



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

CLAIRE NIERVA HERRERA

CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO DA PANDEMIA PELA
COVID-19

PATIENT SAFETY CLIMATE IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

Campinas
2022

CLAIRE NIERVA HERRERA

**CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO DA PANDEMIA PELA
COVID-19**

Dissertação apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde, na Área de Concentração: Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Edinêis de Brito Guirardello

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL
DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA CLAIRE
NIERVA HERRERA, E ORIENTADA PELA PROFA. DRA.
EDINÊIS DE BRITO GUIRARDELLO

Campinas
2022

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

H433c Herrera, Claire Nierva, 1990-
Clima de segurança do paciente no contexto da pandemia pela COVID-19 /
Claire Nierva Herrera. – Campinas, SP : [s.n.], 2022.

Orientador: Edinêis de Brito Guirardello.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade
de Enfermagem.

1. Segurança do paciente. 2. Cultura Organizacional. 3. Enfermagem. 4.
Qualidade da Assistência à Saúde. 5. COVID-19. I. Guirardello, Edinêis de
Brito, 1960-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Enfermagem. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Patient safety climate in the context of the COVID-19 pandemic

Palavras-chave em inglês:

Patient safety

Organizational culture

Nursing

Quality of health care

COVID-19

Área de concentração: Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem

Títuloção: Mestre em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Edinêis de Brito Guirardello [Orientador]

Fernanda Raphael Escobar Gimenes de Sousa

Ariane Polidoro Dini

Data de defesa: 19-09-2022

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0003-0290-2166>

- Currículo Lattes do autor: <https://lattes.cnpq.br/9302623948847445>

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

CLAIRE NIERVA HERRERA

ORIENTADORA: PROFA. DRA. EDINÊIS DE BRITO GUIRARDELLO

MEMBROS:

1. PROFA. DRA. EDINÊIS DE BRITO GUIRARDELLO

2. PROFA. DRA. FERNANDA RAPHAEL ESCOBAR GIMENES DE SOUSA

3. PROFA. DRA. ARIANE POLIDORO DINI

Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria de Pós-graduação em Enfermagem.

Data: 19/09/2022

DEDICATÓRIA

Aos profissionais de saúde e, especialmente, à equipe de enfermagem que se dedicaram e lutaram no momento dos desafios e das dificuldades da pandemia de COVID-19.

Aos profissionais na linha da frente, aos pacientes e aos familiares que perderam suas vidas.

Aos pesquisadores que estudam e se dedicam à pesquisa sobre a cultura de segurança.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a Deus, pela direção e pela proteção durante minha jornada, especialmente na coleta de dados neste momento de pandemia.

À minha orientadora, Profa. Dra. Edinêis de Brito Guirardello, pela orientação, pela paciência, pela disponibilidade e pela colaboração.

Aos professores doutores da Faculdade de Enfermagem da UNICAMP e às minhas bancas, pela valiosa contribuição.

Ao professor Henrique Ceretta Oliveira, pelo ensino, pela disponibilidade e pela colaboração na estatística.

Ao meu marido, pela paciência em tudo, pela ajuda com a minha escolha, pelo amor incondicional e pelo apoio financeiro.

À minha colega de pós-graduação, Camila Sayuri Kumata, pelo suporte dado durante a etapa final do projeto, e à Hellen Maria de Lima Graf Fernandes, pelas boas dicas na vida profissional e pelo suporte emocional.

Às outras minhas colegas de pós-graduação, especialmente Manuela Vilas Boas Pirino e Vanessa Farias Damasceno, e às minhas famílias – aqui no Brasil e lá nas Filipinas – que me apoiaram e acreditaram em mim.

Aos profissionais da área de saúde, especialmente à equipe de enfermagem e os enfermeiros supervisores na instituição, pela paciência e pela participação na pesquisa neste momento difícil para todos nós.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, pelo incentivo financeiro.

RESUMO

Introdução: A cultura de segurança do paciente, avaliada por meio do clima de segurança do paciente, deve ser valorizada nas organizações de saúde devido ao seu impacto na qualidade da assistência aos pacientes e na segurança dos profissionais de saúde. A pandemia de COVID-19 resultou em um impacto negativo nos serviços de saúde, aumentando os riscos na segurança do paciente e dos profissionais – o que pode comprometer a cultura de segurança nas instituições. **Objetivos:** Avaliar o percentual de respostas problemáticas para as dimensões do clima de segurança do paciente e verificar se diferem entre variáveis pessoais e profissionais e examinar a relação entre o clima de segurança e as variáveis qualidade do cuidado e intenção de permanecer no emprego. **Método:** Estudo quantitativo, analítico e transversal, realizado em uma instituição de ensino de grande porte, com atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde, considerada referência no atendimento aos pacientes com COVID-19. Compuseram a amostra os enfermeiros e técnicos de enfermagem, responsáveis pela assistência e aqueles em atividades de gestão, independentemente do tempo de experiência de trabalho na instituição. Como critério de exclusão, foram considerados os profissionais ausentes por motivo de licenças. Para a coleta de dados, foram utilizadas a ficha de caracterização pessoal e profissional e o *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations*. Realizou-se análise descritiva das variáveis. Para as comparações, foram aplicados os testes *Mann-Whitney*, Anova e *Kruskal-Wallis* e a análise do coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis e dimensões do *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations*. Para análise de regressão, foram utilizados os modelos de regressão linear múltiplos. A distribuição dos dados ocorreu por meio do teste de Shapiro-Wilk. Para a análise do *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations*, estimou-se a porcentagem de respostas problemáticas. **Resultados:** Os profissionais diferem quanto a percepção do clima entre as variáveis sexo, categoria profissional, turno de trabalho e vínculo empregatício. Considerando a amostra geral, observou-se elevada porcentagem de respostas problemáticas para a maioria das dimensões, exceto para o medo do constrangimento. A qualidade do cuidado resultou em forte correlação com recursos organizacionais para segurança e ênfase geral na segurança do paciente. A adequação do número de profissionais teve forte correlação com recursos organizacionais para segurança e intenção de permanecer no emprego moderada

correlação com “recursos organizacionais para segurança”. Nos modelos de regressão linear, verificou-se que o investimento nos aspectos organizacionais e na unidade de trabalho pode refletir na melhor percepção da qualidade do cuidado e que trabalhar as relações interpessoais, assim como a adequação de profissionais, poderá aumentar a intenção de permanência no emprego. **Conclusões:** Verificou-se alta porcentagem de respostas problemáticas para a maioria das dimensões do *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations*, sendo que a unidade de pediatria se destacou por apresentar melhor percepção do clima de segurança. Ressalta-se o impacto dos aspectos organizacionais e das relações interpessoais na percepção positiva do clima de segurança. Esses achados poderão apoiar os enfermeiros e os gestores na implementação de estratégias para melhoria do clima de segurança.

Palavras-chave: Cultura Organizacional; Segurança do Paciente; Enfermagem; Qualidade da Assistência à Saúde; COVID-19

Linha de Pesquisa: Gestão de Serviços, Informação/Comunicação e Trabalho em Saúde

ABSTRACT

Introduction: The patient safety culture, assessed through the patient safety climate, should be valued in health care organizations because of its impact on the quality of patient care and safety of health care professionals. The pandemic due to COVID-19 which resulted in a negative impact on health services, increases safety risks for patients and professionals, which may compromise the safety culture in the institutions.

Objectives: To evaluate the percentage of problematic responses for the patient safety climate dimensions, to verify if they differ between personal and professional variables, to examine the relationship between the safety climate and the variables quality of care and intention to stay in the job. **Method:** A quantitative, analytical, cross-sectional and correlational study was carried out in a large teaching hospital under the exclusive service of Unified Health System (SUS) in a city within the São Paulo state, was also considered as a referral hospital in the care of patients with COVID-19. The participants were comprised of nursing professionals responsible for direct patient care and those who perform management activities, regardless of their length of experience in the institution. As exclusion criterion, the nursing professionals who had their leave of absence. For data gathering we used the form for personal and professional characterization and the Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO) tool. Descriptive analysis of the variables was performed. For comparative analysis, the Mann-Whitney, Anova and Kruskal-Wallis tests, as well as the Spearman's correlation coefficient analysis between the variables and dimensions of the Patient Safety Climate in Healthcare Organizations were applied. For regression analysis, multiple linear regression models were used. The distribution of the data was analyzed by means of the Shapiro-Wilk test. The percentage of problematic responses (PRP) was estimated in the analysis of Patient Safety Climate in Healthcare Organizations.

Results: The professionals differed regarding the perception of climate among the variables gender, professional category, work shift and employment relationship. Considering the overall sample, a high percentage of problematic response was observed for most dimensions, except for "fear of shame". "Quality of care" resulted in strong correlation with "organizational resources for safety" and "overall emphasis on patient safety". "Adequacy of the number of professionals" had a strong correlation with "organizational resources for safety" and "intention to remain in employment" moderately correlated with "organizational resources for safety." In the linear

regression models, it was found that investment in organizational aspects and the work unit may reflect in better perceived quality of care. It was also shown that working on interpersonal relationships, as well as adequacy of professionals, may increase job retention intention. **Conclusions:** There was a high percentage of problematic responses for most dimensions of the Patient Safety Climate in Healthcare Organizations, but among these, the pediatric unit stood out for presenting a better perception of the safety climate. The impact of organizational aspects and interpersonal relationships on the positive perception of the safety climate were highlighted. These findings may support nurses and managers in the implementation of strategies to improve the safety climate.

Keywords: Organizational Culture; Patient Safety; Nursing; Quality of Health Care; COVID-19

LISTA DE ILUSTRAÇÕES, QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Descrição das variáveis na presente pesquisa.-----21

Manuscrito 1

Tabela 1: Características dos participantes (n=325). Campinas, SP, Brasil, 2021---31

Tabela 2: Comparação das dimensões do PSCHO entre os tipos de unidades de trabalho (n=325). Campinas, SP, Brasil, 2021-----33-34

Tabela 3: Descrição do percentual de respostas problemáticas (PRP) para as dimensões do PSCHO (n=325). Campinas, SP, Brasil, 2021.-----35

Manuscrito 2

Tabela 1: Médias das respostas dos profissionais para cada dimensão do PSCHO (n=325). Campinas, SP, Brasil, 2021-----46

Tabela 2: Correlação entre as dimensões do PSCHO e idade e variáveis profissionais (n = 325). São Paulo, Brasil, 2021.-----48

Tabela 3: Modelos de Regressão Linear entre as variáveis independentes e percepção da qualidade do cuidado (n=325). Campinas, SP, Brasil, 2021.-----49

Tabela 4: Modelos de Regressão Linear entre as variáveis independentes e intenção de permanecer no emprego (n=325). Campinas, SP, Brasil, 2021.-----50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COVID-19	Doença pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)
DP	Desvio Padrão
EA	Eventos Adversos
EUA	Estados Unidos da América
HRO	High Reliability Organizations
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
IIQ	Intervalo interquartil
M	Média
Med	Mediana
OMS	Organização Mundial de Saúde
PRP	Porcentagem de Respostas Problemáticas
PSCHO	Patient Safety Climate in Healthcare Organizations
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SAS	Software/Soluções de Analytics
SPSS	Statistical Product and Service Solution
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Técnicos de Enfermagem
UER	Unidade de Emergência Referenciada
UIA	Unidades de Internação Adulto
UPED	Unidade de Pediatria
UTIA	Unidade de Terapia Intensiva Adulto

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1 PERCEPÇÃO DO CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	16
1.2 JUSTIFICATIVA	19
2. OBJETIVOS.....	19
2.1 GERAL.....	19
2.2 ESPECÍFICOS.....	19
3. MÉTODO	19
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	19
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	20
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	20
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	22
3.4.1 Caracterização pessoal, profissional e percepção do desempenho organizacional.....	22
3.4.2 <i>Patient Safety Climate in Healthcare Organizations</i> (PSCHO)	23
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	23
3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	24
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	26
4. RESULTADOS.....	26
4.1 MANUSCRITO 1: CLIMA DE SEGURANÇA NO AMBIENTE HOSPITALAR: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	27
4.2 MANUSCRITO 2: RELAÇÃO ENTRE CLIMA DE SEGURANÇA, PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO E INTENÇÃO DE PERMANECER NO EMPREGO.....	43
5. DISCUSSÃO GERAL.....	55
6. LIMITAÇÃO DO ESTUDO	57
7. CONCLUSÃO GERAL	57
REFERÊNCIAS	59

APÊNDICES	63
APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	63
ANEXOS.....	67
ANEXO 1: FICHA DE CARACTERIZAÇÃO PESSOAL, PROFISSIONAL E PERCEPÇÃO DO DESEMPENHO ORGANIZACIONAL – FORMATO ORIGINAL COMPLETO EM IMPRESSO	67
ANEXO 2: VERSÃO BRASILEIRA DO <i>PATIENT SAFETY CLIMATE IN HEALTHCARE</i> <i>ORGANIZATIONS (PSCHO)</i> – FORMATO ORIGINAL COMPLETO IMPRESSO.....	69
ANEXO 3: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)	71
ANEXO 4: CARTAZ NA MODALIDADE EM AMBIENTE VIRTUAL VIA <i>GOOGLE FORM</i>	77
ANEXO 5: CONVITE EM AMBIENTE VIRTUAL VIA <i>GOOGLE FORM</i> – FORMATO UTILIZADO	78
ANEXO 6: CONVITE E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) EM AMBIENTE VIRTUAL VIA <i>GOOGLE FORM</i> – FORMATO UTILIZADO.....	79
ANEXO 7: QUESTIONÁRIOS EM AMBIENTE VIRTUAL VIA <i>GOOGLE FORM</i> – FORMATO UTILIZADO.....	81

1. INTRODUÇÃO

A cultura de segurança tem sido amplamente discutida na comunidade científica e nas organizações de saúde, visando a garantia da segurança do paciente. A segurança do paciente é definida pela Organização Mundial da Saúde como uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde⁽¹⁾.

Dentre os objetivos do Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente destacam-se: criar protocolos para eliminar danos evitáveis; construir sistemas de saúde de alta confiabilidade; garantir a segurança de cada processo clínico; e inspirar, educar, capacitar e proteger todos os profissionais de saúde, entre outros, para melhorar a qualidade do atendimento e a segurança do paciente⁽¹⁾. Os cuidados inseguros representam um grande desafio de saúde pública global e caracterizam-se como uma das principais causas de incapacidade e morte em todo o mundo. Neste contexto, cerca de 2,6 milhões de mortes anuais são causadas por eventos adversos (EAs) decorrentes da assistência insegura em instituições de saúde de países considerados de média e baixa renda⁽¹⁾.

As situações para ocorrências de EA envolvem erros de diagnósticos, tratamentos e prevenção. Esses erros estão frequentemente associados a múltiplos fatores, que juntos contribuem para o surgimento desses eventos⁽²⁻³⁾. Estima-se que um em cada dez pacientes hospitalizados é afetado por pelo menos um EA, e que um em cada 14 desses eventos resulta em danos fatais, sendo que 50% são considerados evitáveis⁽³⁾. Nos países de média e baixa renda, um em cada quatro pacientes foram hospitalizados pela ocorrência de EAs^(1,4).

Estudo que avaliou relatórios de incidentes e EAs, verificou redução no número de notificações desses eventos após o início da pandemia de COVID-19. Essa redução foi consequência do tempo disponível para esta atividade pelos profissionais, devido a alteração da natureza do trabalho, como a interrupção dos serviços de rotina e o aumento da carga de trabalho⁽⁵⁾. Os autores destacam que a redução na notificação de incidentes representa oportunidades perdidas em potencial para aprendizado e melhoria da segurança do paciente⁽⁵⁾. Os fatores associados mais frequentes foram relacionados a exames laboratoriais, protocolos e isolamento seguro, enquanto a frequência desses eventos variou entre as áreas de cuidado⁽⁶⁾.

A pressão exercida sobre os profissionais de saúde expostos às situações de extrema dificuldade, em conjunto com as circunstâncias adversas que ocorrem no ambiente hospitalar, aumenta os riscos de comprometimento tanto da segurança do profissional quanto do paciente. O colapso dos serviços de saúde durante a pandemia pode contribuir para o agravamento da segurança do paciente⁽⁴⁻⁹⁾, destacando-se a alta taxa de mortalidade decorrente de casos confirmados causada pelo vírus⁽¹⁰⁾.

Em situação de pandemia, além de comprometer diretamente as organizações, causando prejuízos com realocação de recursos humanos⁽⁷⁾, muitos profissionais da linha de frente no atendimento à COVID temem que suas condições de trabalho coloquem em risco a saúde da sua família, com preocupação de transmissão da doença⁽⁷⁾. Destacam-se também os fatores de risco para os profissionais de saúde, como tempo inadequado para descanso e recuperação, escassez de equipamento de proteção individual, pouco suporte da gestão e assistência para a saúde mental e o bem-estar dos profissionais⁽¹¹⁾.

Nesse contexto, é importante que as organizações de saúde invistam na prevenção de erros e no aprimoramento da segurança do paciente⁽¹²⁾, sendo que a avaliação da cultura de segurança nessas organizações é considerada uma importante estratégia para favorecer a segurança do paciente.

1.1 Percepção do clima de segurança do paciente entre os profissionais de saúde

Conceitualmente, o uso dos termos “cultura de segurança” e “clima de segurança”, amplamente difundidos na área da saúde, têm sido considerados como sinônimos, entretanto diferem entre si⁽¹³⁻¹⁴⁾. A cultura de segurança é um subconjunto de uma organização, caracterizada com base nas atitudes, crenças, valores e percepções compartilhadas^(13,15). Já o clima de segurança é um componente mensurável da cultura de segurança na organização e relaciona-se às atitudes e percepções de indivíduos dentro da organização em um determinado momento^(14,16).

