



DIAGNÓSTICO DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

PATIENT SAFETY CULTURE DIAGNOSIS

DIAGNOSTICO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Elaine Cristina de Souza Ferreira¹, Natália Soares Melo²

RESUMO

Objetivo: realizar um levantamento do diagnóstico de cultura de segurança do paciente para investigar a percepção da equipe multiprofissional de uma maternidade de risco habitual sobre a segurança do paciente. **Método:** trata-se de estudo quantitativo, descritivo, transversal, com profissionais de uma maternidade de risco habitual. Coletaram-se os dados por meio da aplicação de 98 questionários *Safety Attitudes Questionnaire - short form 2006*. **Resultados:** observou-se que somente 47 (87,03%) questionários eram válidos e, dos 47 questionários analisados sobre a avaliação da cultura de segurança, os domínios ficaram abaixo da média de pontos considerada adequada (≥ 75) em: Satisfação no trabalho (70,10%); Clima do trabalho em equipe (62,68%) e Percepção do estresse (57,19%); os domínios Percepção da gerência do setor e gerência geral (46,49%) e Condições de trabalho obtiveram a média mais baixa do estudo (44,61%). **Conclusão:** entende-se que a instituição estudada possui uma cultura de segurança frágil e encontra-se em estágio patológico em relação ao modelo de maturidade de cultura de segurança do paciente. **Descritores:** Segurança do Paciente; Maternidade; Equipe Multiprofissional; Cultura de Segurança; Diagnóstico da Cultura e Eventos Adversos.

ABSTRACT

Objective: to conduct a survey of the patient safety culture diagnosis to investigate the perception of the multi-professional team of a habitual risk maternity ward on patient safety. **Method:** this is a quantitative, descriptive, cross-sectional study with professionals from a usual risk maternity hospital. Data was collected through the application of 98 questionnaires *Safety Attitudes Questionnaire - short form 2006*. **Results:** it was observed that only 47 (87.03%) questionnaires were valid and, of the 47 questionnaires analyzed about safety culture evaluation, the domains were below the points average considered adequate (≥ 75) in: Job Satisfaction (70.10%); Teamwork climate (62.68%) and Stress perception (57.19%); the Perceptions of Sector Management and General Management (46.49%) and Working Conditions domains had the lowest study average (44.61%). **Conclusion:** it is understood that the institution studied has a fragile safety culture and is in a pathological stage in relation to the patient safety culture maturity model. **Descriptors:** Patient Safety; Maternity; Multiprofessional Team; Safety Culture; Diagnosis of Culture and Adverse Events.

RESUMEN

Objetivo: realizar una encuesta sobre el diagnóstico de la cultura de seguridad del paciente para investigar la percepción del equipo multiprofesional de una sala de maternidad de riesgo habitual sobre la seguridad del paciente. **Método:** este es un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal con profesionales de un hospital de maternidad de riesgo habitual. Los datos se recolectaron mediante la aplicación de 98 cuestionarios *Safety Attitudes Questionnaire - short form 2006*. **Resultados:** se observó que solo 47 (87.03%) cuestionarios eran válidos y, de los 47 cuestionarios analizados sobre la evaluación del cultivo de seguridad, los dominios estaban por debajo del promedio de puntos considerado adecuado (≥ 75) en: Satisfacción laboral (70,10%); Clima de trabajo en equipo (62,68%) y Percepción de estrés (57,19%); las Percepciones de los ámbitos de gestión del sector y gestión general (46,49%) y Condiciones de trabajo tuvieron el promedio de estudio más bajo (44,61%). **Conclusión:** se entiende que la institución estudiada tiene una cultura de seguridad frágil y se encuentra en una etapa patológica en relación con el modelo de madurez de la cultura de seguridad del paciente. **Descriptores:** Seguridad del Paciente; Responsabilidad Parental; Cultura de Seguridad; Diagnóstico de la Cultura y Eventos Adversos.

^{1,2}Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. ¹ <https://orcid.org/0000-0002-5271-414x> ² <https://orcid.org/0000-0001-9054-3751>

Como citar este artigo

Ferreira ECS, Melo NS. Diagnóstico de cultura de segurança do paciente. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e242490
DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242490>

INTRODUÇÃO

Entende-se que, embora o termo “segurança do paciente” possa ser considerado atual, o mesmo já estava introjetado no subconsciente nos primórdios do cuidado aos pacientes. Informa-se que, há mais de dois mil anos, Hipócrates havia dito “primeiro, não cause dano”, entretanto, até recentemente, os erros associados à assistência eram considerados um “subproduto” inevitável da Medicina moderna ou um infortúnio advindo de maus prestadores desses serviços.¹

Observa-se que este pensamento começou a mudar a partir de 1999, com o estudo intitulado “Errar é Humano”, publicado em 2000 pelo *Institute of Medicine* (IOM) dos EUA. Ressaltam-se, no relatório, questões relacionadas à segurança do paciente. Apresentou-se, no resultado do estudo, um número de óbitos de pacientes, causado por eventos adversos, entre 45 mil a 100 mil por ano. Percebe-se, a partir dessa discussão, que eventos adversos relacionados à assistência podem ser considerados frequentes (em torno de 10%) na literatura mundial.²

