



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
CÂMPUS DE ARARAQUARA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**RELAÇÃO DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO, DEPRESSÃO E SÍNDROME
DE *BURNOUT* NA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: ESTUDO
TRANSVERSAL COM ANÁLISE DE MODELAGEM POR EQUAÇÕES
ESTRUTURAIS**

Acrônimo: PECSEP

Relationship on job satisfaction, depression, burnout syndrome and the patient safety
culture: cross-sectional study with structural equation modelling analysis

ALAN MAICON DE OLIVEIRA

ORIENTADORA: Prof. Dra. Luciane Cruz Lopes
COORIENTADOR: Prof. Dr. Marcus Tolentino Silva

ARARAQUARA - SP
2018

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
CÂMPUS DE ARARAQUARA

Relação da satisfação no trabalho, depressão e síndrome de *Burnout* na
cultura de segurança do paciente: estudo transversal com análise de
modelagem por equações estruturais

ALAN MAICON DE OLIVEIRA

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Ciências
Farmacêuticas, Área de Pesquisa e
Desenvolvimento de Fármacos e
Medicamentos, para obtenção do Título
de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

ORIENTADORA: Prof. Dra. Luciane Cruz Lopes
COORIENTADOR: Prof. Dr. Marcus Tolentino Silva

ARARAQUARA - SP
2018

Ficha Catalográfica

Elaborada por Diretoria Técnica de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Ciências Farmacêuticas
UNESP – Campus de Araraquara

- O149r** Oliveira, Alan Maicon de
Relação da satisfação no trabalho, depressão e síndrome de *burnout* na cultura de segurança do paciente: estudo transversal com análise de modelagem por equações estruturais / Alan Maicon de Oliveira. – Araraquara, 2018.
113 f. : il.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas. Área de Pesquisa e Desenvolvimento de Fármacos e Medicamentos.
- Orientadora: Luciane Cruz Lopes.
Coorientador: Marcus Tolentino Silva
1. Administração de Serviços de Saúde. 2. Ambiente de Instituições de Saúde. 3. Gestão da Segurança. 4. Qualidade da Assistência à Saúde. 5. Saúde do Trabalhador. 6. Análise Fatorial. I. Lopes, Luciane Cruz, orient. II. Silva, Marcus Tolentino, coorient. III. Título.

Ficha Catalográfica elaborada por Maria Irani Colto CRB-8/4.440.

CAPES: 40500005

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: RELAÇÃO DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO, DEPRESSÃO E SÍNDROME DE BURNOUT NA PERCEPÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: ESTUDO TRASNVERSAL COM ANÁLISE DE MODELAGEM POR EQUAÇÕES ESTRUTURAIS

AUTOR: ALAN MAICON DE OLIVEIRA

ORIENTADORA: LUCIANE CRUZ LOPES

COORDINADOR: MARCUS TOLENTINO SILVA

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS, área de conhecimento: SEM ÁREA DE CONHECIMENTO pela Comissão Examinadora:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Luciane", is written over a horizontal line.

Profa. Dra. LUCIANE CRUZ LOPES
Universidade de Sorocaba- / UNISO

Profa. Dra. MARGARETH CRISÓSTOMO PORTELA
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde / Fundação Oswaldo Cruz
Membro participante por vídeo-conferência

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Cristiane", is written over a horizontal line.

Profa. Dra. CRISTIANE DE CÁSSIA BERGAMASHI
Universidade de Sorocaba / UNISO

Araraquara, 20 de março de 2018

"Sou apenas um instrumento, um pequeno lápis nas mãos de Deus, com o qual Ele escreve aquilo que deseja. Sei que o meu trabalho é uma gota no meio de um oceano, mas sem ela, o oceano será menor"

(Mãre Tereza de Calcutá).

DEDICATÓRIA

À *Deus* que é o verdadeiro autor deste projeto e que tornou possível esta conquista. Sendo eu apenas um instrumento que obteve o suporte por meio da fé e da certeza de que Ele estava no comando.

À minha avó *Maria Passina Rossignolo* (in memoriam) por ser parte deste trabalho. Principalmente na fase de coleta de dados, proporcionou-me conforto, cumplicidade e condições para que tudo ocorresse da melhor maneira possível.

Aos meus pais *Tronete Aparecida Rossignolo de Oliveira e Dinael de Oliveira* que, talvez, não tenham a noção do quanto tudo isso é devido a eles. Motivadores, inspiradores e em tudo sempre estiveram disponíveis e se dedicaram as minhas necessidades. As conquistas vivenciadas são pertencentes a eles, pois foram a base para a minha edificação.

Ao meu irmão *Bruno Maicon de Oliveira* e toda sua família (inclusive minha sobrinha *Glória Villas Boas de Oliveira*), e minha irmã *Sabrina Pereira de Oliveira* que foram grandes incentivadores e sempre estiveram aptos para ajudar.

À toda minha *Família* pelo encorajamento e contribuição.

À minha companheira *Beatriz Alessi Minto* com quem compartilhei toda a trajetória da pós-graduação e foi sempre amparo para todos os momentos. Aos seus pais também pelo apoio.

À *Terezina S. Costa* pela acolhida e amizade.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo fomento concedido para esta pesquisa (processo 130828/2016-5).

Aos diretores, docentes e funcionários da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara - UNESP pela autorização concedida e contribuição para a realização deste estudo, bem como pelo conhecimento compartilhado na pós-graduação.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Luciane Cruz Lopes por ter me acolhido, pelas oportunidades, pela confiança e por ter feito parte da minha formação profissional.

Ao meu coorientador Prof. Dr. Marcus Tolentino Silva por guiar todas as etapas desta pesquisa, pela parceria e aprendizado proporcionado.

Ao Hospital de Ensino Santa Casa de Fernandópolis e profissionais vinculados que consentiram e contribuíram de maneira voluntária para concepção desta evidência científica.

Aos professores Leonardo Régis Leira Pereira, Marisa Veiga Capela e Taís Freire Galvão que colaboraram e integraram a banca examinadora do exame de qualificação da dissertação.

Às professoras Margareth Crisóstomo Portela e Cristiane de Cássia Bergamaschi pela valiosa colaboração e por integrarem a banca examinadora do exame de defesa da dissertação.

À minha parceira de trabalho Bruna Mateus de Castilho Soleder que tornou-se amiga para todos os momentos.

RESUMO

OLIVEIRA, A. M. **Relação da satisfação no trabalho, depressão e síndrome de *Burnout* na cultura de segurança do paciente: estudo transversal com análise de modelagem por equações estruturais**. 2018. 113 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas)-Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Araraquara, 2018.

Introdução: Evidências fazem-se necessárias para fortalecer a teoria de que as condições organizacionais e os fatores psicossociais refletem na segurança dos cuidados prestados em serviços de saúde. **Objetivo:** Avaliar se a cultura de segurança do paciente relaciona-se com a satisfação no trabalho, com depressão e com síndrome de *Burnout* entre profissionais do âmbito hospitalar. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, realizado entre agosto a novembro de 2016 em um hospital de ensino que é referência na assistência à saúde para 13 cidades da região noroeste do Estado de São Paulo. O critério de inclusão envolveu todos os trabalhadores com vínculo empregatício maior ou igual a três meses. Excluíram-se os indivíduos em aviso prévio, sob licença médica/afastamento ou que estavam em gozo de período de férias. A partir da relação com os 677 profissionais que trabalhavam no hospital, os participantes foram recrutados por amostragem probabilística aleatória. Conduziu-se coleta de dados por meio de instrumentos psicométricos para analisar a satisfação no trabalho (*Job Satisfaction Survey* – JSS), presença de depressão (*Patient Health Questionnaire-9*) e síndrome de *Burnout* (*Maslach Burnout Inventory* – MBI), bem como a relação desses fatores com a cultura de segurança do paciente (*Safety Attitudes Questionnaire* – SAQ). Análises ajustadas (multivariadas) foram executadas e calculou-se a razão de prevalência (RP) por meio de uma regressão de Poisson. O coeficiente de correlação de *Pearson* (*r*) e a modelagem de equações estruturais com mínimos quadrados parciais (PLS-SEM) foram utilizados para análise. Padronizou-se o intervalo de confiança a 95% (IC 95%) e o nível de significância em 5%. **Resultados:** Dos 305 profissionais selecionados, 271 compuseram a amostra final deste estudo (88,9%). Mulheres (78,6%), idades entre 36-50 anos (42,1%), equipe de enfermagem (46,1%) e 5-10 anos de atuação na área (27,3%), foram as características mais frequentes. A pontuação média do SAQ foi de 68,2 (IC 95%: 65,8-70,5), que demonstra nível de cultura de segurança abaixo do ideal. Os indivíduos com tempo de atuação profissional entre 11-20 anos expressaram percepção mais negativa da cultura de segurança em relação aqueles com menos de um ano no cargo ($p=0,05$). O JSS definiu neutralidade na satisfação com o trabalho, com pontuação média de 131,2 (IC 95%: 128,1-134,3). Trabalhadores do apoio técnico do hospital revelaram níveis de satisfação mais elevados do que os profissionais de saúde ($p=0,02$). A prevalência de depressão foi 22,1% (IC 95%: 17,2-27,1%). Os sujeitos categorizados no estrato socioeconômico D-E (renda média domiciliar mais baixa) apresentaram duas vezes mais prevalência de depressão em comparação com os da classe A (RP=2,84; IC 95%: 1,24-6,51; $p=0,01$). O esgotamento profissional foi apresentado em 14,8% (IC 95%: 10,5-19%) dos participantes e os homens manifestaram síndrome de *Burnout* aproximadamente duas vezes mais do que as mulheres (RP=1,98; IC 95%: 1,03-3,79; $p=0,04$). A PLS-SEM confirmou a relação da satisfação no trabalho e a ausência de síndrome de *Burnout* como aspectos preditivos da cultura de segurança do paciente ($p < 0,001$). Ademais, a correlação com a variável depressão foi estatisticamente insignificante ($p=0,06$). **Conclusão:** A percepção da cultura de segurança do paciente está relacionada com a satisfação no trabalho e a síndrome de *Burnout* nos profissionais hospitalares. Tais achados sugerem que fatores psicossociais influenciam na qualidade e segurança dos cuidados prestados por trabalhadores da área da saúde.

Palavras-chave: Administração de Serviços de Saúde; Ambiente de Instituições de Saúde; Gestão da Segurança; Qualidade da Assistência à Saúde; Saúde do Trabalhador; Análise Fatorial.

ABSTRACT

OLIVEIRA, A. M. **Relationship on job satisfaction, depression, burnout syndrome and the patient safety culture: cross-sectional study with structural equation modelling analysis.** 2018. 113 p. Dissertation (Pharmaceutical Sciences Master's degree)-School of Pharmaceutical Sciences, São Paulo State University "Júlio de Mesquita Filho", Araraquara, 2018.

Introduction: Evidence is needed to support the theory that organizational conditions and psychosocial factors reflect on the safety of care provided in health services. **Objective:** To evaluate if patient safety culture is related to job satisfaction, depression and burnout syndrome among professionals in the hospital setting. **Method:** This is a cross-sectional study conducted between August and November 2016 in a reference teaching hospital for 13 cities in the Northwest region of the State of São Paulo. Inclusion criteria were all workers with an employment bonding time greater than or equal to three months. Individuals on notice, under medical leave or on vacation were excluded. From the list of 677 professionals who worked at the hospital, participants were recruited by random probabilistic sampling. Data were collected through psychometric instruments to analyze job satisfaction (Job Satisfaction Survey – JSS), the presence of depression (Patient Health Questionnaire-9), and burnout syndrome (Maslach Burnout Inventory – MBI), as well as the relationship between these factors with patient safety culture (Safety Attitudes Questionnaire – SAQ). Adjusted (multivariate) analyzes were performed and the prevalence ratio (PR) was calculated using a Poisson regression. Pearson correlation coefficient (r) and the partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM) were used for analysis. The confidence interval was set at 95% (95% CI) and the significance level at 5%. **Results:** Of the 305 professionals selected, 271 were in the final sample of this study (88.9%). Individuals were more frequently female (78.6%), with ages between 36-50 years (42.1%), from the nursing staff (46.1%) and with 5-10 years of work in the area (27.3%). The mean SAQ score was 68.2 (95% CI: 65.8-70.5), which demonstrates a below-optimal level of safety culture. Subjects with a professional activity time between 11-20 years showed a more negative perception of the safety culture when compared to those with less than one year in the job ($p=0.05$). The JSS showed neutrality in job satisfaction, with an average score of 131.2 (95% CI: 128.1-134.3), and technical support workers of the hospital revealed higher levels of satisfaction than health professionals ($p=0.02$). The prevalence of depression was 22.1% (95% CI: 17.2-27.1%). Subjects classified in D-E socioeconomic level (lower average domestic income) showed twice the prevalence of depression compared to those in class A (PR=2.84, 95% CI: 1.24-6.51, $p=0.01$). Of the participants, 14.8% (95% CI: 10.5-19%) reported professional exhaustion and men showed burnout approximately twice as much as in women (PR=1.98, 95% CI: 1.03-3.79, $p=0.04$). PLS-SEM confirmed the relationship of job satisfaction and the absence of burnout syndrome as predictive aspects of the patient safety culture ($p<0.001$). In addition, the correlation with the depression variable was not statistically significant ($p=0.06$). **Conclusion:** The perception of patient safety culture is related to job satisfaction and burnout syndrome in hospital professionals. These findings suggest that psychosocial factors influence the quality and safety of care provided by health workers.

Keywords: Health Services Administration; Health Facility Environment; Safety Management; Quality of Health Care; Occupational Health; Factor Analysis, Statistical.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Teoria do desenvolvimento da síndrome de <i>Burnout</i>	30
Figura 2 - Fluxograma da composição da amostra	48
Figura 3 - Diagrama de caminhos de relação entre a cultura de segurança do paciente com satisfação no trabalho, <i>Burnout</i> e depressão	64

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> entre a satisfação no trabalho e a cultura de segurança do paciente	58
Gráfico 2 - Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> entre a exaustão emocional e a cultura de segurança do paciente	59
Gráfico 3 - Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> entre a despersonalização e a cultura de segurança do paciente	59
Gráfico 4 - Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> entre a realização pessoal e a cultura de segurança do paciente	60
Gráfico 5 - Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> entre a depressão e a cultura de segurança do paciente	60
Gráfico 6 - Efeito direto e indireto da correlação entre os construtos cultura de segurança do paciente, satisfação no trabalho, <i>Burnout</i> e depressão	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Cultura de segurança predominante nas Organizações de Alta Confiabilidade versus a cultura prevalente nas Organizações de Saúde	25
Quadro 2 - Perfil da origem das licenças médicas e afastamentos dos profissionais do Hospital de Ensino Santa Casa de Fernandópolis em julho de 2016. (n=45)	37
Quadro 3 - Classificação e pontos de corte dos domínios do <i>Maslach Burnout Inventory Human Services Survey</i>	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos profissionais do estudo de acordo com variáveis sociodemográficas e laborais. Fernandópolis, SP, Brasil, 2016. (n=271)	49
Tabela 2 - Análise dos resultados obtidos com o instrumento <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> . Fernandópolis, SP, Brasil, 2016. (n=271)	50
Tabela 3 - Análise da associação das variáveis sociodemográficas e laborais com a percepção da cultura de segurança do paciente. Fernandópolis, SP, Brasil, 2016. (n=271)	51
Tabela 4 - Análise dos resultados obtidos com o instrumento <i>Job Satisfaction Survey</i> . Fernandópolis, SP, Brasil, 2016. (n=271)	52
Tabela 5 - Prevalência de profissionais insatisfeitos, neutros e satisfeitos entre os domínios do <i>Job Satisfaction Survey</i> . Fernandópolis, SP, Brasil, 2016. (n=271)	52
Tabela 6 - Análise da associação das variáveis sociodemográficas e laborais com a satisfação no trabalho. Fernandópolis, SP, Brasil, 2016. (n=271)	53
Tabela 7 - Análise dos resultados obtidos com o instrumento <i>Patient Health Questionnaire-9</i> . Fernandópolis, SP, Brasil, 2016. (n=271)	54
Tabela 8 - Análise da associação das variáveis sociodemográficas e laborais com a depressão. Fernandópolis, SP, Brasil, 2016. (n=271)	55
Tabela 9 - Análise dos resultados obtidos com o instrumento <i>Maslach Burnout Inventory</i> . Fernandópolis, SP, Brasil, 2016. (n=271)	56
Tabela 10 - Análise da associação das variáveis sociodemográficas e laborais com a síndrome de <i>Burnout</i> . Fernandópolis, SP, Brasil, 2016. (n=271)	57
Tabela 11 - Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> entre a percepção da cultura de segurança do paciente com a satisfação no trabalho, os domínios de <i>Burnout</i> e a depressão. Fernandópolis, SP, Brasil, 2016. (n=271)	58
Tabela 12 - Validade convergente e confiabilidade de consistência interna dos construtos	61
Tabela 13 - Cargas fatoriais dos domínios dos instrumentos <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> , <i>Job Satisfaction Survey</i> , <i>Maslach Burnout Inventory</i> e <i>Patient Health Questionnaire-9</i>	62
Tabela 14 - Raízes quadradas das variâncias médias extraídas (na diagonal principal) e correlação entre os construtos	63
Tabela 15 - Coeficiente de determinação de <i>Pearson</i> (R^2), relevância preditiva (Q^2), tamanho do efeito (f^2) e qualidade de ajuste (GoF)	63
Tabela 16 - Coeficiente de caminho entre os construtos	64
Tabela 17 - Efeito direto e indireto da correlação entre os construtos	65

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

<	Menor que
>	Maior que
≤	Menor ou igual a
≥	Maior ou igual a
±	Mais ou menos
=	Igual
%	Porcentagem
α	alfa de <i>Cronbach</i>
Abep	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Researt and Quality</i>
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AMO	Alan Maicon de Oliveira
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CC	Confiabilidade Composta
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DE	Despersonalização
DP	Desvio-padrão
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual</i>
EE	Exaustão Emocional
EUA	Estados Unidos da América
IC 95%	Intervalo de Confiança à 95%
IMC	Índice de Massa Corporal
JSS	<i>Job Satisfaction Survey</i>
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MBI-HSS	<i>Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey</i>
OAC	Organizações de Alta Confiabilidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire-9</i>
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente

PLS-SEM	<i>Partial Least Squares Structural Equation Modeling</i>
rRP	reduzida Realização Pessoal
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SP	São Paulo
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
UTI	Unidades de Terapia Intensiva
VME	Variância Média Extraída

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1 Segurança do paciente: aspectos gerais e epidemiologia dos eventos adversos	20
2.2 Cultura de segurança do paciente: base conceitual e as tendências	23
2.3 Associação da insatisfação no trabalho com a qualidade de vida	26
2.4 Distúrbios psicológicos: profissionais da área da saúde são prestadores ou desprovidos de cuidados?	27
2.5 Síndrome de <i>Burnout</i> : compreensão da problemática	29
3 OBJETIVO	33
3.1 Objetivos específicos	33
4 MÉTODO	35
4.1 Delineamento	35
4.2 Contexto	35
4.3 Participantes	37
4.4 Variáveis	38
4.5 Fontes de dados e mensuração	39
4.6 Controle de viés	42
4.7 Tamanho do estudo	43
4.8 Métodos estatísticos	44
4.9 Aspectos éticos	45
5 RESULTADOS	48
5.1 Análise descritiva das variáveis mensuradas	48
5.2 Análise com o coeficiente de correlação de <i>Pearson</i>	57
5.3 PLS-SEM (primeira etapa): validação e confiabilidade das mensurações	61
5.4 PLS-SEM (segunda etapa): análise do modelo estrutural	63
6 DISCUSSÃO	67
6.1 Principais resultados	67
6.2 Relação com estudos prévios	67
6.2.1 Cultura de segurança do paciente	68
6.2.2 Satisfação no trabalho	69
6.2.3 Depressão	70
6.2.4 Síndrome de <i>Burnout</i>	71
6.2.5 Relação entre a satisfação no trabalho, depressão e <i>Burnout</i> com a cultura de segurança	72
6.3 Limitações e força do estudo	74
6.4 Implicações para a prática	75
7 CONCLUSÕES	78
8 REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	89
ANEXOS	103



INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, apesar da escassez de dados e de uma abordagem ainda insuficiente sobre a temática, acontecem entre 104.187 a 434.112 óbitos por ano devido a eventos adversos relacionados à assistência hospitalar (erros de medicação, de procedimentos cirúrgicos, infecções hospitalares, entre outros) (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016). Estima-se que a cada três minutos, 2,47 pessoas morrem como consequência desses episódios (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016).

Para a edificação de um sistema de saúde seguro, a disseminação de uma cultura organizacional de segurança é a base para resultados prolíferos (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016; OCK et al., 2017). Em tais ambientes promove-se o convívio profissional com confiança mútua e consciência da importância dos princípios de segurança e medidas preventivas para desfechos benéficos (SORRA et al., 2016).

Contudo, profissionais da área da saúde são expostos a carga emocional elevada, proveniente do sofrimento dos pacientes e familiares, assim como a um fluxo de trabalho com tomada de decisões de responsabilidades exorbitantes (VAN MOL et al., 2015). Falta de comunicação e de apoio necessário também somam-se a tais fatores que fragilizam a cultura de segurança (SORRA et al., 2016; VAN MOL et al., 2015).

O acúmulo desses elementos, sem o gerenciamento apropriado, faz com que o trabalho se torne um fardo com consequências na vida pessoal (VAN MOL et al., 2015). Ocasiona-se a perda de realização do indivíduo e empecilhos que o caracteriza como insatisfeito ou esgotado (FAHRENKOPF et al., 2008; TRIGO; TENG; HALLAK, 2007; VAN MOL et al., 2015).

A qualidade de vida é comprometida por insatisfação no trabalho (SPILIOPOULOS et al., 2014). Doenças físicas e mentais são problemas que procedem da ausência de bem-estar para o sujeito em seu cotidiano (SPILIOPOULOS et al., 2014).

Profissionais desgastados apresentam maiores riscos de desenvolverem transtornos psicológicos (SWEDISH COUNCIL ON HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT, 2014). Acometidos com tais distúrbios, estão mais propensos ao erro em suas condutas (FAHRENKOPF et al., 2008).

Isto posto, a fim de evitar uma epidemia de doenças relacionadas ao trabalho e, por conseguinte, de eventos adversos em pacientes, contempla-se a necessidade de atenção a este cenário. Conhecimentos baseados em evidências são primordiais para fortalecer a teoria de que ambientes laborais saudáveis refletem em prestação qualificada de serviços de assistência à saúde (EISENBERG; BOWMAN; FOSTER, 2001).

Este contexto gera a seguinte pergunta de pesquisa: a cultura de segurança do paciente está associada com a satisfação no trabalho, a depressão e a síndrome de *Burnout* entre profissionais do âmbito hospitalar?

O estudo suporta as prioridades globais para pesquisa de segurança do paciente propostas pela Aliança Mundial da Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (OMS) (BATES et al., 2009). Ampara a linha de investigação da OMS referente aos fatores humanos, ou seja, os aspectos organizacionais e as particularidades individuais que afetam a atuação no trabalho e a segurança de modo geral (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).



REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Segurança do paciente: aspectos gerais e epidemiologia dos eventos adversos

A OMS (2007) conceitua a segurança do paciente como a ausência, no mesmo, de danos desnecessários ou potenciais associados a assistência à saúde ou, ainda, a redução ao mínimo aceitável do risco de complicações prescindíveis. Danos esses que são derivados das práticas de prestação de cuidados, sem associação específica com a evolução da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Nesse contexto, é importante ressaltar que “incidente” refere-se às condições de falhas que acometem o paciente, direta ou indiretamente. Um incidente que acarreta lesões prejudiciais – temporárias, permanentes ou que provocam o óbito – é denominado evento adverso (RUNCIMAN et al., 2009).

A origem e progressão desses episódios determinam o modo que serão classificados. Erros de medicação ou em procedimentos cirúrgicos, infecções, quedas e lesões por pressão, ou até mesmo equívocos ao identificar os pacientes, são exemplos de circunstâncias perigosas relacionadas aos serviços de saúde. Nessa conjuntura considera-se também as falhas de comunicação entre os profissionais (MOURA; MAGALHÃES, 2013).

A qualidade da assistência é um tema de contínua discussão. O destaque inicial foi a publicação do *Institute of Medicine* (1999) do documento intitulado “*To err is Human: building a safer health system*” que afirma que a iatrogenia proporcionava, por ano, a morte de 44.000 a 98.000 usuários dos hospitais dos Estados Unidos da América (EUA). Tais números superavam os óbitos por acidente de carro, câncer de mama e AIDS (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999).

Devido à notoriedade dos dados divulgados, houve um grande impacto nas organizações internacionais que reagiram com a busca de saberes e estratégias sobre a temática. No ano de 2004, a Assembleia Mundial da Saúde concebeu a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente uma iniciativa internacional de todos os

membros da OMS. O objetivo era implementar desafios para melhoria da conjuntura estabelecida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

A primeira proposta (2005-2006) tinha como meta abordar as infecções adquiridas nas instituições de saúde. Uma complicação que piora o quadro clínico, aumenta o tempo de permanência hospitalar e a taxa de mortalidade dos pacientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). A campanha da OMS (2004) desse tópico tem como título “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura” e incentiva a higiene adequada das mãos, dos equipamentos e do local de atendimento, aspectos que se associam com a contaminação por bactérias.

Para reforçar a iniciativa, a OMS (2016a) instituiu a data de 5 de maio como o dia mundial de higienização das mãos. Uma tática que foca intervenções para sensibilizar tanto os profissionais de saúde, quanto os cidadãos, pois considera-se as mãos como a porta de entrada para o contágio por micro-organismos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016a).

Por conseguinte, o segundo desafio global (2007-2008) contempla o assunto “Cirurgias seguras salvam vidas” e tem por finalidade alcançar padrões de qualidade em equipes operatórias, considerando o procedimento anestésico e os indicadores da assistência, a fim de prevenir também infecções do sítio cirúrgico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b). Para cumprir esta meta, a OMS (2009b) disponibilizou manuais, *checklists* e recomendações.

Embora a técnica cirúrgica almeje aprimorar a qualidade de vida, implicações como mortalidade (0,5-5% nas intervenções de grande porte), complicações pós-operatórias (em até 25% dos pacientes) e intercorrências graves da anestesia geral são fatos relevantes de insegurança. Porém, na maioria das vezes, são episódios evitáveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016b).

O terceiro desafio, lançado no ano de 2017, visa otimizar a prescrição, distribuição e utilização de medicamentos e cientificar sobre a ameaça do uso incorreto. Intitulada “Medicação sem danos”, a iniciativa da OMS (2017) espera reduzir globalmente os agravos dos medicamentos em até 50% nos próximos cinco anos. Atualmente, estima-se que todos os dias acontece uma morte e 1,3 milhões de pessoas são acometidas anualmente pelos erros de medicação nos EUA (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). De acordo com a OMS (2017), US\$ 42 bilhões/ano são os gastos pertinentes a esses eventos, a nível mundial.