O clima de segurança pode ser avaliado por meio de instrumentos específicos. Vale destacar que esses instrumentos, embora tenham objetivos comuns, diferem entre si no que se refere aos seus construtos. Dentre os instrumentos mais utilizados na literatura, destacam-se o *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, o *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*⁽¹⁹⁻²⁰⁾ e o *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO)*⁽²¹⁻²²⁾.

Outro aspecto importante destacado pelos pesquisadores é que os profissionais possuem diferentes percepções entre si. Em uma revisão integrativa de estudos realizados em hospitais terciários, os pesquisadores identificaram que, em 67% dos estudos analisados, os médicos possuem percepções menos positivas do clima de segurança do paciente quando comparados aos enfermeiros e outros profissionais de saúde. Em contrapartida, os gerentes desses profissionais possuem uma percepção mais positiva em relação a seus subordinados⁽¹³⁾.

Uma outra pesquisa, realizada com profissionais clínicos de diferentes países da Europa, investigou a associação do sistema de gestão da qualidade com o clima de segurança e o clima de trabalho em equipe. Foram analisados os contrastes na percepção dessas variáveis entre os líderes clínicos e os clínicos da linha de frente, formados tanto por

enfermeiros quanto por médicos. Os líderes clínicos relataram maior percepção do clima de segurança e do trabalho em equipe em comparação aos clínicos da linha de frente. Já os médicos apresentaram maiores pontuações para clima de trabalho em equipe do que os enfermeiros líderes e os da linha de frente⁽²³⁾.

É sabido que diferentes percepções acerca da temática de segurança do paciente, como as já apresentadas, estão fortemente associadas a fatores culturais. Pesquisadores chineses avaliaram a percepção do clima de segurança utilizando o PSCHO e compararam os resultados obtidos com os de um estudo norte-americano⁽²⁴⁾. Os resultados evidenciaram que os profissionais chineses apresentaram uma percepção positiva do clima de segurança, semelhante aos profissionais de hospitais dos Estados Unidos. No entanto, foi verificado que, para eles, o medo da vergonha e da culpa ainda são barreiras importantes a serem quebradas, pois, para essa cultura, pedir ajuda pode demonstrar incompetência e contar sobre um erro pode ser constrangedor – diferentemente da percepção dos profissionais norte-americanos⁽²⁴⁾. Os autores consideraram as diferenças culturais entre os profissionais dos EUA e da China como o principal aspecto dessa disparidade, visto que a sociedade chinesa tende a ser mais coletiva, de forma que levam esses profissionais a acreditar que admitir erros pode envergonhar a equipe e não somente a si⁽²⁴⁾.

Outra pesquisa, também realizada na China, utilizou o instrumento SAQ para investigar o clima de segurança e explorar as implicações desta e de práticas de segurança do paciente pelos profissionais de saúde de hospitais secundários. Dentre as seis dimensões do SAQ, a satisfação no trabalho foi a que obteve maior pontuação, seguida pelo clima de trabalho em equipe e condições de trabalho. O reconhecimento do estresse obteve a menor pontuação. Na avaliação da correlação entre as dimensões do SAQ e as características dos participantes, os autores verificaram que os médicos apresentaram maiores pontuações para todas as dimensões, em comparação com os enfermeiros e outros profissionais – exceto para condições de trabalho⁽²⁵⁾.

Além do fator cultural, características individuais – tais como gênero, idade, tempo de formação, de atuação na unidade e na instituição – também impactam o clima de segurança⁽²⁶⁻²⁷⁾. Foi observado que as características demográficas culminam em diferenças significantes entre as dimensões da cultura de segurança, dado que os profissionais podem apresentar contrastes na vivência e nos pensamentos sobre o tema⁽²⁵⁾.

Algumas pesquisas, que avaliaram o clima de segurança com o uso do SAQ, apresentaram diferenças estatisticamente significantes em relação ao gênero nas dimensões clima de segurança, percepção da gestão e reconhecimento do estresse⁽²⁵⁻²⁶⁾. Enquanto os profissionais do sexo masculino relataram melhores percepções da atuação da gerência hospitalar e da unidade, das condições de trabalho e do clima para a atuação da gestão da unidade e do hospital, os profissionais do sexo feminino apresentaram melhor percepção do

estresse⁽²⁷⁾. Profissionais casados reportaram melhor percepção do clima de segurança do paciente, enquanto a variável idade não resultou em correlação com o clima de segurança⁽²⁵⁾. Em um estudo nacional, profissionais com idade menor do que 30 anos apresentaram melhor confiança em lidar com fatores estressores⁽²⁶⁾.

Alguns autores destacam que a formação profissional pode estar relacionada com a percepção do clima de segurança, apontando que profissionais com maior nível de escolaridade relataram melhor percepção do clima de segurança, satisfação no trabalho, reconhecimento do estresse, percepção da gerência do hospital⁽²⁵⁻²⁷⁾, clima de trabalho em equipe e condições de trabalho⁽²³⁾.

O tempo de experiência profissional também influencia na percepção do clima de segurança, como destacado em estudo recente que identificou que os profissionais com mais tempo de experiência relataram uma percepção negativa do clima de segurança, demonstrada pelos domínios clima de segurança, condições do trabalho, percepção da gerência e comportamentos seguros na prática^(26,29). Por outro lado, outro estudo nacional encontrou que os profissionais com tempo de atuação menor do que três anos e entre dez e 20 anos apresentaram melhor percepção do clima de segurança quando comparados aos profissionais com tempo de experiência na instituição de três a cinco anos e acima de 20 anos⁽²⁷⁾. Um estudo realizado na China concluiu que tempo de atuação na profissão não tem correlação com a percepção da cultura de segurança⁽²⁵⁾.

A relação entre ambiente de trabalho do enfermeiro, clima de segurança e satisfação no trabalho foi explorada em um estudo que identificou uma forte relação entre a percepção do ambiente pelos enfermeiros e as variáveis satisfação no trabalho e clima de segurança⁽²⁸⁾. A percepção do clima também influencia na percepção dos profissionais sobre a adequação da equipe e recursos materiais, o tempo de experiência e intenção de deixar o emprego – como demonstrado no estudo que avaliou o clima de segurança e sua relação com adequação da equipe e recursos materiais e intenção de deixar o emprego⁽²⁹⁾.

Estudos identificaram que as dimensões que mais influenciaram na percepção negativa do clima de segurança pelos profissionais durante a pandemia foram: clima de segurança e condições de trabalho^(5,9), satisfação no trabalho⁽⁵⁾, percepção da gestão^(5,9), reconhecimento de estresse⁽⁹⁾, comunicação aberta, resposta não punitiva aos erros e apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente, trabalho em equipe e adequação de pessoal⁽⁸⁾, além da redução de notificação dos EAs^(5,8).

Diante do exposto acima, observa-se que as características individuais, fatores culturais e aspectos organizacionais do trabalho podem influenciar na percepção do clima de segurança pelos profissionais de saúde.

1.2 Justificativa

A cultura de segurança do paciente, avaliada por meio do clima de segurança, deve ser valorizada nas instituições de saúde devido ao seu impacto nos resultados assistenciais. Os profissionais de enfermagem são responsáveis pelo cuidado direto ao paciente 24 horas por dia. Assim, ocupam um papel essencial nas tomadas de decisão e na prestação de um cuidado seguro, sendo responsáveis em minimizar também os eventos adversos ou os incidentes relacionados à assistência em saúde. Neste sentido, é importante avaliar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o clima de segurança.

O Brasil dispõe de instrumentos validados para a cultura brasileira com a finalidade de avaliar o clima de segurança do paciente nas organizações de saúde. Dentre eles, destacam-se o PSCHO, o qual, além de avaliar a percepção dos profissionais sobre o clima de segurança, possibilita identificar as situações problemáticas e monitorar os processos críticos de segurança antes que eles de fato ocorram. Trata-se de um instrumento cuja construção teve por base os princípios das organizações de alta confiabilidade que desenvolvem capacidades para detectar, conter, lidar e recuperar de incidentes⁽³⁰⁻³¹⁾. Foi o primeiro instrumento a medir os componentes do clima de segurança, em oposição à cultura de segurança, e se baseou nas lições aprendidas com a avaliação do clima de segurança em indústrias fora do setor de saúde⁽³²⁾.

Além dos aspectos apontados acima, os resultados do estudo poderão ser utilizados pelos gestores das instituições na adoção de estratégias que favoreçam o clima de segurança do paciente.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o clima de segurança.

2.2 Específicos

a) Avaliar o percentual de respostas problemáticas para as dimensões do clima de segurança do paciente e verificar se diferem entre variáveis pessoais e profissionais.

b) Examinar a relação entre o clima de segurança e as variáveis qualidade do cuidado e intenção de permanecer no emprego.

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Estudo quantitativo, analítico e transversal e, correlacional. O estudo transversal fornece informações dos dados coletados em um único momento e pode ser utilizado para

avaliar fenômenos relacionados com o tempo, enquanto os problemas apresentados podem inferir mudanças ao longo do tempo⁽³³⁾. As pesquisas que avaliam o efeito de uma causa, mas não podem manipular, utilizam a pesquisa correlacional para examinar as relações entre as variáveis⁽³³⁾. Além disso, uma tendência de flutuação em uma das variáveis está relacionada com uma variação na outra⁽³³⁾.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em uma instituição hospitalar de grande porte, de nível terciário, com atendimento para 405 leitos, nas diferentes especialidades médicas, exclusiva do Sistema Único de Saúde, sendo referência no atendimento a pacientes com COVID-19. Dentre as especialidades que fizeram parte do estudo, estiveram as unidades de Pediatria (UPED), Internação Adulto (UIA), Emergência Referenciada (UER) e Terapia Intensiva Adulto (UTIA).

3.3 População e amostra

A população correspondeu a 982 profissionais de enfermagem, sendo 242 enfermeiros e 740 técnicos de enfermagem (TE). Para o cálculo da amostra, considerou-se um erro amostral de 5% e um nível de significância de 5%, obtendo-se uma amostra de 277 profissionais, sendo 69 enfermeiros e 208 TE.

Foram incluídos na amostra os profissionais que realizavam atividades de assistência ou gestão, independentemente do tempo de experiência de trabalho na instituição. Excluíram-se da amostra os profissionais ausentes por motivo de licenças.

A população de 982 profissionais de enfermagem foi utilizada para o cálculo amostral, sendo considerada uma proporção p igual a 0,50, constituindo uma estimativa com o maior tamanho amostral, cujo valor representa a variabilidade máxima da distribuição binomial. As variáveis consideradas na presente pesquisa estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1: Descrição das variáveis na presente pesquisa.

Variável	Definição
Tipo do cargo	Informado pelo participante (sua função): diretor/coordenador da unidade, supervisor da unidade e não ocupa nenhum dos cargos.
Gênero/Sexo	Informado pelo participante, definido em duas categorias: feminino, masculino e prefiro não responder.
Idade	Idade em anos completos informada pelo participante.
Profissão	Declaração do participante em categorias profissionais, a qual, neste estudo, foi equipe de enfermagem: enfermeiro, técnico de enfermagem.
Área de trabalho	Unidade ou setor onde o participante passa a maior parte do tempo
Tempo de experiência na profissão	Tempo em anos informado pelo participante.
Tempo de experiência na instituição	Tempo em meses/anos de prestação de serviço na instituição onde trabalha.
Turno de trabalho	Período de trabalho informado pelo participante.
Outro vínculo empregatício	O participante informou se possui mais um vínculo empregatício, com a seguinte opção: Sim ou Não
Número de profissionais de enfermagem	Corresponde à percepção do participante sobre o número de profissionais de enfermagem adequado para a assistência prestada: escala de zero a dez.
Intenção de permanecer no emprego	Intenção do profissional em permanecer no emprego onde trabalha no próximo ano, atribuída com uma escala de zero a dez.
Intenção de permanecer na profissão	Informada, pelo participante, a intenção de permanecer na sua profissão, atribuída com uma escala de zero a dez.
Qualidade do cuidado	Percepção da qualidade do cuidado prestado oferecida aos pacientes na sua unidade de trabalho: escala de zero (muito ruim) a dez (muito boa).
Três perguntas relacionadas à pandemia	Informado pelo participante, a partir das seguintes perguntas: Se trabalhou ou trabalha em locais/unidades de atendimento a pacientes com COVID-19; se teve diagnóstico de COVID-19; e algum afastamento por atestado de saúde.
Clima de segurança do paciente	Percepção dos participantes em relação ao clima de segurança no que se refere as 12 dimensões do PSCHO ⁽¹⁷⁾

3.4 Instrumento de coleta de dados

Foram utilizados um formulário, com dados de caracterização pessoal, profissional e percepção do desempenho organizacional, considerando a ficha original do projeto intitulado “Clima de segurança dos profissionais de saúde em tempo de pandemia” (Anexo 1), e a versão brasileira do *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* (PSCO) (Anexo 2)⁽¹⁷⁾.

3.4.1 Caracterização pessoal, profissional e percepção do desempenho organizacional

A ficha com dados de caracterização pessoal, profissional e percepção do desempenho organizacional (Anexo 1), foi desenvolvida e seu conteúdo foi validado previamente, sob coordenação da profa Dra Edinêis de Brito Guirardello. Tem sido utilizada pelos membros do grupo de pesquisa “Grupo de estudos e pesquisa em gerenciamento da assistência de enfermagem”, com validação previa do seu conteúdo. Contém duas partes: a primeira aborda informações pessoais e profissionais, como sexo, idade, profissão e cargo, unidade de trabalho, tempo de experiência na profissão e na instituição, turno de trabalho e outro vínculo empregatício.

A segunda parte refere-se à percepção quanto ao desempenho organizacional, a qual contém as perguntas relacionadas à adequação dos profissionais para a assistência, intenção de permanecer no trabalho nos próximos 12 meses, intenção em permanecer na profissão e percepção da qualidade do cuidado na sua unidade de trabalho. Todas essas questões foram respondidas numa escala de zero a dez pontos, sendo que os valores próximos de dez significam a melhor avaliação. Outra pergunta apresentada está relacionada ao número de pacientes sob os seus cuidados no último plantão ou no último turno de trabalho. Além dessas questões, foram consideradas três perguntas relacionadas à pandemia de COVID-19 (se o profissional trabalhou ou trabalha em locais/unidades de atendimento a pacientes com COVID-19, se teve diagnóstico de COVID-19 ou se teve algum afastamento), com as opções (sim ou não).

3.4.2 Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO)

O PSCHO foi desenvolvido por⁽³⁴⁾ com a finalidade de avaliar o clima de segurança no ambiente hospitalar. A versão brasileira (Anexo 2)⁽²¹⁾ é composta por 38 itens que abordam questões sobre clima de segurança nas categorias: aspecto organizacional, unidade de trabalho e interpessoal. Essas três categorias, juntas, contemplam 12 dimensões. A categoria de aspecto organizacional contém as dimensões: (a) engajamento da administração da instituição (itens 1, 3, 4, 6 e 10), (b) recursos organizacionais para segurança (itens 2, 14 e 25) e (c) ênfase geral na segurança do paciente (itens 11 e 19).

O aspecto da unidade de trabalho contempla as dimensões: (a) apoio dos gerentes da unidade (itens 20, 24 e 29), (b) normas de segurança na unidade (itens 5, 7, 27 e 34), (c) reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança (itens 9, 17, 18 e 26), (d) aprendizado coletivo (itens 21, 30, 33 e 35), (e) segurança psicológica (itens 22, 28 e 32) e (f) responsividade aos problemas (itens 23 e 31). Já o aspecto interpessoal contém as dimensões: (a) medo do constrangimento (itens 8, 37 e 38) e (b) medo de culpabilização e punição, com 3 itens (13, 15 e 36). A prestação de cuidado seguro (itens 12 e 16) não está contemplada nas três categorias descritas acima, mas é considerada uma das dimensões do PSCHO, por representar uma característica importante do clima de segurança⁽¹⁷⁾. Os itens (8, 12, 13, 15, 29, 36, 37 e 38) que possuem conotação negativa foram invertidos para análise.

A escala de medida é do tipo *Likert*, com opções de respostas que variam: discordo totalmente (1 ponto); discordo (2 pontos); não concordo nem discordo (3 pontos); concordo (4 pontos); concordo totalmente (5 pontos) e não se aplica (zero ponto). O escore é obtido por meio das respostas que se contradizem à segurança, ou seja, as opções “discordo totalmente” e “discordo totalmente”⁽²²⁾. A porcentagem média das respostas é calculada para cada item entre todos os participantes; depois, a média de todas as médias dos itens em uma dimensão e a média de todos os itens do instrumento. A, porcentagem de respostas problemáticas (PRP) maiores de 10% representam maior probabilidade de percepção negativa do clima de segurança⁽³⁰⁾. A confiabilidade da versão brasileira do PSCHO foi de 0,52 a 0,77 e, para o presente estudo, a confiabilidade das dimensões do instrumento variou de 0,50 a 0,80.

3.5 Procedimento de coleta de dados

Este estudo é um dos subprojetos do projeto “Clima de segurança dos profissionais de saúde em tempo de pandemia” (CAAE: 39037220.3.0000.5404), aprovado pelo Comitê de Ética da instituição (Anexo 3).

Previamente à aprovação do projeto, obteve-se autorização da Diretora do Departamento de Enfermagem da instituição, para realização do estudo, tendo sido realizadas outras reuniões com a diretoria dos serviços para o planejamento da coleta de dados.

A pesquisa foi na modalidade *online* e divulgada por meio de cartazes (Anexo 4), distribuídos nas unidades do estudo – sua versão digital foi enviada via *e-mail* e *WhatsApp*. Os profissionais que atenderam os critérios de inclusão receberam o convite para participar do estudo por meio de um *QRCode* que os direcionava para a plataforma do *Google Form* (Anexo 5-7), o que envolveu a utilização do computador ou do *smartphone* com internet.

