

ARTIGO ORIGINAL



Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro de Terapia Intensiva de Hospital Terciário

Evaluation of the patient safety culture in the tertiary hospital intensive care center

Bárbara Frota Negreiros¹, Nathalia Alves Bruno², Patrícia Freire de Vasconcelos³, Sherida Karanini Paz de Oliveira⁴, Vanessa Emille Carvalho de Sousa Freire.⁵

1 Enfermeira, Graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil. **2** Enfermeira, Graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil. **3** Enfermeira, Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, CE, Brasil. **4** Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. **5** Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

Abstract

Objective: to evaluate the safety culture in an Intensive Care Center. **Method:** a cross-sectional study, carried out with 90 professionals who responded to the Self-administered Questionnaire on Safety Attitudes, from March to June 2018. **Results:** it was observed that the domain with the highest average was "Job satisfaction" (76,1), while the domain "Perception of unit and hospital management" showed the lowest average (49,9). The total average score was 64,89, which indicates that although there is a reasonable security climate, there is also a need for interventions to improve perceptions regarding hospital and unit management. **Conclusion:** the safety culture is borderline in the studied scenario and the management strategies need to be improved to improve the safety climate.

Descriptors: Nursing. Patient Safety. Intensive Care. Organizational Culture.

Resumo

Objetivo: avaliar a cultura de segurança em um Centro de Terapia Intensiva. **Método:** estudo transversal, realizado com 90 profissionais que responderam ao Questionário de Atitudes de Segurança, auto preenchível, no período de março a junho de 2018. **Resultados:** observou-se que o domínio com média mais elevada foi "Satisfação no trabalho" (76,1), enquanto o domínio "Percepção da gerência da unidade e do hospital" mostrou a menor média (49,9). O escore médio total foi de 64,89, o que indica que embora haja um clima de segurança razoável, há também a necessidade de intervenções para melhoria das percepções quanto à gerência hospitalar e da unidade. **Conclusão:** a cultura de segurança encontra-se limítrofe no cenário estudado e as estratégias de gestão precisam ser aprimoradas para a melhoria do clima de segurança.

Descritores: Enfermagem. Segurança do Paciente. Terapia Intensiva. Cultura Organizacional.

Autor

Correspondente:

Bárbara Frota
Negreiros.
E-mail:
barbarafnegreiros16
@gmail.com

**Não declarados
conflitos de
interesse**

Submissão

24/09/2018

Aprovação

17/12/2018

Como citar: Negreiros BF, Bruno NA, Vasconcelos PF, Oliveira SKP, Freire VECS. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro de Terapia Intensiva de Hospital Terciário. ReTEP [Internet] 2018 [citado em];10(4):12-20. Disponível em:

Introdução

As instituições de saúde esforçam-se continuamente para melhorar a qualidade na prestação do cuidado ofertado. Dessa forma, há reconhecimento crescente pelas organizações sobre a importância da cultura de segurança do paciente.⁽¹⁾

Cultura é um termo abstrato e complexo que aborda desde os aspectos acerca do aprendizado de uma população até aos aspectos epistemológicos e desenvolvimento da intelectualidade do ser humano. É observada como um fenômeno que ocorre no cotidiano e possui características que, mesmo sendo triviais, muitas vezes, passam despercebidas pelos sujeitos.⁽¹⁾

Os fenômenos organizacionais transitam pela cultura da organização, sendo valores e crenças intrínsecos, muitas vezes não percebidos, pelo clima manifestado em dado período de tempo e recebe a influência das lideranças e dos processos de mudança, internos e externos, experimentados⁽²⁾, enquanto que o clima organizacional trata-se da percepção que os trabalhadores desenvolvem sobre diferentes aspectos do seu ambiente de trabalho e é relevante para detectar os fatores reguladores e orientadores do comportamento humano dentro das organizações.