Nessa trajetória, projetos no Brasil, como a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, também investiam na estruturação da segurança. Instaurada em 2002, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a rede em parceria com hospitais de ensino e/ou alta complexidade avaliava o desempenho de produtos sujeitos a vigilância sanitária (por ex., medicamentos, vacinas e artigos médico-hospitalares) como parte das ações de gerenciamento de risco (BELLO et al., 2013). A composição da rede foi ampliada e permitiu a entrada de outros serviços. Nos dias de hoje, hospitais, hemocentros e estabelecimentos de saúde certificados com os critérios públicos para o credenciamento voluntário, totalizam as 192 instituições habilitadas. Elas têm como compromisso principal o repasse para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) de notificações de eventos adversos e queixas técnicas (BELLO et al., 2013).

Entretanto, a atuação do Brasil no contexto da assistência segura só foi impulsionada com a publicação da portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que introduziu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). O PNSP tem o propósito de contribuir, em todo território nacional, para a qualificação dos serviços de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Apesar da escassez de dados e de uma abordagem ainda insuficiente sobre a temática no país, a publicação de um estudo realizado no Brasil, em hospitais públicos de ensino, mostrou que a incidência de pacientes que sofreram eventos adversos foi de 7,6% e, destes, 66,7% eram evitáveis (MENDES et al., 2009). Há uma hipótese de que acontecem entre 104.187 a 434.112 óbitos por ano e que, a cada três minutos, 2,47 pessoas morrem como consequência desses episódios no âmbito hospitalar (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016). Sobre a vertente de custos, de 5,19 a 15,57 bilhões de reais seria o montante empregado no manejo desses casos (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016).

Em comparação com outros países, uma pesquisa em hospitais de cinco países latino-americanos (México, Peru, Argentina, Costa Rica e Colômbia) evidenciou que 10,5% dos pacientes (prevalência geral) são vítimas de eventos adversos e 60% foram considerados evitáveis (ESTUDIO IBEAS, 2009). Ainda, o estudo IBEAS (2009) relatou que 62,9% das ocorrências causaram o aumento do tempo de hospitalização (média de 16,1 dias).

Nos EUA acredita-se que, por ano, 251.454 óbitos sejam devido aos eventos adversos por erro médico (MAKARY; DANIEL, 2016). Portanto, interpreta-se como a

terceira causa geral de morte (MAKARY; DANIEL, 2016). Aproximadamente, 30% dos gastos com saúde no país são originados por falhas na assistência (FISHER, 2005).

Supõe-se ainda que 421 milhões de internações ocorrem durante o período de um ano, a nível mundial, bem como cerca de 42,7 milhões de eventos adversos sucedem-se desta quantia (JHA et al., 2013). Outra avaliação considera que uma em cada 10 hospitalizações resulta em danos nos pacientes (BRENNAN et al., 1991).

Essa realidade torna-se um problema de saúde pública, uma epidemia alarmante que exige a designação de esforços para o aperfeiçoamento. A compreensão das vertentes que cooperam para sua propagação é indispensável no avanço de melhorias (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016).

Para a edificação de um sistema de saúde seguro, a disseminação de uma cultura organizacional de segurança é a base para resultados profícuos (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016; OCK et al., 2017).

2.2 Cultura de segurança do paciente: base conceitual e as tendências

De acordo com a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), cultura de segurança é o “produto individual ou coletivo de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência de uma organização de saúde na gestão de segurança” (SORRA et al., 2016, p. 1). Assim, promove-se o convívio profissional com confiança mútua, consciência da importância dos princípios de segurança e medidas preventivas para desfechos benéficos (SORRA et al., 2016).

As propriedades da cultura de segurança abordam as crenças, posicionamentos e desempenhos, bem como o mérito desses aspectos (SAMMER et al., 2010). Esses atributos são organizados em sete subculturas, com suas características, quais sejam (SAMMER et al., 2010):

- Liderança (prioridade, suporte, vigilância e visibilidade);
- Trabalho em equipe (alinhamento, hierarquia horizontalizada, multidisciplinaridade, respeito recíproco e flexibilidade);
- Prática baseada em evidências (melhores atuações, desfechos dirigidos, ciência de segurança e tecnologia/automação);

- Comunicação (transparência, estruturas técnicas: código de barras, *timeout* e *feedback*);
- Aprendizagem (compartilhar conhecimento, aprender com os erros, análise de causa raiz e de dados, celebrar o sucesso, conscientização e notificação);
- Justiça (verdade, sistemas comunitários, condutas sem riscos, relato livre de punição ou culpa e divulgado);
- Centralização no paciente (interesse pelas experiências do indivíduo, participação formal do mesmo e dos familiares no seu tratamento e envolvimento da comunidade no exercício da instituição).

Polos industriais, tais como transporte aéreo, energia nuclear e ambiente de operações militares, são pioneiros na admissão de uma cultura de segurança. Considerados Organizações de Alta Confiabilidade (OAC), com performance comprovada e elevada capacidade de prevenir futuros erros (INSTITUTE OF MEDICINE, 2004).

De acordo com o *Institute of Medicine* (2004), a adoção de uma cultura embasada na segurança possibilita grandes vantagens para os usuários do serviço de saúde. Além disso, os profissionais garantem benfeitorias para o âmbito laboral, com diálogo compartilhado, extinto de culpa e humilhação, conseqüentemente, aumentam-se os relatos/notificações e evitam-se os eventos adversos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2004).

O encorajamento para expor os erros, sem caráter punitivo, é um pilar de elevado prestígio nessa área (TSAO; BROWNE, 2015). Haja visto que o ato de julgar é uma realidade enraizada desde a formação profissional e torna-se uma fraqueza para a evolução almejada (TSAO; BROWNE, 2015).

Existe a probabilidade da manifestação de diferentes visões entre profissionais gestores e clínicos sobre a correta dinâmica de um estabelecimento de saúde. Assim, dificulta-se a compreensão do seguimento organizacional e a análise das mudanças que se fazem necessárias (SINGER et al., 2003). Igualmente, isso também reflete no cuidado ao paciente (SINGER et al., 2003).

Um levantamento realizado em 203 unidades clínicas, localizadas nos EUA, Reino Unido e Nova Zelândia, identificou níveis de cultura de segurança abaixo do ideal (SEXTON et al., 2006). Aspecto similar também foi encontrado em pesquisa no Brasil, em hospitais públicos (CARVALHO et al., 2017).

Em contrapartida às circunstâncias que acarretam temor, o oferecimento de atenção das lideranças para as condições presenciadas na prática, a acessibilidade a ferramentas que otimizam o trabalho, capacitações e a interdisciplinaridade são intervenções que corroboram com a cultura de segurança (WEAVER et al., 2013). Tais peculiaridades são prevalentes nas OAC (Quadro 1) (CHASSIN; LOEB, 2011).

Quadro 1 – Cultura de segurança predominante nas Organizações de Alta Confiabilidade versus a cultura prevalente nas Organizações de Saúde.

OAC	ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE
Ciência de que as falhas, mesmo as de menores proporções, convertem-se em episódios adversos de impacto.	Investigação de falhas após o evento já ocorrido e afetado, com potenciais danos, o paciente.
Implantação de ferramentas confiáveis destinadas a identificar e mensurar problemas, bem como promover a solução e estabelecer melhorias.	Ausência de confiança generalizada com o seguimento de cultura punitiva para os protagonistas e/ou relatores de possíveis erros.
Incentivo do trabalho em equipe com treinamentos, formação do pessoal e comprometimento organizacional para a melhoria da qualidade.	Intensa hierarquia e presença de grandes gradientes de autoridade que distanciam os membros da equipe. Falta de apoio adequado para a melhoria da qualidade.

Fonte: CHASSIN; LOEB, 2011.

OAC, Organizações de Alta Confiabilidade.

Os trabalhadores da área da saúde, notadamente os que têm vínculo com unidades de fluxo intenso que requerem maior atenção, apresentam episódios de estresse alto (PATTERSON; BOGART; STARR, 2015; SANTIAGO; TURRINI, 2015). Tais episódios conduzem a situações de risco preocupantes (PATTERSON; BOGART; STARR, 2015; SANTIAGO; TURRINI, 2015).

Predomina-se a percepção inicial de prazer associado ao exercício das atividades trabalhistas, contudo, os climas institucional e emocional existentes no ofício fortalecem as dificuldades, angústias e, conseqüentemente, o adoecimento (FAHRENKOPF et al., 2008; TRIGO; TENG; HALLAK, 2007).

Uma expressiva fração da rotina e do convívio social de cada sujeito é preenchida pelo seu trabalho, portanto, torna-se influente no seu cotidiano. O acúmulo de tensão que alguns ambientes viabilizam, agravado pelo detrimento da cultura de segurança, implica na redução da realização pessoal e causa empecilhos que variam da sua insatisfação até o esgotamento (FAHRENKOPF et al., 2008; TRIGO; TENG; HALLAK, 2007).

2.3 Associação da insatisfação no trabalho com a qualidade de vida

A satisfação no trabalho é proveniente do sentimento aprazível pelo qual compreende-se as atividades trabalhistas. Oportunidades, desempenho institucional, equipe de trabalho, incentivos, recompensas e supervisão humanizada são fatores que estabelecem o contentamento profissional (MARTINEZ; PARAGUAY, 2003; MINESENER et al., 1996).

Em compensação, os aspectos que geram a insatisfação estão associados com a discordância da política institucional, relacionamento conturbado com outros funcionários, escassez de medidas de segurança nas atividades da ocupação e salário inferior a percepção do que é merecido (MARTINEZ; PARAGUAY, 2003). Isto é, contrariedade generalizada ao âmbito profissional com o qual se tem vínculo.

Uma pesquisa realizada com enfermeiros (n=61.168) em 12 países europeus (Inglaterra, Bélgica, Finlândia, Alemanha, Grécia, Irlanda, Holanda, Noruega, Polónia, Espanha, Suécia e Suíça) e nos EUA mostrou que ambientes hospitalares considerados de boa qualidade (ou seja, nos quais os profissionais tinham apoio administrativo, boa convivência em grupo e contribuição na tomada de decisões) estavam relacionados significativamente com melhores resultados da força de trabalho da enfermagem (AIKEN et al., 2012). Além do que também repercutiu em evoluções organizacionais bem-sucedidas (AIKEN et al., 2012).

A satisfação no trabalho, em uma pesquisa feita em hospitais no Brasil com profissionais da enfermagem (n=360), revelou-se em níveis de neutralidade e os participantes mostraram imparcialidade na concepção que tinham do emprego (SOUZA, 2014).

A qualidade de vida é comprometida por insatisfação no trabalho (SPILIOPOULOS et al., 2014). Doenças físicas e mentais são problemas que procedem da ausência de bem-estar para o sujeito em seu cotidiano (SPILIOPOULOS et al., 2014).

Conforme definição da OMS, qualidade de vida é a “percepção do indivíduo de sua posição no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL

GROUP, 1995, p. 1405). Um estudo realizado no Brasil, em uma cidade de médio porte, determinou que 15,4% dos trabalhadores da atenção primária à saúde apresentavam má qualidade de vida (TELES et al., 2014).

Alto esforço e atividades exaustivas, em contrapeso, insuficiência de reconhecimento e amparo, estabelece o desequilíbrio experimentado. Predomina-se como a maneira prejudicial de viver por parte dos profissionais da saúde (TELES et al., 2014).

2.4 Distúrbios psicológicos: profissionais da área da saúde são prestadores ou desprovidos de cuidados?

Na mensuração de variáveis, como anos vividos com deficiência e tempo de vida ajustados por incapacidade, os transtornos depressivos revelaram-se como a causa desses desfechos. Estimou-se uma prevalência de até 85% em uma revisão sistemática de dados epidemiológicos do ano de 2010 (FERRARI et al., 2013).

Além disso, em algumas ocasiões, os distúrbios associados com sintomas depressivos indicam, como fatores preditivos, altas demandas profissionais, baixo controle das atividades no emprego, pouco apoio da equipe e do líder no trabalho, assim como uma ampla instabilidade entre princípios de dedicação e recompensas (BONDE, 2008; NIEUWENHUIJSEN; BRUINVELS; FRINGS-DRESEN, 2010). Portanto, aponta-se que o gerenciamento das exigências psicossociais do âmbito laboral, seria uma maneira de precaver a expansão desses agravos (BONDE, 2008; NIEUWENHUIJSEN; BRUINVELS; FRINGS-DRESEN, 2010).

A depressão maior é diagnosticada em concordância com os seguintes critérios e manifestação de cinco ou mais deles: (I) humor deprimido na maioria dos dias; (II) prazer ou interesse amenizado pelas tarefas cotidianas; (III) alterações importantes de apetite e de peso (perda ou ganho); (IV) distúrbios do sono (insônia ou excesso); (V) agitação ou lentidão expressivas; (VI) motivação atenuada ou fadiga; (VII) sensação de inutilidade ou sentimento de culpa recorrente; (VIII) dificuldade em manter concentração ou apresentar indecisão constante; e (IX) idealização suicida. Preconiza-se, para o diagnóstico, a necessidade da presença de sinais de humor abatido ou perda de interesse (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Ademais, torna-se importante a investigação do surgimento, individualizado, de algum dos indícios estipulados e seu acompanhamento, pois também evoluem para desordens consideráveis (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Profissionais expostos a exaustão no trabalho e com um fardo pesado de imposições, como é o caso dos empregados na área da saúde, exibem maiores chances de desenvolver depressão ao longo do tempo (SWEDISH COUNCIL ON HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT, 2014). Muitas vezes, acrescenta-se o desfavorecimento social a essas condições, motivador da recriminação que é um elemento crônico na profissão (SWEDISH COUNCIL ON HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT, 2014).

No ano de 2000, introduziu-se o termo "segunda vítima", pertinente aos membros da equipe de saúde que experimentam, em suas práticas, erros que afetam os pacientes (primeiras vítimas) (WU, 2000). No entanto, tais profissionais, costumeiramente, se deparam com uma gestão oposta ao incentivo do entendimento do episódio e de sua causa raiz (ULLSTRÖM et al., 2014; WU, 2000).

As "segundas vítimas" são caracterizadas por sinais e sintomas de ansiedade, insegurança, insônia, confusão, despersonalização e frustração. Esse quadro de tristeza instiga o consolo em medicamentos, álcool ou drogas ilícitas (ULLSTRÖM et al., 2014; WU, 2000).

Uma taxa anual de 400 suicídios cometidos por médicos nos EUA trouxe à tona uma grande preocupação que tem mobilizado várias organizações para promover a compreensão desse cenário, além de contribuir com intervenções (THE LANCET, 2017). Isso porque, devido a tal situação, os usuários dos serviços de saúde são prejudicados com uma assistência sujeita a riscos. Similarmente, destaca-se os efeitos depreciativos no que tange a qualidade de vida dos profissionais dedicados a prestarem cuidados (THE LANCET, 2017).

Um estudo realizado em três hospitais dos EUA revelou que 20% dos seus médicos residentes apresentavam depressão e 75% deles eram portadores da síndrome de *Burnout* (FAHRENKOPF et al., 2008). Além do mais, os profissionais deprimidos ocasionaram seis vezes mais erros de medicação em relação aos que se mantinham entusiasmados (FAHRENKOPF et al., 2008). Sugere-se, assim, que a saúde mental dos trabalhadores da saúde é fator de risco para a segurança do paciente.

2.5 Síndrome de *Burnout*: compreensão da problemática

Freudenberger (1974) abordou o termo “*Burn-out*” e o elucidou como a situação em que um membro de uma equipe de trabalho se desgasta, torna-se esgotado, inoperante, frustrado e manifesta a perda de motivação. Maslach & Jackson (1981) esclareceram *Burnout* como uma síndrome que decorre do estresse crônico e é designada por exaustão emocional. Os profissionais são acometidos por incapacidade devido ao nível psicológico e expressam sentimentos negativos correspondentes aos próprios clientes (MASLACH; JACKSON, 1981).

Três dimensões específicas são utilizadas para definir o esgotamento profissional (MASLACH; JACKSON, 1981; MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; WRIGHT; CROPANZANO, 1998):

- I. **Exaustão emocional:** desgaste físico e mental, o indivíduo tem a percepção de estar desprovido desses recursos para vivenciar circunstâncias do trabalho. Sente-se no limite de suas possibilidades e exteriorizam distúrbios gastrointestinais e do sono, cefaleia, hipertensão e mialgia. Correlaciona-se a essa dimensão, elevados fardos profissionais, ou seja, relação contrária é exposta com atuação inferior no ofício. Conflitos pessoais também são ocasionados;
- II. **Despersonalização:** atitudes de desumanização nas quais o trabalhador lida com a sua equipe ou com o paciente como se fossem objetos, de modo indiferente. O sujeito mostra-se de maneira cínica, irônica, irritado e sem estímulo;
- III. **Reduzida realização pessoal:** decepção consigo mesmo, o profissional apresenta autoavaliação de incompetência, assim como descontentamento com o trabalho.

De acordo com alguns modelos descritos e mediante as propriedades das etapas da síndrome, considera-se a exaustão emocional como fator desencadeante do *Burnout* (Figura 1) (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002).



Figura 1. Teoria do desenvolvimento da síndrome de *Burnout*.

A síndrome de *Burnout*, ou esgotamento profissional, está incluída na Lista de Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2001). Também está presente na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) identificada com o código Z73.0 (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2001).

Uma diferenciação importante que deve ser feita é entre *Burnout* e o quadro tradicional de estresse. A síndrome envolve prejuízos para o profissional, bem como atitudes e condutas negativistas que afetam o trabalho como um todo. O estresse tradicional é associado à vida do indivíduo, sem relação direta com às atividades trabalhistas (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2001).

Profissionais da saúde são atingidos com uma grande carga emocional proveniente do sofrimento dos pacientes e familiares, tal qual a um fluxo de trabalho com tomada de decisões de responsabilidades exorbitantes, falta de comunicação e amparo necessário (VAN MOL et al., 2015). O acúmulo desses elementos, sem o gerenciamento apropriado, faz com que o ofício se torne uma bagagem muito pesada e com consequências negativas na vida pessoal (VAN MOL et al., 2015).

Organizações que dispõem de ambiente laboral com treinamentos, suporte psicológico e uma cultura organizacional bem delineada com diálogo e trabalho em equipe, geram chances maiores de que seus profissionais manifestem qualidades de

esforços cognitivos e comportamentais para lidar com essas situações. Ativa-se a resiliência e aprimora-se o desempenho operacional (VAN MOL et al., 2015).

A publicação de uma revisão sistemática sobre a prevalência de *Burnout* em enfermeiros que trabalhavam na área de emergência, analisou 17 estudos com amostras que variavam de 57 a 945 respondentes e determinou que, destes, em média, 26% sofriam da síndrome (ADRIAENSSENS; DE GUCHT; MAES, 2015). Resultados com o impacto de problema de saúde pública. Intervenções e a consciência dos aspectos dessa condição clínica são necessários e tem o propósito de garantir a qualidade de vida desses sujeitos (ADRIAENSSENS; DE GUCHT; MAES, 2015).



OBJETIVOS

3 OBJETIVO

Avaliar a relação da cultura de segurança do paciente com a satisfação no trabalho, depressão e síndrome de *Burnout* entre profissionais do âmbito hospitalar.

3.1 Objetivos específicos

- a. Mensurar a percepção dos profissionais em relação a cultura de segurança do paciente existente no hospital;
- b. Aferir a satisfação dos indivíduos com o trabalho;
- c. Identificar a gravidade dos sintomas depressivos nos trabalhadores;
- d. Determinar a frequência de síndrome de *Burnout* nos profissionais da instituição hospitalar (níveis de exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal);
- e. Analisar a associação das características sociodemográficas e ocupacionais dos trabalhadores com a variáveis: cultura de segurança do paciente, satisfação no trabalho, depressão e síndrome de *Burnout*.



MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 Delineamento

Estudo transversal realizado por meio de instrumentos psicométricos para avaliar a cultura de segurança do paciente, bem como a correlação desta variável com os níveis de satisfação com o trabalho, depressão e síndrome de *Burnout*, mensurados pelas percepções de profissionais hospitalares.

Esse tipo de estudo é caracterizado por medições que são realizadas em um exato momento, sem período de seguimento (NEWMAN et al., 2008). A descrição de variáveis e do padrão de sua distribuição são utilidades importantes encontradas em um delineamento transversal (NEWMAN et al., 2008).

4.2 Contexto

A pesquisa foi realizada no período de agosto a novembro de 2016 no Hospital de Ensino Santa Casa de Fernandópolis. Uma instituição hospitalar privada, filantrópica, localizada no extremo noroeste do Estado de São Paulo e que é referência local. Além de atender cidades das regiões de Mato Grosso, Minas Geras e Goiás, em razão de suas características voltadas para o socorro de urgência e emergência. Destaca-se pela especialidade na atenção a gestantes de alto risco, unidade de terapia intensiva (UTI) adulto, assistência de alta complexidade em nefrologia, ortopedia e traumatologia. Fundada no mês de fevereiro do ano de 1948, no município de Fernandópolis que ocupa uma área de 549,797 km², com 68.399 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

É credenciada pelos ministérios da educação e da saúde para atuar como hospital ensino (Portaria Interministerial número 1.635, de 6 de agosto de 2013). Oferece campo de estágio para os cursos de enfermagem, farmácia, fisioterapia, serviço social, biomedicina, medicina e residência em moldes de internato.

Hospital de médio porte, constituído por 174 leitos (108 ou 62% contratados pelo Sistema Único de Saúde). Ademais, ressaltam-se outros indicadores, referentes ao ano de 2016, que norteiam sobre as práticas da organização:

- média mensal de internações: 639;
- média de pacientes-dia: 69;
- média mensal de cirurgias: 360;
- média mensal de notificações, distribuídas entre circunstâncias notificáveis, “*near miss*” ou quase erro, incidentes sem danos e eventos adversos relacionados a assistência à saúde: 72;
- taxa de mortalidade institucional: 4,96%; taxa de mortalidade hospitalar: 5,62%.

Ainda, e como uma característica da atuação do hospital, o autor principal deste estudo (AMO) realizou análise de quantificação do registro de notificações de farmacovigilância na instituição, em uma pesquisa retrospectiva do período de junho de 2012 a julho de 2014 (OLIVEIRA et al., 2018). No total, foram contabilizadas 151 (84,8%) notificações de potenciais reações adversas a medicamentos e 27 (15,2%) de queixas técnicas (por ex., desvio da qualidade) (OLIVEIRA et al., 2018).

A entidade dispõe de 677 profissionais vinculados, classificados pela atuação assistencial (carga horária: 36h/sem.), administrativa (carga horária: 44h/sem.) e apoio técnico (carga horária: 36-44h/sem.). Por meio das informações do setor de medicina do trabalho, foi possível constatar que no mês de julho de 2016, 7% dos trabalhadores estavam afastados de suas atividades ou em licença médica. Entre as principais causas, sobressaíram-se: depressão, distúrbios ortopédicos/trauma e doenças crônicas/hereditárias (Quadro 2).

Quadro 2 – Perfil da origem das licenças médicas e afastamentos dos profissionais do Hospital de Ensino Santa Casa de Fernandópolis em julho de 2016. (n=45)

Categoria Profissional	Motivo	Total de Profissionais (%)
Equipe de Enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares) (n=16)	Depressão	5 (31,3)
	Distúrbios ortopédicos/trauma	5 (31,3)
	Procedimentos cirúrgicos	3 (18,8)
	Doenças crônicas/hereditárias	3 (18,8)
Serviço de Apoio (Limpeza e Higiene) (n=12)	Depressão	4 (33,3)
	Distúrbios ortopédicos/trauma	3 (25)
	Doenças crônicas/hereditárias	3 (25)
	Procedimentos cirúrgicos	1 (8,3)
	Gravidez	1 (8,3)
Serviços Gerais (Secretaria/Manutenção) (n=10)	Doenças crônicas/hereditárias	4 (40)
	Distúrbios ortopédicos/trauma	3 (30)
	Depressão	2 (20)
	Procedimentos cirúrgicos	1 (10)
Copeiro Hospitalar (n=5)	Depressão	2 (40)
	Doenças crônicas/hereditárias	2 (40)
	Distúrbios ortopédicos/trauma	1 (20)
Equipe de Farmácia (n=2)	Distúrbios ortopédicos/trauma	1 (50)
	Doenças crônicas/hereditárias	1 (50)

Fonte: Hospital de Ensino Santa Casa de Fernandópolis, 2016.

4.3 Participantes

A população, multiprofissional, foi composta por todos os profissionais que atuam no hospital. Foram elegíveis aqueles com vínculo empregatício maior ou igual a três meses e que consentiram participar da pesquisa. Excluíram-se os indivíduos em aviso prévio, sob licença médica/afastamento, em gozo de período de férias ou trabalhadores de empresas terceirizadas.

Os participantes foram selecionados por meio de amostragem aleatória a partir da listagem dos profissionais obtida junto ao departamento de recursos humanos da instituição e foram abordados de maneira presencial para participar da pesquisa.

4.4 Variáveis

Foram investigadas características sociodemográficas, econômicas e ocupacionais autorreferidas pelos participantes. Distribuídas entre variáveis quantitativas (discretas ou contínuas) e qualitativas (nominais ou ordinais), dicotômicas ou politômicas:

- sexo: masculino ou feminino;
- idade: em anos e categorizada em 18-35, 36-50, ≥ 51 ;
- cor ou raça: branca/amarela ou preta/parda/indígena;
- estado civil: casado(a), separado(a)/divorciado(a)/viúvo(a) ou solteiro(a);
- gravidez nos últimos 12 meses: sim ou não;
- índice de massa corporal (IMC): classificado em $<18,50$, 18,50-24,99, 25-29,99 e ≥ 30 ;
- classe socioeconômica: A, B, C ou D-E;
- grau de instrução: superior (graduação/pós-graduação), médio (colegial, 2º grau) completo ou incompleto;
- profissão ou atividade trabalhista que exerce no hospital: especificada por área da saúde (médicos, equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), farmacêuticos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e outros) e área de apoio técnico (administrativo, serviço de higiene e limpeza, copeiros, porteiro/vigilante, manutenção e outros);
- interação/contato direto com o paciente: sim ou não;
- tempo de atuação na área: em anos e ordenado em <1 , 1-2, 3-4, 5-10, 11-20 e ≥ 21 .

O desfecho primário do estudo foi a percepção da cultura de segurança do paciente. Como variáveis independentes foram coletados: satisfação no trabalho, depressão e síndrome de *Burnout* (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal).

4.5 Fontes de dados e mensuração

Os dados foram coletados por meio de questionário eletrônico preenchido pelo próprio profissional em dispositivos (*tablets*) após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A coleta ocorreu no setor de trabalho dos funcionários.

Dados sociodemográficos, econômicos e ocupacionais. Tais características foram concebidas por questionário desenvolvido pelos pesquisadores.

O cálculo do IMC foi realizado como recomendado pela OMS: peso (em quilogramas) dividido pela altura (em metros) ao quadrado (kg/m^2) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). As informações sobre o peso e a altura foram autorreferidas. De acordo com a classificação internacional preconizada, IMC <18,50 indica baixo peso, 18,50-24,99 peso normal, 25–29,99 sobrepeso/pré-obesidade e ≥ 30 obesidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Utilizou-se o Critério Brasil padrão (**ANEXO A**) estabelecido pela ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2014) e adotado para classificar os estratos sociais. O instrumento é composto por 15 itens que analisam posse de bens, condições de moradia, grau de instrução do chefe da família e acesso a serviços públicos. Categoriza-se a população por estimativa da renda média domiciliar (reais/mês): 20.888 (Classe A), 4.852-9.254 (Classe B), 1.625-2.705 (Classe C), 768 (Classe D-E) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2014).

