

Atitudes dos profissionais de enfermagem a respeito da segurança relacionada à assistência**Nursing professionals' attitudes of safety related care****Actitudes de los profesionales de enfermería sobre la seguridad relacionada con la asistencia**

Recebido: 06/10/2015
Aprovado: 23/03/2016
Publicado: 01/05/2016

Karine Clemente Nazário¹
Renata Cristina Gasparino²

O objetivo do estudo foi identificar as atitudes de segurança da equipe de enfermagem relacionadas à assistência. Estudo descritivo, transversal, realizado com 105 profissionais de enfermagem. Para a coleta de dados foi utilizada uma ficha para caracterização da amostra e o Questionário Atitudes de Segurança, que considera como escore mínimo aceitável o valor de 75 pontos em cada domínio. Foram obtidas as seguintes pontuações: clima de trabalho em equipe (65,8), clima de segurança (61,8), satisfação no trabalho (74,8), percepção do estresse (67,5), percepção da gestão da unidade (52,9), percepção da gestão do hospital (54,2), condições de trabalho (58,0) e comportamento seguro (67,2). Os participantes da pesquisa não demonstraram atitudes de segurança frente à assistência ao paciente. O estudo contribuiu para a identificação de fragilidades que podem subsidiar o planejamento e desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente.

Descritores: Segurança do paciente; Percepção; Cultura; Enfermagem.

The study's objective was to identify the safety attitudes of nursing staff-related assistance. Descriptive cross-sectional study, carried out with 105 nursing professionals. For data collection a card was used to characterize the sample and the Safety Attitudes Questionnaire, which it regards as acceptable minimum score value of 75 points for each area. The following scores were obtained: teamwork climate (65.8), safety climate (61.8), job satisfaction (74.8), stress recognition (67.5), perception of the unity of management (52.9), perception of hospital management (54.2), working conditions (58.0) and safe behavior (67.2). Survey participants did not show front safety attitudes care that the patient. The study helped identify weaknesses that may contribute to the planning and development of strategies for patient safety.

Descriptors: Patient safety; Perception; Culture; Nursing.

El objetivo del estudio fue identificar las actitudes de seguridad del equipo de enfermería relacionadas con la asistencia. Estudio descriptivo, transversal, hecho con 105 profesionales de enfermería. Para la recolección de datos se utilizó una tarjeta para caracterización de la muestra y el Cuestionario de Actitudes de Seguridad, que considera el valor de puntaje mínimo aceptable de 75 puntos para cada área. Las siguientes puntuaciones fueron obtenidas: ambiente de trabajo en equipo (65,8), clima de seguridad (61,8), satisfacción en el trabajo (74,8), estrés percibido (67,5), percepción de la unidad de gestión (52,9), percepción de la gestión hospitalaria (54,2), condiciones de trabajo (58,0) y, comportamiento seguro (67,2). Los participantes de la encuesta no mostraron actitudes de seguridad frente a la asistencia al paciente. El estudio contribuyó para la identificación de las debilidades que pueden apoyar a la planificación y desarrollo de estrategias para la seguridad del paciente.

Descriptores: Seguridad del paciente; Percepción; Cultura; Enfermería.

¹ Enfermeira. karine.clemente@hotmail.com. Brasil.

² Enfermeira. MBA Executivo em Saúde. Mestre em Enfermagem. Doutora em Ciências da Saúde. Gerente Assistencial e Responsável Técnica do Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí. Professora Adjunta da Faculdade de Medicina de Jundiaí. regasparino@yahoo.com.br. Brasil.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a situação é agravada por uma série de questões estruturais, políticas, econômicas e culturais que devem ser superadas para manter e melhorar os ambientes de cuidado¹. Diante deste cenário, o tema Segurança do Paciente tem se tornado um desafio mundial e vem sendo cada vez mais estudado².

Em 1999, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América publicou o primeiro relatório alarmante sobre segurança do paciente, denominado *To Err is Human: building a safer health system*, demonstrando a ocorrência de 44 a 98 mil mortes anuais causadas por erros relacionados à assistência e por isso, nas últimas décadas, a preocupação com a segurança do paciente tornou-se assunto prioritário na área da saúde³.

Com o intuito de sensibilizar e conscientizar a população e os profissionais de saúde, em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com vistas a diminuir os riscos e minimizar os eventos adversos, criando programas e diretrizes em busca de soluções que promovam a mudança da realidade no cenário mundial. Para a OMS, segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de danos associados ao cuidado à saúde^{3,4}.

