362-0436.

SCHAUFELI, W. B.; MASLACH, C.; MAREK, T. Historical and conceptual development of burnout. **Professional burnout: Recent developments in theory and research**, p. 1-16, 1993.

SCHWENDIMANN, R. et al. Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. **BMJ Qual Saf**, v. 22, n. 1, p. 32-41, Jan 2013. ISSN 2044-5423. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22773888> >.

SESHIA, S. S. et al. Gating the holes in the Swiss cheese (part I): Expanding professor Reason's model for patient safety. **J Eval Clin Pract**, Nov 2017. ISSN 1365-2753. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29168290> >.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Serv Res**, v. 6, p. 44, 2006. ISSN 1472-6963.

SHANAFELT, T. D. et al. Burnout and medical errors among American surgeons. **Ann Surg**, v. 251, n. 6, p. 995-1000, Jun 2010. ISSN 0003-4932.

SHU, Q. et al. What Does a Hospital Survey on Patient Safety Reveal About Patient Safety Culture of Surgical Units Compared With That of Other Units? **Medicine (Baltimore)**, v. 94, n. 27, p. e1074, Jul 2015. ISSN 1536-5964. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26166083> >.

SILVA, A. T.; MENEZES, P. R. Burnout syndrome and common mental disorders among community-based health agents. **Rev Saude Publica**, v. 42, n. 5, p. 921-9, Oct 2008. ISSN 1518-8787. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18833390> >.

SILVA, R. F. A. D. et al. Educational strategy as contributor to the hospital risk management: quasi-experimental study. **2011**, v. 10, n. 1, 2011-05-03 2011. ISSN 1676-4285. Disponível em: < <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3221.1> >.

SINGLA, A. K. et al. Assessing patient safety culture: a review and synthesis of the measurement tools. **Journal of Patient Safety**, v. 2, n. 3, p. 105-115, 2006. ISSN 1549-8417.

SOUSA, P.; MENDES, W. Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras. In: (Ed.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**: Fiocruz; EAD, 2014.

THOMAS, L.; GALLA, C. Building a culture of safety through team training and engagement. **BMJ Qual Saf**, v. 22, n. 5, p. 425-34, May 2013. ISSN 2044-5423. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23211280> >.

TIRONI, M. O. et al. Prevalence of burnout syndrome in intensivists doctors in five Brazilian capitals. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 270-277, Sep 2016. ISSN 1982-4335. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27737426> >.

VANDENBROECK, S. et al. Burnout in Belgian physicians and nurses. **Occup Med (Lond)**, v. 67, n. 7, p. 546-554, Oct 2017. ISSN 1471-8405. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29016982> >.

VIFLADT, A. et al. The association between patient safety culture and burnout and sense of coherence: A cross-sectional study in restructured and not restructured intensive care units.

Intensive and Critical Care Nursing, v. 36, p. 26-34, Oct 2016a. ISSN 0964-3397. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000382343400005 >.

_____. The association between patient safety culture and burnout and sense of coherence: A cross-sectional study in restructured and not restructured intensive care units. **Intensive Crit Care Nurs**, v. 36, p. 26-34, Oct 2016b. ISSN 1532-4036. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27212614> >.

VINCENT, C. Patient Safety. Wiley-Blackwell. BMJ Books. 432pp. **Nurs Manag (Harrow)**, v. 17, n. 6, p. 8, Sep 2010. ISSN 1354-5760. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27352163> >.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a Segurança do Paciente.**[tradução:Caroline Buss, Camila Philbert Lajolo Schrotberger, André Anjos da Silva; revisão técnica: Guilherme Brauner Barcellos].- 2. ed. - Porto Alegre: AMGH, 2013. 2013.

WAMI, S. D. et al. Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. **BMC Health Serv Res**, v. 16, p. 495, Sep 2016. ISSN 1472-6963. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27644960> >.

WEAVER, S. J. et al. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. **Ann Intern Med**, v. 158, n. 5 Pt 2, p. 369-74, Mar 2013. ISSN 1539-3704. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23460092> >.

WEN, J. et al. Workload, burnout, and medical mistakes among physicians in China: A cross-sectional study. **Biosci Trends**, v. 10, n. 1, p. 27-33, Feb 2016. ISSN 1881-7823. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26961213> >.