Cultura de segurança do paciente. O *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) (**ANEXO B**) foi aplicado para a avaliação da percepção da cultura de segurança do paciente (CARVALHO; CASSIANI, 2012; SEXTON et al., 2006). Trata-se de ferramenta reconhecida por demonstrar compreender mais fatores da segurança do paciente e a possibilidade de prover informações comparativas, estes atributos foram comprovados em uma revisão que analisou 13 instrumentos destinados para a mesma finalidade (SINGLA et al., 2006). O SAQ também é considerado por sensibilidade elevada em aferir atitudes individuais de segurança (COLLA et al., 2005). Ainda, é indicado pela *European Network for Patient Safety* (EUNetPas) (EUROPEAN NETWORK FOR PATIENT SAFETY, 2010).

O SAQ é um instrumento psicométrico que contém 41 questões propostas a avaliar o clima de segurança por meio de seis domínios: clima de trabalho em equipe

(itens 1-6), clima de segurança (itens 7-13), satisfação no trabalho (itens 15-19), reconhecimento de estresse (itens 20-23), percepções da gestão da unidade e do hospital (itens 24-29, que se duplicam) e condições de trabalho (itens 30-32) (SEXTON et al., 2006). Requer de 10 a 15 minutos para o preenchimento. Cada item do instrumento é correspondido por uma escala tipo *Likert* (LIKERT, 1932) de cinco pontos: (A) discordo totalmente = 0; (B) discordo um pouco = 25; (C) neutro = 50; (D) concordo um pouco = 75; (E) concorda totalmente = 100. O resultado é calculado pela somatória da pontuação de cada domínio, após é dividido pelo total do número de questões presentes no mesmo. O escore varia de 0 (pior percepção) a 100 (melhor percepção) e uma pontuação ≥ 75 demonstra ideal concordância dos profissionais com atributos do hospital para segurança do paciente, ou seja, um indicador positivo (SEXTON et al., 2006).

Esta ferramenta foi devidamente adaptada e validada no contexto brasileiro e exibiu boas propriedades psicométricas (CARVALHO; CASSIANI, 2012). Na análise da confiabilidade, o SAQ original apresentou alfa de *Cronbach* total de 0,80 e a versão em português de 0,89, detectou-se elevada consistência interna (CARVALHO; CASSIANI, 2012; SEXTON et al., 2006).

Satisfação no trabalho. O nível de satisfação laboral foi mensurado pelo instrumento *Job Satisfaction Survey* (JSS) (**ANEXO C**) (SOUZA; MILANI; ALEXANDRE, 2015; SPECTOR, 1985). Este, é dividido em nove dimensões: pagamento (itens 1, 10, 19 e 28), promoção (itens 2, 11, 20 e 33), supervisão (itens 3, 12, 21 e 30), benefícios (itens 4, 13, 22 e 29), recompensas (itens 5, 14, 23 e 32), procedimentos operacionais (itens 6, 15, 24 e 31), colaboradores (itens 7, 16, 25 e 34), natureza do trabalho (itens 8, 17, 27 e 35) e comunicação (itens 9, 18, 26 e 36). 36 itens totalizam a ferramenta, com quatro em cada domínio. As respostas se dão por meio de uma escala tipo *Likert* (LIKERT, 1932) constituída por seis pontos: 1 = discordo muito; 2 = discordo moderadamente; 3 = discordo pouco; 4 = concordo pouco; 5 = concordo moderadamente; e 6 = concordo muito. Contudo, existem algumas questões que são elaboradas de maneira negativa (itens 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 19, 21, 23, 24, 26, 29, 31, 32, 34 e 36) e a pontuação, destas, deve ser invertida antes da soma. Os escores para avaliação de cada domínio, em específico, são como seguem: 4-12 (insatisfeitos); 13-15 (neutros, ou seja, não representa insatisfação e tão pouco satisfação); e 16-24 (satisfeitos). Além disso, a pontuação

total analisada corresponde à insatisfação (escore 36-108), neutralidade (escore 109-143) e satisfação (escore 144-216) (SPECTOR, 1985).

O JSS é indicado para ser aplicado em populações heterogêneas, ainda concede uma investigação abrangente e contempla distintas situações de contentamento com o emprego (SOUZA; MILANI; ALEXANDRE, 2015; SPECTOR, 1985; VAN SAANE et al., 2003). Esse instrumento também foi traduzido e validado no Brasil (SOUZA; MILANI; ALEXANDRE, 2015). Confirmaram-se as propriedades psicométricas com o de alfa de *Cronbach* de 0,91 na versão original e 0,87 na adaptação cultural para o Brasil (SOUZA; MILANI; ALEXANDRE, 2015; SPECTOR, 1985).

Depressão. A manifestação sugestiva e a gravidade da depressão foram estabelecidas pelo *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) (**ANEXO D**) (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001; SANTOS et al., 2013). Constituído por nove itens, baseados nos critérios do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), que apontam a presença de humor deprimido, anedonia, distúrbios do sono, cansaço, falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, lentidão ou inquietude e pensamentos suicidas nos últimos 14 dias. Os nove itens do instrumento são correspondidos por uma escala tipo *Likert* (LIKERT, 1932) que apresenta uma pontuação de 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias) e a severidade é classificada por um escore de 0-27 (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001; SANTOS et al., 2013):

- 0 = sem sintomas;
- 1-4 = depressão mínima;
- 5-9 = depressão leve;
- 10-14 = depressão moderada;
- 15-19 = depressão moderadamente grave;
- 20-27 = depressão grave.

Esta ferramenta expôs admirável confiabilidade interna com alfa de *Cronbach* de 0,89 (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001). Evidência constatou que o ponto de corte ≥ 9 foi considerado como de máxima sensibilidade (77,5%) e especificidade (86,7%) no Brasil (SANTOS et al., 2013). Portanto, foi o método adotado neste estudo para categorizar os participantes com depressão.

Síndrome de Burnout. O *Maslach Burnout Inventory* em sua versão *Human Services Survey* (MBI-HSS) (**ANEXO E**) foi utilizado para detectar a síndrome (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996). Esse instrumento contém três subescalas, com 22 itens no total, que avaliam as dimensões características do *Burnout*: Exaustão Emocional - EE (itens 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20); Despersonalização - DE (itens 5, 10, 11, 15 e 22); e reduzida Realização Pessoal - rRP (itens 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21). As respostas são elucidadas por uma escala tipo *Likert* (LIKERT, 1932) de 5 pontos (1 = nunca; 2 = algumas vezes ao ano; 3 = algumas vezes no mês; 4 = uma vez na semana; 5 = diariamente). O resultado são três pontuações distintas, pois cada subescala é analisada separadamente (Quadro 3). Atribuiu-se esgotamento profissional a junção de problemas relevantes (moderado ou grave) de EE, DE e rRP no MBI (CARLOTTO; CÂMARA, 2007; MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996).

Quadro 3 – Classificação e pontos de corte dos domínios do *Maslach Burnout Inventory Human Services Survey*.

Classificação	Pontos de corte		
	EE	DE	rRP
Leve	≤15	≤6	≥39
Moderado	16-26	7-12	32-38
Grave	≥27	≥13	≤31

Fonte: BENEVIDES-PEREIRA, 2002.

EE, exaustão emocional; DE, despersonalização; rRP, reduzida realização pessoal.

O MBI é considerado o padrão-ouro na aferição de *Burnout* (SCHAUFELI; LEITER; MASLACH, 2009). Em sua versão original confirmou sua consistência interna com valores de alfa de *Cronbach* de 0,71 a 0,90 (MASLACH; JACKSON, 1981). O instrumento validado no Brasil também expôs estimadas propriedades psicométricas ($\alpha = 0,65-0,94$) (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; CARLOTTO; CÂMARA, 2007).

4.6 Controle de viés

O viés de seleção de participantes, caracterizado por uma amostra previsível, foi superado pelo método adotado de amostragem probabilística aleatória. Inexistiu

discriminação de profissões ou área de trabalho e considerou-se o estabelecimento de saúde como um todo.

Para a amostra deste estudo também só foram considerados os trabalhadores empregados a três meses ou mais na instituição hospitalar, com o propósito de evitar que a instabilidade da contratação do profissional manifestasse influência nas respostas.

Para minimizar o risco de viés de aferição e distorções que forçassem respostas positivas ou negativas, o projeto foi apresentado para os integrantes do grupo gestor e para os líderes do hospital, a fim de salientar a importância do mesmo e disseminar o objetivo da pesquisa entre todas as equipes de trabalho. Com isso, teve-se a intenção de proporcionar autonomia e impedir constrangimentos para que os profissionais pudessem expressar suas verdadeiras percepções, sem receio de represálias, em especial nas questões que avaliam superiores ou a instituição.

Ainda, um membro do grupo de pesquisa (AMO), responsável pela coleta de dados, foi capacitado para a exposição do método e aplicação dos instrumentos. O mesmo se dirigia aos setores de trabalho e a coleta também acontecia nestes locais, em momento desejado pelo funcionário recrutado. Após assinatura do TCLE, o pesquisador disponibilizava o *tablet* para o participante e permanecia presencialmente no setor, porém em local afastado do profissional, para o caso de eventuais dúvidas. Essa medida buscou assegurar o conforto e a confidencialidade.

4.7 Tamanho do estudo

A partir da informação do total de profissionais existentes no hospital ($n=677$), o tamanho amostral foi calculado em 246 (IC 95%) considerando 50% de positividade na cultura de segurança, limites de confiança 5% e efeito de desenho de 1 (amostragem aleatória) (DEAN; SULLIVAN; SOE, 2016). Levou-se ainda em conta os tamanhos amostrais utilizados em estudos desta linha de pesquisa (AI-HONG; SAIDAH; ABDUL, 2012; ETCHEGARAY; THOMAS, 2012; MIJAKOSKI et al., 2015; PEREIRA et al., 2017; SOUZA, 2014; ZIMMERMANN et al., 2013).

A esse número foi adicionado 10%, chegando a 270 pessoas a serem incluídas no estudo. Preparou-se uma lista primária com 270 funcionários sorteados e outra de reposição de mesmo número para repor recusas e demais perdas.

4.8 Métodos estatísticos

Inicialmente, procedeu-se à estatística descritiva das variáveis mensuradas no estudo. Calculou-se à frequência para variáveis categóricas e média e desvio-padrão (DP) para as contínuas.

Análises ajustadas (multivariadas) foram executadas conforme a conjuntura analítica e os pressupostos estatísticos para a variável dependente. Calculou-se a razão de prevalência (RP) por meio de uma regressão de Poisson para estimar a associação entre a percepção de cultura de segurança e as covariáveis.

O coeficiente de correlação de *Pearson* (r) foi utilizado para relatar a associação entre as variáveis. A classificação da relação é atribuída de acordo com os valores encontrados: entre 0-0,19 designa correlação muito fraca; 0,2-0,39 fraca; 0,40-0,59 moderada; 0,60-0,79 forte; e 0,80-1 muito forte (BRITISH MEDICAL JOURNAL, 2016).

A modelagem de equações estruturais com mínimos quadrados parciais (PLS-SEM) foi o método utilizado para estimar relações de dependência, assim como determinar o vínculo entre as variáveis latentes e suas variáveis manifestas. Divide-se esse processo em duas etapas: (I) validação e confiabilidade das mensurações; (II) análise do modelo estrutural (HAIR et al., 2014).

Para efetivação da primeira etapa criou-se os construtos “cultura de segurança do paciente”, “satisfação no trabalho”, “*Burnout*” e “depressão” estabelecidos de acordo com os domínios e os escores dos instrumentos SAQ, JSS, MBI e PHQ-9, respectivamente.

Foi verificada a validade convergente, considerou-se os valores de variância média extraída (VME) dos construtos e é recomendado que os mesmos sejam $>0,5$ (FORNELL; LARCKER, 1981; HAIR et al., 2014). O coeficiente alfa de *Cronbach* e a confiabilidade composta (CC) foram evidenciados para avaliação da confiabilidade de consistência interna, que se mostrou aceitável com valores $\geq 0,6$ (HAIR et al., 2014).

As cargas fatoriais dos domínios dos instrumentos também foram descritas, sugere-se que exponham valores, ao menos, de 0,5 (HAIR et al., 2009).

Foi avaliada a validade discriminante e adotou-se o critério de comparação em que as raízes quadradas das VME necessitam ser maiores do que o valor de correlação entre os construtos (FORNELL; LARCKER, 1981; HAIR et al., 2014).

Para execução da segunda etapa, foi analisado o coeficiente de determinação de *Pearson* (R^2), classificado como de pequeno efeito ($R^2 = 2\%$), efeito médio ($R^2 = 13\%$) e grande efeito ($R^2 = 26\%$) (COHEN, 1988). A relevância preditiva (Q^2) foi examinada por coeficiente de redundância e tida como adequada quando $Q^2 > 0$ (HAIR et al., 2014). O coeficiente comunitário determinou o tamanho de efeito (f^2), considerado pequeno ($f^2 = 0,02$), médio ($f^2 = 0,15$) e grande ($f^2 = 0,35$) (HAIR et al., 2014). A qualidade de ajuste (GoF) foi considerada aceitável quando $> 0,36$ (WETZELS; ODEKERKEN-SCHRÖDER; VAN OPPEN, 2009).

Por fim, foi estabelecida a significância e a relação entre os construtos com o coeficiente de caminho, que é expresso com valores entre -1 a 1. Relações fortes são determinadas com coeficientes de caminho mais próximos a 1 para relações positivas e a -1 para negativas, em contrapartida, valores próximos a 0 indicam relações fracas (HAIR et al., 2014).

Empregou-se o diagrama de caminhos para ilustrar a relação entre os construtos. Determina-se que relações causais são retratadas por setas retilíneas, aponta-se da variável (ou construto) preditora para a variável dependente (HAIR et al., 2009). Setas curvas correspondem a correlações entre construtos ou indicadores, mas nenhuma causalidade é implicada (HAIR et al., 2009).

A interpretação do efeito total de ligação entre as variáveis também foi exposta. Estratifica-se o quanto a relação entre os construtos é direta ou indireta e este impacto diferencial (HAIR et al., 2014).

Foi utilizado o pacote estatístico *Stata* (versão 13.1) para todas as análises e padronizou-se o intervalo de confiança à 95% (IC 95%) e o nível de significância em 5%.

4.9 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara, protocolo nº 1.644.886 (**ANEXO F**). Obteve-se autorização da instituição hospitalar estudada (**APÊNDICE A**) e todos os participantes forneceram consentimento informado por escrito (**APÊNDICE B**).



RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Análise descritiva das variáveis mensuradas

A partir da lista dos 677 trabalhadores do hospital, realizou-se sorteio simples e uma amostra aleatória do total de 305 indivíduos foi recrutada para a pesquisa. Destes, 271 participaram do estudo e apresentou-se uma taxa de resposta de 88,9% (Figura 2).

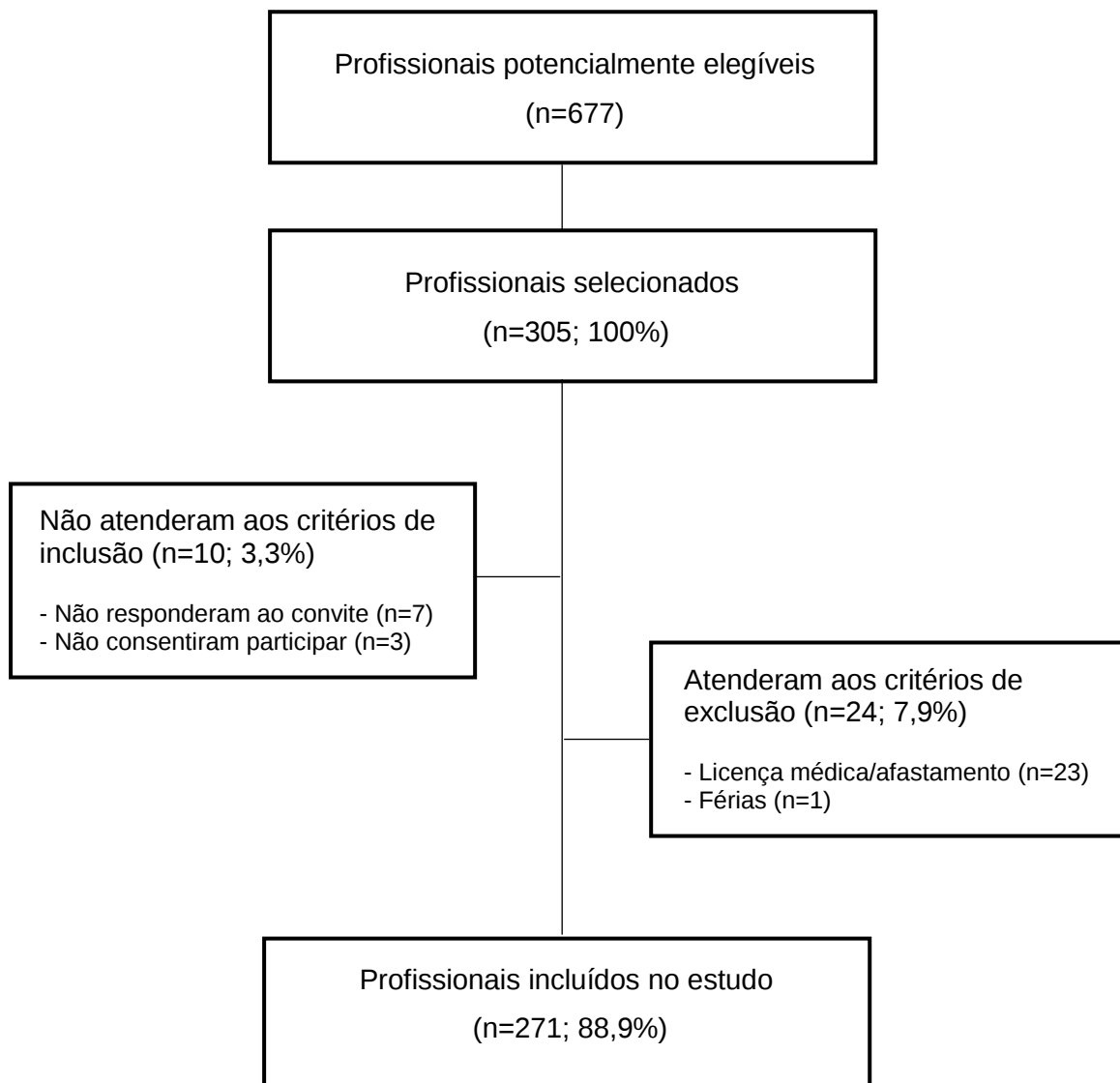


Figura 2. Fluxograma da composição da amostra.

A maior parte dos participantes eram do sexo feminino (n=213; 78,6%), com idades entre 36-50 anos (n=114; 42,1%), pertencentes à equipe de enfermagem (n=125; 46,1%) e com 5-10 anos de atuação na área (n=74; 27,3%; Tabela 1).

Tabela 1 - Características dos profissionais do estudo de acordo com variáveis sociodemográficas e laborais. Fernandópolis, SP, Brasil, 2016. (n=271)

Características	Frequência	%
Sexo		
Masculino	58	21,4
Feminino	213	78,6
Idade (anos)		
18 – 35	105	38,7
36 – 50	114	42,1
≥ 51	52	19,2
Cor ou raça		
Branca/Amarela	211	77,9
Preta/Parda/Indígena	60	22,1
Estado civil		
Casado(a)	152	56,1
Separado(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)	29	10,7
Solteiro(a)	90	33,2
Gravidez nos últimos 12 meses	16	7,5
IMC (kg/m²)^a		
< 18,50 (baixo peso)	4	1,5
18,50-24,99 (peso normal)	97	35,8
25-29,99 (sobrepeso/pré-obesidade)	92	33,9
≥ 30 (obesidade)	78	28,8
Classe socioeconômica^b		
A	46	17
B	134	49,4
C	82	30,3
D-E	9	3,3
Grau de instrução		
Superior	97	35,8
Médio completo	138	50,9
Médio incompleto	36	13,3
Profissão ou área de atuação		
Médicos	24	8,9
Equipe de enfermagem ^c	125	46,1
Outros profissionais de saúde ^d	29	10,7
Apoio técnico e outros ^e	93	34,3
Interação/contato direto com o paciente	205	75,7
Tempo de atuação na área (anos)		
< 1	9	3,3
1 – 2	29	10,7
3 – 4	50	18,5
5 – 10	74	27,3
11 – 20	48	17,7
≥ 21	61	22,5

^a Índice de massa corporal determinado pelo cálculo: peso (em quilos) dividido pela altura ao quadrado (em metros); ^b Estimativa para a renda média domiciliar (reais/mês): 20.888 (Classe A), 4.852-9.254 (Classe B), 1.625-2.705 (Classe C), 768 (Classe D-E); ^c Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem; ^d Assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, técnicos em gesso hospitalar e outros; ^e Porteiros/vigilantes, copeiros, serviço administrativo, de higiene e limpeza, de manutenção e outros.

A pontuação média do SAQ foi de 68,2 (IC 95%: 65,8-70,5), que significa irregular concordância dos profissionais às questões de segurança do paciente na instituição, ou seja, um indicador negativo (escore <75). Verificou-se que o instrumento exibiu boa confiabilidade, com valor de alfa de *Cronbach* de 0,9 (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise dos resultados obtidos com o instrumento *Safety Attitudes Questionnaire*. Fernandópolis, SP, Brasil, 2016. (n=271)

Domínios do SAQ	Média	DP	IC 95%	α
Clima de trabalho em equipe	74,8	19,4	72-77,7	0,7
Clima de segurança	68,3	19,5	66-70,6	0,7
Reconhecimento de estresse	58,1	29,1	53,6-62,6	0,7
Satisfação no trabalho	86	15	84,2-87,8	0,7
Percepções da gestão (hospital)	57,3	26,1	54,2-60,4	0,8
Percepções da gestão (unidade)	69,2	23,1	66,4-71,9	0,7
Condições de trabalho	58,2	25,5	54,2-62,1	0,7
Escore geral do SAQ	68,2	14,1	65,8-70,5	0,9

SAQ, *Safety Attitudes Questionnaire*; DP, desvio padrão; IC 95%, intervalo de confiança à 95%; α , alfa de *Cronbach*.

Ná análise de regressão foi possível estabelecer as características sociodemográficas e laborais relacionadas com os resultados obtidos com o SAQ. Os profissionais com 11-20 anos de atuação na área expressaram percepções mais negativas da cultura de segurança em relação aqueles com menos de um ano no cargo ($p=0,05$). Os indivíduos com o estado civil separado/divorciado/viúvo também apresentaram menor pontuação no SAQ do que os que eram casados ($p=0,03$). Outrossim, os trabalhadores com IMC entre 25-29,99 e ≥ 30 indicaram percepções inferiores da cultura de segurança em associação com aqueles de IMC $\leq 24,99$ ($p=0,01$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise da associação das variáveis sociodemográficas e laborais com a percepção da cultura de segurança do paciente. Fernandópolis, SP, Brasil, 2016. (n=271)

Características	Média do SAQ	DP	β	valor-P
Sexo				
Feminino	68,4	14	Referência	-
Masculino	67,4	14,3	-1,06	0,72
Idade (anos)				
18 – 35	67,7	12	Referência	-
36 – 50	68,6	15	0,98	0,72
≥ 51	68	15,6	0,38	0,91
Cor ou raça				
Branca/Amarela	68,3	14,1	Referência	-
Preta/Parda/Indígena	67,9	14,3	-0,41	0,89
Estado civil				
Casado(a)	69	14,6	Referência	-
Separado(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)	60,6	13,9	-8,37	0,03
Solteiro(a)	69,8	12,2	0,79	0,77
Gravidez nos últimos 12 meses				
	72,1	15,6	3,85	0,52
IMC (kg/m²)				
≤ 24,99	73,3	11,9	Referência	-
25-29,99	66	15,2	-7,39	0,01
≥ 30	65,5	13,6	-7,86	0,01
Classe socioeconômica				
A	66,6	15,7	Referência	-
B	68,6	13,3	2	0,5
C	69,5	14,1	2,93	0,38
D-E	64,5	13,6	-2,1	0,78
Grau de instrução				
Superior	67,3	14,6	Referência	-
Médio completo	68,7	13,7	1,4	0,57
Médio incompleto	73,3	14,1	6,04	0,36
Profissão ou área de atuação				
Médicos	65,4	17,3	Referência	-
Equipe de enfermagem	68,1	13,8	2,77	0,43
Outros profissionais da saúde	75,2	5,54	9,83	0,14
Apoio técnico e outros	70,9	13,3	5,56	0,4
Contato direto com o paciente				
Sem contato	74,6	15,5	Referência	-
Com contato	67,9	14	-6,69	0,3
Tempo de atuação na área (anos)				
< 1	76,6	8,9	Referência	-
1-2	72,4	7,4	-4,15	0,64
3-4	73,4	13	-3,23	0,64
5-10	68,2	13,1	-8,39	0,2
11-20	63,5	14,7	-13,12	0,05
≥ 21	66,5	15,7	-10,1	0,13

SAQ, *Safety Attitudes Questionnaire*; DP, desvio padrão; β, coeficiente de regressão.

O JSS apresentou pontuação média de 131,2 (IC 95%: 128,1-134,3), portanto, prevaleceu o nível de neutralidade (escore 109-143) quanto a satisfação no trabalho

na amostra estudada. Também atestou-se excelência na consistência interna do instrumento (alfa de *Cronbach* = 0,9) (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise dos resultados obtidos com o instrumento *Job Satisfaction Survey*. Fernandópolis, SP, Brasil, 2016. (n=271)

Domínios do JSS	Média	DP	IC 95%	α
Benefícios	9,8	4,4	9,3-10,3	0,7
Colaboradores	18,1	3,7	17,7-18,6	0,5
Comunicação	14,4	4,9	13,8-14,9	0,6
Procedimentos operacionais	13,3	4,2	12,8-13,8	0,4
Natureza do trabalho	22,1	2,8	21,8-22,4	0,6
Promoção	10,9	4,9	10,3-11,4	0,6
Recompensas	12,3	5	11,7-12,9	0,7
Pagamento	10,8	5,1	10,2-11,4	0,7
Supervisão	19,5	4,7	18,9-20,1	0,8
Escore geral do JSS	131,2	25,9	128,1-134,3	0,9

JSS, *Job Satisfaction Survey*; DP, desvio padrão; IC 95%, intervalo de confiança à 95%; α , alfa de *Cronbach*

Na divisão dos participantes, pela classificação estabelecida pelo JSS, detectou-se que a maioria manteve o nível neutro (n=132; 48,7%), 89 (32,8%) profissionais estavam satisfeitos e 50 (18,5%) estavam plenamente insatisfeitos com o seu trabalho (Tabela 5).

Tabela 5 – Prevalência de profissionais insatisfeitos, neutros e satisfeitos entre os domínios do *Job Satisfaction Survey*. Fernandópolis, SP, Brasil, 2016. (n=271)

Domínios do JSS	Insatisfeitos n (%)	Neutros n (%)	Satisfeitos n (%)
Benefícios	199 (73,4)	43 (15,9)	29 (10,7)
Colaboradores	19 (7)	53 (19,6)	199 (73,4)
Comunicação	98 (36,2)	64 (23,6)	109 (40,2)
Procedimentos operacionais	124 (45,8)	71 (26,2)	76 (28)
Natureza do trabalho	1 (0,4)	9 (3,3)	261 (96,3)
Promoção	166 (61,2)	53 (19,6)	52 (19,2)
Recompensas	143 (52,8)	54 (19,9)	74 (27,3)
Pagamento	173 (63,8)	48 (17,7)	50 (18,5)
Supervisão	28 (10,3)	22 (8,1)	221 (81,6)
Escore geral do JSS	50 (18,5)	132 (48,7)	89 (32,8)

JSS, *Job Satisfaction Survey*.