Os profissionais foram esclarecidos sobre o propósito do estudo e, após concordarem em participar, foram solicitados a assinar, via plataforma digital, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) – o documento foi disponibilizado para os participantes acessarem virtualmente antes de terem tido acesso ao questionário.

3.6 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram registrados no *Google forms* e transferidos em uma planilha eletrônica do Excel, analisados e organizados com o uso do *Software/Soluções de Analytics* (SAS), versão 9.4, e do *software Statistical Product and Service Solution* (SPSS), versão 23, considerando um nível de significância de 5%.

Realizou-se análise descritiva dos dados, com o cálculo da frequência absoluta (n) e percentual (%) das variáveis categóricas e média, medidas de posição (mediana) e desvio padrão para as variáveis contínuas e para as dimensões do PSCHO, no qual valores iguais ou superiores a quatro 4 pontos foram considerados percepção positiva do clima de segurança.

Para análise das comparações, foram aplicados o teste de *Mann-Whitney* e o teste *Anova* ou o teste de *Kruskal-Wallis*⁽³⁵⁾. O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para a distribuição dos dados. Para análise do coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis quantitativas, valores próximos a 0 indicaram ausência de correlação; os valores mais próximos de -1 indicaram uma relação negativa ou inversa entre as variáveis e os valores próximos a 1, uma relação positiva⁽³⁵⁾. Para a classificação das correlações, foram considerados os valores 0,1 a 0,29 (fraca), 0,30 a 0,49 (moderada) e maior ou igual a 0,50 (forte) do coeficiente de correlação⁽³⁶⁾.

Na análise dos modelos de regressão linear múltiplos, via modelos lineares generalizados, foram consideradas as variáveis qualidade do cuidado e intenção de permanecer no emprego, como dependentes, e as dimensões do PSCHO e adequação do número de profissionais, como variáveis independentes. Foram apresentadas as estimativas dos coeficientes de regressão, com os valores de intervalo de confiança e p-valor⁽³⁷⁾. Foi considerado um nível de significância de 5%.

Na análise do PSCHO, após reversão dos itens com respostas invertidas, realizou-se o cálculo da porcentagem média das respostas problemáticas, ou seja, das respostas que se contradizem à segurança, sendo discordo totalmente (1 ponto) e discordo totalmente (2

pontos). A percentagem média das respostas é calculada para cada item entre todos os participantes. Em seguida, o cálculo da média de todas as médias dos itens em uma dimensão e a média de todos os itens do PSCHO. Percentagens maiores que 10% de respostas problemáticas, representam maior probabilidade de percepção negativa do clima de segurança⁽³¹⁾.

3.7 Aspectos éticos

O estudo obteve aprovação do CEP (CAAE nº 39037220.3.0000.5404) (Anexo 3) e, após aprovação, os profissionais que aceitaram participar da pesquisa foram solicitados a registrar sua anuência no TCLE (Apêndice 1) via *Google Forms* (Anexo 6).

Nesta pesquisa, foram atendidos os preceitos éticos como previstos na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde⁽³²⁾. Os participantes foram informados acerca dos objetivos, dos benefícios previstos, da importância de sua colaboração, dos procedimentos que foram utilizados na pesquisa e da garantia de que os dados coletados permaneceriam em sigilo.

4. RESULTADOS

Quanto aos resultados, optou-se por apresentá-los considerando dois manuscritos. O manuscrito 1, intitulado “Clima de segurança no ambiente hospitalar: percepção dos profissionais de enfermagem”, com os objetivos de avaliar o percentual de respostas problemáticas para as dimensões do clima de segurança do paciente e verificar se diferem entre variáveis pessoais e profissionais. O manuscrito 2, intitulado “Relação entre o clima de segurança, percepção da qualidade do cuidado e intenção de permanecer no emprego”, com o objetivo de examinar a relação entre o clima de segurança e as variáveis qualidade do cuidado e intenção de permanecer no emprego.

4.1 Manuscrito 1: CLIMA DE SEGURANÇA NO AMBIENTE HOSPITALAR: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

RESUMO

Objetivos: Avaliar o percentual de respostas problemáticas para as dimensões do clima de segurança do paciente e verificar se diferem entre variáveis pessoais e profissionais. **Método:** Estudo analítico e transversal, com 325 profissionais de enfermagem de uma instituição de ensino do estado de São Paulo. Foi utilizada a versão brasileira do *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations*, nos meses de julho a outubro de 2021. Realizaram-se análise descritiva das variáveis e testes de comparações. **Resultados:** Os profissionais apresentaram alta porcentagem de respostas problemáticas para a maioria das dimensões do instrumento, exceto para o medo do constrangimento. Os profissionais da pediatria apresentaram menores percentuais de respostas problemáticas para seis dimensões. Verificaram-se diferenças na percepção dos profissionais quanto a sexo, categoria profissional, unidade e turno de trabalho e outro vínculo empregatício. **Conclusões:** Destaca-se a alta porcentagem de respostas problemáticas para a maioria das dimensões do instrumento, as quais diferem entre unidades, categorias profissionais, sexo, turno e vínculo empregatício.

Palavras-chave: Enfermagem; Cultura Organizacional; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; COVID-19

INTRODUÇÃO

Os cuidados inseguros denotam um grande desafio de saúde pública global e caracterizam-se como uma das principais causas de incapacidade e morte em todo o mundo. Neste contexto, cerca de 2,6 milhões de mortes, todos os anos, são causadas por eventos adversos decorrentes da assistência insegura em organizações de saúde de países de média e baixa renda⁽¹⁾.

O colapso dos serviços de saúde durante a pandemia causada pela COVID-19 pode contribuir para o agravamento da segurança do paciente⁽²⁻⁷⁾. A pressão exercida sobre os profissionais de saúde expostos às situações de extrema dificuldade, em conjunto com as circunstâncias adversas que ocorrem no ambiente hospitalar, aumentam os riscos de comprometimento tanto da segurança do paciente quanto do profissional^(2,5). Além disso, pode comprometer diretamente as organizações, causando prejuízos com realocação de recursos humanos, sendo que muitos profissionais da linha de frente no atendimento à COVID temem que suas condições de trabalho coloquem em risco a saúde da sua família, com preocupação de transmissão da doença⁽⁴⁾.

Um dos primeiros estudos nos Estados Unidos, que analisou notificações de eventos durante a pandemia, identificou que os fatores associados mais frequentes foram

relacionados a exames laboratoriais, protocolos e isolamento seguro. A frequência desses eventos variou entre as áreas de cuidado⁽⁵⁾. A redução da notificação de eventos foi destacada durante a pandemia^(3,5-6), além da pior percepção em algumas das dimensões do clima de segurança^(3, 6-7). Estudos destacam a importância de valorizar a percepção dos profissionais de saúde durante a pandemia, especialmente enfermeiros e médicos, para que as instituições possam melhorar a cultura hospitalar e o ambiente de segurança para os pacientes⁽⁶⁻⁷⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define segurança do paciente como sendo uma estrutura de atividades organizadas que cria cultura, processo, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde⁽¹⁾. Dentre os objetivos do Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente, destacam-se criar de protocolos para eliminar danos evitáveis; construir sistemas de saúde de alta confiabilidade; garantir a segurança de cada processo clínico; inspirar, educar, capacitar e proteger todos os profissionais de saúde, entre outros, para melhorar a qualidade do atendimento e a segurança do paciente⁽¹⁾.

Para reduzir os danos decorrentes da assistência, torna-se importante avaliar o clima de segurança, considerando que uma cultura organizacional positiva proporciona um ambiente seguro⁽⁸⁾ e que, quando não há um forte compromisso com a segurança do paciente, tal cultura não pode ser sustentada⁽⁷⁾.

Existem vários estudos no Brasil que avaliaram o clima de segurança nas organizações hospitalares. Um aspecto importante desta avaliação, destacado pelos pesquisadores, é que os profissionais possuem diferentes percepções entre si⁽⁹⁻¹³⁾, que podem ser motivadas por fatores culturais⁽¹²⁾ e características demográficas – como gênero, idade, tempo de formação e de atuação na unidade e na organização^(12,14) – destacando diferenças significantes entre essas características e as dimensões do clima de segurança do paciente, dado que os profissionais podem apresentar contrastes na vivência e nos pensamentos sobre o tema⁽¹⁴⁾.

Neste estudo, destaca-se que o *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* (PSCHO), além de avaliar a percepção dos profissionais sobre o clima de segurança, possibilita identificar as situações problemáticas quanto aos aspectos interpessoais, organizacionais e da unidade de trabalho⁽¹⁵⁾. Ademais, poderá apoiar os gestores no monitoramento dos processos críticos de segurança, para que sejam verificados e monitorados antes que eles de fato ocorram⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Trata-se de um instrumento validado para a cultura brasileira⁽¹⁶⁾, cuja construção fundamenta-se na teoria das *high reliability organizations*, as quais funcionam ou operam em condições perigosas e possuem sistemas operacionais que conseguem prevenir acidentes em ambientes de alto risco⁽¹⁶⁻¹⁹⁾. Deste modo, este estudo teve como objetivos avaliar a percepção do clima segurança e verificar se esta difere entre variáveis pessoais e profissionais.

MÉTODO

Estudo analítico e transversal, realizado em uma instituição de ensino hospitalar de grande porte, nível terciário, com atendimento exclusivo do Sistema Único de Saúde e considerada como referência de atendimento a pacientes com COVID-19, no interior do estado de São Paulo.

A população do estudo correspondeu a 982 profissionais, constituída por 242 enfermeiros e 740 técnicos de enfermagem (TE), que trabalhavam nas unidades de internação adulto (UIA), de terapia intensiva adulto (UTIA), de emergência referenciada (UER) e de pediatria (UPED). Para o cálculo da amostra, foi considerado um erro amostral e um nível de significância de 5%, com uma proporção p igual a 0,50. Estimou-se uma amostra de 277 profissionais, sendo 69 enfermeiros e 208 TE.

Foram considerados, como critério de inclusão, os profissionais que realizavam atividades de assistência e/ou gerência, independentemente do tempo de experiência de trabalho na organização, sendo excluídos os profissionais ausentes por motivo de licenças.

A coleta de dados foi realizada na modalidade *online* que devido ao distanciamento social, não permite o contato pessoal com os prováveis participantes, assim como o controle sobre o cálculo da taxa de respostas, nos meses de julho a outubro de 2021, após autorização da gerência do serviço de enfermagem e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Os profissionais foram convidados para participar do estudo por meio de cartazes anexados nas diferentes unidades; esses cartazes possuíam um *QRCode* que direcionava para o questionário disponível na plataforma do *Google Forms*. Os cartazes também foram divulgados em uma versão digital, enviada via *e-mail* e *WhatsApp* pelos supervisores das respectivas unidades.

Para avaliação do clima de segurança, foi utilizada a versão brasileira do PSCHO⁽¹⁶⁾, que tem a finalidade de avaliar o clima de segurança e identificar o percentual de respostas problemáticas. O instrumento contém 38 itens, distribuídos em 12 dimensões: engajamento da administração da instituição (cinco itens), recursos organizacionais para segurança (três itens), ênfase geral na segurança do paciente (dois itens), apoio dos gerentes da unidade (três itens), normas de segurança na unidade (quatro itens), reconhecimento da unidade e apoio à dedicação em relação à segurança (quatro itens), aprendizado coletivo (quatro itens), segurança psicológica (três itens), responsividade aos problemas (dois itens), medo do constrangimento (três itens), medo de culpabilização e punição (três itens) e prestação de cuidado seguro (dois itens)^(16,-17). Os itens que possuem conotação negativa foram invertidos para análise.

A escala de medida é do tipo *Likert*, com opções de respostas que variam de discordo totalmente (1 ponto) a concordo totalmente (5 pontos), sendo a opção “não se aplica” não

considerada na pontuação. O score é obtido por meio das respostas problemáticas (PRP), ou seja, das respostas que se contradizem à segurança, sendo discordo totalmente (1 ponto) e discordo (2 pontos)⁽¹⁸⁾. A porcentagem média das respostas é calculada para cada item entre todos os participantes; depois, a média de todas as médias dos itens em uma dimensão e a média de todos os itens do instrumento. Pontuações maiores do que 10% de PRP ou as respostas que se opõem às situações seguras, significam maior probabilidade de percepção negativa do clima de segurança⁽¹⁹⁾. Para este estudo, a consistência interna avaliada pelo Alfa de Cronbach variou de 0,50 a 0,80 entre as dimensões do PSCHO.

Foi utilizada uma ficha com dados pessoais (sexo, idade) e profissionais (categoria profissional, tipo do cargo, área de trabalho, tempo de experiência na profissão e na instituição, turno e vínculo empregatício). Esta ficha contém também questões relacionadas à adequação do número de profissionais para a assistência, intenção de permanecer no emprego nos próximos 12 meses, intenção em permanecer na profissão e percepção da qualidade do cuidado – avaliadas numa escala de zero a dez. Quanto maior a pontuação, melhor a avaliação. Destaca-se que esta ficha foi previamente submetida à validade de conteúdo por um grupo de juízes.

Os profissionais foram solicitados a responder sobre o número de pacientes sob seus cuidados no último plantão, além de três perguntas relacionadas à pandemia de COVID-19 (se trabalhou ou trabalha em locais/unidades de atendimento a pacientes com COVID-19, se teve diagnóstico de COVID-19 e se teve algum afastamento).

Os dados foram analisados com o uso dos softwares *Software/Soluções de Analytics* (SAS), versão 9.4, e *Statistical Product and Service Solution* (SPSS), versão 23. Realizou-se uma análise descritiva dos participantes (M=Média, Med=Mediana, DP=Desvio-padrão entre outros). Para comparações entre as variáveis e as dimensões do PSCHO, foram aplicados os testes de *Mann-Whitney*, *Anova* ou *Kruskal-Wallis*, seguido pelo procedimento de pós-teste de *Dunn* ou *Tukey*. A distribuição dos dados foi avaliada por meio do teste de *Shapiro-Wilk*; para todas as análises, foi considerado um nível de significância igual a 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o CAAE nº 39037220.3.0000.5404. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi disponibilizado para os participantes acessarem virtualmente antes de eles terem acesso aos instrumentos de coleta de dados.

RESULTADOS

Participaram do estudo 329 profissionais, sendo excluídos quatro participantes por não informar o tempo de experiência na organização, com uma taxa de resposta de 34%. A amostra correspondeu a 325 profissionais, sendo 100 enfermeiros e 225 técnicos de enfermagem (TE), com a média de idade de 41,66 anos (DP=9,11). O tempo médio de

experiência, na profissão, foi de 16,36 anos (DP=8,24) e, na instituição, foi de 10,24 anos (DP=8,20). As demais características dos participantes estão ilustradas na tabela 1.

Tabela 1: Características dos participantes (n=325). Campinas-SP, Brasil, 2021.

Variáveis	Total		*UIA		†UTIA		‡UER		§UPED	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Profissão										
Enfermeiro	100	30,77	40	32,00	26	32,10	13	23,64	21	32,81
Técnico de Enfermagem	225	69,23	85	68,00	55	67,90	42	76,36	43	67,19
Função										
Atividades assistenciais	311	95,69	120	96,00	78	96,30	52	94,55	61	95,31
Supervisor da unidade	10	3,08	4	3,20	2	2,47	2	3,64	2	3,13
Diretor/Coordenador da unidade	4	1,23	1	0,80	1	1,23	1	1,82	1	1,56
Sexo										
Feminino	256	78,77	97	77,60	62	76,54	40	72,73	57	89,06
Masculino	69	21,23	28	22,40	19	23,46	15	27,27	7	10,94
Turno de trabalho										
Manhã	84	25,85	31	9,54	19	5,85	16	4,92	18	5,54
Tarde	97	29,85	30	9,23	30	9,23	17	5,23	20	6,15
Noite	137	42,15	61	18,77	31	9,54	22	6,77	23	7,08
Horário Administrativo	7	2,15	3	0,92	1	0,31	0	0	3	0,92
Outro vínculo empregatício										
Sim	97	29,85	94	75,20	51	62,96	35	63,64	48	75,00
Não	228	70,15	31	24,80	30	37,04	20	36,36	16	25,00

*UIA=Unidade de Internação Adulto; †UTIA=Unidade de Terapia Intensiva Adulto; ‡UER=Unidade de Emergência Referenciada; §UPED=Unidade da Pediatria.

A maioria, 80% (n=260), dos profissionais trabalhou ou trabalhava nas unidades de atendimento aos pacientes com COVID-19. Desses, 50,46% (n=164) tiveram diagnóstico de COVID-19. Quanto ao afastamento por motivo de saúde, 44,62% (n=145) apresentaram afastamento por COVID-19 e 20% (n=65) afastamento por outro motivo de saúde.

Considerando a amostra total, verifica-se que a relação de proporção de enfermeiro para paciente é 12,43 (DP = 6,51) e para os TE, é de 4,66 (DP = 3,53) pacientes. Quanto ao número de pacientes sob sua responsabilidade, considerando cada uma das unidades de trabalho separadamente, verificou-se que, na UIA, a média foi de 15,80 (DP = 5,68) pacientes para enfermeiros e de 4,71 (DP = 1,13) para os TE; na UTIA, a média foi de 6,26 (DP = 1,45) pacientes para enfermeiros e de 2,33 (DP = 1,12) para os TE; na UER, a média foi de 15,91 (DP = 7,67) pacientes para enfermeiros e de 9,77 (DP = 5,23) para os TE, e, na PED, a média foi de 11,64 (DP = 5,41) pacientes para enfermeiros e de 2,86 (DP = 1,21) para os TE. Os profissionais apresentaram uma média de 7,78 (DP = 1,90) para a percepção da qualidade do cuidado e uma média de 8,87 (DP = 2,16) para a intenção de permanecer no emprego nos próximos 12 meses e uma média de 5,82 (DP = 2,79) para o número de profissionais adequado.