Utiliza-se a terminologia cultura de segurança do paciente referente aos valores e comportamentos dos membros de uma instituição e demonstra o nível de envolvimento institucional com a segurança de seus processos.⁽³⁾

É válido ressaltar que cultura de segurança é diferente de clima de segurança. O clima de segurança do paciente é definido como características mensuráveis da cultura organizacional, por meio de percepções e atitudes dos indivíduos, em determinado tempo.⁽⁴⁾ Já a segurança do paciente pode ser definida como o ato de evitar, prevenir e melhorar os eventos adversos e as lesões originadas no processo de atendimento médico hospitalar.⁽⁵⁾

Visto isso, percebe-se que os riscos para eventos adversos no cuidado em saúde existem em diferentes ambientes. Dentre esses diferentes ambientes, destaca-se a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que, por suas características, é considerada um cenário assistencial de alto risco⁽⁶⁾ por envolver muitos procedimentos e produzir um grande volume de informações. Além disso, é realizado por um número grande e variado de profissionais que, em face da gravidade dos pacientes, trabalha sob um forte estresse, por lidarem diretamente com situações de vida e morte em que as decisões devem ser tomadas rapidamente.⁽⁶⁾

Além disso, a ocorrência de eventos adversos na terapia intensiva representa um sério problema de saúde pública.⁽⁷⁾ Estima-se que um em cada dez pacientes no mundo é vítima desses eventos adversos evitáveis durante o período que necessita receber assistência e tratamento a sua enfermidade.⁽⁸⁾

Desta forma, estudos que mensuram o clima de segurança propiciam subsídios para reduzi-los e planejar estratégias para a segurança do paciente.⁽⁹⁾ Entretanto, muitas instituições de saúde não compreendem qual sua cultura ou clima de segurança do paciente e quais são seus maiores obstáculos neste aspecto.

Acredita-se que, por meio da compreensão destas informações, seria possível propor mudanças direcionadas para a melhoria dos serviços de saúde. Desta forma, o presente estudo se propõe a mensurar o clima de segurança do paciente em um CTI de Hospital Terciário.

Métodos

Estudo transversal, desenvolvido no CTI adulto de um Hospital Terciário de alta complexidade do Nordeste Brasileiro. As três Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto deste CTI tem 38 leitos com pacientes clínicos, cirúrgicos e neurocirúrgicos.

Os profissionais participantes deste estudo foram enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, terapeutas ocupacionais e técnicos/auxiliar de enfermagem.

Os profissionais farmacêutico, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, técnico em nutrição/radiologia/laboratório, administrativos e suporte ambiental são profissionais compartilhados entre

as três UTI, ou seja, sem individualização de unidade, o que dificultaria responder as perguntas sobre administração da unidade. Médicos residentes são rotativos mês a mês, assim, não os abordamos pelo mesmo motivo citado em relação às categorias anteriores. A chefia de enfermagem não foi abordada pois as perguntas do questionário sobre administração da unidade implicariam em respostas sobre sua própria gestão.

Diante disso, os critérios de inclusão foram: 1) estar na escala de trabalho do CTI; 2) carga horária mínima de 20h/semanais em sua UTI; e 3) ter tempo de serviço superior a um mês na sua UTI. A população do estudo foi constituída de 262 profissionais. Houve exclusão daqueles profissionais que se negaram a participar, os que estavam de férias, de licença saúde, os profissionais que não foram encontrados por incompatibilidade de horários, os que não devolveram o questionário respondido. Assim, a amostra do estudo foi de 90 participantes.

Foi entregue envelope com duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os participantes assinarem, uma cópia colorida do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) e um lápis 2B aos profissionais abordados. As orientações quanto ao preenchimento do questionário se deram verbalmente a todos aqueles que aceitaram participar da pesquisa.

O Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) foi traduzido do inglês e adaptação transcultural em 2006 para o Brasil⁽¹⁰⁾ e foi utilizado nesse estudo por se tratar de um instrumento confiável para se observar o clima e a cultura de segurança do paciente em ambiente hospitalar. Os seis domínios do instrumento estão divididos da seguinte forma: Clima de Trabalho em Equipe, Satisfação no Trabalho, Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital, Clima de Segurança, Condições de Trabalho e Percepção do Estresse.⁽¹⁰⁾

A aplicação dos questionários ocorreu entre março de 2018 e junho do mesmo ano. Os questionários eram entregues aos profissionais e estes preencheram no ato da abordagem ou em outro momento e eram recolhidos posteriormente. Neste período, foram contemplados turnos diurnos e noturnos, fins de semana, feriados e dias comuns.