O nível de satisfação no trabalho indicou estar significativamente associado com a profissão e com o tempo de atuação na Tabela 6. Trabalhadores do apoio

técnico apresentaram pontuações mais elevadas no JSS do que os médicos ($p=0,02$). Os profissionais com 3-4 anos de tempo no cargo também manifestaram nível maior de satisfação em relação aos com menos de um ano de atuação na área ($p=0,03$).

Tabela 6 – Análise da associação das variáveis sociodemográficas e laborais com a satisfação no trabalho. Fernandópolis, SP, Brasil, 2016. (n=271)

Características	Média do JSS	DP	β	valor-P
Sexo				
Feminino	130,9	26,2	Referência	-
Masculino	132,1	24,9	1,15	0,77
Idade (anos)				
18 – 35	128,9	24	Referência	-
36 – 50	133,7	27,9	4,78	0,17
≥ 51	130,2	25	1,26	0,78
Cor ou raça				
Branca/Amarela	130,6	25,9	Referência	-
Preta/Parda/Indígena	133,2	25,9	2,55	0,5
Estado civil				
Casado(a)	132,2	26,7	Referência	-
Separado(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)	124	23,4	-8,18	0,12
Solteiro(a)	131,8	25,1	-0,36	0,92
Gravidez nos últimos 12 meses	132,8	27,9	2,03	0,77
IMC (kg/m²)				
≤ 24,99	134,7	27,6	Referência	-
25-29,99	129,8	23,7	-4,86	0,19
≥ 30	128,3	25,9	-6,39	0,1
Classe socioeconômica				
A	128,4	28,9	Referência	-
B	131,4	24,7	3,01	0,5
C	132	26,3	3,59	0,45
D-E	133,7	28	5,23	0,58
Grau de instrução				
Superior	129	26,2	Referência	-
Médio completo	131,4	25,8	2,37	0,49
Médio incompleto	136,3	25,6	7,3	0,15
Profissão ou área de atuação				
Médicos	121,9	30,9	Referência	-
Equipe de enfermagem	129,3	26,3	7,35	0,2
Outros profissionais da saúde	134	25,6	12,08	0,09
Apoio técnico e outros	135,3	23,5	13,36	0,02
Contato direto com o paciente				
Sem contato	134,8	23,1	Referência	-
Com contato	130	26,7	-4,72	0,2
Tempo de atuação na área (anos)				
< 1	120,1	27,8	Referência	-
1-2	137,5	24	17,4	0,07
3-4	140,5	26,7	20,41	0,03
5-10	129,5	26,7	9,38	0,3
11-20	131,6	24,4	11,49	0,21
≥ 21	123,9	23,7	3,79	0,68

JSS, Job Satisfaction Survey; DP, desvio padrão; β , coeficiente de regressão.

Mediante avaliação da variável depressão, 216 (79,7%) profissionais apresentaram, ao menos, algum sinal de transtorno psicológico (ao considerar a classificação de depressão mínima a grave). 60 (22,1%) retrataram depressão expressiva (escore PHQ-9 ≥ 9). O PHQ-9 determinou sua confiabilidade com alfa de *Cronbach* de 0,8 (Tabela 7).

Tabela 7 – Análise dos resultados obtidos com o instrumento *Patient Health Questionnaire-9*. Fernandópolis, SP, Brasil, 2016. (n=271)

Escore PHQ-9	Frequência	%
0 = Sem sintomas	55	20,3
1-4 = Depressão mínima	98	36,1
5-9 = Depressão leve	69	25,5
10-14 = Depressão moderada	30	11,1
15-19 = Depressão moderadamente grave	11	4,1
20-27 = Depressão grave	8	2,9
Prevalência de depressão PHQ-9 ≥ 9 (%)	IC 95%	α
22,1	17,2-27,1	0,8

PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9; IC 95%, intervalo de confiança à 95%; α , alfa de *Cronbach*.

A Tabela 8 evidencia a associação das características pessoais e profissionais dos trabalhadores com os sintomas de depressão. Os profissionais categorizados no estrato socioeconômico D-E (renda média domiciliar mais baixa) apresentaram duas vezes mais prevalência de depressão em comparação com aqueles da classe A (RP=2,84; IC 95%: 1,24-6,51; p=0,01). Ter contato com paciente foi fator de proteção para depressão (RP=0,56; IC 95%: 0,36-0,87; p=0,01).

Tabela 8 – Análise da associação das variáveis sociodemográficas e laborais com a depressão. Fernandópolis, SP, Brasil, 2016. (n=271)

Características	n depressão (%)	RP bruta	IC 95%	valor-P
Sexo				
Feminino	52 (24,4)	1	-	-
Masculino	8 (13,8)	0,56	0,28-1,12	0,10
Idade (anos)				
18 – 35	25 (23,8)	1	-	-
36 – 50	26 (22,8)	0,96	0,59-1,55	0,86
≥ 51	9 (17,3)	0,73	0,37-1,44	0,36
Cor ou raça				
Branca/Amarela	46 (21,8)	1	-	-
Preta/Parda/Indígena	14 (23,3)	1,07	0,63-1,81	0,8
Estado civil				
Casado(a)	29 (19,1)	1	-	-
Separado(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)	8 (27,6)	1,45	0,74-2,84	0,29
Solteiro(a)	23 (25,6)	1,34	0,83-2,17	0,24
Gravidez nos últimos 12 meses	5 (31,3)	1,31	0,61-2,83	0,49
IMC (kg/m²)				
≤ 24,99	22 (21,8)	1	-	-
25-29,99	18 (19,6)	0,9	0,52-1,57	0,71
≥ 30	20 (25,6)	1,18	0,69-2	0,55
Classe socioeconômica				
A	9 (19,6)	1	-	-
B	26 (19,4)	0,99	0,5-1,96	0,98
C	20 (24,4)	1,25	0,62-2,51	0,54
D-E	5 (55,6)	2,84	1,24-6,51	0,01
Grau de instrução				
Superior	20 (20,6)	1	-	-
Médio completo	28 (20,3)	0,98	0,59-1,64	0,95
Médio incompleto	12 (33,3)	1,62	0,88-2,96	0,12
Profissão ou área de atuação				
Médicos	2 (8,3)	1	-	-
Equipe de enfermagem	26 (20,8)	2,5	0,63-9,85	0,19
Outros profissionais da saúde	7 (24,1)	2,9	0,66-12,7	0,16
Apoio técnico e outros	25 (26,9)	3,23	0,82-12,71	0,09
Contato direto com o paciente				
Sem contato	22 (33,3)	1	-	-
Com contato	38 (18,5)	0,56	0,36-0,87	0,01
Tempo de atuação na área (anos)				
≤ 2	8 (21,1)	1	-	-
3-4	9 (18)	0,86	0,36-2,01	0,72
5-10	20 (27)	1,28	0,62-2,64	0,5
11-20	8 (16,7)	0,79	0,33-1,92	0,61
≥ 21	15 (24,6)	1,17	0,55-2,49	0,69

RP, razão de prevalência; IC 95%, intervalo de confiança à 95%.

O esgotamento profissional foi apresentado em 40 (14,8%) participantes ao avaliar os indivíduos com classificação grave ou moderado nos três domínios

simultaneamente. A EE e DE foram os destaques nos atributos do *Burnout*, pois revelaram predominância de casos graves (n=66; 24,4% e n=50; 18,5%, respectivamente) (Tabela 9).

Tabela 9 – Análise dos resultados obtidos com o instrumento *Maslach Burnout Inventory*. Fernandópolis, SP, Brasil, 2016. (n=271)

Domínios do MBI	Leve n (%)	Moderado n (%)	Grave n (%)	α
EE	78 (28,8)	127 (46,9)	66 (24,4)	0,9
DE	84 (31)	137 (50,6)	50 (18,5)	0,6
rRP	104 (38,4)	121 (44,7)	46 (17)	0,8
Prevalência de síndrome de <i>Burnout</i> (%)		IC 95%		α
14,8		10,5-19		0,9

MBI, Maslach Burnout Inventory; EE, exaustão emocional; DE, despersonalização; rRP, reduzida realização pessoal; IC 95%, intervalo de confiança à 95%; α , alfa de *Cronbach*.

A correlação dos dados sociodemográficos e laborais com a manifestação da síndrome de *Burnout* está detalhada na Tabela 10. Os homens apresentaram esgotamento profissional aproximadamente duas vezes mais do que a mulheres (RP=1,98; IC 95%: 1,03-3,79; p=0,04).

Tabela 10 – Análise da associação das variáveis sociodemográficas e laborais com a síndrome de *Burnout*. Fernandópolis, SP, Brasil, 2016. (n=271)

Características	n <i>Burnout</i> (%)	RP bruta	IC 95%	valor-P
Sexo				
Feminino	26 (12,2)	1	-	-
Masculino	14 (24,1)	1,98	1,03-3,79	0,04
Idade (anos)				
18 – 35	20 (19,1)	1	-	-
36 – 50	15 (13,2)	0,69	0,35-1,35	0,28
≥ 51	5 (9,6)	0,5	0,19-1,35	0,17
Cor ou raça				
Branca/Amarela	28 (13,3)	1	-	-
Preta/Parda/Indígena	12 (20)	1,51	0,77-2,96	0,23
Estado civil				
Casado(a)	20 (13,2)	1	-	-
Separado(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)	4 (13,8)	1,05	0,36-3,07	0,93
Solteiro(a)	16 (17,8)	1,35	0,7-2,61	0,37
Gravidez nos últimos 12 meses	2 (12,5)	1,03	0,24-4,34	0,97
IMC (kg/m²)				
≤ 24,99	16 (15,8)	1	-	-
25-29,99	10 (10,9)	0,69	0,31-1,51	0,35
≥ 30	14 (18)	1,13	0,55-2,32	0,73
Classe socioeconômica				
A	9 (19,6)	1	-	-
B	17 (12,7)	0,65	0,29-1,45	0,29
C	12 (14,6)	0,75	0,32-1,78	0,51
D-E	2 (22,2)	1,14	0,25-5,26	0,87
Grau de instrução				
Superior	18 (18,6)	1	-	-
Médio completo	15 (10,9)	0,59	0,3-1,16	0,13
Médio incompleto	7 (19,4)	1,05	0,44-2,51	0,92
Profissão ou área de atuação				
Médicos	7 (29,2)	1	-	-
Equipe de enfermagem	16 (12,8)	0,44	0,18-1,07	0,07
Outros profissionais da saúde	2 (6,9)	0,24	0,05-1,14	0,07
Apoio técnico e outros	15 (16,1)	0,55	0,23-1,36	0,2
Contato direto com o paciente				
Sem contato	11 (16,7)	1	-	-
Com contato	29 (14,2)	0,85	0,42-1,7	0,64
Tempo de atuação na área (anos)				
≤ 2	5 (13,2)	1	-	-
3-4	8 (16)	1,22	0,4-3,72	0,73
5-10	12 (16,2)	1,23	0,43-3,5	0,7
11-20	6 (12,5)	0,95	0,29-3,11	0,93
≥ 21	9 (14,8)	1,12	0,38-3,35	0,84

RP, razão de prevalência; IC 95%, intervalo de confiança à 95%.

5.2 Análise com o coeficiente de correlação de *Pearson*

Na Tabela 11 observa-se a análise da correlação de *Pearson* entre os desfechos mensurados com os instrumentos. Enfatiza-se a relação forte entre a cultura de segurança e a satisfação no trabalho ($r = 0,69$, $p < 0,001$).

Tabela 11 – Coeficiente de correlação de *Pearson* entre a percepção da cultura de segurança do paciente com a satisfação no trabalho, os domínios de *Burnout* e a depressão. Fernandópolis, SP, Brasil, 2016. (n=271)

	Percepção da cultura de segurança	valor-P
Satisfação no trabalho	0,69	<0,0001
EE	-0,47	<0,0001
DE	-0,4	<0,0001
RP	0,28	0,001
Depressão	-0,24	0,005

EE, exaustão emocional; DE, despersonalização; RP, realização pessoal.

Nos gráficos de dispersão verificam-se a intensidade e o comportamento da relação (positiva ou negativa) entre as variáveis. Quanto maior foi a satisfação no trabalho, maior também a percepção da cultura de segurança do paciente (Gráfico 1).

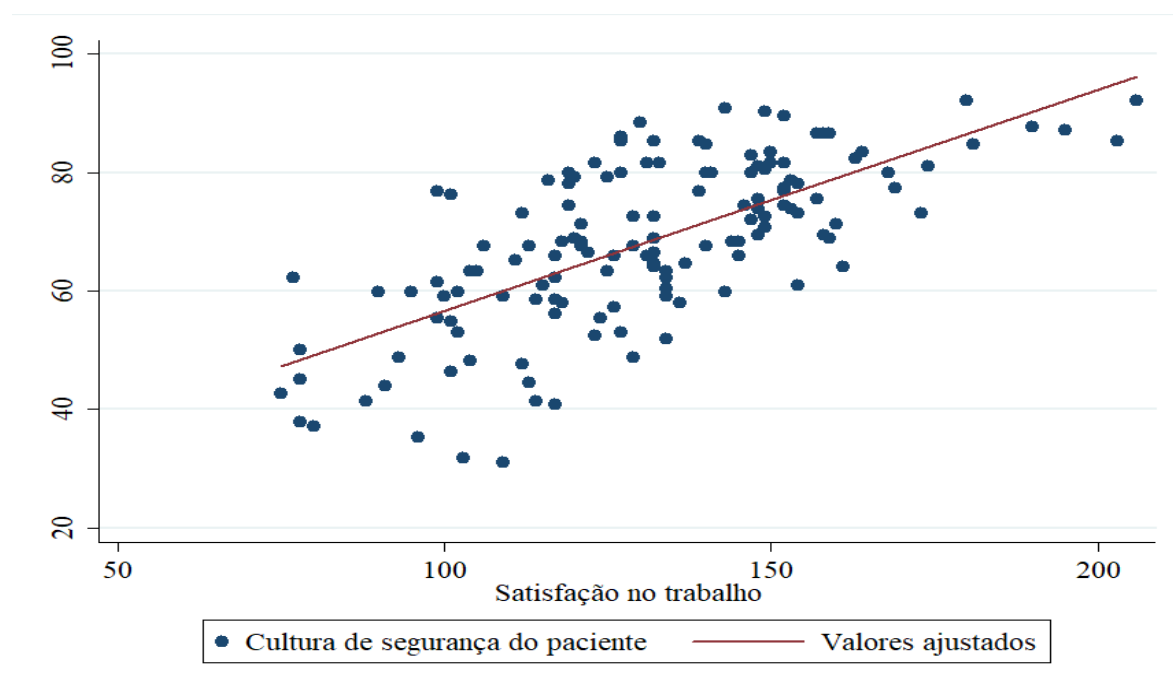


Gráfico 1. Coeficiente de correlação de *Pearson* entre a satisfação no trabalho e a cultura de segurança do paciente.

Quanto maior a exaustão emocional, menor a percepção da cultura de segurança do paciente (Gráfico 2).

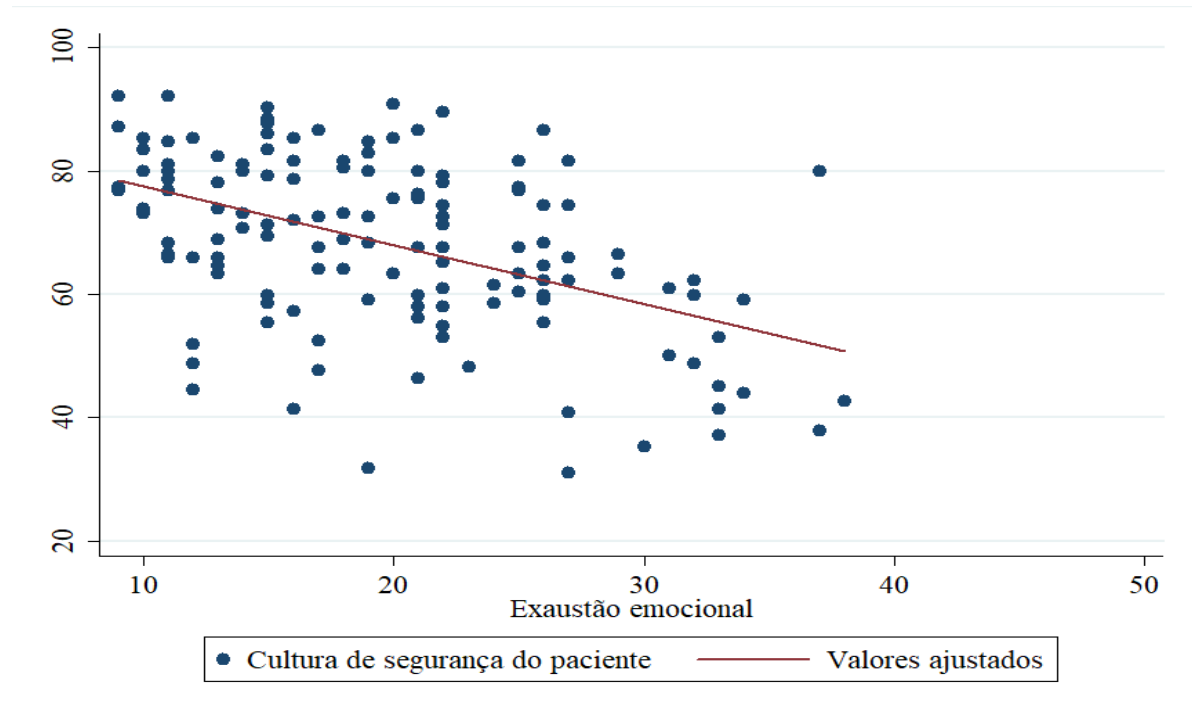


Gráfico 2. Coeficiente de correlação de *Pearson* entre a exaustão emocional e a cultura de segurança do paciente.

Quanto maior a despersonalização, menor a percepção da cultura de segurança do paciente (Gráfico 3).

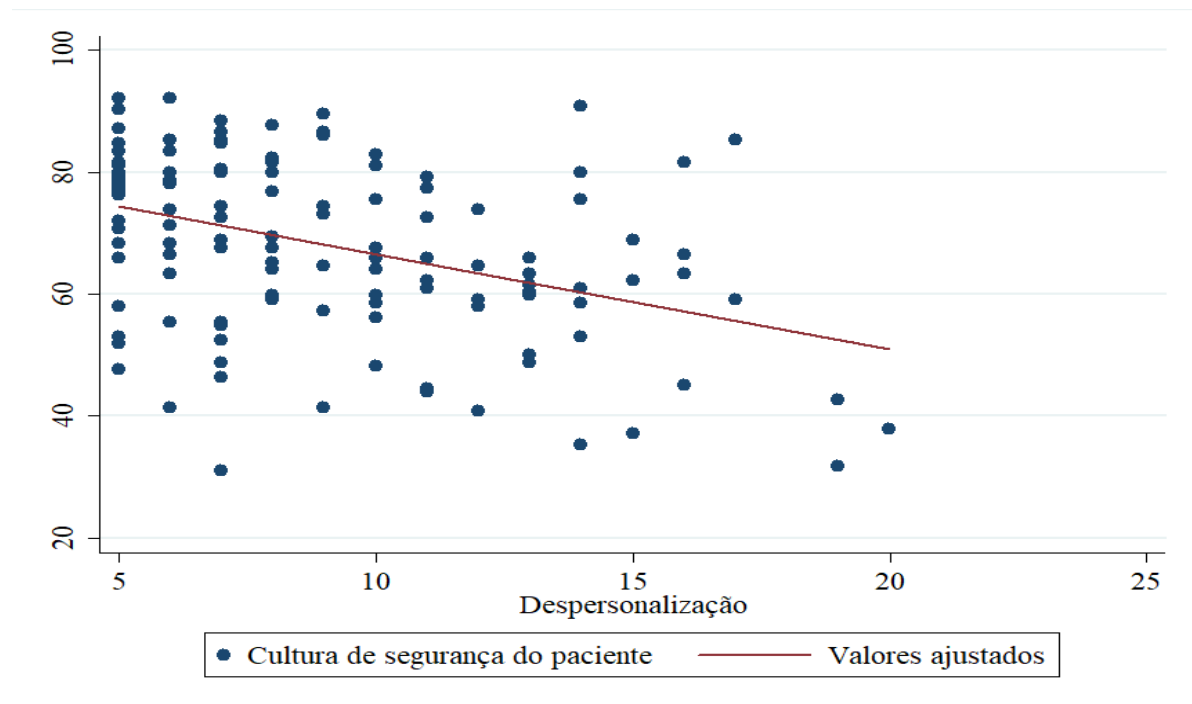


Gráfico 3. Coeficiente de correlação de *Pearson* entre a despersonalização e a cultura de segurança do paciente.

Quanto maior a realização pessoal, maior a percepção da cultura de segurança do paciente (Gráfico 4).

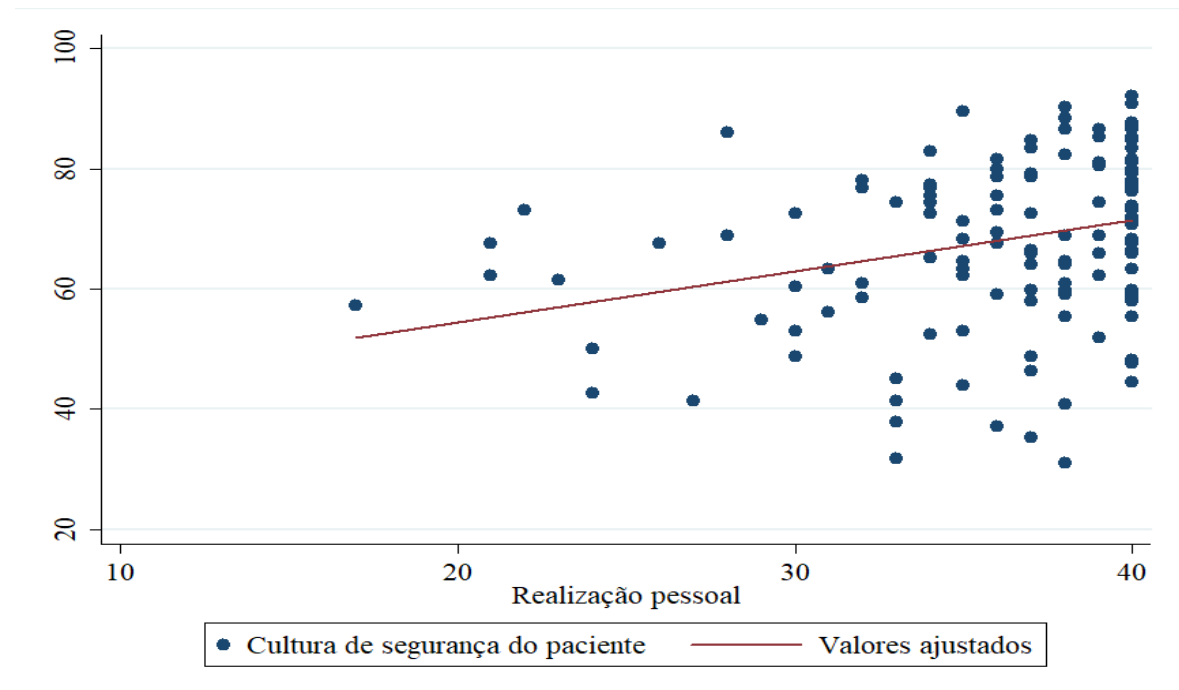


Gráfico 4. Coeficiente de correlação de *Pearson* entre a realização pessoal e a cultura de segurança do paciente.

Quanto maior os sintomas de depressão, menor a percepção da cultura de segurança do paciente (Gráfico 5).

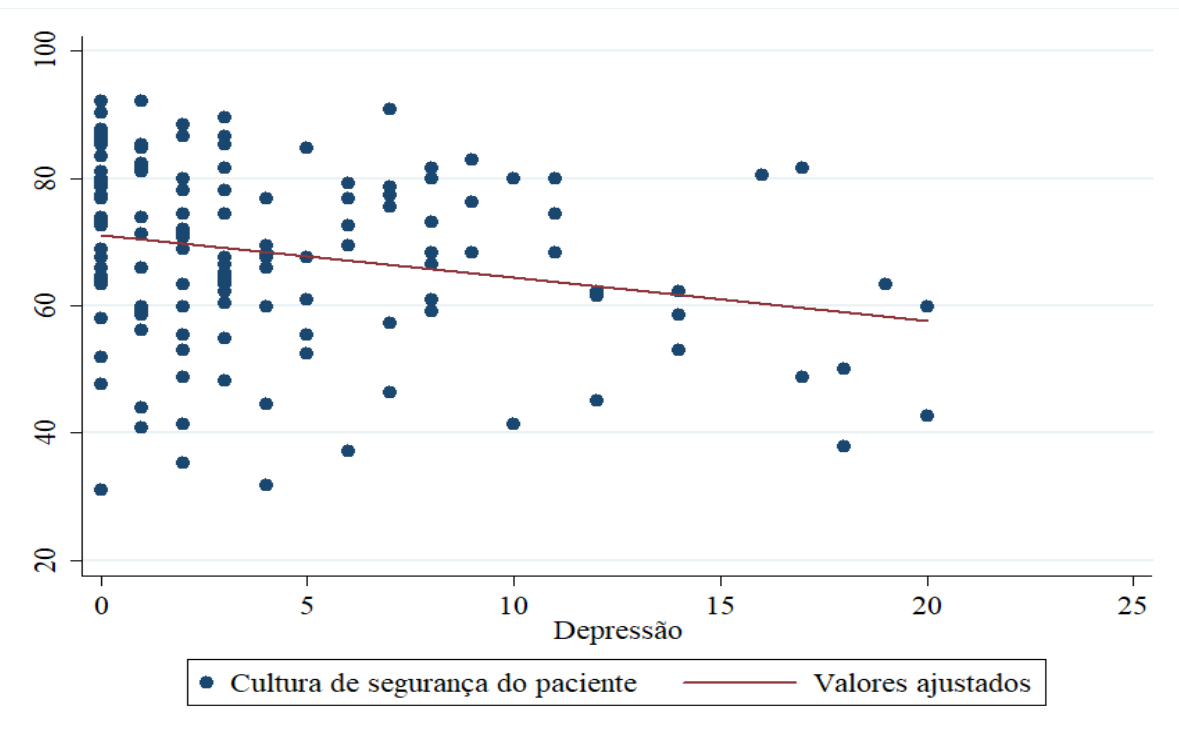


Gráfico 5. Coeficiente de correlação de *Pearson* entre a depressão e a cultura de segurança do paciente.

5.3 PLS-SEM (primeira etapa): validação e confiabilidade das mensurações

Na primeira fase da PLS-SEM foi realizada a avaliação da validade convergente. Observou-se valores de VME $\geq 0,5$, exceto para o construto “satisfação no trabalho” (VME = 0,4). Porém, os valores da CC e do alfa de *Cronbach* foram plausíveis (Tabela 12).

Tabela 12 - Validade convergente e confiabilidade de consistência interna dos construtos.