Identificou-se, no Brasil, por uma pesquisa recente em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro, uma incidência de 7,6% de pacientes com eventos adversos, sendo 66,7% destes com eventos adversos evitáveis.³

Iniciou-se, em 2013, pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, por meio da Portaria 529 e da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 36, regulamentando as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e tornando obrigatória a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nas organizações de saúde. Apresenta-se, pelo programa, como uma de suas funções, a promoção da cultura de segurança, mediante a implementação de Planos de Segurança, de uma assistência segura e que envolva todos os atores sociais como, por exemplo, paciente e acompanhantes no cuidado prestado.⁴⁻⁵

Precisam-se atrelar os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) hospitalares de forma orgânica à direção e contar com uma disponibilidade constante com a direção geral, a direção técnica/médica, a coordenação de Enfermagem e as outras instâncias que gerem a assistência à saúde.⁵⁻⁶

Acrescenta-se que, apesar do aumento dos eventos adversos terem provocado debates em âmbito internacional, devido à relevância do assunto e à relação com o aumento de morbidades e do tempo de internações, onerando os custos dos tratamentos na saúde, percebe-se que muitas iniciativas surgiram nas últimas décadas com o intuito de promover estratégias para garantir cuidados de saúde mais seguros.²

Acredita-se, porém, que pouco se discute sobre a implantação de medidas para reduzir riscos e aumentar a segurança em instituições de atendimento materno e neonatal.

Alerta-se que, embora os eventos adversos em Obstetrícia e Neonatologia possam ser considerados raros em termos relativos, o número absoluto pode ser muito significativo, tendo em vista a quantidade de mulheres e crianças que recebem assistência. Calcula-se que cerca de 2% das pacientes obstétricas sofram algum evento adverso com danos durante o parto.⁷

Apresentou-se, em uma pesquisa realizada no Brasil, por meio de uma revisão sistemática da literatura nacional e internacional, a análise dos dados do sistema de notificação brasileiro de eventos adversos (2007 a 2013) e estudo da influência dos eventos adversos (EA) no óbito neonatal precoce em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. Revela-se, segundo a pesquisa, que os tipos de incidentes mais comuns em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são os relacionados a erros ou falhas no uso das medicações, infecções relacionadas aos cuidados à saúde, lesões cutâneas, ventilação mecânica e cateteres intravasculares.⁸

Encontraram-se, além disso, os eventos adversos mais relevantes no sistema de notificação brasileiro no período estudado, que foram: distúrbio de termorregulação (29%); distúrbio de glicemia (17%); infecções respiratórias de vias aéreas superiores de origem hospitalar (13,5%); extubação não programada (10%); óbito (6,2%); lesão de septo nasal relacionado ao cateter venoso central (6%); hipotensão (4,1 %); insuficiência renal (4%); convulsões/estado do mal convulsivo (1,6%); enterocolite necrotizante (1%); hemorragia intraperiventricular (0,5 %); pneumotórax (0,5 %) e trombo (0,5 %). Demonstrou-se, também, entre os eventos adversos, pelo estudo, que a extubação não programada foi causa de influência de óbito nesse grupo estudado.⁸

Pode-se discutir, em relação à assistência obstétrica e neonatal, ainda, sobre a elevada incidência de intervenções desnecessárias e potencialmente perigosas (ex.: cesariana, uso indiscriminado de ocitocina, episiotomia de rotina, etc.).⁷

Evidenciou-se, em um estudo realizado por meio de uma pesquisa em Belo Horizonte, entre 2011 e 2013, por meio de um inquérito sobre parto e nascimento, que, mesmo em instituições que se empenham nas práticas de modelo de atenção obstétrica segura, as práticas de intervenções consideradas prejudiciais, como posição deitada (66,8%) e Kristeller (9,3%), ainda estão presentes. Acrescenta-se, além disso, que práticas consideradas inapropriadas, se empregadas sem critérios, como amniotomia

(67,1%), ocitocina (41,7%) e episiotomia (8,4%), são usadas indiscriminadamente.⁸

Podem-se trazer, pelos aspectos humanos, culturais, sociais e emocionais envolvidos no processo de gravidez e parto, experiências negativas ou positivas para a mulher e sua família que podem permanecer por toda a vida. Trata-se de um processo fisiológico e não uma expressão de doença, portanto, a gravidez e o parto despertam expectativas positivas quanto aos seus resultados. Traz-se, por essa expectativa, uma dificuldade para todos e também para os profissionais em lidar com os eventos adversos que, porventura, possam ocorrer.⁷

Revestem-se a promoção da qualidade e a segurança do paciente na atenção materna e neonatal, considerando as peculiaridades intrínsecas ao processo reprodutivo e à assistência recebida pelas mulheres e seus filhos, de um caráter particular, e algumas questões específicas e relevantes devem ser pontuadas na implementação do programa de segurança do paciente nas instituições que prestam assistência para as gestantes e seus filhos.⁷

Pontua-se que a assistência à maternidade significa o cuidado de duas ou mais vidas (a mãe e seu filho ou filhos) e, em muitas situações, surgem conflitos de interesses entre ambos em que uma decisão deve ser tomada em detrimento de um para benefício do outro. Aponta-se, como um exemplo clássico, o caso da realização de uma cesariana devido a uma grave restrição de crescimento fetal, quando não há nenhum problema em relação à mãe.⁷