Na análise da comparação entre as variáveis em estudo e as dimensões do PSCHO, verificaram-se diferenças quanto a sexo, categoria profissional, turnos de trabalho, outro vínculo empregatício, afastamento por motivo de saúde e unidades de trabalho.

Os profissionais do sexo feminino apresentaram maiores pontuações para as dimensões “medo do constrangimento” (M = 4,01; Med = 4,00; DP = 0,69; p-valor < 0,02; *Mann-Whitney*) e “medo de culpabilização e punição” (M = 2,94; Med = 3,00; DP = 0,94; p-valor < 0,006; *Mann-Whitney*), mas menores pontuações para a dimensão “prestação do cuidado seguro” (M = 2,62; Med = 2,50; DP = 1,07; p-valor < 0,0007; *Mann-Whitney*) em relação aos profissionais do sexo masculino.

Os enfermeiros apresentaram maiores pontuações para a dimensão “medo da culpabilização e punição” (M = 3,20; Med = 3,33; DP = 0,92; p-valor < 0,0001; *Mann-Whitney*) e menores pontuações para “prestação do cuidado seguro” (M = 2,37; Med = 2,00; DP = 1,08; p-valor < 0,0001; *Mann-Whitney*) em relação aos TE.

Os profissionais com outro vínculo de trabalho apresentaram maiores pontuações para as dimensões: “engajamento da administração da instituição” (M = 3,68; Med = 3,80; DP = 0,66; p-valor = 0,048; *Mann-Whitney*), “recursos organizacionais para segurança” (M = 3,47; Med = 3,33; DP = 0,74; p-valor = 0,005; *Mann-Whitney*), “ênfase geral na segurança do paciente” (M = 3,65; Med = 4,00; DP = 0,83; p-valor = 0,012; *Mann-Whitney*), “reconhecimento da unidade e apoio à dedicação voltada à segurança” (M = 2,91; Med = 3,00; DP = 0,79; p-valor = 0,006; *Mann-Whitney*) e “responsividade aos problemas” (M = 3,54; Med = 3,50; DP = 0,77; p-valor = 0,044; *Mann-Whitney*). Os profissionais diferem entre turnos de trabalho quanto à percepção sobre a segurança psicológica (p-valor = 0,041; *Kruskal-Wallis*), no qual os profissionais do turno da tarde (M = 3,77; Med = 4,00; DP = 0,64; p-valor = 0,039; pós-teste de *Dunn*) apresentaram maiores pontuações para esta dimensão em relação aos do turno da noite (M = 3,56; Med = 4,00; DP = 0,74; p-valor = 0,039; pós-teste de *Dunn*).

Quanto ao afastamento por motivo de saúde (p-valor = 0,039; *Kruskal-Wallis*), aqueles que tiveram afastamento por COVID (M = 3,29; Med = 3,33; DP = 0,87; p-valor = 0,039; pós-teste de *Dunn*) apresentaram maiores pontuações para a dimensão “apoio dos gerentes da unidade” em relação aos profissionais com afastamento por outro motivo de doença (M = 3,02; Med = 3,00; DP = 0,75; p-valor = 0,049; pós-teste de *Dunn*).

No que se refere à comparação entre as dimensões do PSCHO e as unidades de trabalho, ela está apresentada na tabela 2. Em seguida, obteve-se o cálculo da porcentagem de respostas problemáticas por dimensões do PSCHO para o total dos participantes e por tipo de unidade (Tabela 3).

Tabela 2: Comparação das dimensões do PSCHO entre os tipos de unidades de trabalho (n=325). Campinas, SP, Brasil, 2021.

Dimensões do PSCHO	Unidade de internação adulto (UIA)		Unidade de terapia intensiva adulto (UTIA)		Unidade de emergência referenciada (UER)		Unidade de pediatria (UPED)		p-valor
	Média/ Mediana	DP*/ IIQ [†]	Média/ Mediana	DP*/ IIQ [†]	Média/ Mediana	DP*/ IIQ [†]	Média/ Mediana	DP*/ IIQ [†]	
Engajamento da administração da instituição	3,51	0,78	3,48	0,73	3,52	0,55	3,80	0,57	0,0293[‡]
	3,60	0,8	3,60 [§]	1,0	3,50	0,8	3,80 [§]	0,5	
Recursos organizacionais para segurança	3,13	0,75	3,43	0,79	2,81	0,74	3,76	0,63	< 0,0001[‡]
	3,00 [¶] ^{††}	1,0	3,67 ^{**} ^{††}	1,0	3,00 ^{**}	1,0	3,83 [¶]	0,7	
Ênfase geral na segurança do paciente	3,43	0,79	3,59	0,79	3,16	0,84	3,80	0,67	0,0001[‡]
	3,50 [¶]	1,0	4,00 ^{**}	1,0	3,50 ^{**}	1,0	4,00 [¶]	0,5	
Apoio dos gerentes da unidade	3,18	0,72	3,33	0,89	2,86	0,88	3,57	0,66	< 0,0001[‡]
	3,33 ^{§§}	1,0	3,33 ^{***}	1,3	3,00 ^{***}	1,4	3,67 ^{§§}	0,8	
Normas de segurança na unidade	3,72	0,58	3,58	0,77	3,38	0,62	3,69	0,50	0,0207[‡]
	3,75 ^{††}	0,7	3,50	1,0	3,50 ^{††}	1,0	3,75	0,5	
Reconhecimento da unidade e apoio à dedicação voltada à segurança Aprendizado coletivo	2,64	0,73	2,77	0,76	2,64	0,82	2,90	0,79	0,1168 ^{†††}
	2,71	0,7	2,75	1,0	2,75	0,7	3,00	1,1	
	3,52	0,61	3,35	0,63	3,36	0,56	3,61	0,56	
	3,50	0,7	3,50	0,8	3,50	0,8	3,75	0,7	0,0495[‡]

*DP = Desvio-Padrão; [†]IIQ = Intervalo interquartil; [‡]teste de Kruskal-Wallis – comparações com base na mediana e IIQ; Pós-teste de Dunn significante: [§]UPED X UTIA; ^{||}UPED X UER; [¶]UPED X UIA; ^{**}UTIA X UER; ^{††}UTIA X UIA; ^{†††}Uia X UER; Pos-teste de Tukey significante: ^{§§}UPED X UIA; ^{|||}UPED X UER; ^{***}UTI X UER; ^{†††}Teste Anova

Tabela 2: Comparação das dimensões do PSCHO entre os tipos de unidades de trabalho (n=325). Campinas, SP, Brasil, 2021. **(Continuação)**

Dimensões do PSCHO	Unidade de internação adulto (UIA)		Unidade de terapia intensiva adulto (UTIA)		Unidade de emergência referenciada (UER)		Unidade de pediatria (UPED)		p-valor
	Média/ Mediana	DP*/ IIQ [†]	Média/ Mediana	DP*/ IIQ [†]	Média/ Mediana	DP*/ IIQ [†]	Média/ Mediana	DP*/ IIQ [†]	
Segurança psicológica	3,62	0,79	3,65	0,80	3,56	0,64	3,76	0,56	0,4443 [‡]
Responsividade aos problemas	4,00	0,7	4,00	0,7	4,00	1,0	4,00	0,7	0,8256 [‡]
	3,45	0,73	3,36	0,85	3,41	0,65	3,51	0,67	
Medo do constrangimento	3,50	1,0	3,50	1,0	3,50	1,0	3,50	1,0	0,3416 [‡]
	3,94	0,72	3,95	0,73	3,86	0,74	4,10	0,60	
Medo de culpabilização e punição	4,00	0,6	4,00	1,0	4,00	1,0	4,33	0,9	0,0778 [‡]
	2,76	0,91	3,05	0,90	2,73	0,86	2,97	0,96	
Prestação do cuidado seguro	2,67	1,3	3,00	1,4	2,67	1,3	3,00	1,4	0,2187 [‡]
	2,84	1,05	2,53	1,04	2,77	1,09	2,73	1,17	
Total	3,00	1,5	2,00	1,5	3,00	1,5	2,50	2,0	0,0017 ^{†††}
	3,32 ^{§§}	0,48	3,39	0,51	3,32	0,48	3,59 §§	0,42	
	3,33	0,7	3,35	0,6	3,20	0,8	3,54	0,6	

*DP = Desvio-Padrão; [†]IIQ = Intervalo interquartil; [‡]teste de Kruskal-Wallis– comparações com base na mediana e IIQ; Pós-teste de Dunn significativa: [§]UPED X UTIA; ^{||}UPED X UER; [¶]UPED X UIA; ^{**}UTIA X UER; ^{††}UTIA X UIA; ^{‡‡}UIA X UER; Pos-teste de Tukey significativa: ^{§§}UPED X UIA; ^{||||}UPED X UER; ^{***}UTI X UER; ^{†††}Teste Anova

Tabela 3: Descrição do percentual de respostas problemáticas (PRP) para as dimensões do PSCHO (n=325). Campinas, SP, Brasil, 2021.

Dimensões do PSCHO	Percentual Respostas Problemáticas				
	TOTAL	*UIA	†UTIA	‡UER	§UPED
Prestação do cuidado seguro	50,93	46,80	61,73	46,37	49,22
Reconhecimento da unidade e apoio à dedicação voltada à segurança	43,85	48,20	42,90	46,36	34,38
Medo de culpabilização e punição	42,26	43,73	38,27	47,88	39,59
Recursos organizacionais para segurança	26,97	30,93	22,63	41,82	11,98
Apoio dos gerentes da unidade	26,67	28,80	25,10	39,39	13,54
Ênfase geral na segurança do paciente	17,39	18,40	16,67	27,28	7,82
Engajamento da administração da instituição	15,69	17,44	18,02	16,00	9,06
Responsividade aos problemas	15,23	15,20	20,37	12,73	10,94
Aprendizado coletivo	14,46	13,60	20,37	14,55	8,59
Segurança psicológico	14,36	15,47	15,63	16,97	8,34
Normas de segurança na unidade	13,77	11,40	17,90	18,64	8,99
Medo do constrangimento	9,85	10,13	9,88	12,73	6,77
Total	23,53	24,42	24,92	27,56	16,57

*UIA = Unidade de Internação Adulto; †UTIA = Unidade de Terapia Intensiva Adulto; ‡UER = Unidade de Emergência Referenciada;

§UPED = Unidade de Pediatria

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliar o percentual de respostas problemáticas para as dimensões do clima de segurança do paciente e verificar se diferem entre variáveis pessoais e profissionais. Trata-se de profissionais de enfermagem majoritariamente do sexo feminino, adulto jovem, com apenas um vínculo empregatício e que desenvolvem atividades de assistência ao paciente nas diferentes unidades em estudo, o que corresponde ao perfil dos profissionais de enfermagem. A maioria trabalhou ou trabalha nas unidades de atendimento aos pacientes com COVID-19 e apresentou afastamento do trabalho após diagnóstico da doença.

Quanto à proporção de profissionais por paciente, destaca-se que esta análise depende do nível de complexidade de cuidado apresentado pelos pacientes nas diferentes áreas de assistência, e está em consonância com a resolução do Conselho Federal de Enfermagem⁽²⁰⁾. No entanto, estudos destacaram a inadequação do número de profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, para prestar serviço durante a pandemia^(3,6-7), que leva à causas de eventos adversos, incapacidade do enfermeiro de fornecer os cuidados necessários, além de cansaço⁽²¹⁾. Os profissionais reconhecem que oferecem uma boa qualidade do cuidado e não têm intenção de deixar o emprego no próximo ano, assim como destacado em outros estudos anteriores à pandemia^(9-10, 22-24).

A percepção do clima de segurança difere entre os profissionais em relação às variáveis sexo, categoria profissional, turno e vínculo de trabalho⁽¹²⁻¹⁴⁾. As mulheres possuem percepção mais positiva na categoria de aspecto interpessoal em relação aos homens. Por outro lado, os homens possuem percepção mais positiva para a dimensão “prestação de um cuidado seguro” em relação às mulheres, assim como em outros estudos que utilizaram outra medida para avaliação do clima de segurança⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Os enfermeiros e os TE diferem quanto à percepção do clima para as dimensões “prestação de um cuidado seguro” e “medo de culpabilização e punição”. Assim como em um estudo no Brasil no qual a dimensão mais crítica foi “resposta não punitiva aos erros”⁽²⁴⁾. Existem algumas instituições de saúde que têm políticas rígidas em vigor, que também criam um ambiente desfavorável, no qual os profissionais de saúde são hesitantes em relatar os próprios erros em consequência de medo da punição e, uma vez que os erros são revelados, podem prejudicar a reputação da instituição de saúde e dos profissionais⁽²⁵⁾. Um estudo destacou-se que os profissionais de saúde temem ação disciplinar, incluindo o medo de perder o emprego, se relatarem um incidente, eles temem pela segurança dos pacientes.

Quando comparadas as percepções entre os turnos de trabalho, algumas dimensões apresentaram diferenças significantes^(12,24,26). Neste estudo, o turno de trabalho também influenciou na percepção do clima de segurança, uma vez que os profissionais do turno da

tarde apresentaram uma percepção mais positiva para a dimensão “segurança psicológica” em relação aos profissionais do turno da noite – o que pode ser explicada pela concentração de profissionais mais jovens e com menor tempo de experiência no turno da tarde.

Possuir mais de um vínculo empregatício também influenciou na melhor percepção dos profissionais para as questões relacionadas aos aspectos organizacionais e unidades de trabalho como “reconhecimento da unidade e apoio à dedicação voltada à segurança” e “responsividade aos problemas”. Supõe-se que a percepção mais positiva para essas dimensões esteja relacionada a comparação que o profissional faz em relação ao seu outro trabalho, pois muitos foram expostos a diferentes cenários de prática durante a pandemia; entretanto, não há estudos que possibilite comparações. Este resultado pode sinalizar também o apoio desta instituição quanto ao bem-estar dos profissionais e à qualidade do cuidado oferecido aos pacientes. Um estudo realizado no Brasil antes da pandemia, verificou que possuir outros vínculos empregatícios não diferiu entre os profissionais⁽¹³⁾.

A pandemia impôs muitos desafios aos gestores da instituição. Apesar disto, eles se mostraram sensíveis às necessidades dos profissionais, de modo que os profissionais que contraíram COVID-19 e foram afastados apresentaram melhor percepção do clima de segurança para a dimensão “apoio dos gerentes da unidade”, assim como em outros estudos^(3,7). Isso demonstra que a coordenação da unidade de trabalho considera a segurança do paciente em um nível mais elevado, ou seja, prioriza a segurança do paciente em detrimento ao cumprimento do cronograma ou a valorização da produtividade. Os gestores implicam a preocupação da segurança do paciente⁽¹⁸⁾, ou seja, o apoio à gestão pode incluir *feedback*, conhecimento do trabalho, incentivo, preocupação, empatia e confiança⁽⁷⁾.

O estudo também apontou diferenças estatisticamente significantes na percepção dos profissionais entre unidades de trabalho para 6 das 12 dimensões, tendo como destaque os profissionais da unidade pediátrica que apresentaram maiores médias para a dimensão “engajamento da administração da instituição”, em relação aos profissionais da UTIA e, para as dimensões “recursos organizacionais para segurança”, “ênfase geral na segurança do paciente”, “apoio dos gerentes da unidade” e para o escore total em relação aos profissionais das UIA e UER. Os profissionais das UTIA também apresentaram melhor percepção para a dimensão “recursos organizacionais para segurança”, em relação aos profissionais das UIA e UER, e para as dimensões “apoio dos gerentes da unidade” e “ênfase geral na segurança do paciente” em relação aos profissionais da UER.

Já, os profissionais da UIA apresentaram maior percepção apenas para a dimensão “normas de segurança na unidade” em relação aos profissionais da UER, ou seja, a UER foi a unidade em que os profissionais apresentaram piores médias para todas as dimensões do PSCHO. Vale destacar que a unidade de emergência é caracterizada por ser uma unidade

com alta rotatividade de pacientes e na qual os profissionais podem apresentar sintomas de estresse, cansaço, sofrimento, desgaste mental e sobrecarga de trabalho⁽¹²⁾.

O percentual elevado de respostas problemáticas para a maioria das dimensões indica a necessidade de aprimoramento da cultura de segurança do paciente na instituição. Dentre as dimensões com maiores taxas de PRP, destacam-se a “prestação do cuidado seguro”, seguida de “reconhecimento da unidade e apoio à dedicação voltada à segurança” e “medo de culpabilização e punição”. De modo semelhante, outros estudos, que utilizaram o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC)^(24,26), destacaram que as dimensões “resposta não punitiva aos erros” e “expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras de segurança” foram as que obtiveram menores respostas positivas, que podem ser comparados às dimensões “reconhecimento da unidade e apoio à dedicação voltada à segurança” e “medo de culpabilização e punição” do PSCHO^(24,26).

Mediante o exposto, observa-se que os achados apresentaram maior probabilidade de percepção negativa do clima de segurança, considerando a teoria que fundamenta as organizações de alta confiabilidade^(19,27). As organizações de alta confiabilidade apontam vários componentes importantes para alcançar um forte clima de segurança. Dentre eles, destacam-se a alta prioridade que uma instituição precisa dar à segurança, o apoio por parte da infraestrutura organizacional e os treinamentos adequados oferecidos aos profissionais. Por isso, características estruturais dos hospitais – como tamanho, tipo, região de localização, dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem e recursos financeiros – podem afetar a segurança do paciente^(15,18).

É importante destacar que, na análise considerando a amostra total, a dimensão “prestação do cuidado seguro” foi a que apresentou maior porcentagem de respostas problemáticas; na análise por tipo de unidade, a UTIA obteve o maior percentual quando comparada com as demais unidades do estudo. Em situação de pandemia, os profissionais da UTIA, além de prestarem assistência aos pacientes que necessitam de cuidados intensivos, também tiveram que trabalhar no cenário caótico causado pela pandemia de SARS-COV-2, podendo afetá-los de diferentes maneiras, como falta de equipamentos para proteção individual e despreparo para trabalhar nas unidades de atendimento aos pacientes com COVID-19. Destaca-se a importância de boas condições de trabalho na formação de uma cultura de segurança na instituição e na construção de um sistema de serviços hospitalares de alta qualidade^(3,7).