Em Novembro de 2005, em Concepción, no Chile, foi criada a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, a partir de reuniões promovidas pelo Programa de Enfermagem da Unidade dos Recursos Humanos para a Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde. Foram analisadas nessas reuniões as prioridades e as tendências no desenvolvimento da enfermagem na área de segurança do paciente, surgindo então a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP)⁵.

Em 2008, em São Paulo, a REBRAENSP foi formalmente constituída por enfermeiros, como meio de divulgar os conhecimentos e esforços da enfermagem, comprometida com o

desenvolvimento permanente desta área no Brasil, tendo como finalidade promover a articulação e a cooperação técnica com as instituições de saúde e a educação de profissionais da área, fortalecendo a assistência de enfermagem e desenvolvendo programas conforme a necessidade de cada estado ou município brasileiro^{5,6}.

Em 2010, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), deflagrou uma grande campanha pela segurança do paciente focalizando o olhar para as práticas cotidianas, com o intuito de identificar as falhas nos processos possíveis de gerar erros. Assim, a Câmara Técnica do COREN-SP junto aos membros do Polo São Paulo da REBRAENSP, elaboraram a cartilha “10 passos para a Segurança do Paciente”, que teria impacto direto na prática assistencial da enfermagem⁵.

Em 2013, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente que tem como objetivo geral, contribuir para a qualificação do cuidado, em todos os estabelecimentos de saúde no território nacional, seja ele público ou privado, militar ou filantrópico. Em julho do mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Resolução nº 36 instituiu ações para a melhoria da qualidade da assistência por meio da promoção de um clima que garanta a segurança do paciente^{4,7,8}.

Diante do exposto e com o intuito de fornecer subsídios para que os gestores possam lançar mão de estratégias que sensibilizem a equipe para o tema e assegure a melhoria da qualidade da assistência, o objetivo do presente estudo foi identificar as atitudes de segurança da equipe de enfermagem relacionadas à assistência ao paciente.

MÉTODO

Estudo descritivo e transversal, realizado em um hospital privado sem fins lucrativos do interior do estado de São Paulo, que é referência para o atendimento da população

local e de mais oito municípios da região, com 238 leitos em diversas especialidades clínicas e cirúrgicas.

Para o cálculo amostral, adotou-se um erro amostral de 9% e um nível de confiança de 95%, totalizando uma amostra de 105 profissionais. Como critérios de inclusão foram considerados: ser enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e possuir mais de três meses de trabalho na instituição.

Como instrumentos de coleta foram utilizados uma ficha para caracterização da amostra composta por 13 itens distribuídos em duas categorias: dados pessoais (idade, sexo, estado civil) e dados profissionais (função na instituição, ano de conclusão do curso na atual função, tempo de experiência na atual função, formação profissional, unidade/setor de trabalho, turno de trabalho, média de pacientes por turno, tempo de trabalho na instituição, tempo de trabalho na unidade e a existência de outro vínculo empregatício) e o Questionário de Atitudes de Segurança – Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), adaptado e validado para a cultura brasileira, composto por 41 itens distribuídos em sete domínios: clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção do estresse, percepção da gestão da unidade, percepção da gestão do hospital, condições de trabalho (itens 30 a 32) e comportamento seguro^{8,9}.

As opções de respostas para cada item se dão por uma escala tipo Likert com cinco pontos, onde A - discorda totalmente, B - discorda parcialmente, C - neutro, D - concorda parcialmente, E - concorda totalmente e X - não se aplica. As pontuações acima de 75 indicam a percepção de um ambiente seguro para o paciente. O escore final é calculado pela média das respostas dos sujeitos para cada domínio, onde A=0, B=25, C=50, D=75 e E=100. As respostas X devem ser excluídas do cálculo. As questões 2, 11 e 36 possuem escores inversos. Os itens de 24 a 28 se repetem diferenciando-se na avaliação da gestão da unidade e do hospital^{8,9}.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro de 2015 e os profissionais foram abordados em seu local de trabalho, em momentos que se encontravam disponíveis para a explicação do objetivo da pesquisa. Sendo assim, os instrumentos foram entregues aos responsáveis pelos setores para a distribuição aos integrantes da equipe ou diretamente aos colaboradores, para serem respondidos e devolvidos posteriormente, diretamente à pesquisadora, em datas combinadas. Para cada participante foi entregue um envelope, contendo duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma cópia do instrumento do SAQ e uma cópia da ficha de caracterização.