Faz-se necessário, portanto, o desenvolvimento de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo nas instituições para disseminar, nos profissionais de saúde, a percepção de segurança do paciente e gerar, conseqüentemente, compromisso e cultura segura nas instituições de saúde. Caracterizam-se as organizações com uma cultura de segurança positiva por uma comunicação fundada na confiança mútua por meio da percepção comum da importância da segurança e do reconhecimento da eficácia das medidas preventivas.¹

Adverte-se, considerando a especificidade que permeia uma maternidade, que estudos epidemiológicos relacionados à cultura de segurança do paciente em maternidades ainda são escassos e há a importância de uma cultura de segurança forte na instituição estudada, por isso, o objetivo deste trabalho foi realizar um levantamento do diagnóstico de cultura de segurança do paciente, por meio de aplicação do instrumento *Safety Attitudes Questionnaire - short form 2006*, traduzido, adaptado e validado para a língua portuguesa por Carvalho e Cassiani, 2012,¹⁰ para investigar a percepção dos profissionais sobre segurança do paciente de uma

maternidade de risco habitual da região metropolitana de Belo Horizonte.

OBJETIVO

- Realizar um levantamento do diagnóstico de cultura de segurança do paciente para investigar a percepção da equipe multiprofissional de uma maternidade de risco habitual sobre a segurança do paciente.

MÉTODO

Trata-se de estudo de um estudo quantitativo, descritivo, transversal. Mostra-se que é um estudo de campo como pré-requisito do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica e Neonatal da Santa Casa BH Ensino e Pesquisa.

Elencaram-se, para participar do estudo, os profissionais de uma maternidade de risco habitual da região metropolitana de Belo Horizonte. Convidaram-se todos os profissionais a participar, tanto a equipe assistencial quanto a equipe de apoio diagnóstico e administrativo, exceto os profissionais de higienização e limpeza hospitalar. Explica-se que os funcionários de higienização hospitalar não foram incluídos no estudo por se tratarem de uma equipe de empresa terceirizada, em processo de adaptação e em constante processo de flutuação.

Optou-se por convidar tanto a equipe que atua diretamente na assistência quanto a equipe administrativa e de apoio, pois, sabidamente, quando se trata de segurança do paciente, toda a equipe está envolvida, e desde um problema no equipamento até um erro de prescrição médica pode colocar em risco a segurança do paciente.

Considerou-se como critério de inclusão: ser profissional da maternidade pública com vínculo efetivo ou contratado. Observa-se que todos os participantes consentiram sua participação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Coletaram-se os dados no período de 15 de janeiro de 2019 a 5 de fevereiro de 2019 por meio da aplicação do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) traduzido e adaptado culturalmente para a realidade brasileira¹⁰. Distribuíram-se 98 questionários, porém, apenas 54 (55,10%) foram devolvidos. Verificou-se, na análise, que somente 47 (87,03%) questionários eram válidos, pois o restante (sete=2,09%) estava incompleto ou preenchido incorretamente ou sem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado, sendo descartado do estudo.

Utiliza-se o SAQ para avaliar a cultura de segurança em instituições de saúde. Divide-se esse instrumento em duas partes. Compõe-se a primeira por 41 questões divididas em seis domínios: Clima de trabalho em equipe; Satisfação no trabalho; Percepção da gerência do

setor e gerência geral; Clima de segurança; Condições de trabalho e Percepção do estresse. Compõe-se a segunda parte de dados do profissional, sexo, categoria profissional e tempo de atuação.¹⁰

Ocorreu-se a resposta para cada questão da seguinte forma: Discorda totalmente = zero ponto; (B) Discorda parcialmente = 25 pontos; (C) Neutro = 50 pontos; (D) Concorda parcialmente = 75 pontos; (E) Concorda totalmente = 100 pontos e (X) não se aplica. Varia-se o escore final de zero a 100, sendo que zero corresponde à pior e 100 correspondem à melhor percepção do clima de segurança do paciente, e os escores considerados positivos são aqueles que atingiram valor igual ou maior que 75 pontos.¹⁰

Norteou-se o desenvolvimento da pesquisa pelos preceitos éticos, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, dispostos na Resolução n°466/12 do Conselho Nacional de Saúde.⁹ Aprovou-se o estudo pelos Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Santa Casa BH Ensino e Pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa do Município de referência da pesquisa sob o CAAE 02941618.5.0000.5138 e Número do Parecer:

3.106.050.

Convidaram-se os servidores a participar do estudo e a aceitação teve como pré-requisito a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando uma com a pesquisadora principal e a outra com o participante.

Tabularam-se e se analisaram, para a análise estatística, os dados colhidos por meio do programa de *software* STATA (*Stata Corporation, College Station, Texas*), versão 12.0, e gráficos em *Excel 2016*, considerando um nível de 5% de significância.

RESULTADOS

Distribuíram-se 98 questionários, porém, apenas 54 (55,10%) foram devolvidos. Observou-se, na análise, que somente 47 (87,03%) questionários eram válidos e o restante (7=12,09%) estava incompleto ou preenchido incorretamente.