WHO, W. O. H. O. **The conceptual framework for the international classification for patient safety. Final Technical Report. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety, Taxonomy. Geneva: WHO ; 2009 Jan** Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. 2009.

WISSETBORISUT, A. et al. Shift work and burnout among health care workers. **Occup Med (Lond)**, v. 64, n. 4, p. 279-86, Jun 2014. ISSN 1471-8405. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24550196> >.

YU, A. et al. **Patient Safety 2030. CENTRE, N. I. P. S. T. R. London, UK: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre.** London, UK: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
Hospital Universitário Getúlio Vargas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa "AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS", sob a responsabilidade da pesquisadora Dra. Taís Freire Galvão, a qual pretende avaliar os resultados da implantação da segurança do paciente no Hospital Universitário Getúlio Vargas.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista onde faremos perguntas que avaliarão a cultura de segurança no hospital. São previstos 15 a 25 minutos de duração para a entrevista.

Não são previstos riscos à sua saúde ao participar desta pesquisa, mas você pode sentir-se constrangido em responder algumas perguntas que se referem ao que você pensa da assistência prestada aqui no seu trabalho. Esclarecemos que você mesmo preencherá o questionário direto no *tablet* e que ninguém, nem mesmo o entrevistador poderá ver o que você respondeu. Todas as informações são confidenciais e anônimas. Quando os resultados do trabalho forem divulgados, serão de forma global e anônimos, e você não será de maneira alguma identificado. Não haverá detalhamento de cada indivíduo, então a sua privacidade será mantida. Não será necessário efetuar qualquer pagamento. Se você aceitar participar, estará contribuindo para conhecer o nível da cultura de segurança na nossa instituição, o que será útil para identificar pontos que precisam ser reforçados para melhorar a segurança da assistência.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no Hospital Universitário Getúlio Vargas, no endereço Av. Apurinã, 4, pelos telefones (92) 3343-4741 ou (92) 99131-4757 ou (92) 98129-7784 ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFAM), na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura para autorização: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Manaus, ____ / ____ / _____

APÊNDICE B – Cartaz de divulgação da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS
UNIDADE DE FARMÁCIA



EBSERH

PESQUISA DE CULTURA DE SEGURANÇA

- ✓ Profissionais e acadêmicos da saúde aplicarão a pesquisa
- ✓ A duração é de 15 a 25 minutos e será respondida em tablets
- ✓ Antes de responder a pesquisa, ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



APÊNDICE C – Proteção de tela veiculada a cada 15 dias

PESQUISA DE CULTURA DE SEGURANÇA

PARTICIPE!

- Profissionais e acadêmicos da saúde aplicarão a pesquisa.
- A duração é de 15 a 25 minutos e será respondida em tablets.
- Antes de responder a pesquisa, ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

UFAM HUGV EBSERH SGPTI AGHU

Suporte:
7111 / 0800-0418211
cau.hugv@ebserh.gov.br

ANEXOS

ANEXO A – *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ)

N	Pergunta	Domínio
1	As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área	Clima de trabalho em equipe
2*	Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	Clima de trabalho em equipe
3	Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (p. ex.: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	Clima de trabalho em equipe
4	Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	Clima de trabalho em equipe
5	É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	Clima de trabalho em equipe
6	Os (as) médicos (as) e enfermeiros(as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	Clima de trabalho em equipe
7	Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente	Clima de segurança
8	Erros são tratados de modo apropriado nesta área	Clima de segurança
9	Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	Clima de segurança
10	Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	Clima de segurança
11*	Nesta área, é difícil discutir sobre erros	Clima de segurança
12	Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	Clima de segurança
13	A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	Clima de segurança
14	Minhas questões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração	Clima de segurança
15	Eu gosto do meu trabalho	Satisfação no trabalho
16	Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	Satisfação no trabalho
17	Este é um bom lugar para trabalhar	Satisfação no trabalho
18	Eu me orgulho de trabalhar nesta área	Satisfação no trabalho
19	O moral nesta área é alto	Satisfação no trabalho
20	Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	Reconhecimento do estresse
21	Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)	Reconhecimento do estresse