Construtos	VME	CC	α
Cultura de segurança do paciente	0,54	0,85	0,77
Satisfação no Trabalho	0,43	0,87	0,83
<i>Burnout</i>	0,62	0,65	0,69
Depressão	0,48	0,88	0,85

VME, variância média extraída; CC, confiabilidade composta; α , alfa de *Cronbach*.

A Tabela 13 expõe as cargas fatoriais dos domínios dos instrumentos, que apresentaram valores $\geq 0,5$. Com exceção do domínio de reconhecimento de estresse do SAQ (carga fatorial = -0,39) e o item 9 do PHQ-9 (carga fatorial = 0,1).

Tabela 13 - Cargas fatoriais dos domínios dos instrumentos *Safety Attitudes Questionnaire*, *Job Satisfaction Survey*, *Maslach Burnout Inventory* e *Patient Health Questionnaire-9*.

Domínios	Cultura de segurança do paciente	Satisfação no trabalho	Burnout	Depressão
Clima de trabalho em equipe	0,69			
Clima de segurança	0,82			
Reconhecimento de estresse	-0,39			
Satisfação no trabalho	0,79			
Percepções da gestão (hospital)	0,77			
Percepções da gestão (unidade)	0,79			
Condições de trabalho	0,82			
Benefícios		0,68		
Colaboradores		0,59		
Comunicação		0,76		
Procedimentos operacionais		0,47		
Natureza do trabalho		0,61		
Promoção		0,61		
Recompensas		0,77		
Pagamento		0,73		
Supervisão		0,59		
Exaustão emocional			0,88	
Despersonalização			0,83	
Realização pessoal			-0,62	
PHQ_1				0,79
PHQ_2				0,78
PHQ_3				0,66
PHQ_4				0,82
PHQ_5				0,74
PHQ_6				0,77
PHQ_7				0,72
PHQ_8				0,58
PHQ_9				0,1

As raízes quadradas das VME apresentaram-se maiores que os valores de correlação entre os construtos (Tabela 14). Logo, a validade discriminante foi atestada.

Tabela 14 - Raízes quadradas das variâncias médias extraídas (na diagonal principal) e correlação entre os construtos.

Construtos	Cultura de segurança do paciente	Satisfação no trabalho	<i>Burnout</i>	Depressão
Cultura de segurança do paciente	0,74			
Satisfação no Trabalho	0,58	0,65		
<i>Burnout</i>	0,4	0,4	0,78	
Depressão	0,1	0,17	0,37	0,69

5.4 PLS-SEM (segunda etapa): análise do modelo estrutural

Na análise do modelo estrutural, os valores de R^2 foram considerados de grande efeito na correlação do construto “cultura de segurança do paciente” com os de “satisfação no trabalho” e “*Burnout*”. Além disso, os resultados encontrados para Q^2 , f^2 e GoF mostraram-se adequados e expressivos, exceto os da associação com o construto “depressão”, onde ainda, o valor de GoF foi inadequado (Tabela 15).

Tabela 15 - Coeficiente de determinação de *Pearson* (R^2), relevância preditiva (Q^2), tamanho do efeito (f^2) e qualidade de ajuste (GoF).

Construtos	R^2	Q^2	f^2	GoF
Satisfação no trabalho → Cultura de segurança do paciente	0,58	0,31	0,48	0,53
<i>Burnout</i> → Cultura de segurança do paciente	0,42	0,23	0,56	0,49
Depressão → Cultura de segurança do paciente	0,13	0,07	0,5	0,26

Finalmente, estabeleceu-se o coeficiente de caminho e a significância da correlação entre os construtos (Tabela 16). A notoriedade manteve-se na associação

estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre a “cultura de segurança do paciente” com a “satisfação no trabalho” e com o “*Burnout*”.

Tabela 16 - Coeficiente de caminho entre os construtos.

Construtos	Coeficiente de caminho	valor-P
Satisfação no trabalho → Cultura de segurança do paciente	0,61	<0,001
<i>Burnout</i> → Cultura de segurança do paciente	-0,32	<0,001
Depressão → Cultura de segurança do paciente	0,13	0,06
<i>Burnout</i> → Satisfação no trabalho	-0,61	<0,001
Depressão → Satisfação no trabalho	-0,04	0,67
Depressão → <i>Burnout</i>	0,61	<0,001

O diagrama de caminhos é a representação gráfica do conjunto completo de associações entre os construtos (Figura 3). As setas retilíneas determinam relações de causalidade e aponta-se do construto preditor para o dependente.

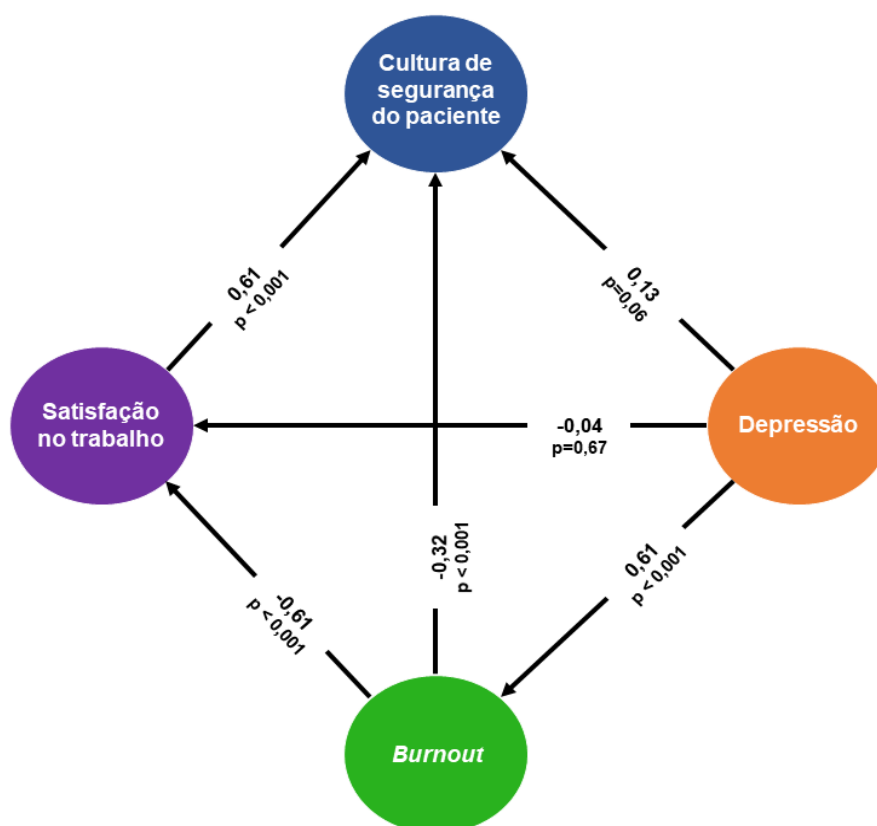


Figura 3. Diagrama de caminhos de relação entre a cultura de segurança do paciente com satisfação no trabalho, *Burnout* e depressão.

Em adicional, a Tabela 17 e o Gráfico 6 mostram o quanto um construto afeta diretamente o outro, o comportamento da relação e o quanto a mesma é influenciada por outro fator indiretamente. Evidencia-se, mais uma vez, a associação quase que exclusivamente com efeito direto entre a “cultura de segurança do paciente” com a “satisfação no trabalho” e com o “*Burnout*”. No comportamento dessa relação, observa-se que quanto maior a satisfação no trabalho, maior a cultura de segurança do paciente, em contrapartida, quanto maior o *Burnout*, menor a cultura de segurança do paciente ou vice-versa.

Tabela 17 – Efeito direto e indireto da correlação entre os construtos.

Efeito	Direto	Indireto	Total
Satisfação no trabalho → Cultura de segurança do paciente	0,61	0,11	0,72
<i>Burnout</i> → Cultura de segurança do paciente	-0,3	-0,01	-0,31
Depressão → Cultura de segurança do paciente	0,12	-0,1	0,02
<i>Burnout</i> → Satisfação no trabalho	-0,46	-0,13	-0,59
Depressão → Satisfação no trabalho	-0,04	-0,28	-0,32
Depressão → <i>Burnout</i>	0,59	0,14	0,73

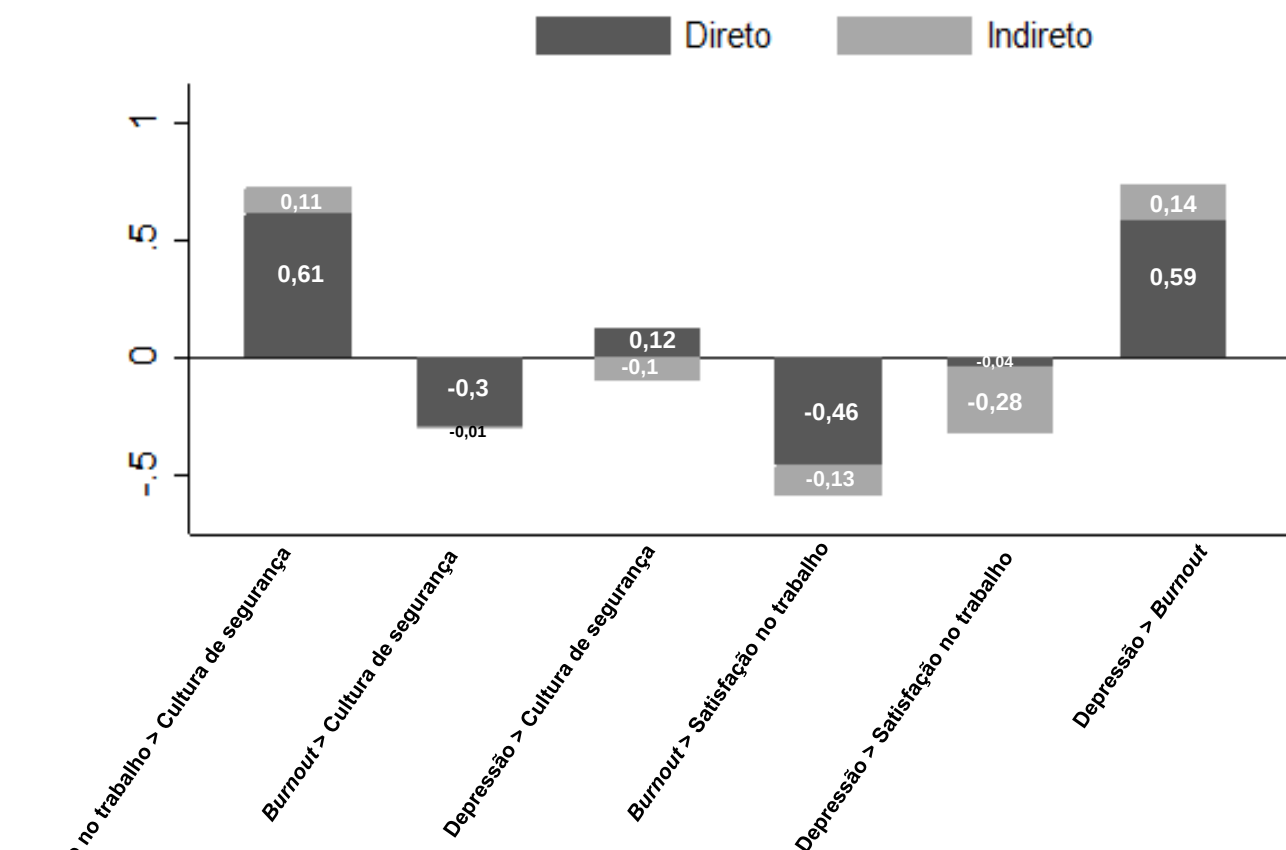


Gráfico 6. Efeito direto e indireto da correlação entre os construtos cultura de segurança do paciente, satisfação no trabalho, *Burnout* e depressão.



DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

6.1 Principais achados

Na amostra selecionada, identificaram-se fragilidades em relação a cultura de segurança do paciente, os profissionais não estavam plenamente satisfeitos com o trabalho e manifestaram prevalência relevante de depressão e síndrome de *Burnout*.

Na categorização das variáveis sociodemográficas e ocupacionais, os indivíduos com 11-20 anos de tempo de atuação profissional expressaram percepções mais negativas da cultura de segurança; os trabalhadores do apoio técnico do hospital e aqueles com 3-4 anos de atuação no cargo indicaram nível maior de satisfação com o trabalho; os sujeitos categorizados no estrato socioeconômico D-E (renda média domiciliar mais baixa) apresentaram duas vezes mais prevalência de depressão; e os homens manifestaram aproximadamente duas vezes mais *Burnout*.

Confirmou-se a influência dos fatores psicossociais na cultura de segurança. A PLS-SEM tornou possível a compreensão do comportamento dessa associação e estabeleceu uma relação de causalidade. Revelou-se, assim, a satisfação no trabalho e a ausência de *Burnout* como fatores preditivos para implementação de uma ideal cultura de segurança do paciente. A correlação com a depressão foi estatisticamente insignificante, entretanto, essa variável demonstrou estar associada ao esgotamento profissional.

6.2 Relação com estudos prévios

Este estudo apoia as prioridades globais para pesquisa de segurança do paciente propostas pela Aliança Mundial da Segurança do Paciente da OMS (BATES et al., 2009). Aborda a linha de investigação da OMS referente a fatores humanos, aspectos organizacionais e as particularidades individuais que afetam a atuação no trabalho e a segurança de modo geral (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

Elevado índice de participação foi alcançado na atual pesquisa, constatado pela alta taxa de resposta global aos instrumentos (88,9%). Acredita-se que o método de coleta de dados adotado, com os instrumentos no dispositivo eletrônico e a presença do pesquisador para esclarecer eventuais dúvidas, proporcionou comodidade e autonomia para os participantes. Em outras pesquisas que utilizaram os mesmos instrumentos, o percentual de participação oscilou entre 50% a 81% (AI-HONG; SAIDAH; ABDUL, 2012; CARVALHO et al., 2017; CHOU; KRÖGER; LEE, 2010; DEILKÅS; HOFOS, 2008; KRISTENSEN et al., 2015; MIJAKOSKI et al., 2015; PEREIRA et al., 2017; RAFTOPOULOS; SAVVA; PAPADOPOULOU, 2011; SEXTON et al., 2006; ZIMMERMANN et al., 2013).

Certificou-se neste estudo estimada confiabilidade na mensuração com os instrumentos utilizados. Este achado se assemelha aos encontrados pelos autores dos instrumentos originais (SAQ $\alpha=0,8$; JSS $\alpha=0,9$; PHQ-9 $\alpha=0,9$; MBI $\alpha=0,7-0,9$) (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001; MASLACH; JACKSON, 1981; SEXTON et al., 2006; SPECTOR, 1985) e confirma a eficiência psicométrica das ferramentas.

6.2.1 Cultura de segurança do paciente

Na comparação dos escores óbitos, uma pesquisa realizada em hospitais públicos do Brasil também encontrou níveis de cultura de segurança abaixo do ideal, com pontuação média do SAQ entre 65-69 (± 13) (CARVALHO et al., 2017). Médias similares também foram identificadas em levantamento realizado em 203 unidades clínicas localizadas no EUA, Reino Unido e Nova Zelândia (SEXTON et al., 2006). A promoção da cultura de segurança é o alicerce de precaução contra a epidemia de eventos adversos na assistência à saúde (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016; OCK et al., 2017) e deveria também ser prioridade na gestão desses estabelecimentos.

Sobre o rastreio de variáveis associadas, em uma pesquisa realizada em um hospital público no Brasil constatou-se que os profissionais médicos relataram percepções mais positivas da cultura de segurança quando comparados com a equipe de enfermagem (LUIZ et al., 2015). Ademais, os profissionais com tempo de atuação de 21 anos, ou mais, também expressaram melhores percepções do que os indivíduos que estavam a menos tempo na instituição (LUIZ et al., 2015). Tais resultados não se

revelaram compatíveis com este estudo, no qual o aumento do tempo de atuação na área representou julgamentos mais desfavoráveis em relação a cultura de segurança.

Por outro lado, uma investigação conduzida na Noruega, com prestadores de cuidados da atenção primária de saúde, observou escores mais elevados do SAQ com os profissionais da enfermagem em contraposição com os médicos (BONDEVIK et al., 2014). Uma análise em três hospitais do Rio Grande do Norte também explicou que os médicos do corpo clínico concederam notas mais baixas em relação a segurança do paciente do que outras profissões (ANDRADE et al., 2018). Nesse sentido, tais achados convergem com o proposto neste estudo.

No Peru, uma pesquisa mostrou que o sistema privado de saúde apresenta nível de cultura de segurança mais favorável quando associado ao setor público (ARRIETA; SUÁREZ; HAKIM, 2017). Com vistas a alcançar um padrão universal de qualidade na assistência à saúde, deve-se considerar os parâmetros de segurança adotados em pacientes, independentemente da sua renda ou do serviço disponível mediante suas condições socioeconômicas (ARRIETA; SUÁREZ; HAKIM, 2017).

6.2.2 Satisfação no trabalho

No que se refere a satisfação no trabalho, uma pesquisa feita com o JSS em profissionais da enfermagem de hospitais no Brasil também revelou fragilidades nesse aspecto, com escore médio de 130,2 ($\pm 23,9$) (SOUZA, 2014). Similarmente, o autor do instrumento original expôs achado parecido em seu estudo (133,1 $\pm 27,9$) (SPECTOR, 1985). Profissionais da saúde experimentam fluxos exaustivos de trabalho e fatores negativos que vão desde a baixa remuneração a falta de apoio institucional, essa situação eleva a indecência de esgotamento desses indivíduos (LU et al., 2012; OLIVEIRA VASCONCELOS FILHO et al., 2016; TELES et al., 2014; VAN MOL et al., 2015).

Na Etiópia, uma análise conduzida em centros de saúde pública, com profissionais da área, revelou que a renda mensal dos trabalhadores estava associada com a sua satisfação, ou seja, aqueles que tinham um salário maior estavam mais satisfeitos com o trabalho (DERIBA et al., 2017). Essa evidência não é compatível com o estudo atual que indicou pontuações maiores do JSS em profissionais com

renda média domiciliar mais baixa e, apesar dessa associação não ser estatisticamente significativa, esses indivíduos representaram nível de satisfação mais elevado.

Outra investigação, também realizada com funcionários da área da saúde, evidenciou relação contrária entre o tempo de atuação e a satisfação no trabalho (SHAHNAZI; DANIALI; SHARIFIRAD, 2014). Dessa maneira, pressupõe-se que o aumento dos anos de trabalho proporciona decaída do contentamento com as atividades profissionais (SHAHNAZI; DANIALI; SHARIFIRAD, 2014). Resultados similares foram encontrados na presente pesquisa e, apesar dos trabalhadores com menos de um ano de atuação apresentarem escore baixo de satisfação, aqueles com cinco anos ou mais de trabalho passaram a manifestar decaimento do bem-estar no ofício em relação aos profissionais com três e quatro anos de experiência.

São necessário esforços dos gestores de sistemas de saúde para proporcionar melhorias no ambiente de trabalho, bem como atentar-se para as demandas que surgem ao longo do tempo. Desse modo, será possível determinar um gerenciamento apropriado de carreiras que evite que os profissionais da saúde estejam descontentes e migrem de profissão ou mantenham uma rotatividade desnecessária de emprego (JACKSON et al., 2017).

6.2.3 Depressão

Quanto ao cenário de presença de depressão nos trabalhadores da assistência à saúde, uma pesquisa utilizou o PHQ-9 para avaliar e diagnosticar equipes da atenção primária na cidade de São Paulo, constatando que dos 2.940 participantes, 16% (IC 95%: 14,6-17,2) manifestaram provável depressão maior (DA SILVA et al., 2015). Na Colômbia, resultados de uma investigação feita em dois hospitais, com enfermeiros e auxiliares de enfermagem (n=157), mostraram que 9,5% da equipe estava em risco de depressão (RESTREPO; ÁLVAREZ; AGUDELO, 2017).

De acordo com evidência que analisou características de suicídios que aconteceram na Austrália (2001-2012), a taxa de mulheres profissionais de saúde acometidas com esse evento foi maior do que as que trabalhavam em outras profissões (p <0,001) (MILNER et al., 2016). Existe a necessidade de gestores de

políticas se atentarem para tais dados e organizarem estratégias para que essa população seja assistida, bem como promover a sustentabilidade desses serviços (DA SILVA et al., 2015).

Entre as características de pessoas que manifestaram depressão, a literatura sugere uma maior predominância de mulheres com esse transtorno (PACHECO et al., 2017; PUTHRAN et al., 2016). Uma investigação feita no Brasil, em uma população de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e trabalhadores comunitários de saúde, concluiu que, dos 469 participantes com depressão maior, a maior parte (n=286; 61%) dispunha de baixa renda mensal em relação aos outros profissionais (DA SILVA et al., 2015). Dados concordantes com a atual pesquisa que identificou mais chances da presença de sintomas depressivos em indivíduos com renda média domiciliar inferior.

Metanálise que examinou 26 estudos realizados em diversos países (prevalência nos EUA, n=15), elucidou a relação significativa entre a desigualdade de renda e o risco de depressão (PATEL et al., 2018). Essa mesma evidência discursa sobre a relevância de programas que apoiam uma distribuição de renda equitativa, a fim de proteger a saúde mental da população (PATEL et al., 2018).

6.2.4 Síndrome de *Burnout*

Em relação a prevalência de síndrome de *Burnout* em serviços de saúde, uma pesquisa realizada em cinco capitais brasileiras a estimou em 5% na população de médicos intensivistas (TIRONI et al., 2016). Contudo, quando considerado o nível grave em pelo menos um dos domínios do MBI, essa prevalência elevou-se para 61,7% (TIRONI et al., 2016).

Uma revisão sistemática que analisou 25 estudos realizados em 18 países diferentes (África do Sul, Alemanha, Argentina, Austrália, Áustria, Brasil, China, Croácia, EUA, França, Grécia, Holanda, Itália, Noruega, Peru, Portugal, Suíça e Turquia), determinou que essa predominância variou de 6% a 47% em profissionais da UTI e abordou a importância de se considerar os problemas que podem surgir com a manifestação da síndrome no atendimento aos pacientes e também para os trabalhadores que sofrem o esgotamento (CHUANG et al., 2016).

No que diz respeito às características sociodemográficas associadas ao *Burnout*, outras pesquisas relacionaram principalmente o sexo, a idade, o estado civil e o grau de instrução (CHUANG et al., 2016). Acredita-se que a investigação ampla desses aspectos e o gerenciamento apropriado dos fatores de risco diminuam o impacto negativo da síndrome (CHUANG et al., 2016).

Em hospitais públicos franceses, especificamente em médicos com vínculo com a UTI, o sexo feminino estava associado de maneira expressiva ao esgotamento profissional (EMBRIACO et al., 2007). Dados compatíveis também foram identificados em hospitais de Portugal, em uma amostra de médicos e enfermeiros, o sexo feminino foi considerado um fator de risco para o aumento da taxa de *Burnout* (TEIXEIRA et al., 2013).

Uma revisão sistemática que avaliou 47 artigos distintos, realizada com o objetivo de determinar os principais fatores correlacionados com profissionais esgotados da área médica, detectou que o gênero feminino é um aspecto preditivo do *Burnout* (AMOAFO et al., 2015).

Em contrapartida, um levantamento multicêntrico realizado na Suíça relacionou risco atenuado de *Burnout* em uma equipe de trabalho com maior proporção de mulheres enfermeiras e mostrou que homens, auxiliares de enfermagem e com menos de 40 anos de idade, apresentavam mais chances de desenvolverem a síndrome (MERLANI et al., 2011). Esse resultado se assemelha ao encontrado no atual estudo e ambos se destacam, pois evidenciam um perfil diferente de risco do evento do que a maioria das pesquisas publicadas, assim como trazem novas perspectivas. Torna-se importante implementar estratégias de prevenção na população que apresenta as condições-chave (AMOAFO et al., 2015).

6.2.5 Relação entre a satisfação no trabalho, depressão e *Burnout* com a cultura de segurança

Quanto à associação de variáveis relacionadas com aspectos da satisfação no trabalho, depressão, *Burnout* e segurança do paciente, na literatura consultada foram encontradas diversas pesquisas com abordagem que se limita a distintas áreas profissionais (AIKEN et al., 2012; ALVES; GUIRARDELLO, 2016; ESCOBAR-

AGUILAR et al., 2013; STIMPFEL et al., 2017) e ainda alguns estudos retratam limitações importantes (ALHASSAN et al., 2013; MERINO-PLAZA et al., 2017). Os resultados de pesquisas em diferentes países e cenários serão discutidos a seguir para a análise da relação com os achados deste estudo.

Estudo transversal em um hospital público, com prevalência de profissionais da enfermagem na amostra (76,3%), expôs correlação entre a satisfação no trabalho e a percepção de segurança ($r = 0,67$), avaliadas por meio de instrumentos (MERINO-PLAZA et al., 2017). Porém, o estudo apresenta limitações de viés de seleção, baixa taxa de resposta e tamanho amostral reduzido ($n=75$) (MERINO-PLAZA et al., 2017).

Uma pesquisa realizada com enfermeiros ($n=61.168$) em 12 países europeus (Inglaterra, Bélgica, Finlândia, Alemanha, Grécia, Irlanda, Holanda, Noruega, Polónia, Espanha, Suécia e Suíça) e nos EUA mostrou que ambientes hospitalares considerados de boa qualidade (ou seja, nos quais os profissionais tinham apoio administrativo, boa convivência em grupo e contribuição na tomada de decisões) estavam relacionados significativamente com menor probabilidade de relatos ruins desses profissionais em relação a segurança do paciente (Europa, OR: 0,50 [IC 95%: 0,44-0,56]; EUA, OR: 0,55 [IC 95%: 0,50-0,61]) (AIKEN et al., 2012). Ademais, estavam associados com melhores classificações dos pacientes na qualidade do atendimento (Europa, OR: 1,16 [IC 95%: 1,03-1,32]; EUA, OR: 1,18 [IC 95%: 1,13-1,23]) (AIKEN et al., 2012).

Com o propósito de conhecer os fatores preditivos que contribuem para a qualidade na prestação de cuidados, relatados por enfermeiros ($n=731$), um estudo concluiu por meio dos modelos de regressão multivariada que a satisfação no trabalho foi um fator importante (OR: 1,56 [IC 95%: 1,33-1,84]) (STIMPFEL et al., 2017). Do mesmo modo, o aumento da satisfação também estava associado com maiores classificações de segurança do paciente ($p < 0,05$) (STIMPFEL et al., 2017).

Na África, em Gana, os níveis de motivação da equipe de 324 trabalhadores (divididos em clínicos e não-clínicos), em 64 estabelecimentos primários de saúde, apresentaram correlação positiva com os esforços para melhoria da segurança do paciente ($p < 0,05$) (ALHASSAN et al., 2013).

Na Espanha, uma análise secundária que comparou os resultados de duas pesquisas prévias realizadas em 24 hospitais com profissionais da enfermagem, confirmou nesse cenário a relação da percepção de segurança nos cuidados de saúde com a satisfação laboral (ESCOBAR-AGUILAR et al., 2013).

Uma investigação realizada em dois hospitais pediátricos brasileiros (um público e outro privado e ambas instituições credenciadas), com a equipe de enfermagem (n=267), avaliou a correlação dos resultados obtidos entre o domínio de exaustão emocional do MBI com as subescalas de clima de segurança e satisfação no trabalho do SAQ (ALVES; GUIRARDELLO, 2016). O estudo indicou associações significativas e estabeleceu que, quanto menor o nível de exaustão emocional, mais positivo estava o clima de segurança e maior a satisfação laboral (ALVES; GUIRARDELLO, 2016). Outrossim, a satisfação no trabalho mostrou-se como um fator preditivo do clima de segurança (ALVES; GUIRARDELLO, 2016).