Têm-se, na tabela 1, as informações referentes aos participantes.

Tabela 1. Perfil dos participantes da pesquisa. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2019.

Variáveis	n	%	
Você já havia preenchido este instrumento anteriormente?	Sim	1	2,13
	Não	46	97,87
Equipe Assistencial	Enfermeiro	2	7,14
	Técnico de Enfermagem	14	50,00
	Auxiliar de Enfermagem	5	17,86
	Pediatra ou Neonatologista	1	3,57
	Ginecologista Obstetra	1	3,57
	Anestesista	1	3,57
	Fonoaudiólogo	1	3,57
	Fisioterapeuta	1	3,57
	Farmacêutico	1	3,57
	Outros	1	3,57
	Recepcionista	2	11,11
	Oficial de apoio à saúde	3	16,67
	Serviço de Nutrição e Dietética	2	11,11
Equipe Administrativa e apoio	Rouparia	5	27,78
	Recursos Humanos	1	5,56
	Recepção e Portaria	4	22,22
	Outros (Agente de higienização)	1	5,56
Gênero	Homem	9	20
	Mulher	36	80
Tempo na especialidade/atuação na Instituição.	6 a 11 meses	2	4,17
	1 a 2 anos	1	2,08
	3 a 4 anos	2	4,17
	5 a 10 anos	9	18,75
	10 a 20 anos	12	25
	21 anos ou mais	22	45,83

Apresentam-se, abaixo, as respostas de acordo com cada domínio do Questionário de Atitudes de Segurança.

♦ Categoria 1: Percepção sobre o Clima e satisfação de trabalho em equipe

Descreve-se, de maneira geral, que os participantes concordaram com as afirmações

referentes ao domínio Clima de trabalho em equipe e se posicionam favoravelmente quanto à Satisfação e orgulho em trabalhar na instituição e na área da saúde, conforme as tabelas 2 e 3.

Tabela 2. Percepção sobre o Clima e satisfação de trabalho em equipe. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2019.

Variáveis		n	%
P1 - As sugestões do enfermeiro são bem recebidas nesta área.	Discordo	3	6
	Neutro	12	24
	Concordo	28	56
	Concordo fortemente	7	14
	Discordo fortemente	7	13,21
P2 - Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado do paciente.	Discordo	13	24,53
	Neutro	9	16,98
	Concordo	20	37,74
	Concordo fortemente	4	7,55
	Discordo fortemente	4	7,55
P3 - Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	Discordo	8	15,09
	Neutro	18	33,96
	Concordo	19	35,85
	Concordo fortemente	4	7,55
	Discordo fortemente	4	7,84
P4 - Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes.	Discordo	5	9,80
	Neutro	4	7,84
	Concordo	30	58,82
	Concordo fortemente	8	15,69
	Discordo fortemente	2	3,92
P5 - É fácil para profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem.	Discordo	3	5,88
	Neutro	12	23,53
	Concordo	28	54,90
	Concordo fortemente	6	11,76
	Discordo fortemente	6	11,11
P6 - Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada.	Discordo	9	16,67
	Neutro	13	24,07
	Concordo	21	38,89
	Concordo fortemente	5	9,26
	Discordo fortemente	2	3,70

Tabela 3. Domínio: Clima de trabalho em equipe está certo, mas o que é melhor para o paciente. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2019.

Variáveis		n	%
P15 - Eu gosto do meu trabalho.	Neutro	3	5,56
	Concordo	21	38,89
	Concordo fortemente	28	51,85
	Discordo fortemente	3	5,77
P16 - Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	Discordo	2	3,85
	Neutro	4	7,69
	Concordo	28	53,85
	Concordo fortemente	15	28,85
P17 - Este é um bom lugar para trabalhar.	Discordo	4	7,55
	Neutro	1	1,89
	Concordo	32	60,38
	Concordo fortemente	16	30,19
P18 - Eu me orgulho de trabalhar nesta área.	Discordo	1	1,89
	Neutro	9	16,98
	Concordo	24	45,28
	Concordo fortemente	19	35,85
	Discordo fortemente	6	11,76
P19 - A moral nesta área é alta.	Discordo	10	19,61
	Neutro	15	29,41
	Concordo	18	35,29
	Concordo fortemente	2	3,92

♦ Categoria 2. Percepção sobre o Clima de segurança

Expõe-se, em relação ao Clima de segurança, que 48,08% dos participantes discordaram sobre a

afirmação “eu recebo o retorno apropriado sobre meu desempenho”, conforme a tabela 4.

Tabela 4. Percepção sobre o clima de segurança. Domínio: Clima de segurança. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2019.