Os dados foram tabulados em uma planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel* e os procedimentos de análise estatística foram realizados no software SPSS, versão 23.0. Foram realizados cálculos de frequências absoluta e relativa, medidas de tendência central (mínimo, máximo e desvio-padrão) e testes de associação. Utilizou-se o teste ANOVA para verificar diferenças nos escores do SAQ comparando os grupos quanto ao cargo e quanto ao tempo de atuação. O teste de Spearman foi utilizado para a análise das correlações entre as subescalas do SAQ, por ser o teste indicado quando se pretende medir o grau pelo qual duas variáveis tendem a mudar juntas, em uma relação monotônica, isto é, quando se considera que as variáveis tendem a mudar juntas, mas não necessariamente a uma taxa constante. Este teste também foi utilizado para comparar as pontuações obtidas nas questões do SAQ referentes à gerência da unidade e do hospital. O nível de significância adotado foi de 0,05.

Os dados foram coletados e autorização pelos participantes da pesquisa conforme aspectos éticos mencionados na Resolução nº 466/12 estabelecidas para pesquisas com seres humanos (11).

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética parecer nº 1.019.011 de 09/04/2015, certificado de aprovação para a consideração ética (CAAE) 31441814.9.3001.5040 da Plataforma Brasil.

Resultados

Dos 262 profissionais que trabalham na UTI, 90 (34,3%) participaram da pesquisa, dos quais 172 (65,7%) não participaram do estudo: 5 por motivo de recusa, 164 por não atenderem aos critérios de inclusão, 2 por licença saúde e 1 por licença sem remuneração.

Dentre os participantes, 78 (86,7%) eram do sexo feminino e 11 (12,2%) do sexo masculino, sendo 40 técnicos de enfermagem (44,4%), 30 enfermeiros (33,3%), 12 fisioterapeutas (13,3%), 6 médicos (6,7%) e 2 outros profissionais (2,2%). O tempo de trabalho médio em anos no setor foi de 4,7 anos, conforme demonstrado na tabela 1.

Quanto à percepção do clima de segurança, não houve associação estatisticamente significativa com cargo que a pessoa exercia e nem com o tempo de trabalho. Para tal, realizaram-se os testes de Pearson e Spearman para verificar conexões entre o tempo de atuação e a média final do SAQ. Assim como também não se observou associação estatística significativa para tempo de trabalho na unidade. Repetimos estes testes com cada subescala do SAQ mas, novamente, não houve associação significativa. Percebeu-se assim que a quantidade de tempo que se é trabalhado não interfere na qualidade do serviço que é oferecido.

Analisando resultados dos valores de média dos escores por domínio, observou-se que o domínio com média mais elevada foi "Satisfação no trabalho" (76,1), enquanto o domínio "Percepção da gerência da unidade e do hospital" mostrou a menor média (49,9).

No que diz respeito ao escore de média total (64,89), observou-se que há clima de segurança⁽¹⁰⁾, porém necessitando de intervenções com relação a gerência da unidade e hospitalar, conforme demonstrado na tabela 1. No entanto, escore abaixo de 60 significa um sinal de alerta e indicam a necessidade urgente de ações para implementação da cultura de segurança na instituição.⁽¹⁰⁾

Tabela 1 – Pontuações mínimas, máximas e médias das subescalas do SAQ (n=90).
Fortaleza, 2018.

Subescalas	Mínimo	Máximo	Média
Clima de trabalho em equipe	29,2	104,2	71,12
Clima de segurança	10,7	87,5	55,44
Satisfação no trabalho	0	100,0	76,10
Percepção do estresse	0	100,0	67,79
Percepção da gerência da unidade e do hospital	0	86,1	49,89
Condições de trabalho	8,3	100,0	61,89
Comportamentos seguros	8,3	100,0	72,01
Média total	16,4	87,2	64,89

Fonte: dados do estudo.

A tabela 2 mostra a associação significativa no teste de Spearman entre a subescala A e as subescalas B, C, E, F e G. Isso implica que quanto maior era o escore na subescala A, maior também nas outras subescalas, e vice-versa. Isso demonstra que a validade da escala utilizada.

Tabela 2 – Correlações entre as subescalas do SAQ (n=90). Fortaleza, 2018.