Após a coleta, os dados foram inseridos em um banco de dados (Programa Excel for Windows Microsoft®) e submetidos à análise descritiva para a obtenção das medidas de frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão das variáveis contínuas. Para a verificação da confiabilidade das subescalas foi utilizada a consistência interna, por meio do cálculo do alfa de Cronbach, onde valores acima de 0,70 foram considerados satisfatórios¹⁰.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa, obtendo parecer favorável registrado sob número 609.396 em 09 de abril de 2014. A pesquisa respeitou todos os requisitos estabelecidos pela Resolução CNS nº 466/12.

RESULTADOS

No presente estudo, participaram 105 profissionais de enfermagem sendo que as maiores frequências foram de pessoas do sexo feminino 90 (85,7%), auxiliares de enfermagem 48 (45,7%), casadas 44 (41,9%), com formação de técnico de enfermagem 47 (44,8%), trabalhavam nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) 39 (37,1%), no período noturno 47 (44,8%), não possuíam outro vínculo empregatício (68,6%) como na Tabela 1.

A média de idade dos profissionais foi de 34,2 anos (dp=8,7), de tempo de trabalho na unidade e na instituição, 3,2 anos (dp=3,4) e 6,3 anos (dp=6,2;), respectivamente e, o número de pacientes sob responsabilidade do profissional foi de 8,7 (dp=8,8) por turno.

Tabela 1. Perfil dos profissionais de enfermagem, São Paulo, 2015.

| Variáveis | n | % |
|----------------------------------|----|------|
| Estado civil | | |
| Casado | 44 | 40,9 |
| Solteiro | 42 | 40,0 |
| Divorciado | 08 | 7,6 |
| Separado | 04 | 3,8 |
| Viúvo | 02 | 1,9 |
| Outros | 05 | 4,8 |
| Função na instituição | | |
| Auxiliar de enfermagem | 48 | 45,7 |
| Técnico de enfermagem | 27 | 25,7 |
| Enfermeiro | 30 | 28,6 |
| Formação profissional | | |
| Auxiliar de enfermagem | 21 | 20,0 |
| Técnico em enfermagem | 47 | 44,8 |
| Graduação em Enfermagem | 12 | 11,4 |
| Pós-graduação | 25 | 23,8 |
| Setor/Unidade de Trabalho | | |
| UTI | 39 | 37,1 |
| Clínicas cirúrgicas | 32 | 30,5 |
| Clínicas médicas | 26 | 24,8 |
| Pronto socorro | 08 | 7,6 |
| Turno de Trabalho | | |
| Manhã | 12 | 11,4 |
| Tarde | 03 | 2,9 |
| Noite | 47 | 44,8 |
| 12h Diurno | 27 | 25,7 |
| Outros | 16 | 15,2 |

Na Tabela 2, estão apresentadas as médias, desvio padrão (dp) e alfa de Cronbach para cada um dos domínios.

Na Tabela 3 estão apresentadas as médias e desvio padrão dos itens pertencentes a cada domínio.

Tabela 2. Média das respostas por domínios, São Paulo, 2015.

| Domínios | Média | dp | Alfa |
|---------------------------------|-------|------|------|
| Satisfação no trabalho | 74,8 | 20,4 | 0,79 |
| Percepção do estresse | 67,5 | 24,4 | 0,89 |
| Comportamento seguro | 67,2 | 25,0 | 0,80 |
| Clima de trabalho em equipe | 65,8 | 18,8 | 0,80 |
| Clima de segurança | 61,8 | 17,8 | 0,79 |
| Condições de trabalho | 58,0 | 28,9 | 0,78 |
| Percepção da gestão do hospital | 54,2 | 20,9 | 0,78 |
| Percepção da gestão da unidade | 52,9 | 22,4 | 0,79 |

Tabela 3. Distribuição das medias dos itens por domínios do SAQ, São Paulo, 2015.