Variáveis		n	%
P7 - Eu me sentiria seguro se fosse tratado aqui como paciente.	Discordo fortemente	6	11,32
	Discordo	2	3,77
	Neutro	9	16,98
	Concordo	28	52,83
	Concordo fortemente	8	15,09
P8 - Erros são tratados de maneira apropriada nesta área.	Discordo fortemente	3	5,56
	Discordo	12	22,22
	Neutro	18	33,33
	Concordo	21	38,89
P9 - Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área.	Discordo fortemente	4	7,69
	Discordo	17	32,69
	Neutro	12	23,08
	Concordo	16	30,77
	Concordo fortemente	3	5,77
P10 - Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho.	Discordo fortemente	9	17,31
	Discordo	25	48,08
	Neutro	9	17,31
	Concordo	6	11,54
	Concordo fortemente	3	5,77
P11 - Nesta área, é difícil discutir sobre erros.	Discordo fortemente	8	14,81
	Discordo	15	27,78
	Neutro	20	37,04
	Concordo	8	14,81
P12 - Sou encorajado por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente.	Discordo fortemente	7	13,76
	Discordo	11	21,57
	Neutro	8	15,69
	Concordo	20	39,22
	Concordo fortemente	5	9,80
P13 - A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros.	Discordo fortemente	3	5,77
	Discordo	8	15,38
	Neutro	19	36,54
	Concordo	16	30,77
	Concordo fortemente	6	11,54

Percebe-se, no domínio de “Segurança”, positivamente, que 67,92% dos participantes concordam ou concordam fortemente que se sentiriam seguros se tratados na instituição como pacientes (P7) e 49,02% têm essa mesma opinião sobre ser encorajado por seus colegas a informar qualquer preocupação que possa ter quanto à segurança do paciente (P12).

Devem-se avaliar, nesse critério, os itens P8 e P9: em P8, 27,78% participantes discordam ou discordam fortemente sobre os erros serem tratados de maneira apropriada nesta área e 23,08% se manifestarem como neutros; além disso, o item P9, que aborda sobre o conhecimento dos meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área, apresentou 40,38% de respostas desfavoráveis e 23,08% de respostas neutras, demonstrando desconhecimento da equipe sobre eventos adversos, sua notificação e tratativas junto à instituição.

Apresentou-se, pelos itens P11 e P13, que abordam sobre a dificuldade de debater erros e a cultura de aprender com esses, resultado neutro com maior percentual.

♦ Categoria 3. Percepção do estresse X Condição de trabalho

Tabela 5. Percepção do estresse X Condição de trabalho. Domínio: Percepção do estresse. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2019.

Variáveis		n	%
P20 - Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado.	Discordo Fortemente	4	7,84
	Discordo	9	17,65
	Neutro	7	13,73
	Concordo	22	43,14
	Concordo Fortemente	9	17,65
P21 - Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a).	Discordo Fortemente	2	3,85
	Discordo	11	21,15
	Neutro	2	3,85
	Concordo	29	55,77
	Concordo Fortemente	8	15,38
P22 - Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	Discordo Fortemente	2	3,77
	Discordo	7	13,21
	Neutro	7	13,21
	Concordo	26	49,06
	Concordo Fortemente	11	20,75
P23 - O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: hemorragia, reanimação cardiorrespiratória, convulsões).	Discordo Fortemente	3	6,38
	Discordo	11	23,40
	Neutro	11	23,40
	Concordo	15	31,91
	Concordo Fortemente	7	14,89

Tabela 6. Percepção do estresse X Condição de trabalho. Domínio: Condições de trabalho. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2019.

Variáveis		n	%
P30 - Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe.	Discordo Fortemente	7	12,96
	Discordo	20	37,04
	Neutro	12	22,22
	Concordo	12	22,22
	Concordo Fortemente	3	5,56
P31 - Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim.	Discordo Fortemente	6	12,77
	Discordo	11	23,40
	Neutro	18	38,30
	Concordo	10	21,28
	Concordo Fortemente	2	4,26
P32 - Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.	Discordo Fortemente	5	11,11
	Discordo	8	17,78
	Neutro	22	48,89
	Concordo	8	17,78
	Concordo Fortemente	2	4,44

◆ Categoria 4: Percepção da gerência do setor e gerência geral

Indica-se, no domínio Percepção da gerência do setor e gerência geral, que grande parte dos entrevistados discordou das afirmações, por exemplo, 55,56% discordam da afirmação “Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes”, e essa avaliação pode ser percebida na tabela 7.

Tabela 7. Percepção da gerência do setor e gerência geral. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2019.

Variáveis		n	%
P14 - Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração.	Discordo Fortemente	4	8
	Discordo	5	10
	Neutro	22	44
	Concordo	13	26
	Concordo Fortemente	6	12
P24 - A administração apoia meus esforços diários (Adm. Unidade).	Discordo Fortemente	6	11,76
	Discordo	6	11,76
	Neutro	19	37,25
	Concordo	16	31,37
	Concordo Fortemente	4	7,84
P25 - A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (Adm. Unidade).	Discordo Fortemente	5	10,20
	Discordo	16	32,65
	Neutro	18	36,73
	Concordo	6	12,24
	Concordo Fortemente	4	8,16
P26 - A administração está fazendo um bom trabalho (Adm. Unidade).	Discordo Fortemente	4	7,69
	Discordo	6	11,54
	Neutro	16	30,77
	Concordo	23	44,23
	Concordo Fortemente	3	5,77
P27 - Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa administração (Adm. Unidade).	Discordo Fortemente	7	13,46
	Discordo	16	30,77
	Neutro	21	40,38
	Concordo	7	13,46
	Concordo Fortemente	1	1,92
P28 - Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): (Adm. Unidade).	Discordo Fortemente	4	7,69
	Discordo	14	26,92
	Neutro	16	30,77
	Concordo	18	34,62
P29 - Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.	Discordo Fortemente	11	20,37
	Discordo	30	55,56
	Neutro	8	14,81
	Concordo	4	7,41
	Concordo Fortemente	1	1,85