Clima de trabalho em equipe		
Clima de trabalho em equipe (subescala A)	Coef.	-
	Valor p	-
Clima de segurança (subescala B)	Coef.	0,420
	Valor p	0,000
Satisfação no trabalho (subescala C)	Coef.	0,424
	Valor p	0,000
Percepção do estresse (subescala D)	Coef.	0,117

	Valor p	0,271
Percepção da gerência da unidade e do hospital (subescala E)	Coef.	0,214
	Valor p	0,043
Condições de trabalho (subescala F)	Coef.	0,409
	Valor p	0,000
Comportamentos seguros (subescala G)	Coef.	0,473
	Valor p	0,000

Fonte: dados do estudo.

*O valor p corresponde à significância no teste de Spearman. Valores <0,05 são considerados significantes.

Já na tabela 3, todas as análises foram significativas. A tabela 4 contém variáveis relacionadas à gerência da unidade e gerência do hospital, onde (a) refere-se à gerência da unidade e (b) refere-se à gerência do hospital. Isso significa que sempre que o profissional emita uma opinião positiva ou negativa sobre a gerência da unidade, isso também ocorria com a gerência do hospital, ou seja, os dois tipos de gerência estão sendo percebidos de forma similar pelos entrevistados.

Tabela 3 – Correlações entre as perguntas do SAQ que foram realizadas considerando- se a gerência da unidade (a) e a gerência do hospital (b) (n=90). Fortaleza, 2018.

		Q24b
Q24.a Administração apoia meus esforços diários:	Coef.	0,336*
	Valor p	0,004
		Q25b
Q 25.a Administração não compromete conscientemente a segurança do paciente:	Coef.	0,454*
	Valor p	0,000
		Q26b
Q26.a Administração está fazendo um bom trabalho:	Coef.	0,516*
	Valor p	0,000
		Q27b
Q27.a Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa:	Coef.	0,642*
	Valor p	0,000
		Q28b
Q28.a Recebo informações	Coef.	0,505*

adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): Valor p

0,000

Fonte: dados do estudo.

*Teste de Spearman. Valores <0,05 são considerados significantes.

Discussão

O instrumento foi aplicado a 90 profissionais, em que 79 (87,8%) foram mulheres. Isso é justificado pelo fato de que algumas categorias profissionais da área da saúde ainda têm como predominância as mulheres como, por exemplo, a equipe de enfermagem, que apresentou 64 (71,1%) participantes femininas. Um estudo sociodemográfico, que teve embasamento os inscritos no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) de 2015, aponta que a equipe de enfermagem é predominantemente feminina (85,1%)⁽¹²⁾, podendo a feminização da saúde pode ser relacionada ao fato de serem atividades que caracterizam a extensão das responsabilidades historicamente atribuídas às mulheres, como o cuidado aos enfermos.⁽¹³⁾

A categoria médica foi a que menos preencheu o questionário, pois os profissionais admitidos por concurso público não preencheram um dos critérios de inclusão do estudo: carga horária de 20h/semanais; os cooperados dificilmente apresentavam-se no serviço, contemplando esta carga horária. Esse dado nos alerta para a seguinte reflexão: será que com uma carga horária tão reduzida, os profissionais conseguem se engajar no processo de trabalho? Estudos futuros são necessários para avaliar tal situação.

Ademais, outros estudos já evidenciam menor aceitação em responder o SAQ por esta categoria⁽¹⁴⁾, o que não foi diferente neste estudo. Pode-se inferir que tal situação se deva ao fato de que a categoria médica entenda que esse tipo de instrumento não tem capacidade de produzir a real efetividade na segurança do paciente, como foi relatado pelos profissionais médicos abordados. Ao analisar as respostas obtidas, vimos que os profissionais apresentaram média de 71,12 para Clima de Trabalho em Equipe. Ou seja, há uma percepção de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade no cotidiano do serviço. No entanto, o quesito Clima de Segurança foi avaliado com média de 55,44.

Há uma consciência coletiva quando se fala em Clima de Trabalho em Equipe, porém a confiança, a percepção de segurança dentro desta pluralidade disciplinar encontra-se algo prejudicada. Isto pode ser ocasionado por ser um fator real a rotatividade de profissionais, que são maioria cooperados, assim, o vínculo dos profissionais pode ser abalado e, a cada nova contratação, há, também, novo período de readaptação entre equipes.