Dentre as unidades do estudo, a unidade de pediatria ocupou destaque, por apresentar seis dimensões com menores percentuais de respostas problemáticas, as quais foram: “medo do constrangimento”, “ênfase geral na segurança do paciente”, “segurança psicológica”, “aprendizado coletivo”, “normas de segurança na unidade” e “engajamento da administração da instituição”. Isso pode indicar que no aspecto organizacional, os gestores

da unidade apoiam um clima visando a promoção da segurança do paciente e, em geral, também demonstra que a instituição investe em melhorias em prol da segurança do paciente⁽¹⁸⁾.

Já, na unidade de trabalho, os enfermeiros apontaram que presenciar a ocorrência de erros na unidade favorece o aprendizado coletivo, com mudanças positivas na unidade com o compromisso de identificar e monitorar os riscos, visando um cuidado seguro, isto é, identificar se os problemas de segurança foram corrigidos antes de ocorrerem⁽¹⁸⁾. É interessante destacar que os profissionais da UTIA apresentaram uma baixa PRP para a dimensão medo do constrangimento, demonstrando uma percepção positiva do clima de segurança somente para essa dimensão. Essa descoberta pode ser parcialmente atribuída aos esforços e às intervenções dos gerentes para promover em comunicar livremente⁽²⁸⁾. Diferentemente, outro estudo apresentou pior percepção nessa dimensão, apontando que os profissionais que admitem erros não apenas se envergonham, mas também envergonham a equipe⁽²⁹⁾. Igualmente na dimensão “abertura da comunicação” do HSOPSC, na qual a unidade de terapia intensiva adulto apresentou uma área frágil ou menos resposta positiva⁽²⁶⁾.

Dentre as limitações deste estudo, cabe registrar que o estudo transversal não possibilita a generalização dos dados e que a coleta de dados na modalidade *online*, escolhida devido ao distanciamento social, não permite o contato pessoal com os prováveis participantes, assim como o controle sobre o retorno do cálculo da taxa de respostas.

CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou concluir que os profissionais apresentaram alta porcentagem de respostas problemáticas para a maioria das dimensões, exceto para a dimensão medo do constrangimento. Na comparação entre unidades de trabalho, a UTIA foi a que apresentou maior percentual de resposta problemática para a dimensão prestação do cuidado seguro em relação às demais unidades. Já a unidade de pediatria obteve o maior número de dimensões com menores percentuais de respostas problemáticas.

REFERÊNCIAS

1. WHO. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 Towards eliminating avoidable harm in health care. 2021 [cited 2 Sep 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
2. World Health Organization. WHO Global Patient Safety Network Webinar. 8 de maio de 2020. [cited 2 Sep 2021]. Disponível em: <shorturl.at/bmrW7>
3. Denning M, Goh ET, Scott A, Martin G, Markar S, Flott K, et al. What has been the impact of COVID-19 on safety culture? A case study from a large metropolitan healthcare trust. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020;17(19):7034. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17197034>
4. Shaw A, Flott K, Fontana G, Durkin M, Darzi A. No patient safety without health worker safety. *Lancet.* 2020. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31949-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31949-8)
5. Taylor M, Kepner S, Gardner LA, Jones R. Patient safety concerns in COVID-19–related events: A study of 343 event reports from 71 hospitals in Pennsylvania. *PatientSaf.* 2020;16–27. doi: <http://dx.doi.org/10.33940/data/2020.6.3>
6. Brborović O, Brborović H, Hrain L. The COVID-19 pandemic crisis and Patient Safety Culture: A mixed-method study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(4):2237. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19042237>
7. Huang C-H, Wang Y, Wu H-H, Yii-Ching L. Assessment of patient safety culture during COVID-19: a cross-sectional study in a tertiary a-level hospital in China. *TQM j.* 2021;). doi: <http://dx.doi.org/10.1108/tqm-01-2021-0024>
8. Silva LC da, Caldas CP, Fassarella CS, Souza PS de. Effect of the organizational culture for patient safety in the hospital setting: A systematic review. *Aquichan.* 2021;21(2):1–16. doi: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2021.21.2.3>
9. Dorigan GH, Mingato DFP, Guirardello EB. Nursing safety attitudes: relationship with time of experience and intention to leave the job. *Rev Gaucha Enferm.* 2020;41:e20190274. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190274>
10. Dorigan GH, Guirardello EB. Effect of the practice environment of nurses on job outcomes and safety climate. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018;26(0):e3056. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2633.3056>
11. Alves DFB, Lorenzini E, Kolankiewicz ACB. Patient safety climate in a Brazilian general hospital. *Int J Risk Saf Med.* 2020;31(2):97–106. doi: <http://dx.doi.org/10.3233/JRS-191024>
12. Castilho DEC, Silva AEBC, Gimenes FRE, Nunes RLS, Pires ACAC, Bernardes CA. Factors related to the patient safety climate in an emergency hospital. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020;28:e3273. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3353.3273>

13. Kolankiewicz ACB, Schmidt CR, Carvalho REFL, Spies J, Pai SD, Lorenzini E. Cultura de segurança do paciente na perspectiva de todos os trabalhadores de um hospital geral. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020; 41. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190177>
14. Jiang K, Tian L, Yan C, Li Y, Fang H, Peihang S, et al. (2019). A cross-sectional survey on patient safety culture in secondary hospitals of Northeast China. *PloS One.* 2019;14(3). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213055>
15. Singer SJ, Hartmann CW, Hanchate A, Zhao S, Meterko M, Shokeen P, et al. Comparing safety climate between two populations of hospitals in the United States. *Health Serv Res.* 2009;44(5 Pt 1):1563–83. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2009.00994.x>
16. Cunha MRPD. Adaptação cultural e avaliação das propriedades de medida do instrumento Patient Safety Climate In Healthcare Organizations. [Tese]. [Campinas (SP)]: Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Enfermagem; 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2017.1079844>
17. Benzer JK, Meterko M, Singer SJ. The patient safety climate in healthcare organizations (PSCO) survey: Short-form development. *J Eval Clin Pract.* 2017;23(4):853–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jep.12731>
18. Singer SJ, Falwell A, Gaba DM, Meterko M, Rosen A, Hartmann CW, et al. Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Manage Rev.* 2009;34(4):300–11. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/HMR.0b013e3181afc10c>
19. Hartmann CW, Meterko M, Rosen AK, Shibe Zhao, Shokeen P, Singer S, et al. Relationship of hospital organizational culture to patient safety climate in the Veterans Health Administration. *Med Care Res Rev.* 2009;66(3):320–38. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1077558709331812>
20. RESOLUÇÃO COFEN 543/2017 [Internet]. Cofen – Conselho Federal de Enfermagem. [citado 2021 Out 3]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html
21. Assaye AM, Feo R, Wiechula R, Schultz TJ. The experiences and perceptions of nurses regarding patient care provision in acute medical and surgical care units of two hospitals in Ethiopia. *Appl Nurs Res.* 2022;65(151572):151572. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2022.151572>
22. Vermeir P, Blot S, Degroote S, Vandijck D, Mariman A, Vanacker T, et al. Communication satisfaction and job satisfaction among critical care nurses and their impact on burnout and intention to leave: A questionnaire study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2018;48:21–7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.07.001>
23. Holland P, Tham TL, Sheehan C, Cooper B. The impact of perceived workload on nurse satisfaction with work-life balance and intention to leave the occupation. *Appl Nurs Res.* 2019;49:70–6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.06.001>

24. Prates CG, Caregnato RCA, Magalhães AMM, Pai DD, Urbanetto JS, Moura GMSS. Patient safety culture in the perception of health professionals: A mixed methods research study. *Rev Gaucha Enferm.* 2021;42. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200418>
25. Rodziewicz TL, Houseman B, Hipskind JE. Medical error reduction and prevention. In: *StatPearls* [cited 5 Jan 2022]. StatPearls Publishing; 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
26. Melo E, Balsanelli AP, Neves VR, Bohomol E. Patient safety culture according to nursing professionals of an accredited hospital. *Rev Gaucha Enferm.* 2020;41:e20190288. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190288>
27. Hartmann CW, Rosen AK, Meterko M, Shokeen P, Zhao S, Singer S, et al. An overview of patient safety climate in the VA: An overview of patient safety climate in the VA. *Health Serv Res.* 2008;43(4):1263–84. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00839.x>
28. Zhou P, Bai F, Tang H, Bai J, Li M, Xue D. Patient safety climate in general public hospitals in China: differences associated with department and job type based on a cross-sectional survey. *BMJ Open.* 2018; 8:e015604. doi:10.1136/bmjopen-2016-02
29. Zhou P, Bundorf MK, Gu J, He X, Xue D. Survey on patient safety climate in public hospitals in China. *BMC Health Serv Res.* 2015;15(1):53. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0710-x>

4.2 Manuscrito 2: RELAÇÃO ENTRE CLIMA DE SEGURANÇA, PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO E INTENÇÃO DE PERMANECER NO EMPREGO

RESUMO

Objetivo: Examinar a relação entre o clima de segurança e as variáveis qualidade do cuidado e intenção de permanecer no emprego. **Método:** estudo transversal e correlacional em uma instituição de ensino de grande porte do interior do estado de São Paulo. Foi utilizada a versão brasileira do *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* e as variáveis qualidade do cuidado e intenção de permanecer no emprego. Para análise das correlações entre as variáveis, foi utilizado coeficiente de correlação de Spearman; a distribuição dos dados por meio do teste de *Shapiro-Wilk* e os modelos de regressão linear múltiplos. **Resultados:** A percepção negativa do clima de segurança foi demonstrada pela elevada porcentagem de respostas problemáticas. A qualidade do cuidado resultou em forte correlação com recursos organizacionais para segurança e ênfase geral na segurança do paciente. A adequação do número de profissionais teve forte correlação com recursos organizacionais para segurança. Investir nos aspectos organizacionais e na unidade de trabalho pode refletir na melhor percepção da qualidade do cuidado. **Conclusão:** Os profissionais possuem percepção negativa do clima de segurança. Os aspectos organizacionais e na unidade de trabalho podem retratar a melhor percepção da qualidade do cuidado, enquanto trabalhar as relações interpessoais, assim como a adequação do número de profissionais, poderá aumentar a intenção de permanecer no emprego.

Palavras-chave: Enfermagem; Cultura Organizacional; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; COVID-19

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 teve inquestionável impacto na vida e na saúde das pessoas, constituindo-se em uma emergência de saúde pública. Os profissionais de saúde, em especial àqueles que atuaram na linha da frente de assistência às pessoas, vivenciaram um cenário com sobrecarga de trabalho, medo do desconhecido e risco de contrair a doença, além de comprometer a qualidade e segurança durante a assistência em saúde⁽¹⁻³⁾.

A segurança do paciente deve ser valorizada nas instituições de saúde, pela sua importância na redução de Eventos Adversos (EA)⁽⁴⁻⁵⁾. Além dos EA, outros aspectos que influenciam na percepção do clima de segurança estão relacionados às variáveis pessoais⁽⁶⁾, à adequação de equipe e recursos materiais, ao tempo de experiência⁽⁷⁾, à intenção de deixar

o emprego⁽⁷⁻⁸⁾, à satisfação no trabalho⁽⁹⁻¹⁰⁾, ao *burnout*⁽¹⁾ e à percepção da qualidade do cuidado⁽⁸⁻¹¹⁾.

A cultura de segurança positiva está associada à melhoria da segurança do paciente⁽³⁾, tendo forte associação com o “clima de trabalho em equipe” e as “condições de trabalho”, sendo as “condições de trabalho” fortemente correlacionadas com a percepção da gestão e satisfação no trabalho⁽²⁾.

O enfermeiro ocupa um papel essencial na melhoria e na qualidade dos cuidados em saúde, por meio da mediação e do uso de estratégias para melhorar a segurança do paciente⁽⁸⁾ – o que se tornou mais relevante ainda durante a pandemia, com a demanda de treinamento e capacitação dos profissionais^(1,3).

Estudos que avaliaram o clima de segurança durante a pandemia destacam a satisfação com o trabalho^(1,3), a percepção da gestão^(1,3), o apoio da gestão para segurança do paciente, a comunicação aberta, a resposta não punitiva aos erros, o trabalho em equipe e a adequação de pessoal⁽²⁾ como as principais dimensões que influenciam na percepção negativa do clima de segurança.

Durante a pandemia, os pacientes e os profissionais da linha de frente, especialmente os profissionais de enfermagem, foram (e estão) expostos às situações de riscos que podem comprometer a segurança do paciente e de si próprios. Esses profissionais correspondem ao maior percentual de profissionais da área da saúde, responsáveis pela assistência contínua aos pacientes nas 24 horas e ocupam um papel fundamental na vigilância, com vista a identificar e prevenir danos decorrentes da assistência em saúde.

Diante da escassez de estudos, especialmente no Brasil, que abordem a relação entre clima de segurança do paciente, qualidade do cuidado e intenção de permanecer no emprego durante a pandemia COVID-19, este estudo teve como objetivo examinar a relação entre o clima de segurança, a percepção da qualidade do cuidado e a intenção de permanecer no emprego.

MÉTODO

Estudo analítico, transversal e correlacional, realizado em um hospital de ensino de grande porte, com atendimento exclusivo do Sistema Único de Saúde, no interior do estado de São Paulo, o qual é referência para atendimento aos pacientes com COVID-19.

A população do estudo correspondeu a 982 profissionais, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem. Para o cálculo da amostra, considerando-se um nível de significância e um erro amostral de 5% e com uma proporção p igual a 0,50, obteve-se uma amostra de 277 profissionais de enfermagem. Foram considerados, como critério de inclusão, para participar do estudo, os profissionais responsáveis pelas atividades de assistência e de

gestão, independentemente do tempo de experiência de trabalho na instituição. Foram excluídos da amostra os profissionais ausentes por motivo de licenças. A percepção do clima de segurança foi avaliada com o uso da versão brasileira do *Patient Safety Climate Health Organizations* (PSCHO). Esse instrumento é composto por 38 itens, que contemplam 12 dimensões, em três categorias. A primeira categoria refere-se ao aspecto organizacional e aborda três dimensões: engajamento da administração da instituição, ênfase geral na segurança do paciente e recursos organizacionais para segurança. A segunda categoria representa aspectos da unidade de trabalho e considera seis dimensões: reconhecimento da unidade e apoio à dedicação voltada à segurança, apoio dos gerentes da unidade, normas de segurança na unidade, aprendizado coletivo, segurança psicológica, responsividade aos problemas. A terceira categoria contempla os aspectos interpessoais, como medo do constrangimento e medo de culpabilização e punição. Há ainda a dimensão prestação de cuidado seguro, que não está incluída em nenhuma das categorias, mas, pela sua relevância, é considerada uma dimensão do PSCHO⁽¹²⁻¹³⁾. A escala de resposta é do tipo *Likert*, com cinco pontos, das opções discordo para concordo totalmente⁽¹⁴⁾. Foi considerada uma percepção do clima favorável quando esta atingiu pontuações maiores ou iguais a quatro pontos para clima de segurança favorável.

Outras variáveis consideradas neste estudo foram idade, tempo de experiência na profissão e na instituição, intenção de permanecer no emprego e na profissão, número de profissionais adequado, percepção da qualidade do cuidado oferecido ao paciente. As variáveis número de profissionais adequado, intenção de permanecer no emprego e na profissão e qualidade do cuidado foram avaliadas numa escala de zero a dez pontos – quanto mais próximo de dez, melhor a avaliação.

A coleta de dados foi aplicada na modalidade *online*, após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição, nos meses de julho a outubro de 2021. A pesquisa foi divulgada por meio de cartazes, distribuídos nas unidades do estudo com o uso do QRCode que direcionava para a plataforma Google Forms; sua versão digital foi enviada via e-mail e WhatsApp.

Para análise dos dados, utilizou-se o *software* estatístico SAS versão 9.4. Por meio do teste de *Shapiro-Wilk*, foi verificada a distribuição dos dados, com análise descritiva das variáveis, coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis e as dimensões do PSCHO. Valores mais próximos de -1 indicam uma relação negativa ou inversa entre as variáveis; valores próximos a 1 representam uma relação positiva, enquanto valores próximos a zero indicam ausência de correlação. Na análise das correlações, foram consideradas: fraca correlação, quando valores entre 0,1 a 0,29; moderada correlação, para valores de 0,30 a 0,49; e forte correlação, se valores maiores ou iguais a 0,50⁽¹⁵⁾.

Foi utilizado o modelo de regressão linear múltiplo, via modelos lineares generalizados, sendo consideradas as variáveis intenção de permanecer no emprego e qualidade do cuidado, como variáveis dependentes, e as dimensões do PSCHO e adequação do número de profissionais, como variáveis independentes. As estimativas dos coeficientes de regressão foram apresentadas com os valores de intervalo de confiança e p-valor. Considerou-se um nível de significância de 5%. O estudo foi aprovado pelo CEP da instituição (CAAE: 39037220.3.0000.5404).

RESULTADOS

Foram 325 profissionais onde já excluídos quatro participantes por não informar o tempo de experiência, sendo 100 (30,8%) enfermeiros e 225 (69,2%) TE, com taxa de resposta de 34%. Desses profissionais, 256 (78,8%) são mulheres e 69 (21,2%) homens, com uma média da idade 41,7 anos (DP=9,11).

Quanto ao turno de trabalho, 84 (25,9%) trabalhavam no turno da manhã, 97 (29,9%) no turno da tarde, 137 (42,2%) no turno da noite e 7 (2,2%) no horário administrativo. No que se refere ao vínculo empregatício, 228 (70,2%) apresentaram um único vínculo e 97 (29,6%) outro vínculo de trabalho. Verificaram-se média de 8,9 (DP=2,16) para a intenção de permanecer no emprego nos próximos 12 meses e média de 7,8 (DP=1,90) para percepção da qualidade do cuidado e uma média de 5,82 (DP = 2,79) para o número de profissionais adequado.