N	Pergunta	Domínio
22	Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	Reconhecimento do estresse
23	O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (p. ex.: reanimação cardiopulmonar, convulsões)	Reconhecimento do estresse
24	A administração apoia meus esforços diários: (Hospital)	Percepção da gestão do hospital
25	A administração apoia meus esforços diários: (Unidade)	Percepção da gestão da unidade
26	A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente: (Hospital)	Percepção da gestão do hospital
27	A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente: (Unidade)	Percepção da gestão da unidade
28	A administração está fazendo um bom trabalho: (Hospital)	Percepção da gestão do hospital
29	A administração está fazendo um bom trabalho: (Unidade)	Percepção da gestão da unidade
30	Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: (Hospital)	Percepção da gestão do hospital
31	Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: (Unidade)	Percepção da gestão da unidade
32	Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): (Hospital)	Percepção da gestão do hospital
33	Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): (Unidade)	Percepção da gestão da unidade
34	Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes	Condições de trabalho
35	Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	Condições de trabalho
36	Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	Condições de trabalho
37	Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados	Condições de trabalho
38	Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área	
39	Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área	
40	Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área	
41*	Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns	

*Pergunta reversa

ANEXO B – *Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBI HSS)*

N	Pergunta	Dimensão
1	Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho	Exaustão emocional
2	Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado	Exaustão emocional
3	Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado	Exaustão emocional
4	Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender	Realização pessoal
5	Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no meu trabalho como se fossem objetos impessoais	Despersonalização
6	Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa	Exaustão emocional
7	Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender	Realização pessoal
8	Sinto que meu trabalho está me desgastando	Exaustão emocional
9	Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas, através de meu trabalho	Realização pessoal
10	Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho	Despersonalização
11	Fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente	Despersonalização
12	Sinto-me muito vigoroso no meu trabalho	Realização pessoal
13	Sinto-me frustrado com meu trabalho	Exaustão emocional
14	Sinto que estou trabalhando demais	Exaustão emocional
15	Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente	Despersonalização
16	Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa	Exaustão emocional
17	Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável em meu trabalho	Realização pessoal
18	Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender	Realização pessoal
19	Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho	Realização pessoal
20	Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades	Exaustão emocional
21	No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma	Realização pessoal
22	Parece-me que as pessoas que atendo culpam-me por alguns de seus problemas	Despersonalização

ANEXO C – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação da segurança do paciente no Hospital Universitário Getúlio Vargas

Pesquisador: Tais Freire Galvão

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 44286115.0.0000.5020

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO AMAZONAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.564.641

Apresentação do Projeto:

Protocolo de pesquisa aprovado em reunião do CEP - UFAM (Número do Parecer: 1.082.280

reunião em reunião no dia 27/05/2015). A pesquisadora reapresenta o protocolo com uma emenda -

Justificativa da Emenda:

Durante a execução do projeto foi observado que outras dimensões precisavam ser investigadas referente à cultura de segurança. Foi inserido no questionário do funcionário avaliação sobre clima de segurança, satisfação no trabalho, depressão e burnout. Todas essas avaliações foram provenientes de escaladas validadas no contexto brasileiro. Com a adição dessas avaliações espera-se explicar melhor a cultura de segurança e trabalhar medidas específicas para melhorar a segurança do paciente no HUGV.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar a implantação da segurança do paciente no Hospital Universitário Getúlio Vargas

Objetivo Secundário:

Avaliar a cultura de segurança do paciente no Hospital Universitário Getúlio Vargas. Avaliar o impacto da implantação dos protocolos na segurança do paciente Internado.

Endereço: Rua Teresina, 4050		CEP: 69.057-070
Bairro: Adilandópolis		
UF: AM	Município: MANAUS	
Telefone: (02)3305-5130	Fax: (02)3305-5130	E-mail: cep@ufam.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 1.564.541

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

apresentados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Método: Será realizado um estudo observacional envolvendo os pacientes internados no Hospital Universitário Getúlio Vargas, para verificar os indicadores dos protocolos de segurança do paciente e funcionários que prestam assistência à eles, para avaliar a cultura de segurança do paciente.