Apesar desses profissionais expressarem média de 67,78 de Percepção de Estresse e de 61,89 das Condições de Trabalho, a Satisfação com o Trabalho superou esses domínios e ficou com média de 76,09. Isso pode ocorrer pelo fato de o CTI ser um setor hospitalar com bom suporte tecnológico, dimensionamento de pessoal mais próximo ao adequado, multidisciplinaridade profissional especializada e protocolos instituídos.

Sendo o quantitativo de profissionais da equipe de enfermagem o maior em um CTI, a percepção destes profissionais em estudos multiprofissionais causa impacto importante nos estudos. Em pesquisa desenvolvida com trabalhadores de enfermagem de uma UTI de um Hospital Universitário do Sul do país mostrou-se que o trabalho quando é desenvolvido em equipe proporciona sentimentos de satisfação.⁽¹⁵⁾

Apesar deste estudo ser multiprofissional, a população de médicos é a segunda maior população do CTI e, de acordo com o primeiro estudo brasileiro com médicos intensivistas, revela que em sua maioria, os médicos que trabalham em UTI estavam satisfeitos com os rumos profissionais e pessoais de suas vidas. A satisfação profissional e a satisfação pessoal estiveram positivamente correlacionadas.⁽¹⁶⁾

Outro estudo, no Nordeste brasileiro apresentou relato de profissionais da saúde onde as limitações de recursos e a baixa valorização salarial interferem na satisfação profissional.⁽¹⁷⁾

Quando o profissional é satisfeito com seu trabalho, torna-se menor o número de eventos adversos e erros. Talvez por isso, a média do domínio Comportamentos Seguros tenha sido de 72,00. A percepção da gerência da unidade e do hospital alarma uma necessidade de mudança pois, com média de 49,89, ela foi percebida com baixa atuação pelos profissionais.

Os fatores de estresse dentro de um ambiente de terapia intensiva podem variar. Em um hospital terciário e universitário, como o desta pesquisa, os pacientes são de alta complexidade e, conseqüentemente, hemodinamicamente instáveis, o que exige maior domínio e propriedade de conhecimento dos profissionais, maior habilidade e agilidade, consomem mais atenção e responsabilidades. Há, também, as pressões internas, que geram cobranças.⁽¹⁸⁾

No que diz respeito à percepção da gerência, nem sempre os profissionais assistenciais possuem experiência administrativa e gerencial. Isso pode causar expectativa de *feedback* positivo, atenção, percepção, reconhecimento e valorização de seu trabalho. No entanto, os cargos administrativos e gerenciais podem ser sobrecarregados de burocracias que distanciam os coordenadores e gestores dos profissionais assistenciais. Assim, pode-se criar esta lacuna da compreensão de gestão ineficiente.

Em São Paulo, estudo realizado apenas com enfermeiros de clínicas médicas e cirúrgicas, identificou que o domínio Percepção da Gerência do hospital e da unidade, para todos os profissionais, incluindo os enfermeiros gerentes, apresentou o menor escore e a percepção desses profissionais sobre a gerência hospitalar indica a distância entre a equipe de enfermagem e os superiores hierárquicos no que se refere ao diálogo sobre as questões de segurança do paciente.⁽¹⁹⁾

Desta forma, é importante que o gestor identifique os elementos que precisam ser qualificados para agregar ações com o intuito de melhorar essas pontuações, uma vez que uma mudança de cultura está embutida em resultados satisfatórios em todas as áreas.⁽²⁰⁾

Mesmo o presente estudo sendo multiprofissional e coletado em um CTI, a falta de diálogo relacionada a segurança do paciente pode ser viés para o escore baixo visto no domínio referente à percepção da gerência e da unidade.

É preciso mais estudos sobre mensuração de clima de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva para promover reflexões frente às atitudes gerenciais e que esses gerentes se apropriem de ferramentas de gestão em prol da melhoria da qualidade da segurança do paciente.

Com relação ao papel do líder no processo de iniciação e implantação da cultura de segurança, propõe-se que este deverá conduzir os liderados por meio da comunicação efetiva, da promoção do desenvolvimento profissional, através de capacitações, do incentivo às práticas seguras e da realização do *feedback* a partir da análise dos eventos.⁽²¹⁾

Uma possível tendência como abordagem gerencial em formato de oficinas de engajamento profissional, onde a educação permanente não foque apenas em capacitações técnico científicas, mas também aborde inclusive com os gestores temas sobre empatia e desenvolvimento humano. O estímulo à cultura de segurança do paciente e à implantação de metas que objetivem a prevenção de eventos adversos são imprescindíveis para a melhoria dos sistemas de saúde.⁽²²⁾

Houve dificuldade quanto à disponibilidade pelos profissionais para responder ao questionário. Relataram falta de tempo para preencher, mesmo quando sugeríamos o preenchimento fora do horário de serviço e a posterior entrega. Envelopes foram devolvidos em branco ou mal preenchidos, o que influenciou o quantitativo da amostra, configurando uma limitação do estudo.