Na análise descritiva do PSCHO, numa escala de um a cinco pontos, a média de respostas para as dimensões variou de 2,73 a 3,96 (Tabela 1).

Tabela 1: Médias das respostas dos profissionais para cada dimensão do PSCHO (n=325). Campinas, SP, Brasil, 2021.

Dimensões do PSCHO	Média	Desvio Padrão
Medo do constrangimento	3,96	0,70
Segurança psicológica	3,65	0,73
Normas de segurança na unidade	3,62	0,64
Engajamento da administração da instituição	3,56	0,70
Ênfase geral na segurança do paciente	3,50	0,80
Aprendizado coletivo	3,47	0,61
Responsividade aos problemas	3,43	0,74
Recursos organizacionais para segurança	3,27	0,80
Apoio dos gerentes da unidade	3,24	0,81
Medo de culpabilização e punição	2,87	0,91
Reconhecimento da unidade e apoio à dedicação voltada à segurança	2,73	0,77
Prestação do cuidado seguro	2,73	1,08
Total	3,36	0,49

O resultado da correlação entre as dimensões do PSCHO e as variáveis do estudo está apresentado na tabela 2. No segundo momento, realizou-se a análise de regressão, considerando, no modelo, as variáveis qualidade do cuidado e intenção de permanecer no emprego, como dependentes, e as dimensões do PSCHO e adequação do número de profissionais, como variáveis independentes (Tabelas 3 e 4).

Tabela 2: Correlação entre as dimensões do PSCHO e idade e variáveis profissionais (n = 325). São Paulo, Brasil, 2021

Dimensões do PSCHO	Idade	Tempo de na experiência na profissão	Tempo de trabalho na instituição	Número de profissionais adequado	Intenção de permanecer no emprego	Intenção de permanecer na profissão	Qualidade do cuidado
Engajamento da administração da instituição	0,1014	0,0509	-0,0005	0,4197*	0,1823 [†]	0,2066 [†]	0,4530*
Recursos organizacionais para segurança	0,0282	0,0313	-0,0023	0,5106*	0,3100*	0,2890*	0,5863*
Ênfase geral na segurança do paciente	0,0188	0,0326	-0,0073	0,4030*	0,2988*	0,2769*	0,5237*
Apoio dos gerentes da unidade	0,0275	0,0234	-0,0610	0,3700*	0,2707*	0,2565*	0,4449*
Normas de segurança na unidade	0,1108 [†]	0,0443	0,0709	0,1836 [†]	0,1323 [†]	0,1479 [†]	0,4195*
Reconhecimento da unidade e apoio à dedicação voltada à segurança	0,0870	0,0186	-0,1125 [†]	0,2708*	0,2326*	0,1930 [†]	0,3797*
Aprendizado coletivo	0,1156 [†]	0,0601	0,0595	0,2026 [†]	0,1616 [†]	0,0950	0,3881*
Segurança psicológica	0,1190 [†]	0,0681	0,0546	0,2638*	0,2404*	0,2141 [†]	0,3125*
Responsividade aos problemas	0,0391	-0,0031	-0,0294	0,2108 [†]	0,2122 [†]	0,1891 [†]	0,2699*
Medo do constrangimento	-0,0305	-0,0187	0,0354	0,1902 [†]	0,2404*	0,2654*	0,2355*
Medo de culpabilização e punição	-0,1366 [†]	-0,0579	0,0439	0,1895 [†]	0,1715 [†]	0,1576 [†]	0,0623
Prestação do cuidado seguro	0,2465*	0,1772 [†]	0,0656	-0,0269	0,0206	-0,0005	0,1213 [†]

Teste de coeficientes de correlação de *Spearman*. *p-valor < 0,0001; [†] p-valor < 0,05

Tabela 3: Modelos de Regressão Linear entre as variáveis independentes e percepção da qualidade do cuidado (n=325). Campinas, SP, Brasil, 2021.

Variáveis independentes	Variável dependente Qualidade do cuidado			
	Coeficiente	*I. C. 95%		p-valor
		†L. I.	‡L. S.	
Intercepto	1,48	0,16	2,80	0,0279
Engajamento da administração da instituição	0,03	-0,31	0,37	0,8707
Recursos organizacionais para segurança	0,58	0,26	0,90	0,0004
Ênfase geral na segurança do paciente	0,47	0,19	0,75	0,0012
Apoio dos gerentes da unidade	0,13	-0,18	0,43	0,4120
Normas de segurança na unidade	0,60	0,23	0,97	0,0016
Reconhecimento da unidade e apoio à dedicação voltada à segurança	-0,05	-0,35	0,25	0,7532
Aprendizado coletivo	-0,32	-0,77	0,14	0,1701
Segurança psicológica	-0,17	-0,49	0,14	0,2858
Responsividade aos problemas	-0,05	-0,35	0,25	0,7498
Medo do constrangimento	0,01	-0,24	0,27	0,9250
Medo de culpabilização e punição	0,20	0,01	0,39	0,0378
Prestação do cuidado seguro	0,10	-0,06	0,27	0,2072
Número de profissionais adequado	0,20	0,14	0,27	< 0,0001

*Intervalo de confiança 95%; †Limite Inferior; ‡Limite Superior; §p-valor ≤ 0,05.

Tabela 4: Modelos de Regressão Linear entre as variáveis independentes e intenção de permanecer no emprego (n=325). Campinas, SP, Brasil, 2021.

Variáveis independentes	Variável dependente			
	Intenção de permanecer no emprego			
	Coeficiente	*I. C. 95%		p-valor
†L. I.		‡L. S.		
Intercepto	4,92	3,08	6,77	< 0,0001
Engajamento da administração da instituição	-0,66	-1,14	-0,18	0,0067
Recursos organizacionais para segurança	0,23	-0,22	0,68	0,3113
Ênfase geral na segurança do paciente	0,32	-0,07	0,72	0,1101
Apoio dos gerentes da unidade	0,14	-0,29	0,56	0,5304
Normas de segurança na unidade	-0,16	-0,68	0,35	0,5341
Reconhecimento da unidade e apoio à dedicação voltada à segurança	0,29	-0,14	0,72	0,1819
Aprendizado coletivo	-0,22	-0,85	0,42	0,5006
Segurança psicológica	0,27	-0,17	0,71	0,2242
Responsividade aos problemas	0,17	-0,25	0,59	0,4342
Medo do constrangimento	0,12	-0,24	0,48	0,5193
Medo de culpabilização e punição	0,31	0,05	0,58	0,0217
Prestação do cuidado seguro	0,26	0,04	0,49	0,0220
Número de profissionais adequado	0,15	0,05	0,24	0,0028

*Intervalo de confiança 95%; †Limite Inferior; ‡Limite Superior; §p-valor ≤ 0,05.

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi examinar a relação entre o clima de segurança, a percepção da qualidade do cuidado e a intenção de permanecer no emprego. A maioria dos participantes é do sexo feminino, adulto jovem, com média de tempo de experiência na instituição superior a dez anos e com único vínculo empregatício.

Os profissionais possuem uma percepção negativa do clima de segurança para todas as dimensões do PSCHO, entretanto, relataram oferecer uma boa qualidade do cuidado e não têm intenção de deixar o emprego no próximo ano. Esses achados divergem dos estudos que identificaram a relação entre percepção negativa do clima de segurança e intenção de deixar o emprego⁽⁷⁾, e percepção positiva do clima de segurança e percepção positiva na qualidade do cuidado⁽¹¹⁾.

Destaca-se que a idade, o tempo de experiência na profissão e na instituição, assim como a intenção de permanecer na profissão resultaram em correlação estatisticamente significativa, com algumas das dimensões do PSCHO; entretanto, essas correlações foram de fraca magnitude. Por outro lado, observou-se uma forte correlação do número de profissionais adequado com a dimensão “recursos organizacionais para segurança” e correlação de moderada magnitude com as dimensões “apoio dos gerentes da unidade”, “engajamento da administração da instituição” e “ênfase geral na segurança do paciente”. Isso significa que cuidar de muitos pacientes também foi relatado, em outro estudo, como uma das principais causas de cansaço e incapacidade de um enfermeiro de fornecer todos os cuidados necessários, além de expor os pacientes a possíveis eventos adversos⁽⁸⁾. É imprescindível destacar que a proporção de enfermeiro por paciente está de acordo com a resolução⁽¹⁶⁾.

A intenção de permanecer no emprego resultou em correlação de moderada magnitude com a dimensão “recursos organizacionais para segurança”. Isso significa que o número adequado de pessoal pode favorecer a redução dos EA, a menor mortalidade, a maior qualidade de assistência⁽¹⁷⁾, o menor estresse psicológico e físico⁽¹⁾.

A variável qualidade do cuidado demonstrou forte correlação nas dimensões “ênfase geral na segurança do paciente” e “recursos organizacionais para segurança”. Enquanto houve correlação moderada nas dimensões “normas de segurança na unidade”, “engajamento da administração da instituição”, “apoio dos gerentes da unidade”, “aprendizado coletivo”, “segurança psicológica” e “reconhecimento da unidade e apoio à dedicação voltada à segurança”. Autores destacam que, para garantir uma assistência segura e com qualidade, o primeiro passo é o uso eficiente dos recursos humanos e materiais disponíveis. Ademais, um ambiente de trabalho favorável à prática dos profissionais de enfermagem pode resultar em melhoria na qualidade e na segurança da assistência ao paciente, além da redução da rotatividade dos profissionais de enfermagem⁽⁸⁾.

Nos modelos de regressão linear, nos quais a variável dependente foi qualidade do cuidado, os resultados indicaram que o investimento nas dimensões relacionadas aos “recursos organizacionais para segurança”, “ênfase geral na segurança do paciente”, “normas de segurança na unidade”, “medo de culpabilização e punição” e “adequação de profissionais” pode se refletir na melhor percepção da qualidade do cuidado. Quanto à variável dependente intenção de permanecer no emprego, verificou-se que trabalhar as relações interpessoais, quanto ao sentimento de “medo de culpabilização e punição”, e prover um ambiente para a “prestação do cuidado seguro” com um “número de profissionais adequado” poderão aumentar a intenção de permanecer no emprego.

Foi observado que um maior “engajamento da administração da instituição” pode estar relacionado a uma maior intenção de deixar o emprego nos próximos 12 meses; entretanto, não há estudos para fins de comparação, sendo que uma das possíveis justificativas para este resultado pode ser a influência do cenário de pandemia.

Como limitações deste estudo, têm-se a modalidade de coleta de dados *online*, que impossibilitou o contato direto com os possíveis participantes, devido a pandemia, repercutindo em baixa taxa de respostas. Outra limitação refere-se ao fato de ser um estudo transversal – o que não possibilita generalização dos resultados.

CONCLUSÕES

Os profissionais apresentaram baixa percepção do clima de segurança do paciente. A qualidade do cuidado resultou em forte e moderada correlação com a maioria das dimensões do PSCHO, estando relacionadas aos aspectos organizacionais e unidade de trabalho. O número de profissionais adequado foi forte e moderadamente correlacionado com quatro dimensões também relacionadas aos aspectos organizacionais e unidade de trabalho. Os modelos de regressão lineares indicaram que melhorias nos aspectos organizacionais e na unidade de trabalho podem retratar a melhor percepção da qualidade do cuidado e que trabalhar as relações interpessoais, assim como a adequação de profissionais, poderá aumentar a intenção de permanecer no emprego. Destaca-se a importância da valorização dos aspectos organizacionais e da unidade de trabalho na percepção do clima de segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Huang C-H, Wang Y, Wu H-H, Yii-Ching L. Assessment of patient safety culture during COVID-19: a cross-sectional study in a tertiary a-level hospital in China. *TQM j* [Internet]. 2021;ahead-of-print(ahead-of-print). Available from: <http://dx.doi.org/10.1108/tqm-01-2021-0024>
2. Brborović O, Brborović H, Hrain L. The COVID-19 pandemic crisis and Patient Safety Culture: A mixed-method study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022;19(4):2237. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19042237>
3. Denning M, Goh ET, Scott A, Martin G, Markar S, Flott K, et al. What has been the impact of COVID-19 on safety culture? A case study from a large metropolitan healthcare trust. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17(19):7034. doi: 10.3390/ijerph17197034
4. Occelli P, Quenon J-L, Kret M, Domecq S, Denis A, Delaperche F, et al. Improving the safety climate in hospitals by a vignette-based analysis of adverse events: a cluster randomised study. *Int J Qual Health Care*. 2019;31(3):212–8. doi: 10.1093/intqhc/mzy126
5. Han Y, Kim J-S, Seo Y. Cross-sectional study on patient safety culture, patient safety competency, and adverse events. *West J Nurs Res*. 2020;42(1):32–40. doi: 10.1177/0193945919838990
6. Castilho DEC, Silva AEB de C, Gimenes FRE, Nunes R de LS, Pires ACAC, Bernardes CA. Factors related to the patient safety climate in an emergency hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:e3273. doi:10.1590/1518-8345.3353.3273
7. Dorigan GH, Mingato DFP, de Brito Guirardello E. Nursing safety attitudes: relationship with time of experience and intention to leave the job. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:e20190274. doi: 10.1590/1983-1447.2020.20190274
8. Assaye AM, Feo R, Wiechula R, Schultz TJ. The experiences and perceptions of nurses regarding patient care provision in acute medical and surgical care units of two hospitals in Ethiopia. *Appl Nurs Res*. 2022;65(151572):151572. doi:10.1016/j.apnr.2022.151572
9. Jiang K, Tian L, Yan C, Li Y, Fang H, Peihang S, et al. (2019). A cross-sectional survey on patient safety culture in secondary hospitals of Northeast China. *PloS One*. 2019;14(3). doi:10.1371/journal.pone.0213055
10. Kolankiewicz ACB, Schmidt CR, de Carvalho REFL, Spies J, Dal Pai S, Lorenzini E. Cultura de segurança do paciente na perspectiva de todos os trabalhadores de um hospital geral. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2020; 41. doi:10.1590/1983-1447.2020.20190177

11. Nakano Y, Tanioka T, Yokotani T, Ito H, Miyagawa M, Yasuhara Y, et al. Nurses' perception regarding patient safety climate and quality of health care in general hospitals in Japan. *J Nurs Manag.* 2021;29(4):749–58. doi:10.1111/jonm.13215
12. Benzer JK, Meterko M, Singer SJ. The patient safety climate in healthcare organizations (PSCHO) survey: Short-form development. *J Eval Clin Pract.* 2017;23(4):853–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jep.12731>
13. Cunha MRPD. Adaptação cultural e avaliação das propriedades de medida do instrumento Patient Safety Climate In Healthcare Organizations. [Tese]. [Campinas (SP)]: Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Enfermagem; 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2017.1079844>
14. Singer SJ, Falwell A, Gaba DM, Meterko M, Rosen A, Hartmann CW, et al. Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Manage Rev.* 2009;34(4):300–11. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/HMR.0b013e3181afc10c>
15. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull.* 1992;112(1):155–9.
16. RESOLUÇÃO COFEN 543/2017 [Internet]. Cofen – Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html
17. Pérez-Francisco DH, Duarte-Clíments G, Del Rosario-Melián JM, Gómez-Salgado J, Romero-Martín M, Sánchez-Gómez MB. Influence of workload on Primary Care nurses' health and burnout, patients' safety, and quality of care: Integrative review. *Healthcare (Basel).* 2020;8(1):12. doi:10.3390/healthcare8010012

5. DISCUSSÃO GERAL

O objetivo geral do estudo foi avaliar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o clima de segurança, enquanto os objetivos específicos foram: a) avaliar o percentual de respostas problemáticas para as dimensões do clima de segurança do paciente e verificar se diferem entre variáveis pessoais e profissionais; e b) examinar a relação entre o clima de segurança e as variáveis percepção da qualidade do cuidado e intenção de permanecer no emprego.

Quanto à caracterização da amostra, destaca-se que a maioria é constituída por técnicos de enfermagem, mulheres, com média de idade de 41,7 anos, tempo de experiência na instituição de 10,2 anos, tempo de experiência na profissão de 16,4 anos e com um único vínculo de empregatício. A maioria relatou trabalhar em unidades de atendimento aos pacientes com COVID-19, sendo que 50,5% tiveram diagnóstico de COVID-19. Os participantes também relataram oferecer uma boa qualidade do cuidado aos pacientes, não tendo intenção de deixar o emprego no próximo ano, assim como em outros estudos^(28-29,39-40).

Considerando o total da amostra, verificou-se que os profissionais possuem uma percepção negativa do clima de segurança, demonstrada pela elevada PRP; entretanto, na comparação entre unidades de trabalho, os profissionais da unidade de pediatria são os que possuem uma percepção mais positiva do clima de segurança, evidenciado pelo maior número de dimensões com menores PRP. Destaca-se que as dimensões com menores PRP na unidade de pediatria foram, sequencialmente, “medo do constrangimento”, “ênfase geral na segurança do paciente”, “segurança psicológica”, “aprendizado coletivo”, “normas de segurança na unidade” e “engajamento da administração da instituição”. Considerando a teoria que fundamenta as organizações de alta confiabilidade, a elevada PRP representa percepção negativa do clima de segurança (High Reliability Organizations – HROs)^(30,41).

Ressalta-se que as altas médias de PRP podem estar associadas à pandemia, pois a maioria dos profissionais trabalhou nas unidades de atendimento aos pacientes com COVID-19. No entanto, não é possível comparar com outros estudos que podem relacionar a pandemia de COVID-19 com PRP. Além disso, por ser uma instituição de referência para atendimentos aos pacientes com COVID-19, muitos dos profissionais estavam trabalhando nessas unidades durante o período de coleta de dados. No período da pandemia, os profissionais trabalharam nas unidades de terapia intensiva e nas unidades de emergência – locais que estão associados ao maior nível de risco, complexidade e dificuldade, com ritmo mais rápido e menor previsibilidade.