Uma pesquisa realizada com profissionais da saúde de UTI neonatais também demonstrou que o esgotamento dos trabalhadores era associado a percepções negativas da cultura de segurança do paciente (PROFIT et al., 2014). Todavia, o estudo refere ter mensurado o *Burnout* por meio de um instrumento adaptado, de apenas quatro itens (PROFIT et al., 2014). Haja visto o referencial teórico que estabelece o *Burnout* como a junção de três domínios distintos, o instrumento adaptado pode tornar-se uma fragilidade da pesquisa mencionada. Contudo, a escala apresentou propriedades psicométricas aceitáveis (PROFIT et al., 2014).

Uma revisão sistemática sobre a associação entre o bem-estar da equipe de saúde com a segurança do paciente, analisou 27 estudos conduzidos em 16 países diferentes e concluiu que, na maioria das pesquisas, o bem-estar prejudicado dos profissionais está relacionado com desfechos de insegurança, como falhas na assistência (HALL et al., 2016). A revisão ainda sugere benefícios para o paciente, resultantes da promoção de melhores ambientes de trabalho (HALL et al., 2016).

As evidências descritas anteriormente fomentam o reconhecimento de que o ambiente psicossocial de trabalho intervém na assistência à saúde, assim como foi sugerido pelos achados deste estudo.

6.3 Limitações e força do estudo

Este estudo utilizou o método transversal que não detecta incidências, pois não realiza período de seguimento, portanto, a avaliação da exposição e do desfecho acontece em um único momento, o que dificulta determinar uma relação temporal

entre eles. Apesar disso, esse método é característico pela sua utilidade em mensurar prevalências e no planejamento de políticas de saúde. Os resultados deste estudo também representam uma análise local e singular. Além disso, a pesquisa baseou-se nas respostas reportadas por meio da perspectiva dos participantes, embora possa variar de acordo com critérios individuais, representa o entendimento do real cenário e percepção dos profissionais e não uma análise externa aos mesmos.

Contudo, como fortaleza e diferencial das evidências científicas existentes, este estudo apresenta detalhamento e foco nas diferentes áreas e categorias profissionais presentes em um hospital, com abrangência da equipe multiprofissional, haja visto que entende-se que todos esses trabalhadores contribuem de maneira direta, ou indireta, na prestação da assistência à saúde. Sugere-se que os achados desta pesquisa despertem a atenção de gestores para problemas preocupantes presentes nas instituições que acarretam bloqueios para o desenvolvimento e evolução de melhorias da saúde pública.

Não foram encontrados trabalhos que relacionaram esses quatro instrumentos juntos e que demonstraram associação significativa com os achados, visto que são ferramentas com estimadas propriedades psicométricas. Além disso, este estudo reforça assuntos ainda pouco disseminados no Brasil, referente aos fatores psicossociais que interferem na segurança dos cuidados prestados em serviços de saúde.

Recomenda-se ainda o desenvolvimento de novos trabalhos que avaliem outros aspectos (pessoais e organizacionais) que possam intervir na cultura de segurança, bem como os desfechos resultantes na assistência à saúde e na qualidade de vida dos profissionais envolvidos também.

6.4 Implicações para a prática

Os achados deste estudo sugerem que o ambiente psicossocial de trabalho influencia na qualidade e segurança da prestação de cuidados. Outrossim, são noções importantes para formuladores de políticas de saúde e levantam hipóteses relevantes para estudos futuros. Investimentos destinados para melhorar a satisfação laboral e

reduzir o esgotamento profissional podem evitar uma epidemia de doenças relacionadas ao trabalho e, por conseguinte, de eventos adversos em pacientes.



CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

A percepção da cultura de segurança do paciente está associada com a satisfação no trabalho e a síndrome de *Burnout* nos profissionais hospitalares. A PLS-SEM estabeleceu a satisfação laboral e a ausência de esgotamento como fatores preditivos para promover-se uma ideal cultura de segurança.

Na amostra de profissionais do hospital analisado, identificaram-se percepções que expressam nível da cultura de segurança do paciente abaixo do ideal, neutralidade na satisfação com o trabalho, elevada prevalência de depressão, bem como de exaustão emocional e despersonalização grave nos atributos do *Burnout*.

Ademais, no que se refere às características dos participantes, o tempo de atuação na área está associado com a percepção da cultura de segurança. O tipo de profissão e o tempo no cargo estão relacionados com a satisfação no trabalho. A renda média domiciliar está associada com a depressão e o sexo dos participantes com o *Burnout*.

8 REFERÊNCIAS

- ADRIAENSSENS, J.; DE GUCHT, V.; MAES, S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. **International Journal of Nursing Studies**, v. 52, n. 2, p. 649-661, 2015. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748914002983> >. Acesso em: 28 nov. 2016.
- AI-HONG, C.; SAIDAH, J. N.; ABDUL, M. N. R. Comparison of job satisfaction among eight health care professions in private (non-government) settings. **The Malaysian Journal of Medical Sciences**, v. 19, n. 2, p. 19-26, 2012. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3431743/> >. Acesso em: 13 abr. 2017.
- AIKEN, L. H. et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **British Medical Journal**, v. 344, 2012.
- ALHASSAN, R. K. et al. Association between health worker motivation and healthcare quality efforts in Ghana. **Human Resources for Health**, v. 11, n. 1, p. 37, 2013. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-11-37> >. Acesso em: 11 dez. 2017.
- ALVES, D. F. S.; GUIARDELLO, E. B. Safety climate, emotional exhaustion and job satisfaction among Brazilian paediatric professional nurses. **International Nursing Review**, v. 63, n. 3, p. 328-335, 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12276> >. Acesso em: 24 fev. 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013. 991 p.
- AMOAFO, E. et al. What are the significant factors associated with burnout in doctors? **Occupational Medicine**, v. 65, n. 2, p. 117-121, 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqu144> >. Acesso em: 16 fev. 2018.
- ANDRADE, L. E. L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 161-172, 2018. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100161&nrm=iso >. Acesso em: 22 fev. 2018.
- ARRIETA, A.; SUÁREZ, G.; HAKIM, G. Assessment of patient safety culture in private and public hospitals in Peru. **International Journal for Quality in Health Care**, 2017. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzx165> >. Acesso em: 6 fev. 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil: alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2015**. ABEP, 2014. 6 p.
- BATES, D. W. et al. Global priorities for patient safety research. **British Medical Journal**, v. 338, 2009.
- BELLO, A. C. et al. Ações da Anvisa/MS para a segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Org.). **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: ANVISA, 2013. p. 91-112.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2002. 282 p.

BONDE, J. P. E. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 65, n. 7, p. 438-445, 2008.

BONDEVIK, G. T. et al. Patient safety culture in Norwegian primary care: a study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 32, n. 3, p. 132-138, 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206561/> >. Acesso em: 2 fev. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 529 de 01 de abril de 2013. Institui o programa nacional de segurança do paciente**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 02 abr. 2013.

BRENNAN, T. A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. **New England Journal of Medicine**, v. 324, n. 6, p. 370-376, 1991. Disponível em: < <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604> >. Acesso em: 15 out. 2016.

BRITISH MEDICAL JOURNAL. **Statistics at square one: correlation and regression**. BMJ, 2016. Disponível em: < <http://www.bmj.com/about-bmj/resources-readers/publications/statistics-square-one> >. Acesso em: 20 mai. 2017.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Propriedades psicométricas do maslach burnout inventory em uma amostra multifuncional. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 24, p. 325-332, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000300004&nrm=iso >. Acesso em: 28 nov. 2016.

CARVALHO, R. E. F. L. D. et al. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100310&nrm=iso >. Acesso em: 8 jul. 2017.

CARVALHO, R. E. F. L. D.; CASSIANI, S. H. D. B. Cross-cultural adaptation of the safety attitudes questionnaire - short form 2006 for Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, p. 575-582, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300020&nrm=iso >. Acesso em: 10 out. 2016.

CHASSIN, M. R.; LOEB, J. M. The ongoing quality improvement journey: next stop, high reliability. **Health Affairs**, v. 30, n. 4, p. 559-568, 2011. Disponível em: < <http://content.healthaffairs.org/content/30/4/559.abstract> >. Acesso em: 17 jun. 2016.

CHOU, Y.-C.; KRÖGER, T.; LEE, Y.-C. Predictors of job satisfaction among staff in residential settings for persons with intellectual disabilities: a comparison between three residential models. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, v. 23, n. 3, p. 279-289, 2010. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3148.2009.00531.x> >. Acesso em: 20 out. 2017.

CHUANG, C-H. et al. Burnout in the intensive care unit professionals: a systematic review. **Medicine**, v. 95, n. 50, p. e5629, 2016. Disponível em: < https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2016/12160/Burnout_in_the_intensive_care_unit_professionals_.37.aspx >. Acesso em: 15 fev. 2018.

COHEN J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. New York (NY): Psychology Press, 1988. 474 p.

COLLA, J. B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Quality and Safety in Health Care**, v. 14, n. 5, p. 364-366, 2005.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; ROSA, M. B. **Erros acontecem: a força da transparência no enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados**. Belo Horizonte: UFMG/IESS, 2016. 48 p.

DA SILVA, A. T. C. et al. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 50, n. 9, p. 1347-1355, 2015. Disponível em: < <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1039-9> >. Acesso em: 16 fev. 2018.

DEAN, A. G.; SULLIVAN, K. M.; SOE, M. M. **OpenEpi: open source epidemiologic statistics for public health**. 2016. Disponível em: <www.openepi.com>. Acesso em: 18 mai. 2016.

DEILKÅS, E. T.; HOFLOSS, D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), generic version (short form 2006). **BMC Health Services Research**, v. 8, p. 191-191, 2008. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2572612/> >. Acesso em: 20 out. 2017.

DERIBA, B. K. et al. Health professionals' job satisfaction and associated factors at public health centers in West Ethiopia. **Human Resources for Health**, v. 15, p. 36, 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5450336/> >. Acesso em: 12 jan. 2018.

EISENBERG, J. M.; BOWMAN, C. C.; FOSTER, N. E. Does a healthy health care workplace produce higher-quality care?. **The Joint Commission Journal on Quality Improvement**, v. 27, n. 9, p. 444-457, 2001.

EMBRIACO, N. et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 175, n. 7, p. 686-92, 2007. Disponível em: < <https://doi.org/10.1164/rccm.200608-1184OC> >. Acesso em: 16 fev. 2018.

ESCOBAR-AGUILAR, G. et al. Entorno laboral y seguridad del paciente: comparación de datos entre los estudios SENECA y RN4CAST. **Enfermería Clínica**, v. 23, n. 3, p. 103-113, 2013. Disponível em: < <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-epub-S1130862113000478> >. Acesso em: 11 dez. 2017.

ESTUDIO IBEAS. **Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009. 177 p.

ETCHEGARAY, J. M.; THOMAS, E. J. Comparing two safety culture surveys: safety attitudes questionnaire and hospital survey on patient safety. **BMJ Quality & Safety**, v. 21, n. 6, p. 490-498, 2012.

EUROPEAN NETWORK FOR PATIENT SAFETY. **Patient safety culture instruments used in member states**. Denmark: European Society for Quality in Healthcare, 2010. 115 p.

FAHRENKOPF, A. M. et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. **British Medical Journal**, v. 336, n. 7642, p. 488-491, 2008. Disponível em: < <http://www.bmj.com/content/bmj/336/7642/488.full.pdf> >. Acesso em: 17 jun. 2016.

FERRARI, A. J. et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. **PLoS Medicine**, San Francisco, USA, v. 10, n. 11, p. e1001547, 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3818162/> >. Acesso em: 15 jul. 2016.

FISHER, E. More care is not better care. **Expert Voices**, n. 7, 2005.

FORNELL, C.; LARCKER, D. F. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. **Journal of marketing research**, p. 39-50, 1981.

FREUDENBERGER, H. J. Staff burn-out. **Journal of Social Issues**, v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x> >. Acesso em: 17 jun. 2016.

HAIR, J. F. et al. **Multivariate data analysis**. Porto Alegre: Bookman, 2009. 593 p.

HAIR, J. F. et al. **A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)**. Los Angeles (CA): SAGE Publications, 2014. 307 p.

HALL, L. H. et al. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. **PLOS ONE**, v. 11, n. 7, p. e0159015, 2016. Disponível em: < <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015> >. Acesso em: 11 dez. 2017.

INSTITUTE OF MEDICINE. **To err is human: building a safer health system-summary**. Washington (DC): National Academy Press, 1999. 8 p.

_____. **Patient safety: achieving a new standard for care**. Washington (DC): National Academies Press, 2004. 550 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Banco de dados: cidades@Brasil**, 2016. Disponível em: < www.ibge.gov.br >. Acesso em: 23 ago. 2017.

JACKSON, T. N. et al. The physician attrition crisis: a cross-sectional survey of the risk factors for reduced job satisfaction among US surgeons. **World Journal of Surgery**, p. 1-8, 2017. Disponível em: < <https://doi.org/10.1007/s00268-017-4286-y> >. Acesso em: 8 fev. 2018.

JHA, A. K. et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. **BMJ Quality & Safety**, v. 22, n. 10, p. 809-815, 2013.

KRISTENSEN, S. et al. Adaption and validation of the Safety Attitudes Questionnaire for the Danish hospital setting. **Clinical Epidemiology**, v. 7, p. 149-160, 2015. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4321416/> >. Acesso em: 20 out. 2017.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. **Journal of General Internal Medicine**, v. 16, n. 9, p. 606-613, 2001. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495268/> >. Acesso em: 18 mai. 2016.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**, v. 140, p. 1-55, 1932.

LU, H. et al. Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 49, n. 8, p. 1017-1038, 2012. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748911004536> >. Acesso em: 6 dez. 2017.

LUIZ, R. B. et al. Factors associated with the patient safety climate at a teaching hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, p. 880-887, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500880&nrm=iso >. Acesso em: 2 fev. 2018.

MAKARY, M. A.; DANIEL, M. Medical error—the third leading cause of death in the US. **British Medical Journal**, v. 353, 2016. Disponível em: < <http://www.bmj.com/content/bmj/353/bmj.i2139.full.pdf> >. Acesso em: 10 mar. 2017.

MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 6, p. 59-78, 2003.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Organizational Behavior**, v. 2, n. 2, p. 99-113, 1981. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1002/job.4030020205> >. Acesso em: 20 abr. 2016.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E.; LEITER, M. P. **Maslach burnout inventory manual**. 3. ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996. 218 p.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. **Annual Review of Psychology**, v. 52, n. 1, p. 397-422, 2001. Disponível em: < <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.397> >. Acesso em: 20 abr. 2016.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009. Disponível em: < <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/21/4/279.full.pdf> >. Acesso em: 4 abr. 2016.

MERINO-PLAZA, M. J. et al. Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente. **Gaceta Sanitaria**, 2017. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117301024> >. Acesso em: 11 dez. 2017.

MERLANI, P. et al. Burnout in ICU caregivers: a multicenter study of factors associated to centers. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 184, n. 10, p. 1140-6, 2011. Disponível em: < <https://doi.org/10.1164/rccm.201101-0068OC> >. Acesso em: 16 fev. 2018.

MIJAKOSKI, D. et al. Burnout and work demands predict reduced job satisfaction in health professionals working in a surgery clinic. **Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences**, Republic of Macedonia, v. 3, n. 1, p. 166-173, 2015. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4877778/> >. Acesso em: 16 mai. 2016.

MILNER, A. J. et al. Suicide by health professionals: a retrospective mortality study in Australia, 2001–2012. **Medical journal of Australia**, v. 205, n. 6, p. 260-5, 2016. Disponível em: < 10.5694/mja15.01044 >. Acesso em: 16 fev. 2018.

MINESENER, T. R. et al. Toward an international measure of job satisfaction. **Nursing Research**, v. 45, n. 2, p. 87-91, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. 580 p.

MOURA, G. M. S. S.; MAGALHÃES, A. M. M. Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde: principais tipos. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Org.). **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: ANVISA, 2013. p. 65-78.

NEWMAN, T. B. et al. Delineando estudos transversais e de caso-controle. In: HULLEY, S. B. et al. (Org.). **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. . Porto Alegre: Artmed, 2008. p.127-144.

NIEUWENHUIJSEN, K.; BRUINVELS, D.; FRINGS-DRESEN, M. Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. **Occupational Medicine**, v. 60, n. 4, p. 277-286, 2010. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqq081> >. Acesso em: 16 mai. 2016.

OCK, M. et al. Frequency, expected effects, obstacles, and facilitators of disclosure of patient safety incidents: a systematic review. **Journal of Preventive Medicine & Public Health**, v. 50, n. 2, p. 68-82, 2017. Disponível em: < <https://doi.org/10.3961/jpmph.16.105> >. Acesso em: 8 jun. 2017.

OLIVEIRA, A. M. et al. Queixas técnicas e reações adversas a medicamentos notificadas em um hospital regional (Brasil): um estudo transversal. **ABCS Health Sciences**, v. 43, n. 1, 2018.

OLIVEIRA VASCONCELOS FILHO, P. et al. Physicians' job satisfaction and motivation in a public academic hospital. **Human Resources for Health**, v. 14, p. 75, 2016. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5142149/> >. Acesso em: 6 dez. 2017.

PACHECO, J. P. et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 39, p. 369-378, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462017000400369&nrm=iso >. Acesso em: 17 fev. 2018.

PATEL, V. et al. Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. **World Psychiatry**, v. 17, n. 1, p. 76-89, 2018. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20492/abstract;jsessionid=C120F11C67D1C1EABDFD389493632C8B.f01t03> >. Acesso em: 23 fev. 2018.

PATTERSON, M. E.; BOGART, M. S.; STARR, K. R. Associations between perceived crisis mode work climate and poor information exchange within hospitals. **Journal of Hospital Medicine**, v. 10, n. 3, p. 152-159, 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1002/jhm.2290> >. Acesso em: 20 mai. 2016.

PEREIRA, I. et al. Compromisso organizacional e satisfação laboral: um estudo exploratório em unidades de saúde familiar portuguesas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000405006&nrm=iso >. Acesso em: 22 jun. 2017.

PROFIT, J. et al. Burnout in the NICU setting and its relation to safety culture. **BMJ quality & safety**, v. 23, n. 10, p. 806-813, 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4167972/> >. Acesso em: 23 fev. 2018.

PUTHRAN, R. et al. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. **Medical Education**, v. 50, n. 4, p. 456-468, 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/medu.12962> >. Acesso em: 16 fev. 2018.

RAFTOPOULOS, V.; SAVVA, N.; PAPADOPOULOU, M. Safety culture in the maternity units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire. **BMC Health Services Research**, v. 11, n. 1, p. 238, 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-238> >. Acesso em: 20 out. 2017.

RESTREPO, J. L.; ÁLVAREZ, O. P. C.; AGUDELO, I. C. M. Risk of depression, alcoholism, smoking, and psychoactive substance use among nursing personnel at two institutions in the metropolitan area of Medellín. **Medicina UPB**, v. 36, n. 1, p. 34-43, 2017. Disponível em: < <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/7486/6834> >. Acesso em: 16 fev. 2018.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009. Disponível em: < <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/21/1/18.full.pdf> >. Acesso em: 1 abr. 2016.

SAMMER, C. E. et al. What is patient safety culture? a review of the literature. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 42, n. 2, p. 156-165, 2010. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x> >. Acesso em: 3 abr. 2016.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 123-130, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700123&nrm=iso >. Acesso em: 3 abr. 2016.

SANTOS, I. S. et al. Sensibilidade e especificidade do patient health questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1533-1543, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000800006&nrm=iso >. Acesso em: 1 abr. 2016.

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

SEXTON, J. B. et al. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, v. 6, p. 44-44, 2006. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/> >. Acesso em: 5 abr. 2016.

SHAHNAZI, H.; DANIALI, S. S.; SHARIFIRAD, G. Job satisfaction survey among health centers staff. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 3, p. 35, 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4089140/> >. Acesso em: 12 jan. 2018.

SINGER, S. J. et al. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. **Quality and Safety in Health Care**, v. 12, n. 2, p. 112-118, 2003.

Disponível em: < <http://qualitysafety.bmj.com/content/12/2/112.abstract> >. Acesso em: 18 mai. 2016.

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

SORRA, J. et al. **AHRQ hospital survey on patient safety culture: user's guide**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016. 45 p.

SOUZA, A. C. **Adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas do job satisfaction survey para o contexto brasileiro**. 2014. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

SOUZA, A. C. D.; MILANI, D.; ALEXANDRE, N. M. C. Adaptação cultural de um instrumento para avaliar a satisfação no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, p. 219-227, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572015000200219&nrm=iso >. Acesso em: 20 nov. 2016.

SPECTOR, P. E. Measurement of human service staff satisfaction: development of the job satisfaction survey. **American Journal of Community Psychology**, v. 13, n. 6, p. 693-713, 1985. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1007/BF00929796> >. Acesso em: 5 abr. 2016.

SPILIOPOULOS, K. et al. Chronic stress and coping among cardiac surgeons: a single center study. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 29, n. 3, p. 308-315, 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4412318/> >. Acesso em: 26 abr. 2016.

STIMPFEL, A. W. et al. Common predictors of nurse-reported quality of care and patient safety. **Health Care Management Review**, 2017. Disponível em: < [10.1097/HMR.0000000000000155](http://dx.doi.org/10.1097/HMR.0000000000000155) >. Acesso em: 11 dez. 2017.

SWEDISH COUNCIL ON HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT. **Occupational exposures and symptoms of depression and burnout (summary and conclusions)**. Stockholm: Swedish Council on Health Technology Assessment (SBU), 2014. 2 p.

TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 7, p. 37-46, 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2002000100005&nrm=iso >. Acesso em: 9 dez. 2016.

TELES, M. A. B. et al. Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 12, p. 72-72, 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4122097/> >. Acesso em: 12 abr. 2016.

THE LANCET. Suicide among health-care workers: time to act. **The Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 2, 2017. Disponível em: < [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30005-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30005-3) >. Acesso em: 13 jul. 2017.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, 1995. Disponível em: <

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795369500112K> >. Acesso em: 5 abr. 2016.

TIRONI, M. O. S. et al. Prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 270-277, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2016000300270&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 15 fev. 2018.

TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 223-233, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000500004&nrm=iso >. Acesso em: 15 jun. 2017.

TSAO, K.; BROWNE, M. Culture of safety: a foundation for patient care. **Seminars in Pediatric Surgery**, v. 24, n. 6, p. 283-287, 2015. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1055858615000955> >. Acesso em: 12 abr. 2016.

ULLSTRÖM, S. et al. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. **BMJ Quality & Safety**, v. 23, n. 4, p. 325-331, 2014. Disponível em: < <http://qualitysafety.bmj.com/content/23/4/325.abstract> >. Acesso em: 14 abr. 2016.

VAN MOL, M. M. C. et al. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. **PLoS ONE**, San Francisco, CA USA, v. 10, n. 8, p. e0136955, 2015. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4554995/> >. Acesso em: 5 abr. 2016.

VAN SAANE, N. et al. Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction—a systematic review. **Occupational Medicine**, v. 53, n. 3, p. 191-200, 2003. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqg038> >. Acesso em: 19 mar. 2017.

WEAVER, S. J. et al. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. **Annals of Internal Medicine**, v. 158, n. 5 0 2, p. 369-374, 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4710092/> >. Acesso em: 15 jun. 2016.

WETZELS, M.; ODEKERKEN-SCHRÖDER, G.; VAN OPPEN, C. Using PLS path modeling for assessing hierarchical construct models: guidelines and empirical illustration. **MIS quarterly**, p. 177-195, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report of a WHO consultation. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva: World Health Organization, 2000. 253 p.

_____. **World alliance for patient safety: forward programme**. Geneva: World Health Organization, 2004. 27 p.

_____. **Report on the results of the web-based modified delphi survey of the international classification for patient safety overview**. The drafting group of the project to develop the international classification for patient safety. Geneva: World Health Organization, 2007. 23 p.

_____. **Human factors in patient safety: review of topics and tools**. Group of WHO Patient Safety. Geneva: World Health Organization, 2009a. 55 p.

_____. **WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: safe surgery saves lives**. Geneva: World Health Organization, 2009b. 124 p.

_____. Clean care is safer care. **About SAVE LIVES: Clean Your Hands**. Geneva: World Health Organization, 2016a. Disponível em: < <http://www.who.int/gpsc/5may/background/en/> >. Acesso em: 14 abr. 2016.

_____. Patient safety. **Safe Surgery**. Geneva: World Health Organization, 2016b. Disponível em: < <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/> >. Acesso em: 14 abr. 2016.

_____. **Medication without harm: global patient safety challenge on medication safety**. Geneva: World Health Organization, 2017. 12 p.

WRIGHT, T. A.; CROPANZANO, R. Emotional exhaustion as a predictor of job performance and voluntary turnover. **Journal of applied psychology**, v. 83, n. 3, p. 486, 1998.

WU, A. W. Medical error: the second victim: the doctor who makes the mistake needs help too. **British Medical Journal**, v. 320, n. 7237, p. 726-727, 2000. Disponível em: < <http://www.bmj.com/content/bmj/320/7237/726.full.pdf> >. Acesso em: 14 abr. 2016.

ZIMMERMANN, N. et al. Assessing the safety attitudes questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals - a validation study. **BMC Health Services Research**, v. 13, p. 347-347, 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3846625/> >. Acesso em: 20 jun. 2017.

APÊNDICE A - AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Fernandópolis, 12 de abril de 2016.

À direção do Hospital de Ensino Santa Casa de Fernandópolis

Eu, *Alan Maicon de Oliveira*, mestrando em Ciências Farmacêuticas na Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP – Araraquara/SP, venho pelo presente, solicitar, por meio da direção do Hospital de Ensino Santa Casa de Fernandópolis, autorização para realizar pesquisa na Instituição para o trabalho de pesquisa sob o título Impacto da satisfação no trabalho, qualidade de vida, depressão e síndrome de burnout na percepção da cultura de segurança do paciente, com o objetivo de avaliar a percepção da cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino e os fatores relacionados que podem promover interferências. Orientado pela Professora *Dra. Luciane Cruz Lopes*

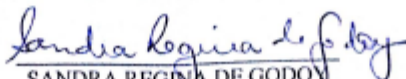
Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,


ALAN MAICON DE OLIVEIRA
Mestrando/Pesquisador

Ciente, de acordo


SANDRA REGINA DE GODOY
Provedora da HE-SCF

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu _____, RG_____, Estado Civil_____,
Idade _____ anos, Residente na_____, nº _____,
Bairro _____, Cidade _____, Telefone _____,

Declaro ter sido esclarecido sobre os seguintes pontos:

1. O estudo tem por finalidade conhecer fatores (satisfação no trabalho, qualidade de vida, depressão e síndrome de *Burnout*) que podem estar presentes nos profissionais com vínculo ao ambiente hospitalar e como tais fatores estão relacionados com a percepção sobre cultura de segurança do paciente.
2. Estou ciente que a pesquisa é composta por coleta de dados, por meio de questionários devidamente validados.
3. Se ao participar dessa pesquisa, de maneira voluntária, me sentir desconfortável ou não for do meu interesse compartilhar informações sobre o meu estado de saúde e atribuições profissionais, sou livre e tenho toda a autonomia para me desligar da pesquisa.
4. Considerando-se a possibilidade, apesar de remota, de riscos, como por exemplo, o desconforto ao responder os questionários ou de ocorrer danos de qualquer ordem, sejam eles físicos, psíquicos, morais ou intelectuais. De acordo com o preconizado pelos III.2.o, IV.3.c e V.7 da Resolução CNS 466/2012, tenho o direito de assistência integral gratuita e reparação.
5. Os resultados desta pesquisa podem beneficiar a assistência à saúde, por meio de melhorias na segurança do paciente, no relacionamento interprofissional, no ambiente de trabalho e na construção de uma cultura de segurança pela Instituição estudada.
6. Não terei nenhuma despesa ao participar desse estudo nem qualquer prejuízo em relação ao meu trabalho.