DISCUSSÃO

Aponta-se, pelo resultado da pesquisa, que, na instituição de saúde estudada, o tema segurança do paciente ainda é desconhecido para a maioria dos profissionais e não é uma ferramenta de gestão muito utilizada para a qualidade da assistência aos usuários dos serviços de saúde. Percebe-se como o tema caminha lentamente, considerando que a temática em prol da segurança do paciente foi iniciada no final da década de 90, nos Estados Unidos da América; além disso, quando implantados, os Núcleos de Segurança do Paciente são realizados sem avaliar anteriormente a percepção e a cultura de segurança do paciente na equipe que os compõe, dificultando, posteriormente, seu planejamento e execução efetiva.¹¹

Ressalta-se que outro ponto que reforça como a segurança do paciente ainda é incipiente na instituição estudada é que mais de 80% dos participantes da pesquisa possuem cinco anos ou mais de experiência profissional e, mesmo assim, desconhecem essa ferramenta.

Detalha-se que, embora o objeto de estudo desta pesquisa tenha sido a equipe multiprofissional, os resultados foram equiparados com outros estudos realizados no Brasil e que o perfil da equipe era predominantemente composto pela Enfermagem. Analisaram-se sete

estudos realizados no Brasil e um na Argentina e somente dois estudos envolviam a equipe multiprofissional, entretanto, nenhum estudo realizou a aplicação do questionário para medir a segurança do paciente com a equipe de apoio e administrativa.¹¹⁻¹⁹

Torna-se expressiva, mesmo a pesquisa sendo realizada com equipe multiprofissional, a participação da equipe de Enfermagem, pois, dentre a equipe assistencial, 7,14% eram enfermeiros; 50%, técnicos de Enfermagem e 17,86%, auxiliares de Enfermagem, o que influencia diretamente o resultado expressivo de 80% de mulheres na pesquisa. Aponta-se, em estudos, que a profissão de saúde, em particular, a Enfermagem, é tipicamente feminina, podendo ser confirmada com dados estatísticos, como disponível em pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 2013, onde 84,7% dos profissionais de Enfermagem eram do sexo feminino.²⁰⁻²

Evidencia-se que, dos 47 questionários analisados sobre a avaliação da cultura de segurança, os domínios ficaram abaixo da média de pontos considerada adequada (≥ 75) em: Satisfação no trabalho (70,10%); Clima do trabalho em equipe (62,68%) e Percepção do estresse (57,19%). Obteve-se, pelos domínios Percepção da gerência do setor e gerência geral

(46,49%) e Condições de trabalho, a média mais baixa do estudo (44,61%), ou seja, o domínio “Satisfação no trabalho” foi o que apresentou melhor avaliação, enquanto os domínios “Condições de trabalho” e “Percepção da gerência do setor e gerência geral” foram o com pior avaliação.

Obtiveram-se, em todos os itens do domínio “Satisfação do trabalho”, resultados favoráveis acima de 80% das respostas, com exceção do item P19, relacionado à moral do profissional, que obteve resultado favorável acima de 35%.

Revela-se, em um conceito sucinto de moral, que é um conjunto de crenças e normas que orienta o comportamento tanto individual quanto coletivo em uma sociedade, parâmetro entre ação correta ou incorreta de acordo com os valores, crenças e cultura do indivíduo e do meio em que ele está inserido.²²

Destacam-se positivamente os resultados favoráveis dos itens P1 (70%), P4 (74,51%) e P5 (66,66%) quando somados os resultados “concordo” e “concordo fortemente”. Aborda-se, nesses itens, respectivamente, sobre a aceitação das sugestões do enfermeiro nesta área, sobre o apoio, quando necessário, dos outros membros da equipe para cuidar dos pacientes e sobre a facilidade de os profissionais fazerem perguntas quando existe algo que não entendem.

Descreve-se que outros itens que se destacam pelo seu percentual de respostas neutras são as questões P3 e P6; na primeira, 33,96% dos participantes não expressam opinião favorável ou desfavorável quando questionados sobre as discordâncias serem resolvidas de modo apropriado e, na segunda, 24,07% se manifestam como neutros sobre os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) da instituição trabalharem juntos como uma equipe bem coordenada.

Ressalta-se que o escore se refere à satisfação no trabalho, fato que é evidente pelo bom entrosamento e vínculo da equipe, pois, como se trata de uma equipe que possui experiência e já está trabalhando junta há um tempo considerável, existe confiança e segurança na equipe de trabalho.