| | Questões | Média | dp* |
|-----------------------------|---|-------|------|
| Satisfação no trabalho | Eu gosto do meu trabalho | 86,0 | 25,0 |
| | Eu me orgulho de trabalhar nesta área | 85,5 | 26,8 |
| | Este é um bom lugar para trabalhar | 79,3 | 24,6 |
| | Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família | 68,9 | 32,4 |
| | O moral nesta área é alto | 53,6 | 32,9 |
| Percepção do estresse | Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado | 76,9 | 27,9 |
| | Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a) | 70,5 | 33,0 |
| | Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis | 61,7 | 34,4 |
| | O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorrespiratória, convulsões) | 61,0 | 34,1 |
| Comportamento seguro | Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área | 72,6 | 27,0 |
| | Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área | 63,8 | 29,0 |
| | Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área | 65,2 | 28,7 |
| | Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns | 40,3 | 32,3 |
| Clima de trabalho em equipe | É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem | 76,4 | 28,1 |
| | As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área | 72,0 | 25,8 |
| | Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes | 70,0 | 32,0 |
| | Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado | 68,5 | 30,0 |
| | Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada | 59,7 | 32,1 |
| | Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente | 48,3 | 34,3 |
| | | | |
| Clima de Segurança | Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas a segurança do paciente nesta área | 75,0 | 25,5 |
| | Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente | 69,2 | 30,4 |
| | Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente | 67,1 | 31,8 |
| | Erros são tratados de maneira apropriada nesta área | 62,7 | 35,5 |
| | A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros | 59,1 | 33,6 |
| | Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho | 51,2 | 30,4 |
| | Nesta área, é difícil discutir sobre erros | 48,1 | 31,5 |
| Condições de trabalho | Toda informação necessária para informações diagnosticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim | 59,3 | 32,9 |
| | Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe | 58,7 | 34,4 |
| | Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados | 56,6 | 34,1 |

| | | | |
|--|--|------|------|
| Percepção da gestão da unidade e do hospital | A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente: (Unidade) | 60,3 | 30,3 |
| | Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar o meu trabalho: (Unidade) | 57,5 | 33,5 |
| | A administração está fazendo um bom trabalho: (Unidade) | 55,0 | 31,0 |
| | Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva pela nossa administração: (Unidade) | 54,3 | 32,0 |
| | A administração apoia meus esforços diários: (Unidade) | 47,4 | 34,5 |
| | Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais é suficiente para lidar com o número de pacientes. | 44,0 | 37,3 |
| | Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração | 53,5 | 30,4 |
| | Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar o meu trabalho: (Hospital) | 61,8 | 29,6 |
| | A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente: (Hospital) | 59,3 | 29,8 |
| | A administração está fazendo um bom trabalho: (Hospital) | 54,8 | 32,4 |
| | Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva pela nossa administração: (Hospital) | 50,7 | 33,3 |
| | A administração apoia meus esforços diários: (Hospital) | 46,6 | 33,2 |

*Desvio padrão

DISCUSSÃO

Os resultados permitiram observar que a maioria da amostra foi composta por mulheres casadas o que coincide com o perfil da enfermagem onde há um predomínio do sexo feminino em todas as regiões brasileiras¹¹.

Apesar da maioria dos participantes possuírem formação técnica, continua atuando como auxiliar de enfermagem, fato que permite inferir que houve um aumento do grau de escolaridade da enfermagem brasileira, porém o investimento financeiro necessário à contratação desses profissionais ainda é um desafio a ser enfrentado pelas instituições que trabalham com recursos financeiros escassos, o que dificulta a melhoria do serviço prestado^{11,12}.

O maior número de profissionais lotado em UTI também foi encontrado por outros estudos¹³ devido ao fato destas unidades contar com pacientes com grau de complexidade mais elevado e, por isso, terem o amparo de legislações que determinam um mínimo de quantitativo de pessoal necessário para a prestação de uma assistência de enfermagem segura e com qualidade^{14,15}.

Relevante destacar que apesar de que a enfermagem seja uma profissão mal remunerada e que por isso, exige do

profissional dupla jornada de trabalho¹⁶, a maioria da amostra não possui outro vínculo empregatício.

O tempo médio de trabalho na unidade e na instituição foi menor quando comparado aos outros estudos^{8,9,17,18}. Outrossim, se verifica que quanto maior o tempo de trabalho na instituição, melhor a percepção do profissional quanto à segurança do paciente, pois ele pode perceber as mudanças e melhorias no ambiente⁸.

A média de pacientes por profissional não se diferenciou da média encontrada em outro estudo¹. O número de pacientes sob responsabilidade de um determinado profissional possui relação direta com a segurança do paciente, o aumento do número de pacientes por profissionais aumenta a incidência de eventos adversos. Uma equipe de enfermagem adequadamente dimensionada traz um custo significativo à instituição, porém os resultados encontrados em detrimento desse subdimensionamento, como aumento do tempo de permanência do paciente, o aumento dos eventos adversos e o aumento da morbimortalidade também acarretam custos extremamente significativos às instituições¹⁹.