Conclusão

Este estudo avaliou a necessidade de estratégias de intervenção para melhorar o clima de segurança do paciente neste centro de terapia intensiva. A partir disso, possibilitou o conhecimento a respeito da cultura de segurança do paciente.

Os resultados revelam que o escore referente a satisfação no trabalho destaca-se como ponto positivo na unidade, mostrando que se há satisfação no trabalho, irá propiciar um melhor clima de segurança para o paciente. Já o que refere a gerencia hospitalar e da unidade, é visto como um ponto deficiente, assim vindo a necessidade de intervenção para melhoria deste quesito a fim de que se desenvolva uma cultura de segurança do paciente.

Com isso, vê-se a importância de um maior investimento em estudos e estratégias gerenciais a fim de trazer melhorias para a segurança do paciente.

Referências

1. Matos JC, Rodrigues MCS, Borges MS et al. Cultura de segurança do paciente no cuidado em saúde: análise reflexiva. Rev enferm UFPE on line. 2016;10a(6):2223-9. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.6884-59404-2-SM-1.1002sup201626>
2. Santiago THR, Turrini RNT. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(Esp):123. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>
3. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. BMJ Qual Safety. 2011;20(4):338-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040964>
4. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012;20(3):[8 telas].
5. Matiello RDC, Lima EFA, Coelho MCR, Oliveira ERA, Leite FMC, Primo CC. Patient safety culture from the perspective of nurses. Cogitare Enferm. 2016;21(esp):1-9.
6. Costa DVS, Fragoso LVC, Queiroz PA de et al. Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. Rev Enferm UFPE on line. 2016;10a(6):2177-88.
7. Roque KE, Tonini T, Melo ECP. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. Cad. Saúde Pública. 2016;32(10):e00081815. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00081815>.
8. Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition [Internet]. Geneva: WHO; 2011 Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44641/1/9789241501958_eng.pdf.
9. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. Texto Contexto Enferm. 2016;25(2):e1610015.
10. Carvalho REFL. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança [tese]. Ribeirão Preto (SP) Universidade de São Paulo; 2011.
11. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.
12. Machado MH, Aguiar Filho W, Lacerda WF et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico Enferm. Foco. 2016;7(esp): 9-14.
13. Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, Oliveira ES, Moysés NMN. A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. Rev Divulga Saúde Debate. 2010;45:54-70.
14. Carvalho REFL. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança. Ribeirão Preto, 2011. 158: II,30 cm Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, 2011.
15. Moraes MP, Martins JT, Galdino MJQ, Robazzi ML do CC, Trevisan GB. Satisfação no trabalho de enfermeiros em um hospital universitário. Rev Enferm UFSM. 2016;6(1):1-9.
16. Junior APN, Azevedo LC. Fatores associados à satisfação profissional e pessoal em intensivistas adultos brasileiros. Rev Bras Ter Intensiva. 2016;28(2):107-13.

17. Barros ERS, Ellery AEL. Colaboração interprofissional em uma Unidade de Terapia Intensiva: desafios e possibilidades. Rev Rene. 2016;17(1):10-9.
18. Martins CCF, Dantas MSP, Marinho FP et al. Agentes estressores na terapia intensiva: visão dos profissionais de enfermagem Rev Enferm UFPE on line. 2014;8(10):3386-91.
19. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2012; 25(5):728-35.
20. Toso GL, Golle L, Magnago TSBS, Herr GEG, Loro MM, Aozane F. et al. Cultura de segurança do paciente em hospitais na perspectiva da enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(4):e58662.
21. Reis GAX dos, Hayakawa LY, Murasaki ACY, Matsuda LM, Gabriel CS, Oliveira MLF. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. Texto Contexto Enferm. 2017;26(2).
22. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2018;27(3).