Mostra-se, em estudo citado em outros trabalhos, resultado aproximado a este em relação à satisfação no trabalho de Enfermagem, resultado considerado positivo, pois a satisfação no trabalho está diretamente relacionada à qualidade na assistência prestada e instituições que tenham, em seu quadro de funcionários, a predominância de insatisfação no trabalho possuem alta taxas de rotatividades e, em consequência, maiores ocorrências de eventos adversos.²³

Apontou-se, em estudo desenvolvido nos Estados Unidos da América, que 41% das

enfermeiras estavam insatisfeitas com seu trabalho; no Canadá, essa frequência foi de apenas 17%; na Inglaterra, a porcentagem de enfermeiras que pretendem sair da profissão é de 38,9% e, na Noruega, o percentual foi de 26%. Detalha-se que salário e autonomia são alguns dos fatores que podem influenciar a satisfação do profissional de Enfermagem, e enfermeiros que têm a oportunidade de crescimento profissional em seu trabalho são mais satisfeitos com a profissão e têm maior intenção de permanecer na instituição.²³

Assinala-se, em estudos, que, no Brasil, o acúmulo de atividades e as baixas expectativas de dar continuidade ao processo de obtenção de novos conhecimentos são causas de insatisfação do profissional da Enfermagem e que também são fatores que prejudicam a qualidade e o desempenho do profissional, comprometendo a segurança do paciente.²³

Apresenta-se, por esse resultado, um clima de trabalho favorável, porém, com algumas fragilidades relacionadas à resolução de problemas, como eventos adversos e comunicação entre a equipe assistencial.

Mensura-se, apesar do assunto segurança do paciente ainda ser tímido nas instituições de saúde brasileira, por vários estudos, a segurança do paciente tanto no Brasil quanto em outros países. Demonstra-se, pela investigação nestes estudos, que os escores de segurança do paciente foram ruins, reportando a outros trabalhos semelhantes.¹¹⁻⁵

Desenvolveu-se, por James Reason, no final do século XX, a teoria do erro humano como consequência não intencional da execução de um plano incorreto ou inadequado de uma ação planejada, ou seja, o plano pode ser adequado, mas as ações não ocorrem conforme o planejado ou não são suficientes para alcançar os objetivos propostos.²⁴

Parte-se do pressuposto, por Reason, de que os erros humanos podem ser tratados por duas vertentes: uma centrada nas pessoas com uma abordagem pessoal, punitiva, aflorando, neste modelo, a cultura do medo, onde o erro humano é assumido como uma questão moral, que a causa do erro é oriunda de processos mentais incorretos, falta de atenção e cautela.²⁴

Trata-se, na outra vertente, da abordagem sistêmica, ou seja, o modelo sistêmico e que leva ao erro, contradizendo a primeira vertente na abordagem centrada nos sistemas, partindo do princípio de que os seres humanos falham e os erros são previstos e são consequência dos modelos sistêmicos, que permitem falhas na cadeia de desenvolvimento dos processos e procedimentos. Trabalha-se, neste modelo citado, com a cultura justa, ou seja, a cultura de aprender com erros. Busca-se identificar, quando

ocorre algum erro humano, aonde houve falha no processo ou barreira e corrigir esta falha e, nesta premissa, não significa negligenciar o indivíduo, mas o tornar mais vigilante e responsável por suas ações.²

Apresenta-se, neste estudo, pelo resultado, uma percepção de clima de segurança ainda muito fraca no ambiente estudado, com algumas fragilidades relacionadas à desmistificação de eventos adversos, assim como suas tratativas, que devem focar no processo de trabalho e não no indivíduo.

Sinaliza-se, em relação ao domínio de Percepção do estresse, que 43,14% concordam que “quando a carga de trabalho é excessiva, o desempenho é prejudicado”, enquanto, no domínio Condições de trabalho, 48,89% são neutros em relação a “estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados”; 38,30% também se dizem neutros na afirmação “toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim” e 37,04% discordam que “este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe”. Percebe-se que, de um modo geral, condições de trabalho ruins aumentam o estresse dos profissionais.

Tem-se a influência do modelo neoliberal no país como um dos fatores que contribuem para que as condições de trabalho sejam cada vez mais precárias nas instituições de saúde. Apresenta-se, nesse modelo, como princípio, a redução das máquinas públicas e dos repasses financeiros para essas instituições, porém, sem redução de demandas e ofertas de serviços de saúde, ou seja, priorizam-se a produtividade e o automatismo do trabalho e isso torna as organizações de saúde mais precárias na disponibilidade de recursos humanos, materiais e estruturais.²⁵

Tornam-se, portanto, reflexos de uma estrutura neoliberal um subdimensionamento da equipe de saúde, gerando estrangulamento de todas as atividades assistenciais, sobrecarga de trabalho, multitarefas, ausência de uma educação continuada que respalde as atualizações e aquisição de novos conhecimentos para as equipes.²⁵

Podem-se afetar as funções neurocognitivas no indivíduo com privação de sono e fadiga causadas por excesso de horas trabalhadas sem descanso adequado, aumentando, exponencialmente, o risco de incidentes com ou sem danos para pacientes e colaboradores a cada hora subsequente de trabalho.²⁷⁻⁸

Compromete-se o desempenho pela fadiga, interferindo no mecanismo do tempo de atenção e do tempo de reação, no julgamento clínico e na conduta clínica. Pode-se levar, pela fadiga, a uma perda de tempo na tomada de decisão em

momentos críticos, aumentando o risco de erros. Contribui-se, pelas jornadas de trabalho exaustivas e longas, para o aparecimento da fadiga, que propicia a baixa de energia vital e o aumento de quadro de ansiedade, depressão e raiva.²⁵

Salienta-se, neste estudo, portanto, que o resultado apresenta uma percepção de estresse e condição de trabalho desfavorável e com fragilidades que podem resultar em riscos e eventos adversos.