O domínio satisfação no trabalho obteve o maior escore no presente estudo e foi o único

que mais se aproximou da pontuação mínima considerada adequada para a obtenção de um clima de segurança. Esse achado corrobora o com outras pesquisas^{8,17} e é considerado um aspecto positivo, pois profissionais satisfeitos tendem a prestar melhor assistência e a colaborar na construção de um ambiente de trabalho mais seguro, com menores taxas de ocorrência de eventos adversos.

Dentro deste domínio, três dos cinco itens obtiveram valores acima de 75: “Eu gosto do meu trabalho”, “Eu me orgulho de trabalhar nesta área” e “Este é um bom lugar para se trabalhar”. Entretanto, os profissionais não se sentem extremamente acolhidos e julgam uma fragilidade na conduta moral dos membros com os quais trabalham.

Ao comparar o domínio percepção do estresse notou-se que a média encontrada foi maior do que outras pesquisas^{8,17}, demonstrando que os participantes deste estudo possuem uma melhor percepção de que o estresse influencia negativamente no clima de segurança que permeia a assistência.

Neste domínio, a questão com maior média estava relacionada à excessiva carga de trabalho, identificando que os participantes reconhecem que a sobrecarga é um fator de influência negativa na segurança do paciente.

Os domínios clima de trabalho em equipe e clima de segurança apresentaram médias próximas a de outras pesquisas^{1,9} que também não atingiram a pontuação mínima determinada pelo instrumento. Notou-se que somente um item, em cada um dos domínios, apresentou score acima de 75: “É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem” e “Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área”. Porém, percebeu-se que a falta de respaldo na resolução de problemas e a maneira como a ocorrência de eventos está sendo conduzida ainda são desafios a serem enfrentados pelos gestores da instituição.

No domínio condições de trabalho, que apresentou um dos menores escores, os participantes destacaram a comunicação precária e a falta de acompanhamento adequado quando foram admitidos na instituição. No que se referem aos treinamentos, semelhantes resultados foram encontrados por outros autores¹. A aquisição de novos conhecimentos tem uma relação direta com bons resultados como melhor produtividade e melhor qualidade de trabalho²⁰.

Na análise do domínio percepção da gestão em relação à unidade, notou-se o menor score do estudo, o que corrobora resultados de outras investigações^{1,8,9} que identificaram a necessidade de comprometimento da instituição com a segurança do paciente e a fragilidade da gestão, uma vez que este domínio reflete o quanto os profissionais concordam com as ações da gestão da unidade e do hospital em relação a segurança do paciente. Os participantes apontaram a falta de profissionais para se desenvolver um bom trabalho, a falta de divulgação de informação sobre eventos que possam afetar o trabalho e a condução não construtiva de “profissionais problemáticos”.

Ao analisar o domínio comportamento seguro, notou-se que nenhum item alcançou o score mínimo, demonstrando que a comunicação e o relacionamento interpessoal são aspectos pouco explorados e trabalhados pelos gestores. A comunicação, segundo o COREN e a ANVISA, é aspecto fundamental para se alcançar um clima de segurança para o paciente^{5,7}.

Os domínios do instrumento mostraram-se confiáveis na medida em que alcançaram valores de alfa superior ao recomendado e também superior aos encontrados no estudo de validação do SAQ para a cultura brasileira^{9,10}.

CONCLUSÃO

Os resultados permitiram concluir que os profissionais participantes desta pesquisa não

demonstraram atitudes voltadas à segurança do paciente, na medida em que não foi alcançado o escore mínimo em nenhum dos domínios do instrumento utilizado.

Melhorar o acolhimento dos profissionais, a comunicação e as relações interpessoais, o tratamento e a condução dos eventos adversos e diminuir a sobrecarga de trabalho são alguns desafios que os gestores devem enfrentar para garantir um clima de trabalho e atitudes mais seguras por parte de seus colaboradores.

Estabelecer um clima de segurança certamente conduz a resultados positivos e desenvolver meios para nortear e buscar resolver em conjunto as dificuldades enfrentadas diariamente aproxima os profissionais de seus superiores, facilitando assim ações conjuntas para a melhoria contínua e a criação e o fortalecimento de um elo de confiança onde os erros possam ser expostos mais abertamente.