O diagnóstico da cultura de segurança do paciente será realizado por meio de entrevista com os funcionários do HUGV, utilizando o Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Este questionário foi validado para o contexto brasileiro para medir a cultura de segurança entre profissionais de hospitais, que trabalhem direta ou indiretamente com o cuidado do paciente (12). Para melhor explicar a cultura de segurança, será também aplicado o Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), que permite avaliar o clima de segurança em cada unidade componente do hospital. O SAQ foi traduzido e validado para o contexto brasileiro (13). Além disso serão avaliados fatores individuais que influenciam na cultura de segurança: satisfação profissional, depressão e esgotamento. Os questionários serão adaptados para interface de tablets e aplicados por entrevistadores treinados, durante o horário de trabalho daqueles que aceitarem participar da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos os termos de apresentação obrigatório foram apresentados

Recomendações:

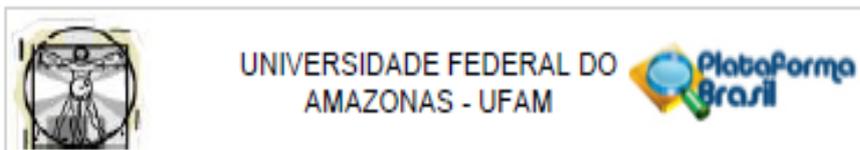
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo de pesquisa reapresentado pela Pesquisadora Responsável: Tais Freire Galvão - UHGV / UFAM que é a instituição proponente. A reapresentação se justifica pela necessidade de ampliar algumas variáveis a mais que no projeto original. A pesquisadora atende a resolução 466/12 do CNS. Diante do exposto somos pela aprovação da emenda. Salvo melhor juízo é o parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Teresina, 4050		CEP: 69.057-070
Bairro: Adfianópolis		
UF: AM	Município: MANAUS	
Telefone: (02)3305-5130	Fax: (02)3305-5130	E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.564.541

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_700754 E1.pdf	17/04/2016 11:31:57		Aceito
Outros	Questionario_funcionarios.docx	16/04/2016 21:44:05	Tais Freire Galvao	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjDetalhado_EMENDA.docx	16/04/2016 21:43:16	Tais Freire Galvao	Aceito
Outros	Questionario_funcionarios.pdf	08/05/2015 19:14:10		Aceito
Outros	Questionario_Pacientes.pdf	08/05/2015 19:13:43		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Funcionario_RETIFICADO.pdf	08/05/2015 19:12:39		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Paciente_RETIFICADO.pdf	08/05/2015 19:12:28		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto_assinada.pdf	13/04/2015 16:58:01		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 30 de Maio de 2016

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4050
Bairro: Adolphopolis CEP: 69.057-070
UF: AM Município: MANAUS
Telefone: (02)3305-5130 Fax: (02)3305-5130 E-mail: cep@ufam.edu.br

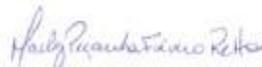
ANEXO E – Apresentação de pôster no congresso da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar



CERTIFICADO

Certificamos que **MARCÉLIA CÉLIA COUTEIRO LOPES** participou, como autor de trabalho científico apresentado em Poster, no XI Congresso Brasileiro de Farmácia Hospitalar, promovido pela Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde - Sbrafh, realizado no período de 15 a 17 de Junho de 2017, em Brasília-DF.

Título do Trabalho: **CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL UNVERSITÁRIO DE MANAUS: ESTUDO TRANSVERSAL**
 Autores: **MARCÉLIA CÉLIA COUTEIRO LOPES, CARMEN CONCEIÇÃO CARRILHO OLIVA, MARCUS TOLENTINO SILVA, TAIS FREIRE GALVÃO**


 Maely Peçanha Fávero Retto
 Presidente da Sbrafh

Para verificar a autenticidade deste Certificado acesse: <http://www.sbrafh.org.br/certificados/verificar.php> e digite na caixa: congresso2017.000732.00.000.000829

ANEXO F – Apresentação de pôster no congresso brasileiro de epidemiologia



X CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA
Epidemiologia em defesa do SUS
formação, pesquisa e intervenção

Certificamos que o trabalho
**ESGOTAMENTO EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MANAUS:
 ESTUDO TRANSVERSAL**

dos autores: MARCELIA CELIA COUTEIRO LOPES; CARMEN CONCEIÇÃO CARRILHO OLIVA; MARCUS TOLENTINO SILVA; TAIS FREIRE GALVÃO, foi aprovado na modalidade Pôster, no X Congresso Brasileiro de Epidemiologia ocorrido de 07 a 11 de outubro de 2017 no Centrosul - Centro de Convenções de Florianópolis em Florianópolis/SC.

Florianópolis, 11 de outubro de 2017


 Gastão Wagner de Souza Campos
 Presidente do Abrasco


 Antonio Fernando Böing
 Presidente do Congresso