7. Minha identidade será mantida em sigilo e se desejar, serei informado, gratuitamente, sobre os resultados dessa pesquisa, contatando o pós-graduando Alan Maicon de Oliveira, pelo telefone (017) 9.9784-1232.
8. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra eu receberei.
9. Poderei me recusar a participar ou mesmo retirar meu consentimento a qualquer momento da realização dessa pesquisa, sem nenhum prejuízo ou penalização.
10. Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, eu poderei entrar em contato com a equipe científica do projeto na Faculdade de Ciências Farmacêuticas da UNESP – Campus, com a Prof.^a Luciane Cruz Lopes ou o pós-graduando Alan Maicon de Oliveira.
11. Para notificação de qualquer situação, relacionada com a ética, que não puder ser resolvida pelos pesquisadores deverei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas do Câmpus de Araraquara da UNESP, pelo telefone (016) 3301-6897.

Mediante esclarecimentos prestados, concordo em participar, como voluntário(a), do estudo ***“Relação da satisfação no trabalho, qualidade de vida, depressão e síndrome de Burnout na percepção da cultura de segurança do paciente”***.

Fernandópolis,

Assinatura do Voluntário

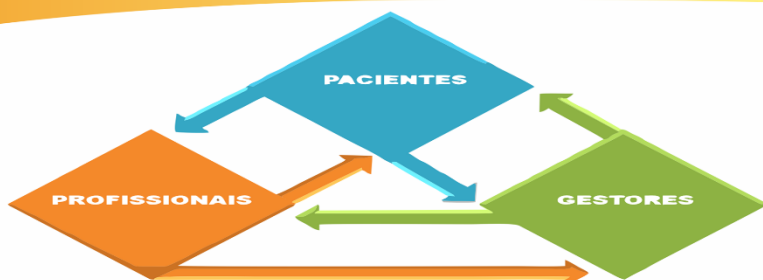
Fernandópolis,

Assinatura do Responsável
Alan Maicon de Oliveira

APÊNDICE C – MATERIAL INFORMATIVO OFERECIDO PARA A INSTITUIÇÃO PESQUISADA

PECSEP

PROJETO: PERCEPÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE



BOLETIM INFORMATIVO

Alan Maicon de Oliveira¹, Marcus Tolentino Silva², Luciane Cruz Lopes^{1,2}

¹ Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Araraquara, São Paulo. ² Universidade de Sorocaba (Uniso), Sorocaba, São Paulo.

> VOCÊ SABIA?



No Brasil, há uma hipótese de que os óbitos correlacionados a episódios de eventos adversos, referentes a assistência à saúde hospitalar, abrangem em torno de 104.187 a 434.112 óbitos por ano¹.

Ainda pode-se estimar que, a cada 3 minutos, 2,47 pessoas morrem em um hospital público ou privado, devido a um "erro" ou evento adverso¹.

Evento adverso é um incidente que afeta o paciente, no decurso do tratamento, e que não está associado com a evolução das suas condições clínicas iniciais, e tem como resultado lesões ou danos prejudiciais temporários, permanentes ou que resultam em óbito. Os tipos de riscos e eventos adversos possuem diversas fontes e podem ser classificados conforme o seu acontecimento e evolução².

Exemplos de episódios que podem culminar em danos nos serviços de saúde:

- ☐ Erros de identificação de pacientes;
- ☐ Falhas de comunicação entre profissionais;
- ☐ Erros de medicação;
- ☐ Erros em procedimentos cirúrgicos;
- ☐ Infecções associadas ao cuidado;
- ☐ Queda dos pacientes.

Fundamenta-se que para a edificação de um sistema de saúde seguro, a disseminação de uma cultura organizacional de segurança é a base para resultados prolíferos¹.

> MAS, O QUE É CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE?



Cultura de segurança é "o produto individual ou coletivo de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência de uma organização de saúde na gestão de segurança"³.

Instituições que são providas de uma cultura de segurança adequada, planejam e praticam comunicação com confiança mútua, aderem à percepção da importância dos princípios de segurança e creem nos resultados benéficos das medidas preventivas³.

> QUAL É A PROBLEMÁTICA?



Profissionais da área da saúde são expostos a uma série de fatores que se opõem à cultura de segurança. Por exemplo, principalmente os com vínculo a ambientes críticos, são atingidos com uma carga emocional elevada, proveniente do sofrimento dos pacientes e familiares, do fluxo de trabalho com tomada de decisões e responsabilidade excessiva, assim como a falta de comunicação e apoio necessário⁴.

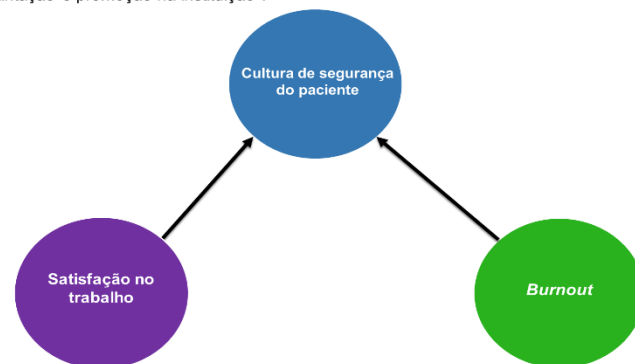
O acúmulo desses elementos, sem o gerenciamento apropriado, pode fazer com que o trabalho se torne um fardo, um peso com consequências na vida pessoal e pode implicar na redução da realização pessoal, bem como causar empecilhos que variam da sua insatisfação até o esgotamento profissional⁴.

- ☐ A qualidade de vida pode ser comprometida por insatisfação no trabalho. Doenças físicas e mentais são desfechos que podem provir da ausência de qualidade para o indivíduo em seu cotidiano⁵;
- ☐ Síndrome de *Burnout* decorre do esgotamento crônico, os profissionais são acometidos por incapacidade devido ao nível psicológico e manifestam sentimentos negativos em relação aos próprios clientes. Exaustão emocional, despersonalização (desumanização) e reduzida realização pessoal são as dimensões que caracterizam a síndrome⁶.

> EXISTEM EVIDÊNCIAS?



Estudo realizado no ano de 2016 em um hospital de ensino do Estado de São Paulo, com profissionais do âmbito hospitalar, constatou que, a satisfação com o trabalho e a síndrome de *Burnout* são aspectos preditivos da cultura de segurança do paciente, ou seja, afetam sua implantação e promoção na instituição⁷.



> O QUE PODE SER FEITO PARA MELHORAR ESTE CENÁRIO?



Despertar atenção para o gerenciamento de sistemas de saúde, com uma abordagem para a associação da qualidade de vida de seus trabalhadores e a qualidade dos serviços ofertados⁸:

- ☐ Incentivo do trabalho em equipe com capacitações, formação do pessoal e comprometimento organizacional para a melhoria da qualidade;
- ☐ Disponibilidade de atenção das lideranças para as condições presenciadas na prática pelos profissionais dos estabelecimentos de saúde. Subsidiar programas para o atendimento às demandas emocionais associadas;
- ☐ Preconizar comunicação, hierarquia horizontalizada, multidisciplinaridade, respeito mútuo e flexibilidade no relacionamento profissional;
- ☐ Incentivar e disponibilizar ferramentas de saúde baseada em evidências, para o apoio na tomada de decisões;
- ☐ Encorajamento para o relato de erros, incentivando a reação não punitiva e realizando a análise de causa raiz. Ciência de que as falhas, mesmo as de menores proporções, podem resultar em episódios adversos de impacto. Implantar ferramentas confiáveis destinadas a identificar e mensurar problemas, bem como promover a solução e estabelecer melhorias;
- ☐ Promover o método clínico centrado no paciente, acolhendo suas experiências e fazendo com o que ele, assim como seus familiares, tenha participação no seu tratamento. Implementar uma assistência humanizada e multidisciplinar.

1. COUTO RC, PEDROSA TMG, ROSA MB. Erros acontecem: A força da transparência no enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados. Belo Horizonte: UPM/IESB; 2016.
 2. Rundman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. International Journal for Quality in Health Care. 2009;21(1):18-26.
 3. Serra J, Gray L, Streagle S, Pambiaro T, Yount N, Behm J. AHRQ hospital survey on patient safety culture: user's guide. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2018.
 4. van Mol MMC, Kompanje EJO, Benoit DO, Bakker J, Nijkamp MD. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. PLoS ONE. 2015;10(8):e0136655.
 5. Spiliopoulos K, Gansera L, Wieland HC, Schuster T, Eichinger W, Gansera B. Chronic stress and coping among cardiac surgeons: a single center study. Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular - órgão oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. 2014;29(3):308-15.
 6. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal of Organizational Behavior. 1981;2(2):99-113.
 7. Oliveira AMd. Relação da satisfação no trabalho, depressão e síndrome de Burnout na percepção da cultura de segurança do paciente [Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas)]. Araraquara: Universidade Estadual de São Paulo; 2017.
 8. Sammer GE, Lykens K, Singh K, Mans DA, Lachlan NA. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. Journal of Nursing Scholarship. 2010;42(2):156-65.

APÊNDICE D – ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA PLOS ONE

Submission Confirmation for PONE-D-17-43749 - [EMID:40df51d9a561fe4e]

PLOS ONE <em@editorialmanager.com>
 Responder a: PLOS ONE <plosone@plos.org>
 Para: Alan Maicon Oliveira <alanmaicondeoliveira@gmail.com>

14 de dezembro de 2017 15:29

PONE-D-17-43749

Safety culture and job satisfaction in a teaching hospital in Brazil: cross-sectional study with structural equation modeling analysis.
 PLOS ONE

Dear Mr. Oliveira,

Thank you for submitting your manuscript entitled 'Safety culture and job satisfaction in a teaching hospital in Brazil: cross-sectional study with structural equation modeling analysis.' to PLOS ONE. Your assigned manuscript number is PONE-D-17-43749.

We will now begin processing your manuscript and may contact you if we require any further information. You will receive an update once your manuscript passes our in-house technical check; you can also check the status of your manuscript by logging into your account at <http://pone.edmgr.com/>. If you have any inquiries or other comments regarding this manuscript please contact plosone@plos.org.

PLOS is considering offering a service where we would post your manuscript to a preprint server (like arXiv or bioRxiv) while it continues on its way through our editorial process. If this service were offered today, would you participate and allow us to post your manuscript?

Yes, I would allow you to post my manuscript. <http://surveys.plos.org/s3/ponePreprintInterest?answer=YesAllow>

No, I would not allow you to post my manuscript. <http://surveys.plos.org/s3/ponePreprintInterest?answer=DoNotAllow>

Thank you for your support of PLOS ONE.

Kind regards,
 PLOS ONE

Full title: Safety culture and job satisfaction in a teaching hospital in Brazil: cross-sectional study with structural equation modeling analysis.

Short title: Relationship of safety culture and job satisfaction.

Alan Maicon de Oliveira^{1*}, Marcus Tolentino Silva², Taís Freire Galvão³, Luciane Cruz Lopes^{1,2}

¹ School of Pharmaceutical Sciences, São Paulo State University (Unesp), Araraquara, São Paulo, Brazil

² University of Sorocaba (Uniso), Sorocaba, São Paulo, Brazil

³ School of Pharmaceutical Sciences, Campinas State University (Unicamp), Campinas, São Paulo, Brazil

Abstract

Background: Evidence is needed in order to consolidate the theory that organizational conditions and psychosocial factors reflect on the safety of the care provided by health services. The aim of this study is to assess whether patient safety culture is related to job satisfaction among hospital professionals.

Methods: This is a cross-sectional study, conducted in a regional teaching hospital in the State of São Paulo, Brazil, between August and November of 2016. The inclusion criteria involved all workers with an employment relationship greater than or equal to three months. From the 677 professionals who worked in the hospital, participants were recruited through random probabilistic sampling. Data collection was made by psychometric instruments in order to analyze job satisfaction (Job Satisfaction Survey–JSS), as well as the relationship between this factor and patient safety culture (Safety Attitudes Questionnaire–SAQ). The Pearson correlation coefficient (r) and the partial least squares modeling (PLS–SEM) were used for analysis. The confidence interval was set at 95% (95% CI) and the significance level at 5%.

Results: Of the 305 professionals recruited, 271 constituted the final sample of this study (88.9%). The SAQ mean score was 68.2 (95% CI: 65.8–70.5), which indicates a level of safety culture below the ideal. The JSS defined neutrality regarding job satisfaction, with a mean score of 131.2 (95% CI: 128.1–134.3). A strong association was established between the two variables ($r = 0.69$, $p < 0.001$). Furthermore, PLS–SEM confirmed job satisfaction as a predictive aspect to promote an ideal safety culture ($p < 0.001$).

Conclusion: Patient safety culture is related to the job satisfaction of the hospital professionals. These findings suggest that the psychosocial work environment influences the quality of care provided.

Introduction

In Brazil, despite a still insufficient approach on the subject and the lack of data, there are 104.187 to 434.112 deaths per year due to adverse events related to hospital care (for example, medication errors, surgical errors, hospital-acquired infections and others)[1]. It is estimated that two people die every three minutes as a result of these episodes[1].

Safety culture is the basis for building a safe health system[1, 2]. In such environments, professional interaction is promoted along with mutual trust, awareness of the importance of safety principles and preventive measures for beneficial outcomes[3].

Health professionals are exposed to a high emotional load, which comes from the suffering of patients and their families, and is associated with a high demand of work and responsibilities, thus weakening the safety culture[4]. In the long term, such exposure affects the individual's personal fulfillment and psychological aspects[4, 5].

Job satisfaction comes from the pleasant feeling from which one understands labor activities[6]. Opportunities, institutional performance, work team, incentives, rewards and humanized supervision are factors that establish professional contentment[7, 8]. Health care workers often experience an imbalance related to these aspects, thus developing dissatisfaction[9].

Knowledge based on evidence is paramount to consolidate the theory that healthy work environments provide quality health care services[10, 11]. It is suggested that the well-being of the work team prevents adverse events[11]. The aim of this study is to evaluate the relationship between patient safety culture and job satisfaction among hospital professionals.

Methods

Study design

This is a cross-sectional study conducted in a teaching hospital between August and November of 2016.

Setting

The research was carried out in a general teaching hospital, located in the northwest region of the State of São Paulo, Brazil, with 174 beds, 16 of which were in intensive care. The hospital is a private, philanthropic entity characterized by its urgent and emergency care. It is specialized in the care of high

risk pregnancies, as well as in high complexity assistance in nephrology, orthopedics and traumatology.

In 2016, the institutional mortality rate was 5% and hospital mortality was 6%, with a monthly mean of 640 admissions and 360 surgeries.

Participants

Professionals with an employment relationship greater than or equal to three months and who consented to participate in the study were eligible. Individuals under notice, on medical leave, on vacation period or workers from third-party companies were excluded.

Participants were selected by random sampling from the list of professionals obtained from the institution's human resources department and were invited to participate in the research by the main researcher.

Variables

Sociodemographic, economic and occupational characteristics were analyzed. They were self-reported by the participants and included: sex (male or female), age (in years and categorized in the age range of 18-35, 36-50 or ≥ 51), socioeconomic class (A, B, C or D-E), level of education (higher education, high school complete or high school incomplete), profession or field of activity (health professionals or ones from the technical and administrative support), interaction or direct contact with the patient (yes or no), and time working in the area (in years, categorized in the time range of < 1 , 1-2, 3-4, 5-10, 11-20 or ≥ 21).

The primary outcome of the study was the perception of patient safety culture. Job satisfaction was measured as an independent variable.

Data sources and measurement

Data were collected through an electronic questionnaire filled out by the participant in a device (tablets), after signing the informed consent form.

The economic classification was performed through the Brazilian Criteria[12], an instrument composed of 15 items that analyze ownership of assets, housing conditions, level of education of the household head and access to public services[12]. The household monthly income in Brazilian real (BRL) can be estimated from each stratum, which was converted to United States dollars (USD) based on the currency of the Central Bank of Brazil on July 1, 2016 (1 USD = 3.2292 BRL): Class A 20.888 BRL, 67.452 USD; Class B 4.852-9.254 BRL, 15.668-29.883 USD; Class C 1.625-2.705 BRL, 5.247-8.735 USD and Class D-E 768 BRL, 2.480 USD.

The validated Portuguese version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)[13] was applied to assess the perception of patient safety culture. This questionnaire is considered for its high sensitivity in assessing individual attitudes[14] and is indicated by the European Network for Patient Safety for the implementation of safety culture[15]. It has 41 questions distributed in six domains: teamwork climate, safety climate, job satisfaction, stress recognition, perceptions of unit and hospital management, and working conditions. The agreement with the questions is informed by a five-point Likert scale[16] and converted to a score from 0 to 100. A total score ≥ 75 demonstrates an ideal agreement of professionals with hospital attributes for patient safety, that is, a positive indicator[17]. Job satisfaction was measured by the Job Satisfaction Survey (JSS) in its translated and validated version for Brazil[18]. This survey is indicated to be applied in heterogeneous populations, since it provides a wide and comprehensive investigation and contemplates different situations of employment contentment[18-20]. The JSS consists of 36 items distributed in nine dimensions: pay, promotion, supervision, benefits, contingent rewards, operating procedures, coworkers, nature of work and communication. The answers are given by a six-point Likert scale[16]. The analyzed total score may correspond to: dissatisfaction (score of 36-108), does not represent dissatisfaction and or satisfaction (score of 109-143), and satisfaction (score of 144-216)[19].

Bias

In order to minimize the risk of information bias and distortions that could force positive or negative answers, the research was presented to the management group and to the leaders of the hospital, in order to emphasize its importance and to disseminate the study's aim among all the work teams. This procedure had the intention to provide autonomy and prevent any discomfort so that the professionals could express their true perceptions, without fear of retaliation, especially in the questions that assessed superiors or the institution.

Furthermore, the researcher responsible for the data collection was trained in order to comprehend the method and application of the instruments. The researcher went to the work sectors, where the collection also occurred, in the most opportune moment for the recruited employee. After signing the informed consent form, the tablet was delivered to the participant, while the researcher was available to clarify any doubts. This measure sought to ensure the confidentiality and comfort of the participants.

Study size

Through the data collection from all existing professional in the hospital ($n=677$), the sample size was calculated as 246 (95% CI). Additionally, this sample size was calculated considering 50% of the perception of an ideal safety culture, 5 % of confidence limits and drawing effect of 1 (random sampling)[21]. The sample sizes used in previous studies from this area of research were also considered[22-27].

To this sample size, it was added a quantity of 10% of the participants, reaching 270 people to be included in the study. A primary list with 270 employees drawn, and a secondary one for replacements with the same number, were prepared.

Statistical methods

Initially, a descriptive statistics of the variables measured in the study was performed. Secondly, the frequency for categorical and mean variables, and standard deviation (SD) for the continuous, were both calculated.

The Pearson correlation coefficient (r) was calculated in order to assess the association between safety culture and job satisfaction (≥ 0.6 strong correlation)[28].

The partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM) was used to estimate dependency relationships, as well as determine the link between latent variables and others revealed[29]. This process is divided into two steps: (I) validation and reliability of measurements; (II) analysis of structural model[29].

In order to perform the first step, the patient safety culture construct was created in accordance with the results, which were obtained with the SAQ and the job satisfaction construct referring to JSS. The convergent validity was verified, considering values of average variance extracted (AVE) and it is recommended for those values to be > 0.5 [29, 30]. For the discriminant validity, a comparison criterion was adopted, in which square roots of the AVE need to be higher than the value of the correlation between the constructs[29, 30]. The Cronbach's alpha coefficient (α) and composite reliability (CR) have been highlighted for a reliability evaluation, which showed acceptable values > 0.7 [29]. The factorial loads of the instruments' domains were also described, which were acceptable if ≥ 0.5 [29].

Pearson's determination coefficient (R^2) was analyzed for the second step, and classified as having a great effect if $R^2 \geq 26\%$ [31]. The predictive relevance (Q^2) was examined through a coefficient of redundancy and was considered adequate when $Q^2 > 0$ [29]. The community coefficient determined the effect size (f^2), which was considered large if $f^2 \geq 0.35$ [29]. The goodness-of-fit index (GoF) was considered acceptable when > 0.36 [32].

Finally, the significance and the relationship between the constructs and the path-coefficient was established, which is expressed with values between -1 to 1[29]. Values close to 1 (or -1 for negative associations) indicate strong relationships[29].

The path diagram was used in order to illustrate the relationship between the constructs[29]. It is determined that causal relationships are represented by rectilinear arrows, which point from the predictive variable (or construct) to the dependent variable[29]. The curved arrows correspond to the correlations between constructs, but no causality is implied[29].

The statistical program Stata (version 13.1) was used for all analyses. Additionally, the confidence interval was standardized at 95% (95% CI) as well as the significance level at 5%.

Ethical aspects

The research was approved by the Research Ethics Committee (REC) of the State University of São Paulo, School of Pharmaceutical Sciences of Araraquara, Brazil (Protocol no. 1.644.886). An authorization was obtained from the institution studied and all participants provided written informed consent form.

Results

Descriptive data

A total of 271 professionals were included in the study (response rate = 88.9%; Fig. 1).

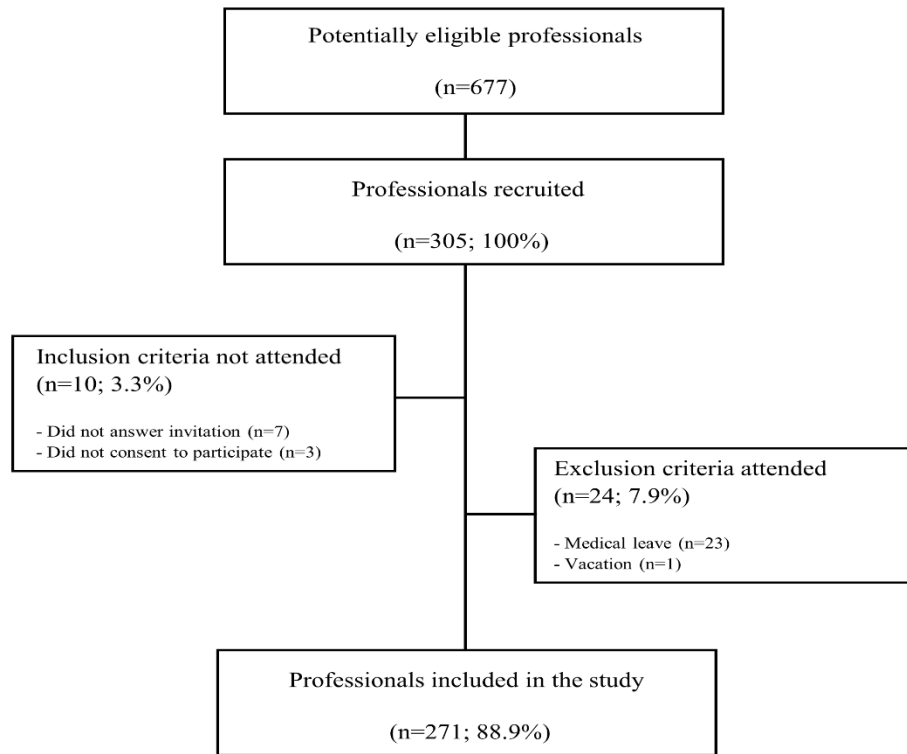


Fig. 1. Sample composition flowchart.

Most of the participants were women (n=213; 78.6%), with ages between 36 and 50 years (n=114; 42.1%), who belong to the nursing team (n=125; 46.1%) and have 5-10 years of experience in the area (n=74; 27.3%; Table 1).

Table 1. Sociodemographic and labor characteristics of study professionals, n = 271.

Characteristics	Frequency	%
Sex		
Male	58	21.4
Female	213	78.6
Age (years)		
18 – 35	105	38.7
36 – 50	114	42.1
≥ 51	52	19.2
Profession or field of activity		
Physician	24	8.9
Nursing team ^b	125	46.1
Other health professionals ^c	29	10.7
Technical and administrative support ^d	93	34.3
Time working in the area (years)		
< 1	9	3.3
1 – 2	29	10.7
3 – 4	50	18.5
5 – 10	74	27.3
11 – 20	48	17.7
≥ 21	61	22.5

The analysis of the total score of the instruments revealed an irregular agreement between the professionals and the institution's attitudes regarding patient safety, which was an indicator below the ideal (average SAQ = 68.2; 95% CI: 65.8-70.5%; $\alpha = 0.91$). The satisfaction mean was 131.2 (95% CI: 128.1-134.3; $\alpha = 0.88$), consequently indicating that the professionals were neither satisfied nor dissatisfied with their work.

Analysis with the Pearson correlation coefficient

In Fig. 2 it is observed that the higher the job satisfaction, the greater is the perception of patient safety culture in the hospital ($r = 0.69$; $p < 0.001$).

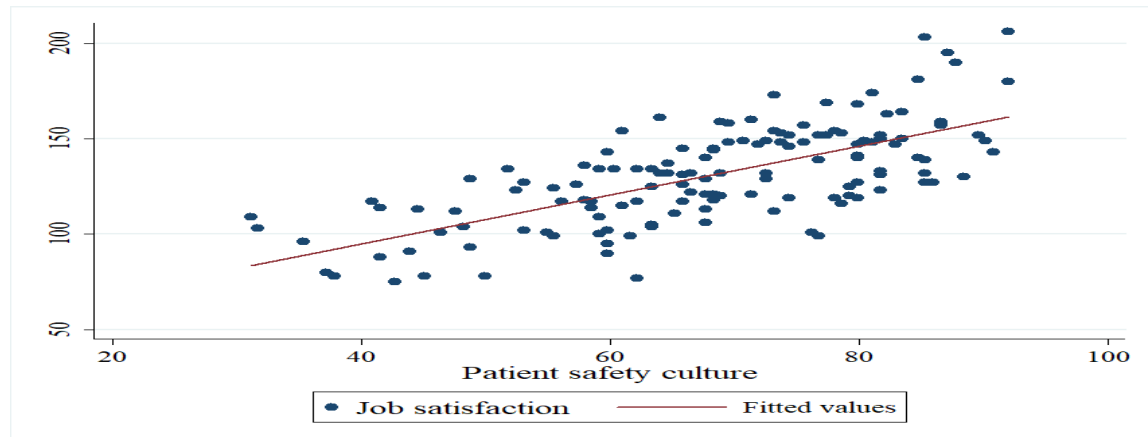


Fig 2. Pearson's correlation coefficient between patient's safety culture and job satisfaction.