Na análise das comparações do clima de segurança entre as unidades, observou-se diferenças estatisticamente significantes entre os profissionais da UPED em relação aos

profissionais das UTIA, UIA e UER – para a dimensão “engajamento da administração da instituição”, “ênfase geral na segurança do paciente”, “recursos organizacionais para segurança”, “apoio dos gerentes da unidade” e o escore total. Por outro lado, os profissionais da UTIA possuem melhor percepção do clima de segurança em relação aos profissionais da UER e da UIA – para a dimensão “recursos organizacionais para a segurança”, “ênfase geral na segurança do paciente” e “apoio dos gerentes da unidade”. Enquanto os profissionais da UIA possuem melhor percepção do clima de segurança em relação aos profissionais da UER para a dimensão “normas de segurança na unidade”. Observou-se que a UER foi a unidade sobre a qual os profissionais apresentaram piores médias para todas as dimensões do PSCHO. Vale destacar que essa unidade é a porta de entrada da instituição e que, além de ocupar a linha de frente para atendimento aos pacientes com COVID-19, é caracterizada por ser uma unidade com alta rotatividade de pacientes, de modo que os profissionais tendem a apresentar sintomas de estresse, cansaço, sofrimento, desgaste mental e sobrecarga de trabalho⁽⁴²⁾.

O segundo manuscrito teve como objetivo examinar a relação entre o clima de segurança e as variáveis percepção da qualidade do cuidado e intenção de permanecer no emprego. Na análise da correlação entre as variáveis, verificou-se que a idade, o tempo de experiência na profissão e na instituição, assim como a intenção de permanecer na profissão resultaram em correlação estatisticamente significativa com algumas das dimensões do PSCHO; entretanto, essas correlações foram de fraca magnitude. A qualidade do cuidado demonstrou forte correlação com as dimensões “ênfase geral na segurança do paciente” e “recursos organizacionais para segurança”, mas moderada correlação com as dimensões “apoio dos gerentes da unidade”, “apoio à dedicação voltada à segurança”, “reconhecimento da unidade”, “engajamento da administração da instituição”, “normas de segurança na unidade”, “aprendizado coletivo” e “segurança psicológica”.

Para redução da rotatividade dos enfermeiros e para garantir uma assistência segura e com qualidade, o primeiro passo é o uso eficiente dos recursos humanos e materiais disponíveis; a oferta de um ambiente de trabalho favorável à prática dos profissionais de enfermagem pode resultar em melhoria na qualidade e na segurança da assistência⁽⁴³⁾. A intenção de permanecer no emprego resultou em correlação de moderada magnitude com a dimensão “recursos organizacionais para segurança”.

Neste estudo também foram aplicados os modelos de regressão linear, nos quais a variável dependente foi percepção da qualidade do cuidado, sendo que as dimensões “ênfase geral na segurança do paciente”, “recursos organizacionais para segurança”, “normas de segurança na unidade”, “medo de culpabilização e punição” e “adequação de profissionais”, foram positivas e representaram a possibilidade de melhor percepção da qualidade de

cuidado dos profissionais de enfermagem – quanto mais os gestores investiram nessas dimensões.

Outra variável dependente foi a intenção de permanecer no emprego, para a qual foram aplicados os mesmos modelos. Verificou-se que o sentimento de “medo de culpabilização e punição” e prover um ambiente para a “prestação do cuidado seguro” com um “número de profissionais adequado” poderá aumentar a intenção de permanecer no emprego, ou seja, quando os gestores incentivaram ter comunicação aberta, os profissionais demonstram segurança de prestação do cuidado para os pacientes e os números de profissionais foram adequados, evidenciam o aumento de intenção de permanecer no emprego.

No entanto, foi observado que o “engajamento da administração da instituição” foi inversamente relacionado com a intenção de permanecer no emprego no próximo ano, podendo sinalizar que, no contexto da pandemia, o engajamento da administração não influencia na decisão do profissional em permanecer no emprego.

Destaca-se que este é o primeiro estudo que avaliou o clima de segurança na percepção dos profissionais de enfermagem com o uso do PSCHO durante a pandemia. Avaliar o clima de segurança neste cenário possibilitará aos enfermeiros e gestores investirem na melhoria das dimensões, com vistas à redução da PRP, para favorecer uma avaliação positiva do clima de segurança pelos profissionais de enfermagem, principalmente por considerar que esses são essenciais para a prestação de uma assistência segura e livre de danos.

6. LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Dentre as limitações do estudo, destaca-se a não aleatorização dos respondentes e o estudo transversal não possibilita a generalização dos dados. Cabe registrar também que a coleta de dados remota, devido ao distanciamento social, não permitiu o contato pessoal com os prováveis participantes, assim como o controle sobre o cálculo da taxa de respostas. Trata-se do primeiro estudo no Brasil que avaliou a relação entre as dimensões do instrumento PSCHO e outras variáveis – especificamente as variáveis percepção da qualidade do cuidado e intenção de permanecer no emprego durante a pandemia. Por ser um instrumento pouco utilizado no país, devemos considerar as limitações para discutir os resultados com outros estudos recentes, tanto em nível nacional quanto internacional, especialmente durante a pandemia.

7. CONCLUSÃO GERAL

Os achados deste estudo possibilitaram concluir que os profissionais de enfermagem relataram alta porcentagem de respostas problemáticas ou as respostas que se opõem às

situações seguras, para a maioria das dimensões, exceto para a dimensão medo do constrangimento. Na comparação entre unidades de trabalho, a UTIA foi a que apresentou maior percentual de resposta problemática para a dimensão prestação do cuidado seguro em relação às demais unidades. Já a Unidade de Pediatria obteve o maior número de dimensões com menores percentuais de respostas problemáticas.

Quando utilizados os modelos de regressão linear, a variável percepção da qualidade do cuidado apresentou cinco dimensões, enquanto, na intenção de permanecer no emprego, verificaram-se três dimensões – que podem refletir e ajudar os gestores a investirem na melhoria na qualidade do cuidado e a manterem o controle de saída dos profissionais de enfermagem na instituição. Essa observação pode possibilitar novas pesquisas utilizando o PSCHO como estudo longitudinal, de modo que os resultados deste estudo podem ajudar os estudos futuros.

REFERÊNCIAS

1. WHO. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 Towards eliminating avoidable harm in health care. 2021 [cited 2 Sep 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: Building a safer health system. Eds, Vol 6. Washington, D.C., DC: National Academies Press; 2000. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>
3. Schwendimann R, Blatter C, Dhaini S, Simon M, Ausserhofer D. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1). doi:10.1186/s12913-018-3335-z
4. World Health Organization. WHO Global Patient Safety Network Webinar. 8 de maio de 2020. [cited 2 Sep 2021]. Disponível em: shorturl.at/bmrW7
5. Denning M, Goh ET, Scott A, Martin G, Markar S, Flott K, et al. What has been the impact of COVID-19 on safety culture? A case study from a large metropolitan healthcare trust. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020;17(19):7034. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17197034>
6. Taylor M, Kepner S, Gardner LA, Jones R. Patient safety concerns in COVID-19–related events: A study of 343 event reports from 71 hospitals in Pennsylvania. *PatientSaf.* 2020;16–27. doi: <http://dx.doi.org/10.33940/data/2020.6.3>
7. Shaw A, Flott K, Fontana G, Durkin M, Darzi A. No patient safety without health worker safety. *Lancet.* 2020. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31949-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31949-8)
8. Brborović O, Brborović H, Hrain L. The COVID-19 pandemic crisis and Patient Safety Culture: A mixed-method study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(4):2237. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19042237>
9. Huang C-H, Wang Y, Wu H-H, Yii-Ching L. Assessment of patient safety culture during COVID-19: a cross-sectional study in a tertiary a-level hospital in China. *TQM j.* 2021). doi: <http://dx.doi.org/10.1108/tqm-01-2021-0024>
10. WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard [Internet]. Who.int. [cited 2022 Aug 8]. Available from: <https://covid19.who.int/>
11. Prado PR do, Ventura CAA, Rigotti AR, Reis RK, Zamarioli CM, Souza FB de, et al. Linking worker safety to patient safety: Recommendations and bioethical issues for the care of patients in the covid-19 pandemic. *Texto contexto enferm.* 2021;30. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0535>
12. Couto RC, Pedrosa TMG, Rosa MB. Erros acontecem: a força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados. Belo

- Horizonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. 2016. Disponível em: shorturl.at/aEQV0
13. Willmott J, Mould J. Health professionals' perception of patient safety culture in acute hospitals: an integrative review. *Australian Health Review*. 2018; 42(4):387-394. doi: 10.1071/AH16274.
 14. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Quality & Safety*. 2011; 20(4):338-343. doi:10.1136/bmjqs.2010.040964
 15. Queensland Government. Safety climate and safety culture. 10 de dezembro de 2019. [Internet]. [acesso em 29 de maio 2020]. Disponível em: <https://www.worksafe.qld.gov.au/safety-leadership-at-work/tools-and-resources/safety-climate-and-safety-culture>
 16. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(11):e017708. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017708
 17. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AGG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(11):e00115614. doi:10.1590/0102-311x00115614.
 18. Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. 2004.
 19. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Heal Serv Res*. 2006/04/06. 2006;6:44. doi:10.1186/1472-6963-6-44
 20. Carvalho RE, Cassiani SH. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2012; 20(3): 575-582. doi:10.1590/s0104-11692012000300020
 21. Cunha MRPD. Adaptação cultural e avaliação das propriedades de medida do instrumento Patient Safety Climate In Healthcare Organizations. [Tese]. [Campinas (SP)]: Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Enfermagem; 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2017.1079844>
 22. Singer SJ, Falwell A, Gaba DM, Meterko M, Rosen A, Hartmann CW, et al. Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Manage Rev*. 2009;34(4):300–11. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/HMR.0b013e3181afc10c>
 23. Kristensen S, Hammer A, Bartels P, Suñol R, Groene O, Thompson CA, et al. Quality management and perceptions of teamwork and safety climate in European hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2015;27(6):499–506. doi:10.1093/intqhc/mzv079

24. Zhou P, Bundorf MK, Gu J, He X, Xue D. Survey on patient safety climate in public hospitals in China. *BMC Health Serv Res.* 2015;15(1):53. doi:10.1186/s12913-015-0710-x
25. Jiang K, Tian L, Yan C, Li Y, Fang H, Peihang S, et al. (2019). A cross-sectional survey on patient safety culture in secondary hospitals of Northeast China. *PloS One.* 2019;14(3). doi:10.1371/journal.pone.0213055
26. Tondo JCA, de Brito Guirardello E. Perception of nursing professional on patient safety culture. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(6):1284-90. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0010
27. Kolankiewicz ACB, Schmidt CR, Carvalho REFL, Spies J, Pai SD, Lorenzini E. Cultura de segurança do paciente na perspectiva de todos os trabalhadores de um hospital geral. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020; 41. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190177>
28. Dorigan GH, Guirardello EB. Effect of the practice environment of nurses on job outcomes and safety climate. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018;26(0):e3056. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2633.3056>
29. Dorigan GH, Mingato DFP, Guirardello EB. Nursing safety attitudes: relationship with time of experience and intention to leave the job. *Rev Gaucha Enferm.* 2020;41:e20190274. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190274>
30. Hartmann CW, Rosen AK, Meterko M, Shokeen P, Zhao S, Singer S, et al. An overview of patient safety climate in the VA: An overview of patient safety climate in the VA. *Health Serv Res.* 2008;43(4):1263–84. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00839.x>
31. Sutcliffe KM, Paine L, Pronovost PJ. Re-examining high reliability: actively organising for safety. *BMJ Qual Saf [Internet].* 2017;26(3):248–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004698>
32. Hogden A, Ellis L, Churruca K, Bierbaum M. Safety culture assessment in health care: a review of the literature on safety culture assessment modes. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2017.
33. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 9. Porto Alegre: Artes Médicas; 2019.
34. Singer S, Meterko M, Baker L, Gaba D, Falwell A, Rosen A. Workforce perceptions of hospital safety culture: development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey: Development and validation of the PSCHO. *Health Serv Res [Internet].* 2007;42(5):1999–2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00706.x>
35. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de Bioestatística, Ed. Thomson, São Paulo, 2004.
36. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull.* 1992;112(1):155–9.
37. Gill J. Generalized linear models: A Unified Approach. Sage University Paper Series on Quantitative Applications in the Social Sciences. Thousand Oaks, CA: Sage, 2000.

38. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Brasil [Internet]. Disponível em:<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
39. Vermeir P, Blot S, Degroote S, Vandijck D, Mariman A, Vanacker T, et al. Communication satisfaction and job satisfaction among critical care nurses and their impact on burnout and intention to leave: A questionnaire study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2018;48:21–7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.07.001>
40. Holland P, Tham TL, Sheehan C, Cooper B. The impact of perceived workload on nurse satisfaction with work-life balance and intention to leave the occupation. *Appl Nurs Res.* 2019;49:70–6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.06.001>
41. Hartmann CW, Meterko M, Rosen AK, Shibe Zhao, Shokeen P, Singer S, et al. Relationship of hospital organizational culture to patient safety climate in the Veterans Health Administration. *Med Care Res Rev.* 2009;66(3):320–38. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1077558709331812>
42. Castilho DEC, Silva AEBC, Gimenes FRE, Nunes RLS, Pires ACAC, Bernardes CA. Factors related to the patient safety climate in an emergency hospital. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020;28:e3273. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3353.3273>
43. Assaye AM, Feo R, Wiechula R, Schultz TJ. The experiences and perceptions of nurses regarding patient care provision in acute medical and surgical care units of two hospitals in Ethiopia. *Appl Nurs Res.* 2022;65(151572):151572. doi:10.1016/j.apnr.2022.151572

APÊNDICES

Apêndice 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PERCEPÇÃO DO CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA PANDÊMIA

Nome do(s) responsável(is)

Claire Nierva Herrera- discente/ pesquisadora

Edinêis de Brito Guirardello- orientadora

Número do CAAE: (39037220.3.0000.5404)

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora. Você poderá acessar de qualquer computador ou smartphone, no momento que achar mais pertinente. O convite ao profissional será feito uma única vez, e caso não concorde em participar da pesquisa, e-mails e convites online não serão mais disparados. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar a sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

O clima de segurança no ambiente hospitalar é essencial para a qualidade na assistência aos pacientes, para a saúde e segurança dos profissionais e para a organização das instituições de saúde. A mensuração do clima de segurança a partir da percepção dos profissionais de saúde possibilita detectar situações problemáticas nas diversas frentes de atuação de uma instituição e desenvolver estratégias para aprimorá-las, principalmente em situações de pandemia pela COVID-19. O objetivo do estudo é avaliar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o clima de segurança.

Rúbrica do pesquisador: _____ Rúbrica do participante: _____

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a responder o questionário da versão brasileira do *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO)*. É composto por 38 itens que abordam a sua percepção sobre o clima de segurança do paciente na instituição em que trabalha e oito itens sobre seu perfil, lembre-se de que suas respostas são anônimas. Para preservar o sigilo das informações, os participantes serão identificados apenas com uma numeração para controle do pesquisador. A duração do preenchimento aproximada é de 20 minutos.

Desconfortos e riscos:

Você não deve participar deste estudo se houver dúvidas quanto a coleta dos dados. Você terá direito a esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas que porventura venham lhe ocorrer acerca dos assuntos abordados na pesquisa, como também a garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que fornecerá ao pesquisador, sabendo de antemão que elas serão usadas com a finalidade única de divulgação e publicação científica, sempre garantindo sua privacidade. A pesquisa não apresenta riscos previsíveis.

Benefícios:

Não haverá benefícios diretos desta pesquisa para os participantes.

Acompanhamento e assistência:

Sua participação é totalmente voluntária e pode ser encerrada a qualquer momento que achar necessário. Em caso de desconfortos, constrangimentos e dúvidas com a pesquisa, o contato da pesquisadora está disponível para esclarecimentos. Não é necessário identificar seu nome. Caso seja detectada alguma situação que indique a necessidade de assistência médica, o(a) Sr(a) será atendido na unidade de saúde onde o estudo será realizado: Centro de Saúde da Comunidade – R. Vital Brasil, 150 - Cidade Universitária, Campinas.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados deste estudo, seu nome não será divulgado. Para garantir a confidencialidade e sua privacidade, sua identificação será feita de forma codificada. Todos os dados obtidos na pesquisa serão utilizados exclusivamente com finalidades científicas.

Rubrica do pesquisador _____ Rubrica do participante _____

Ressarcimento e Indenização:

Sua participação não envolve nenhum tipo de despesa. Não será necessário ressarcimento de despesas com transporte ou alimentação, pois sua participação ocorrerá durante a sua rotina de trabalho e consideramos, portanto, sua participação como de caráter voluntário, em que os questionários serão respondidos no momento em que você julgar mais adequado.

Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores:

- **Claire Nierva Herrera:** Faculdade de Enfermagem da Unicamp, Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária "Zeferino Vaz", Campinas – SP, CEP 13083-887, telefone (16) 997579958 (9h às 18h), e-mail: c194904@fudac.unicamp.br ou claire.nierva@outlook.com
- **Edinêis de Brito Guirardello (Orientadora):** Faculdade de Enfermagem da Unicamp, Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária "Zeferino Vaz", Campinas – SP, CEP 13083-887, telefone (19) 3521-8837 (9h às 17h), e-mail: guirard@unicamp.br

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:00hs às 11:30hs e das 13:00hs às 17:30hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@unicamp.br

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das Instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante da pesquisa:

_____ Data: ____/____/_____
(Assinatura do participante da pesquisa)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Asseguo, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa.