O estudo contribuiu para a identificação de fragilidades, o que pode subsidiar o planejamento e o desenvolvimento de estratégias voltadas para a segurança do paciente.

Recomenda-se a realização de novas pesquisas, envolvendo amostras mais representativas da população, com o intuito de melhor estabelecer as variáveis que influenciam o clima de segurança em diversos ambientes de saúde, identificando as fragilidades e os pontos fortes desse tema e planejando mudanças que envolvam os profissionais que atuam diretamente na assistência ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, Marck PB. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. *Rev Latinoam Enferm.* [Internet]. 2013 [Acessado em 2015 out 01]; 21:[09 telas]. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf.

2. Organización Mundial de La Salud (OMS). Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Geneva (CH): OMS; 2007.

3. World Health Organization. World alliance for patient safety. Geneva: World Health Organization; 2004.

4. Ministério da Saúde (Br). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [Acessado em 2015 out 01]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.

5. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP). 10 Passos para a segurança do paciente. São Paulo: COREN-SP; 2010.

6. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do paciente (REBRAENSP). Acordo básico de cooperação da rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente [Internet]. São Paulo: REBRAENSP; 2014 [Acessado em 2015 out 01]. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/phocadownload/Acordo%20Bsico%20da%20REBRAENSP%20Verso%202015.pdf>.

7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília (DF): ANVISA; 2013.

8. 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.

9. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário atitudes de segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire Short-Form 2006 para o Brasil. *Rev Latinoam Enferm.* 2012; 20(3):575-82.

10. Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e

utilização. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001

11. Machado MH, Oliveira ES, Moyses NMN. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: Pierantoni C, Poz MRD, França T., organizadores. O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC IMS/UERJ; 2011. p.103-16.

12. Antunes AV, Costa MN. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. Rev Latinoam Enferm. 2003; 11(6):832-9.

13. Paschoa S, Zanei SSV, Whitaker IY. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. Acta Paul Enferm. 2007; 20(3):305-10.

14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC n. 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 25 fev 2010. Seção 1:48-52.

15. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas [Internet]. Brasília (DF): COFEN; 2004 [Acessado em 2015 out 01]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html

16. Baggio MA, Formaggio FM. Profissional de enfermagem: compreendendo o autocuidado. Rev Gaúcha Enferm. 2007; 28(2):233-41.

17. Marinho MM, Radunz V, Barbosa FFS. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. Texto & Contexto Enferm. 2014; 23(3):581-90.

18. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. Texto & Contexto Enferm. 2013; 22(4):1124-33.

19. Ferreira PC, Machado RC, Vitor AF, Lira ALBC, Martins QCS. Dimensionamento de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: evidências sobre o Nursing Activities Score. Rev RENE. 2014; 15(5):888-97.

20. Costa DB, Vannuchi MTO, Haddad MCFL, Cardoso MGP, Silva LG, Garcia SD. Custo de educação continuada para equipe de enfermagem de um hospital universitário público. Rev Eletrônica Enferm. 2012; 14(2):257-66.

CONTRIBUIÇÕES

Karine Clemente Nazário contribuiu para a concepção, delineamento, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, redação do artigo. **Renata Cristina Gasparino** foi responsável pela concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e análise crítica.

Como citar este artigo (Vancouver):

Nazário KC, Gasparino RC. Atitudes dos profissionais de enfermagem a respeito da segurança relacionada à assistência. REFACS [Online]. 2016 [citado em: (inserir dia, mês e ano de acesso)]; 4(2). Disponível em: (link de acesso). DOI: 10.18554/refacs.v4i2.1642.

Como citar este artigo (ABNT):

NAZÁRIO, K. C.; GASPARINO, R. C. Atitudes dos profissionais de enfermagem a respeito da segurança relacionada à assistência. REFACS, Uberaba, MG, v. 4, n. 2, p. 119-127, 2016. Disponível em: (link de acesso). DOI: 10.18554/refacs.v4i2.1642. Acesso em: (inserir dia, mês e ano de acesso).

Como citar este artigo (APA):

Nazário, K. C. & Gasparino, R. C. (2016). Atitudes dos profissionais de enfermagem a respeito da segurança relacionada à assistência. REFACS, 4(2), 119-127. Recuperado em: (dia), (mês), (ano) de (link de acesso). DOI: 10.18554/refacs.v4i2.1642.