PLS-SEM (first step): validation and reliability of measurements

In the first phase of PLS-SEM, the convergent validity of the construct of patient safety culture was evidenced (VME = 0.54), as well as the reliability of the internal measure consistency (CC = 0.85; $\alpha = 0.77$). For the job satisfaction construct, AVE was slightly below the stipulated (0.43), but reliability was attested (CC = 0.87; $\alpha = 0.83$).

The square roots of the AVE of the constructs (patient safety culture = 0.73; job satisfaction = 0.66) were higher than the correlation value between them (0.55) and demonstrated the discriminant validity of the measurements.

The factorial loads of the instruments' domains that constituted the constructs varied between -0.37 (stress recognition) and 0.82 (safety climate and working conditions) of safety culture, as well as between 0.45 (operating procedures) and 0.78 (contingent rewards) of job satisfaction (Table 2).

PLS-SEM (second step): analysis of structural model

The analysis of the structural model of the relationship between the constructs of patient safety culture and job satisfaction was confirmed by the tests applied: the determination coefficient of large effect ($R^2 = 0.58$), the appropriate predictive relevance ($Q^2 = 0.31$), the large size of the effect ($f^2 = 0.48$) and the acceptable goodness-of-fit index (GoF = 0.53) were observed.

The graphical representation of the complete set of this association, illustrated by the path diagram in Fig. 3, determined a causal relationship in which the satisfaction construct at work is the predictor and patient safety culture is the dependent.

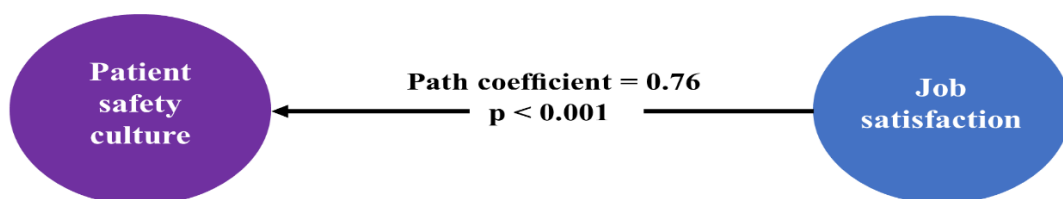


Fig 3. Pathways diagram of the relationship between job satisfaction and patient safety culture.

Discussion

Key results

In the analyzed hospital, fragilities were identified in relation to patient safety culture, and the professionals were not fully satisfied with their work. In addition, this study shows itself as scientific evidence that confirms the relationship of these variables, since the higher satisfaction with work, the higher perception of the safety culture is.

PLS-SEM made it possible to understand the behavior of this association and established a causal relationship. Thus, satisfaction at work was revealed as a predictive factor for the implementation of an ideal patient safety culture.

Relationship with previous studies

Our study supports the global priorities for patient safety research, which are proposed by the Global Patient Safety Alliance from the World Health Organization (WHO)[33]. Also, this research supports WHO's line of research on human factors, organizational aspects and individual particularities that affect work performance and safety in general[34].

High participation rate was achieved in the current research, evidenced by the high overall response rate to the instruments (88.9%). The method of data collection adopted, with the instruments in the electronic device and the presence of the researcher to clarify any doubts, was believed to provide convenience and autonomy for the participants. In other studies that used SAQ, the percentage of participation ranged from 60% to 79%[17, 24, 35-38] and with JSS between 50% and 81%[23, 26, 27, 39].

In this study, the estimated reliability in the measurement with the instruments used was verified. This result is similar to those found by the authors of the original instruments (SAQ $\alpha=0.8$; JSS $\alpha=0.91$)[17, 19] and confirms the efficiency of psychometric tools.

When comparing the scores obtained, a study conducted in public Brazilian hospitals also found levels of safety culture below the ideal, with an average SAQ score between 65 and 69 (± 13)[35]. Similar scores were also identified in a study conducted in 203 clinical units located in the U.S., the United Kingdom and New Zealand[17]. The promotion of safety culture is the precaution basis to the epidemic of adverse events in health care[1, 2] and should also be a priority in the management of these establishments.

Regarding job satisfaction, a research using JSS conducted with nursing professionals of hospitals in Brazil also revealed fragilities on this aspect, with average score of 130.2 (± 23.9)[25]. The author of the original instrument reported similar findings in his study (133.1 ± 27.9)[19]. Health professionals experience exhaustive work flows and negative factors ranging from low pay to lack of institutional support, which raises the incidence of depletion in these individuals[4, 6, 8, 9].

Concerning the association of variables related to aspects of job satisfaction and patient safety, there are many studies, in the literature consulted, with an approach limited to a single professional area[40-42] as well as some studies that depict important limitations[43, 44]. The results of studies in different countries will be discussed below for an analysis of their relationship with the findings of our study.

A cross-sectional study in a public hospital, with prevalence of nursing professionals in the sample (76.3%), presented correlation between job satisfaction and perception of safety ($r=0.67$), evaluated through instruments[43]. However, this study has limitations of selection bias, low response rate and reduced sample size ($n=75$)[43].

A research conducted with nurses ($n=61.168$) in 12 European countries (England, Belgium, Finland, Germany, Greece, Ireland, Netherlands, Norway, Poland, Spain, Sweden and Switzerland) and in the USA showed that hospital environments considered to be of good quality, i.e., in which the staff had administrative support, good social relationships and contribution to decision making, were significantly related to a lower probability of bad reports from this staff regarding patient safety (Europe, OR: 0.50 [95% CI: 0.44-0.56]; USA, OR: 0.55 [95% CI: 0.50-0.61])[40]. Moreover, these factor were associated with better ratings by patients regarding quality of care (Europe, OR: 1.16 [95% CI: 1.03-1.32]; USA, OR: 1.18 [95% CI: 1.13-1.23])[40].

In order to know the predictive factors reported by nurses ($n=731$), which contribute to the quality of health care provision, a study concluded through multivariate regression models that job satisfaction was an important factor (OR: 1.56 [95% CI: 1.33-1.84])[41]. Likewise, this increase in satisfaction was also associated with higher ratings of patient safety ($p < 0.05$)[41].

In Ghana, the staff motivation levels of 324 employees (divided into clinical and non-clinical), in 64 primary health care establishments, presented positive correlation with the efforts applied to improve patient safety ($p < 0.05$)[44].

In Spain, a secondary analysis that compared the results of two previous studies, which were conducted in 24 hospitals with nursing professionals, has confirmed, in this scenario, the relationship between the perception of safety in health care and job satisfaction[42].

A systematic review on the association between the welfare of the health care team and patient safety analyzed 27 studies conducted in 16 different countries and concluded that, in most of the studies, the impaired welfare of professionals is related to outcomes of uncertainty, such as assistance failures[11]. This review also suggests benefits for the patient, resulting from the promotion of better working environments[11].

The evidences described above foster the recognition of the psychosocial work environment as a factor that intervenes in health care, as suggested by the findings of our study.

Limitations and strength of the study

This study used the cross-sectional method, which does not detect incidences since it does not perform a follow-up period. Therefore, the exposure and outcome evaluations occur in a single moment, which makes it difficult to determine a temporal relationship between them. In spite of this, this method is characteristic for its usefulness in measuring prevalence and in planning health policies. The results of the present study also represent a local and singular analysis. Furthermore, the research was based on the responses reported from the perspective of the participants and, therefore, varies according to individual criteria.

However, as its strength, and differently from the existing scientific evidence, this study presents detail and focus on different areas and professional categories present in a hospital, thus covering a multidisciplinary team. This is due the understanding of all of these workers as directly or indirectly contributors to the health care provision. The findings of this research could raise the attention of managers to alarming problems present in the institutions, which block the development of public health improvements.

According to the knowledge of this study's authors, and through the search in the literature, no studies were found relating these two instruments before, considering that they are tools with estimated psychometric properties. In addition, this study reinforces issues that are still little disseminated in Brazil, such as patient safety culture and worker health.

Moreover, we recommend the development of new studies that assess other aspects that may intervene in safety culture, such as personal and organizational ones. Studies on the resulting outcomes in health care and quality of life of the professionals involved are equally important, in order to avoid an epidemic of work-related illnesses and, consequently, of adverse events for patients.

Conclusion and implications for practice

The perception of patient safety culture is associated to the job satisfaction of the hospital professionals. The PLS-SEM has established job satisfaction as a predictive factor to promote an ideal safety culture. These findings suggest that the psychosocial work environment influences the quality and safety of health care provision. Furthermore, these are important notions for health policy makers, and they also raise relevant hypotheses for future studies.

Acknowledgment

To the hospital professionals, participants of the research, who voluntarily consented and contributed to the conception of this scientific evidence.

References

1. Couto RC, Pedrosa TMG, Rosa MB. Erros acontecem: A força da transparência no enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados. Belo Horizonte: UFMG/IESS; 2016.
2. Ock M, Lim SY, Jo M-W, Lee S-i. Frequency, Expected Effects, Obstacles, and Facilitators of Disclosure of Patient Safety Incidents: A Systematic Review. *J Prev Med Public Health*. 2017;50(2):68-82.
3. Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. AHRQ hospital survey on patient safety culture: user's guide. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016.

4. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ*. 2008;336(7642):488-91.
5. van Mol MMC, Kompanje EJO, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLoS ONE*. 2015;10(8):e0136955.
6. Minesener TR, Haddock KS, Gleaton JU, Abu Ajamieh AR. Toward an international measure of job satisfaction. *Nurs Res*. 1996;45(2):87-91.
7. Martinez MC, Paraguay AIBB. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Psicol Soc Trab*. 2003;6:59-78.
8. Teles MAB, Barbosa MR, Vargas AMD, Gomes VE, e Ferreira EF, Martins AMEdBL, et al. Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2014;12:72-.
9. Eisenberg JM, Bowman CC, Foster NE. Does a healthy health care workplace produce higher-quality care? *Jt Comm J Qual Improv*. 2001;27(9):444-57.
10. Associação brasileira de empresas de pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2015: ABEP; 2014. Available from: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
11. 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 Health Services Research*. 2006;6:44-.
12. Singla AK, Kitch BT, Weissman JS, et al. Assessing patient safety culture: a review and synthesis of the measurement tools. *J Patient Saf*. 2006;2:105-15.
13. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Quality and Safety in Health Care*. 2005;14(5):364-6.
14. European Network for Patient Safety. Patient Safety Culture Instruments used in Member States. Denmark: European Society for Quality in Healthcare; 2010.
15. Carvalho REFLD, Cassiani SHDB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2012;20:575-82.
16. Spector PE. Measurement of human service staff satisfaction: Development of the Job Satisfaction Survey. *American Journal of Community Psychology*. 1985;13(6):693-713.
17. van Saane N, Sluiter JK, Verbeek JHAM, Frings-Dresen MHW. Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction—a systematic review. *Occupational Medicine*. 2003;53(3):191-200.
18. Souza ACd, Milani D, Alexandre NMC. Adaptação cultural de um instrumento para avaliar a satisfação no trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2015;40:219-27.
19. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Versão. www.OpenEpi.com.
20. Etchegaray JM, Thomas EJ. Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. *BMJ Quality & Safety*. 2012;21(6):490-8.
21. Pereira I, Veloso A, Silva IS, Costa P. Compromisso organizacional e satisfação laboral: um estudo exploratório em unidades de saúde familiar portuguesas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017;33.
22. Zimmermann N, Küng K, Sereika SM, Engberg S, Sexton B, Schwendimann R. Assessing the safety attitudes questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals - a validation study. *BMC Health Services Research*. 2013;13:347-.
23. Souza AC, Alexandre NM, Brito Guirardello E. Validation of the Brazilian Version of the Job Satisfaction Survey Using Confirmatory Factor Analysis. *J Nurs Meas*. 2017;25(1):46-65.
24. Ai-Hong C, Saidah Nafisah J, Abdul Rahim MN. Comparison of Job Satisfaction among Eight Health Care Professions in Private (Non-Government) Settings. *The Malaysian Journal of Medical Sciences : MJMS*. 2012;19(2):19-26.
25. Mijakoski D, Karadzinska-Bislimovska J, Basarovska V, Stoleski S, Minov J. Burnout and Work Demands Predict Reduced Job Satisfaction in Health Professionals Working In a Surgery Clinic. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2015;3(1):166-73.
26. British Medical Journal. Statistics at Square One: Correlation and regression: BMJ Publishing Group; [Available from: <http://www.bmj.com/about-bmj/resources-readers/publications/statistics-square-one>].
27. Hair JF, Hult GTM, Ringle CM, Sarstedt M. A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). Los Angeles (CA): SAGE Publications; 2014.
28. Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of marketing research*. 1981;39-50.
29. Hair JF, Anderson RE, Tathan RL, Black WC. Multivariate data analysis. Porto Alegre (BR): Bookman; 2009.

30. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York (NY): Psychology Press; 1988.
31. Wetzels M, Odekerken-Schröder G, Van Oppen C. Using PLS path modeling for assessing hierarchical construct models: Guidelines and empirical illustration. *MIS quarterly*. 2009;177-95.
32. Bates DW, Larizgoitia I, Prasopa-Plaizier N, Jha AK. Global priorities for patient safety research. *BMJ*. 2009;338.
33. World Health Organization, World Alliance for Safer Health Care. Human factors in patient safety: review of topics and tools: Group of WHO Patient Safety; 2009.
34. Carvalho REFLd, Arruda LP, Nascimento NKPd, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2017;25.
35. Kristensen S, Sabroe S, Bartels P, Mainz J, Christensen KB. Adaption and validation of the Safety Attitudes Questionnaire for the Danish hospital setting. *Clinical Epidemiology*. 2015;7:149-60.
36. Deilkås ET, Hofoss D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). *BMC Health Services Research*. 2008;8:191-.
37. Raftopoulos V, Savva N, Papadopoulou M. Safety Culture in the Maternity Units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire. *BMC Health Services Research*. 2011;11(1):238.
38. Chou Y-C, Kröger T, Lee Y-C. Predictors of Job Satisfaction among Staff in Residential Settings for Persons with Intellectual Disabilities: A Comparison between Three Residential Models. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2010;23(3):279-89.
39. Merino-Plaza MJ, Carrera-Hueso FJ, Roca-Castelló MR, Morro-Martín MD, Martínez-Asensi A, Fikri-Benbrahim N. Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente. *Gaceta Sanitaria*. 2017.
40. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012;344.
41. Stimpfel AW, Djukic M, Brewer CS, Kovner CT. Common predictors of nurse-reported quality of care and patient safety. *Health Care Management Review*. 2017.
42. Alhassan RK, Spieker N, van Ostenberg P, Ogink A, Nketiah-Amponsah E, de Wit TFR. Association between health worker motivation and healthcare quality efforts in Ghana. *Human Resources for Health*. 2013;11(1):37.
43. Escobar-Aguilar G, Gómez-García T, Ignacio-García E, Rodríguez-Escobar J, Moreno-Casbas T, Fuentesaz-Gallego C, et al. Entorno laboral y seguridad del paciente: comparación de datos entre los estudios SENECA y RN4CAST. *Enferm Clin*. 2013;23(3):103-13.

ANEXO A – CRITÉRIO BRASIL

Modelo de Questionário sugerido para aplicação

P.XX Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

ANEXO B - SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE



Universidade Estadual do Ceará
Centro de Ciências da Saúde

À Alan Maicon de Oliveira,

Agradeço o interesse pelo instrumento *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form 2006*, adaptado, traduzido e validado para hospitais brasileiros em meu estudo de Doutorado e intitulado *Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ)*. Eu dou a minha permissão para sua utilização para fins de pesquisa.

Atenciosamente,

Fortaleza, 11 de maio de 2016.

A handwritten signature in black ink, reading 'Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho'.

Profa Dra. Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho

Questionário de Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado

Área clínica ou área de assistência ao paciente onde você passa maior parte de seu tempo:
Departamento: _____ Por favor, preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências nesta área

• Use somente lápis número 2  Preenchimento correto  Preenchimento incorreto  Não se aplica

• Apague muito bem qualquer resposta que você desejar mudar                 

Por favor, responda os itens seguintes relativos à sua unidade ou área específica
Selecione suas respostas usando a escala abaixo:

A	B	C	D	E	X
Discordo totalmente	Discordo em parte	Neutro	Concordo em parte	Concordo totalmente	Não se aplica

Discordo totalmente                              

Discordo em parte                              

Neutro                              

Concordo em parte                      <

Obrigado por responder este instrumento. seu tempo e sua participação são muito importantes.

POR FAVOR NÃO ESCREVA NESTA ÁREA

[illegible]

ANEXO C - JOB SATISFACTION SURVEY

Ana Cláudia Souza
 para mim ▼

☆
↩
▼

Olá Alan tudo bem contigo? Espero que sim!

É um prazer que utilize o instrumento em tua pesquisa! Qualquer dúvida me coloque à disposição!

Abs

--

Ana Cláudia de Souza, PhD, MSc, RN
aninhamuza@yahoo.com.br / aclau35@gmail.com
 (19) 99290-5274/ (34) 98876-0159

PESQUISA SOBRE SATISFAÇÃO NO TRABALHO <i>(JOB SATISFACTION SURVEY)</i> Copyright Paul E. Spector, All rights reserved. University of South Florida, 1994. Tradução/adaptação por Ana Cláudia de Souza – Universidade Estadual de Campinas, 2013.							
POR FAVOR, ASSINALE UM NÚMERO QUE MAIS SE APROXIMA DA SUA OPINIÃO SOBRE CADA QUESTÃO.		Discordo muito Discordo moderadamente Discordo pouco Concordo pouco Concordo moderadamente Concordo muito					
1	Eu sinto que meu salário é justo pelo trabalho que faço.	1	2	3	4	5	6
2	No meu trabalho existe muito pouca oportunidade de promoção.	1	2	3	4	5	6
3	Meu supervisor é bastante competente na realização do seu trabalho.	1	2	3	4	5	6
4	Eu não estou satisfeito com os benefícios que recebo.	1	2	3	4	5	6
5	Quando faço um bom trabalho, eu recebo o reconhecimento que mereço.	1	2	3	4	5	6
6	Muitas das nossas regras e procedimentos fazem com que seja difícil realizar um bom trabalho.	1	2	3	4	5	6
7	Eu gosto das pessoas com quem trabalho.	1	2	3	4	5	6
8	Eu sinto, às vezes, que meu trabalho não faz sentido.	1	2	3	4	5	6
9	A comunicação parece ser boa nesta organização.	1	2	3	4	5	6
10	Os aumentos salariais são poucos e distantes entre si.	1	2	3	4	5	6
11	Aqueles que fazem um bom trabalho têm uma grande chance de serem promovidos.	1	2	3	4	5	6
12	Meu supervisor é injusto comigo.	1	2	3	4	5	6
13	Os benefícios que recebemos são tão bons quanto os que a maioria das outras organizações oferecem.	1	2	3	4	5	6
14	Eu sinto que o trabalho que faço não é valorizado.	1	2	3	4	5	6
15	A burocracia raramente impede que eu faça um bom trabalho.	1	2	3	4	5	6
16	Eu sinto que tenho que trabalhar mais arduamente devido à incompetência das pessoas com quem trabalho.	1	2	3	4	5	6
17	Eu gosto das tarefas que faço no trabalho.	1	2	3	4	5	6
18	Os objetivos desta organização não são claros para mim.	1	2	3	4	5	6

	POR FAVOR, ASSINALE UM NÚMERO QUE MAIS SE APROXIMA DA SUA OPINIÃO SOBRE CADA QUESTÃO. Copyright Paul E. Spector, All rights reserved. University of South Florida, 1994. Tradução/adaptação por Ana Cláudia de Souza – Universidade Estadual de Campinas, 2013.	Discordo muito	Discordo moderadamente	Discordo pouco	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito
19	Sinto-me desvalorizado pela organização quando penso no quanto me pagam.	1	2	3	4	5	6
20	Sobe-se na carreira aqui tão rápido quanto em outros lugares.	1	2	3	4	5	6
21	Meu supervisor demonstra pouco interesse pelos sentimentos dos seus subordinados.	1	2	3	4	5	6
22	Nossos benefícios são justos.	1	2	3	4	5	6
23	Existem poucas recompensas para aqueles que trabalham aqui.	1	2	3	4	5	6
24	Eu tenho muito para fazer no trabalho.	1	2	3	4	5	6
25	Eu gosto dos meus colegas de trabalho.	1	2	3	4	5	6
26	Eu sinto, muitas vezes, que não sei o que está se passando dentro da organização.	1	2	3	4	5	6
27	Sinto-me orgulhoso em fazer o meu trabalho.	1	2	3	4	5	6
28	Sinto-me satisfeito com as minhas oportunidades de aumentos salariais.	1	2	3	4	5	6
29	Existem benefícios que não temos mas que deveríamos ter.	1	2	3	4	5	6
30	Eu gosto do meu supervisor.	1	2	3	4	5	6
31	Eu tenho trabalho burocrático demais.	1	2	3	4	5	6
32	Eu não sinto que meus esforços são recompensados da maneira que deveriam ser.	1	2	3	4	5	6
33	Eu estou satisfeito com minhas chances de promoção.	1	2	3	4	5	6
34	Existem muitas discussões sem importância e conflitos no trabalho.	1	2	3	4	5	6
35	Meu trabalho é agradável.	1	2	3	4	5	6
36	As atribuições do trabalho não são totalmente explicadas.	1	2	3	4	5	6

ANEXO D - PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9)

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE- (PHQ-9)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você
foi incomodado/a por qualquer um dos problemas
abaixo?
(Marque sua resposta com "✓")

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

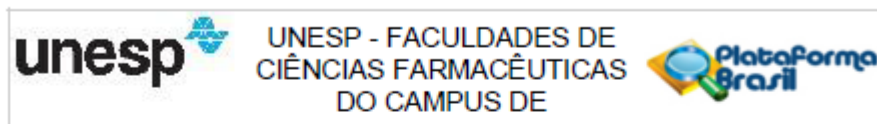
Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe
causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as
pessoas?

Nenhuma dificuldade ☐	Alguma dificuldade ☐	Muita dificuldade ☐	Extrema dificuldade ☐
--	---	--	--

**ANEXO E - MASLACH BURNOUT INVENTORY-HUMAN SERVICES SURVEY
(MBI-HSS)**

MBI - PESQUISA EM SERVIÇOS HUMANOS		
Indique a frequência, de acordo com a descrição abaixo:		Com que frequência (1-5)
1 – Nunca	4 – Uma vez na semana	
2 – Algumas vezes ao ano	5 – Diariamente	
3 – Algumas vezes no mês		
1	Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.	
2	Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado.	
3	Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado.	
4	Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender.	
5	Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no meu trabalho como se fossem objetos impessoais.	
6	Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa.	
7	Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender.	
8	Sinto que meu trabalho está me desgastando.	
9	Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas, através de meu trabalho.	
10	Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho.	
11	Fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente.	
12	Sinto-me muito vigoroso no meu trabalho.	
13	Sinto-me frustrado com meu trabalho.	
14	Sinto que estou trabalhando demais.	
15	Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.	
16	Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.	
17	Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável em meu trabalho.	
18	Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.	
19	Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.	
20	Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.	
21	No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.	
22	Parece-me que as pessoas que atendo culpam-me por alguns de seus problemas.	

ANEXO F - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Relação da satisfação no trabalho, qualidade de vida, depressão e síndrome de Burnout na percepção da cultura de segurança do paciente

Pesquisador: ALAN OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56455316.0.0000.5426

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Farmacêuticas do Câmpus de Araraquara da UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.644.886

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado, de cunho quantitativo, que busca analisar alguns fatores envolvidos na segurança hospitalar, investigando os funcionários do Hospital de Ensino de Fernandópolis acerca de questões relacionadas à satisfação no trabalho, qualidade de vida, depressão e síndrome de Burnout. A relevância da pesquisa consiste em possíveis contribuições para prevenção de riscos nos ambientes hospitalares, considerando sobretudo os fatores humanos passíveis de intervenção.

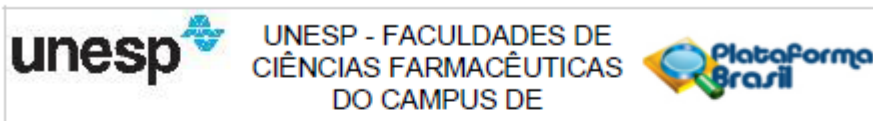
Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos estão claros e exequíveis. O propósito do estudo é avaliar a percepção da cultura de segurança do paciente e os fatores preditivos que interfiram na sua implantação. O pesquisador utilizará escalas validadas para auferir a satisfação profissional, qualidade de vida, síndrome de Burnout e riscos de depressão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto apresenta riscos reduzidos de possíveis desconfortos dos funcionários ao responder os questionários, pois estarão expondo aspectos bastante íntimos de suas vidas.

Endereço: Rodovia Araraquara Jaú, km 1	
Bairro: Campus Universitário	CEP: 14.801-902
UF: SP	Município: ARARAQUARA
Telefone: (16)3301-6897	E-mail: sta@fctar.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.644.886

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa elenca diversos fatores que poderiam estar associados ao aumento de riscos nos hospitais, porém, por se basear exclusivamente na percepção dos funcionários, seus resultados podem ser discutíveis. As pesquisas quantitativas que utilizam escalas têm algumas limitações em função da predisposição do sujeito de contribuir com informações íntimas verídicas, sobretudo em relação à sua saúde mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está redigido de maneira clara, esclarecendo os procedimentos da pesquisa, a liberdade de se recusar a participar ou se retirar do estudo e as pendências levantadas foram sanadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovo, "ad referendum" do Comitê de Ética em Pesquisa, o projeto de pesquisa ora apresentado.

Os relatórios parciais deverão ser entregues em 1) FEVEREIRO de 2017 e 2) AGOSTO de 2017; e o Relatório Final junto aos Termos de Consentimento Livre Esclarecido (originais e assinados em todas as folhas) deverão ser entregues em DEZEMBRO de 2017.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_712404.pdf	20/07/2016 15:54:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE.pdf	20/07/2016 15:53:03	ALAN OLIVEIRA	Aceito
Outros	5_MASLACH_BURNOUT_INVENTORY_HUMAN_SERVICES_SURVEY_MBI_HSS.pdf	24/05/2016 12:18:32	ALAN OLIVEIRA	Aceito
Outros	4_PATIENT_HEALTH_QUESTIONNAIRE_PHQ_9.pdf	24/05/2016 12:15:07	ALAN OLIVEIRA	Aceito
Outros	3_EuroQol_5D_EQ_5D.pdf	24/05/2016 12:11:26	ALAN OLIVEIRA	Aceito
Outros	2_JOB_SATISFACTION_SURVEY_JSS.pdf	24/05/2016 12:09:17	ALAN OLIVEIRA	Aceito
Outros	1_SAFETY_ATTITUDES_QUESTIONNAIRE_SAQ.pdf	24/05/2016 12:06:49	ALAN OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Rodovia Araraquara-Jaú, km 1
 Bairro: Campus Universitário CEP: 14.801-902
 UF: SP Município: ARARAQUARA
 Telefone: (16)3301-6897 E-mail: sta@fctar.unesp.br



UNESP - FACULDADES DE
CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
DO CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 1.644.886

Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_PARA_PESQUISA.pdf	24/05/2016 11:56:24	ALAN OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	24/05/2016 11:41:29	ALAN OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	24/05/2016 11:22:51	ALAN OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARARAQUARA, 22 de Julho de 2016

Assinado por:
Adriano Mondini
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Araraquara Jaú, km 1
Bairro: Campus Universitário CEP: 14.801-902
UF: SP Município: ARARAQUARA
Telefone: (16)3301-6897 E-mail: sta@fctar.unesp.br