_____ Data: ____/____/_____
(Assinatura do pesquisador)

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de caracterização pessoal, profissional e percepção do desempenho organizacional – formato original completo em impresso

Por favor, complete as seguintes informações. Lembre-se de que suas respostas são anônimas

Parte 1: Dados Pessoais e Profissionais

1. Eu sou:

Diretor/Coordenador da unidade Supervisor da unidade Não ocupo nenhum dos cargos

2. Sexo: Feminino Masculino Prefiro não responder

3. Idade (em anos): _____

4. Minha função é:

Médico Assistente Social Odontologista Téc. laboratório
 Residente Farmacêutico Psicólogo Téc. radiologia
 Enfermeiro Fisioterapeuta Nutricionista Aux. Administrativo
 Téc. Enfermagem Terapeuta Ocupacional Téc. nutrição Outros
 Aux. Enfermagem Fonoaudiólogo Profissional do transporte de pacientes (Escolta/ Maquero)

5. Área de trabalho (Assinale apenas UMA, aquela que você passa a maior parte do tempo)

Ambulatório Centro de Material Recuperação pós-anestésica Cuidado domiciliar
 Enfermaria/ Pediatria Centro cirúrgico Centro Obstétrico e Maternidade Farmácia
 Pronto-Socorro/ Unidade de Emergência Referenciada (UER) UTI Pediátrica
 Unidade de Terapia Intensiva Laboratório Enfermaria/ Unidade de Internação Áreas não-clínicas
 Outros

6. Tempo de experiência na profissão (em anos): _____

7. Tempo que você trabalha nesta instituição (em anos): _____

8. Turno de trabalho nesta instituição:

Manhã Tarde Noite Horário Administrativo

9. Possui outro vínculo empregatício:

Sim Não

Parte 2: Percepção do desempenho organizacional

Para as questões a seguir (questões 1 a 4) atribua uma nota de 0 a 10. Lembrando que quanto mais próximo de 10, mais positiva é sua avaliação e quanto mais próximo de zero, pior é sua avaliação:

1. Em sua opinião, o número de profissionais da sua categoria é adequado para a assistência prestada?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Intenção de permanecer neste emprego no próximo ano

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Intenção em permanecer na sua profissão

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Em geral, como você descreve a qualidade do cuidado prestado no seu ambiente de trabalho?

Muito ruim	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito boa
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

5. Em média, qual o número de pacientes sob sua responsabilidade durante seu último plantão ou turno de trabalho? _____

6. Você trabalhou ou trabalha em locais/unidades de atendimento à pacientes com COVID-19?

Sim

Não

7. Você teve diagnóstico de COVID-19?

Sim

Não

8. Durante a pandemia, você teve algum afastamento?

Sim, pelo diagnóstico de COVID-19.

Sim, por outro motivo de saúde.

Não

<p>INSTRUÇÕES: Para as afirmações a seguir, por favor, assinale se você "discorda totalmente", "discorda", "não concorda nem discorda", "concorda" ou "concorda totalmente".</p> <p>Caso você queira alterar alguma resposta, preencha o quadrado que corresponde à sua nova opção e faça um círculo em volta dele.</p>	PREENCHIMENTO CORRETO					
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Discordo totalmente	Discordo	Não concorda nem discorda	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica
20. A gerência/ coordenação da minha unidade me ajuda a superar problemas que dificultam a prestação de cuidado seguro ao paciente.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Os erros têm levado a mudanças positivas em minha unidade/ setor.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. A equipe sente-se confortável para questionar as ações daqueles com maior autoridade quando a segurança do paciente está em risco.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Alertar a gerência/ coordenação da minha unidade sobre problemas com a segurança do paciente geralmente leva à discussão sobre o problema.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Na minha unidade, a gerência/ coordenação coloca a segurança em um nível mais elevado de importância do que o cumprimento do cronograma e da produtividade.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Eu tenho recebido treinamento adequado para abordar problemas relacionados à segurança do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Meu desempenho é avaliado de acordo com padrões de segurança definidos.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Na minha unidade, qualquer pessoa que intencionalmente viole os padrões ou regras de segurança é corrigida.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. A equipe manifesta-se com liberdade caso observe algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sempre que a pressão aumenta, a gerência/coordenação da minha unidade quer que trabalhe mais rápido, mesmo que isso implique em abreviar tarefas, o que pode afetar a segurança do paciente de forma negativa.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Na minha unidade, identificamos e resolvemos problemas de segurança antes que o incidente de fato ocorra.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Quando dedico algum tempo para notificar os problemas relacionados à segurança do paciente, há um seguimento apropriado.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Eu me sinto confortável em informar minhas preocupações em relação à segurança, sem medo de ser punido pela gerência/coordenação da minha unidade.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Nosso processo de investigação de acidentes e incidentes é efetivo na identificação das causas-raízes.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Violações dos procedimentos operacionais padrões são raras na minha unidade.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Na minha unidade, os problemas e erros relacionados à segurança do paciente são comunicados às pessoas certas para que o problema seja corrigido.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Seria considerado culpado se eu cometer um erro.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. As pessoas duvidarão das minhas habilidades se eu fizer perguntas.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Meus colegas de trabalho perderão o respeito por mim se eles souberem que cometi um erro.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: Cunha MRPD. Adaptação cultural e avaliação das propriedades de medida do instrumento Patient Safety Climate In Healthcare Organizations. Tese. Campinas: Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Enfermagem; 2017

Anexo 3: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CLIMA DE SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM TEMPO DE

Pesquisador: Edinéis de Brito Guirardello

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39037220.3.0000.5404

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.452.598

Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos apresentados para apreciação ética e das informações inseridas pelo Pesquisador Responsável do estudo na Plataforma Brasil.

"O clima de segurança é uma medida indireta da cultura de segurança da organização, avaliada por meio da percepção dos profissionais de saúde, pois possibilita conhecer os fatores que podem influenciar na qualidade da assistência. Objetivo: avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre o clima de segurança. Método: estudo quantitativo, transversal e descritivo, a ser realizado em uma instituição de ensino do interior do estado de São Paulo. Para a amostra, serão considerados os profissionais de saúde que exercem atividades assistenciais e gerenciais, com idades iguais ou superiores a 18 anos, independente do tempo de experiência na unidade. Como critério de exclusão serão considerados os profissionais ausentes por motivo de férias ou outras licenças. Para a coleta de dados, será utilizado o Instrumento Patient Safety Climate Healthcare Organizations, com a finalidade de avaliar a percepção dos profissionais sobre o clima de segurança e a ficha de caracterização pessoal e profissional, que serão disponibilizadas em formato eletrônico. A análise estatística será realizada pela porcentagem de respostas problemáticas. Será realizada análise da frequência absoluta e relativa para as variáveis classificadas como qualitativas e, média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo para as

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8938 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.402.590

variáveis classificadas como quantitativas. Resultados esperados: A avaliação da percepção do clima de segurança pelos profissionais possibilitará aos gestores das unidades adoção de estratégias, com base nas situações problemáticas para melhorar a cultura de segurança, que favoreça uma percepção positiva do clima de segurança."

Objetivo da Pesquisa:

"Geral

Avaliar a percepção dos profissionais de saúde: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, oficiais administrativos, médicos e médicos residentes, fisioterapeutas, farmacêuticos e técnicos em farmácia, sobre o clima de segurança no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp.

2.2 Específicos

Descrever o perfil dos profissionais e verificar se diferem entre unidades.

Mensurar a percepção dos profissionais sobre o clima de segurança e verificar se diferem entre categorias profissionais: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, oficiais administrativos, médicos e médicos residentes, fisioterapeutas, farmacêuticos e técnicos em farmácia."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Desconfortos e riscos:

Você não deve participar deste estudo se houver dúvidas quanto a coleta dos dados. Você terá direito a esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas que porventura venham lhe ocorrer acerca dos assuntos abordados na pesquisa, como também a garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que estará fornecendo ao pesquisador, sabendo de antemão que elas serão usadas com a finalidade única de divulgação e publicação científica, sempre garantindo sua privacidade. A pesquisa não apresenta riscos previsíveis.

Benefícios:

"Não haverá benefícios diretos desta pesquisa para os participantes."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

"Tamanho da Amostra no Brasil: 100."

"CRONOGRAMA

Submissão e avaliação do projeto pelo CEP 02/10/2020 06/10/2020

Coleta de dados 01/12/2020 30/04/2021

Revisão de Literatura 02/11/2020 30/09/2021

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8998 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.402.550

Redação do manuscrito e envio para publicação 02/08/2021 30/09/2021

Análise e discussão dos dados 01/04/2021 30/07/2021*

***EQUIPE:**

025.685.168-95 Ednéis de Brito Guirardello (pesquisadora responsável)

013.883.566-78 Mariana Vêo Nery de Jesus

013.883.566-78 Mariana Vêo Nery de Jesus

323.652.308-57 Marcia Raquel Panunto Dias Cunha

037.465.546-40 HELLEN MARIA DE LIMA GRAF FERNANDES

470.542.368-23 ALINE MARESSA DOS SANTOS RODRIGUES

029.139.346-25 Ana Paula Boaventura

220.059.738-07 ROBERTA NAZARIO AOKI

426.775.178-17 LILIAN CERONI VIEIRA

416.384.138-04 LETICIA FERNANDA DE LIMA.*

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está escrito em linguagem simples e direta. Provê as informações necessárias ao consentimento livre e esclarecido.

Recomendações:

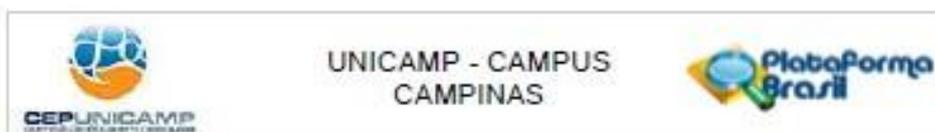
A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) orienta a adoção das diretrizes do Ministério da Saúde (MS) decorrentes da pandemia causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), com o objetivo de minimizar os potenciais riscos à saúde e a integridade dos participantes de pesquisas e pesquisadores.

De acordo com carta circular da CONEP intitulada "ORIENTAÇÕES PARA CONDUÇÃO DE PESQUISAS E ATIVIDADE DOS CEP DURANTE A PANDEMIA PROVOCADA PELO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19)" publicada em 09/05/2020, referente ao item II. "Orientações para Pesquisadores":

- Aconselha-se a adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa.

- Em observância às dificuldades operacionais decorrentes de todas as medidas impostas pela pandemia do SARS-CoV-2 (COVID-19), é necessário zelar pelo melhor interesse do participante da pesquisa, mantendo-o informado sobre as modificações do protocolo de pesquisa que possam

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8036 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.452.596

afetá-lo, principalmente se houver ajuste na condução do estudo, cronograma ou plano de trabalho.

- Caso sejam necessários a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, caberá aos investigadores a submissão de notificação para apreciação do Sistema CEP/Conep.

- Nos casos de ensaios clínicos, é permitida, excepcionalmente, a tramitação de emendas concomitantes à implementação de modificações/alterações no protocolo de pesquisa, visando à segurança do participante da pesquisa, assim como dos demais envolvidos no contexto da pesquisa, evitando-se, ainda, quando aplicável, a interrupção no tratamento dos participantes da pesquisa. Eventualmente, na necessidade de modificar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o pesquisador deverá proceder com o novo consentimento, o mais breve possível.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências da primeira versão foram devidamente atendidas. Não há pendências adicionais.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8938 Fax: (19)3521-7167 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



UNICAMP - CAMPUS
CAMPINAS



Continuação do Parecer: 4.402.590

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, Item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1641342.pdf	30/11/2020 23:14:04		Aceito
Outros	Declaracao_Diretoria_Clinica.pdf	30/11/2020 23:11:36	Edinéis de Brito Guirardello	Aceito
Outros	Declaracao_Residencia_Medica.pdf	30/11/2020 23:08:26	Edinéis de Brito Guirardello	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	30/11/2020 23:04:07	Edinéis de Brito Guirardello	Aceito
Outros	Declaracao_Servico_Farmacia.pdf	30/11/2020 23:03:20	Edinéis de Brito Guirardello	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-867
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8098 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.452.596

Outros	Declaracao_Fisioterapia.pdf	30/11/2020 23:02:59	Edinéis de Brito Gulrardello	Aceito
Outros	Instrumentos_Coleta_Dados.pdf	30/11/2020 22:46:18	Edinéis de Brito Gulrardello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/11/2020 22:45:40	Edinéis de Brito Gulrardello	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_CEP30112020.pdf	30/11/2020 22:45:09	Edinéis de Brito Gulrardello	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao.pdf	06/10/2020 12:55:47	Edinéis de Brito Gulrardello	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	06/10/2020 12:49:05	Edinéis de Brito Gulrardello	Aceito
Outros	Identidade_funcional.pdf	03/10/2020 14:35:19	Edinéis de Brito Gulrardello	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 10 de Dezembro de 2020

Assinado por:

Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-6936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

Anexo 4: Cartaz na modalidade em ambiente virtual via *Google Form*

Pesquisa Online



**CLIMA DE SEGURANÇA
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
EM TEMPO DE PANDEMIA**

**PÚBLICO ALVO: EQUIPE DE ENFERMAGEM, MÉDICOS,
RESIDENTES, FISIOTERAPEUTAS, FARMACÊUTICOS,
OFICIAIS ADMINISTRATIVOS E GESTORES**



**ACESSE
PELO QR CODE OU LINK:**

<https://forms.gle/4nDSAFw5hCAptTB7A>

**PESQUISADORAS: ALINE MARESSA, LETÍCIA LIMA,
LILIAN CERONI, CLAIRE NIERVA HERRERA
PROFª DRª EDINEÍS DE BRITO GUIRARDELLO
(GUIRAR@UNICAMP.BR)
FACULDADE DE ENFERMAGEM - UNICAMP**

Anexo 5: Convite em ambiente virtual via Google Form – formato utilizado

Pesquisa Online



Clima de segurança dos profissionais de saúde em tempo de pandemia

Prezados Profissionais,

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa, que tem por objetivo avaliar a percepção dos profissionais de saúde quanto ao clima de segurança do paciente.

Atenciosamente,

Profa Dra Edinêis de Brito Guirardello
Faculdade de Enfermagem - Unicamp

Anexo 6: Convite e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em ambiente virtual via Google Form – formato utilizado

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: Clima de segurança dos profissionais de saúde em tempo de pandemia
Pesquisadora responsável: Profa Dra Edinêis de Brito Guirardello
Número do CAAE: 39037220.3.0000.5404

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa. Este documento, denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora. Você poderá acessar de qualquer computador ou smartphone, no momento que achar mais pertinente. O convite ao profissional será feito uma única vez, e caso não concorde em participar da pesquisa, e-mails e convites online não serão mais disparados. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar a sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:
O clima de segurança é uma medida indireta da cultura de segurança da organização, avaliada por meio da percepção dos profissionais de saúde, pois possibilita conhecer os fatores que podem influenciar na qualidade da assistência. Diante da pandemia causada pelo vírus Sars-Cov-2, as instituições de saúde estão enfrentando muitos desafios que podem influenciar na percepção do clima de segurança pelos profissionais. O objetivo do estudo é avaliar a percepção dos profissionais de saúde quanto ao clima de segurança do paciente.

Procedimentos:
Participando do estudo você está sendo convidado(a) a: responder o instrumento Patient Safety Climate in Healthcare Organizations - versão brasileira, que aborda 38 questões sobre sua percepção quanto ao clima de segurança e, a ficha de caracterização pessoal e profissional, com informações sobre você e seu trabalho, disponibilizadas totalmente em

Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a leitura do TCLE sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar.

Para aceitar participar da pesquisa, você deverá clicar em "Concorda" firmando seu Consentimento de participação. Recomendamos que salve uma cópia deste termo de consentimento nos seus arquivos.

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Após leitura do TCLE, o(a) Sr(a) confirma seu Consentimento Livre e Esclarecido *
em participar nesta pesquisa

Concordo

Discordo

[Voltar](#)

[Próxima](#)

[Limpar formulário](#)

Anexo 7: Questionários em ambiente virtual via *Google Form* – formato utilizado

Dados pessoais e profissionais

Por favor, complete as seguintes informações. Lembre-se de que suas respostas são anônimas.

1. Eu sou: *

Diretor/Coordenador da unidade

Supervisor da unidade

Não ocupo nenhum dos cargos

2. Sexo: *

Feminino

Masculino

Prefiro não responder

3. Idade (em anos): *

Sua resposta _____

4. Minha função é: *

Médico

Residente

Patient Safety Climate in Healthcare Organization (PSCHO) - Versão Brasileira

Este conjunto de afirmativas corresponde às suas experiências relacionadas à segurança do paciente na sua unidade de trabalho e na sua instituição atualmente, salvo as observações em contrário.

Algumas afirmativas referem-se à "minha unidade". Médicos e outros prestadores de cuidados que não estão alocados em uma única unidade devem respondê-las com base nas experiências adquiridas por meio de seus serviços prestados, tais como assistência clínica ou cirúrgica. Todos os outros profissionais devem responder essas afirmativas segundo suas experiências na unidade de trabalho em que passam a maior parte do tempo, como em uma Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico ou Ambulatório.

DEFINIÇÃO: Segurança do Paciente - Ações para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem ser decorrentes do processo de prestação de cuidados de saúde.

INSTRUÇÕES: Para as afirmações a seguir, por favor, assinale se você "discorda totalmente", "discorda", "não concorda nem discorda", "concorda" ou "concorda totalmente".

1. Existe um bom fluxo de comunicação entre os níveis hierárquicos, ascendente e descendente, sobre os assuntos relacionados à segurança do paciente. *

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não se aplica

2. Tenho à minha disposição recursos adequados (pessoal, orçamento e equipamento) para prestar cuidado seguro ao paciente. *

- Discordo totalmente
- Discordo