Identificou-se, portanto, uma Percepção da gerência do setor e gerência geral fraca no estudo, sugerindo que existe um distanciamento entre as equipes e suas hierarquias, e que as falhas na segurança do paciente culminam em uma cultura punitiva aos profissionais, anulando a prerrogativa de aprender com os erros cultivados em uma cultura de segurança forte. Evidencia-se a fragilidade em relação ao apoio dos gestores em nível assistencial, quando o clima de trabalho proposto pela gestão não favorece a cultura de segurança e planejamentos e metas de melhorias de qualidade podem ser desmotivados e perdidos dentro das unidades de trabalho, comprometendo a sua efetividade.¹¹

Seguem-se, pela gestão dos serviços de saúde, ainda, os modelos com estruturas verticais, centralizados e hierarquizados, onde há o predomínio de maior amplitude de supervisão dos trabalhadores, maior controle das ações e as decisões dos trabalhadores tendem a ser anuladas. Contribui-se, por esses modelos, para uma cultura de segurança do paciente enfraquecida.²⁵

Responsabilizam-se os gestores pela qualidade e segurança nos cuidados aos pacientes, sabidamente, que novas estruturas de administração, educação e avaliação são essenciais para a melhoria na qualidade do cuidado e na promoção da segurança do paciente, mas não são bastantes para bons resultados, e a colaboração e os esforços compartilhados são desafios a serem alcançados para a melhoria da segurança.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a instituição estudada apresenta uma cultura de segurança frágil que se encontra em um estágio patológico em relação ao modelo de maturidade de cultura de segurança do paciente, que é um estágio onde não há ações na área de segurança do paciente na organização.

Sabe-se que o tema cultura de segurança do paciente traz, em sua nuance, a necessidade de mudança no modelo de gerenciar os erros e eventos adversos nos serviços de saúde, pois a premissa de punição utilizada nas instituições, além de ser ineficaz para o crescimento e

desenvolvimento das organizações, remete para instituições com uma cultura de segurança fraca que pode tornar o cuidado prestado aos pacientes mais propício ao erro.

Mostra-se, por este estudo, uma cultura de segurança do paciente fragilizada, sinalizando que mudanças são necessárias nesta instituição estudada e, como propostas, sugere-se a implantação de um Núcleo de Segurança do Paciente proposto pela Organização Mundial da Saúde e fomentado pela ANVISA.

Aponta-se a necessidade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente, com uma gestão e uma metodologia mais inovadoras e eficientes, com propostas flexíveis e horizontalizadas, que estimulem tanto os profissionais quanto os gestores na sua implantação.

Tornam-se, por isso, fundamentais e necessárias uma gestão eficiente, que contemple as competências esperadas para a segurança do paciente, a implementação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e suas etapas de crescimento e de melhorias, baseando-se nos protocolos básicos estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de segurança do paciente em todas as instituições de saúde, incluindo as que prestam atendimento materno e neonatal.

Faz-se necessário, além disso, o desenvolvimento de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo nas instituições para disseminar, nos profissionais de saúde, a percepção de segurança do paciente e gerar, conseqüentemente, compromisso e cultura segura nas instituições de saúde. Caracterizam-se organizações com uma cultura de segurança positiva por uma comunicação fundada na confiança mútua por meio da percepção comum da importância da segurança e do reconhecimento da eficácia das medidas preventivas.

REFERÊNCIAS

1. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. 2nd ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.
2. World Health Organization. Patient Safety: a world alliance for safer health care [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2018 Apr 10]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety>
3. Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2018 Aug 10]. Available from: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopacient e/index.php/publicacoes/item/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente>
4. Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz, Sistema único de Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC nº 36, de 25 de Julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2018 Aug 10]. Available from: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/resolucao-da-diretoria-colegiada-rdc-no-36-de-25-de-julho-de-2013/>
5. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2018 Aug 10]. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/>
6. Ferraz CA, Gomes ELR, Mishima SM. Health services management challenges in theory and practice. Rev Bras Enferm. 2004 July/Aug; 57(4):395-400. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000400002>
7. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2018 Aug 10]. Available from: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopacient e/index.php/publicacoes/item/servicos-de-atencao-materna-e-neonatal-seguranca-e-qualidade>
8. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2016 Apr/June;20(2):324-31. DOI: <10.5935/1414-8145.20160044>.
9. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
10. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. Rev Latino-Am Enfermagem. 2012 May/June;3(20):1-8. DOI: <10.1590/S0104-11692012000300020>
11. Batalha EMSS, Melleiro MM. Hospital management and patient safety culture in the perception of the nursing team. Rev Baiana Saúde Pública. 2017 Sept;40(1):109:23. DOI: <10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2670>.
12. Bohrer CD, Marques LGS, Vascocelos RO, Oliveira JLC, Nicola AL, Kawamoto AM. Communication and patient safety culture in the hospital environment: vision of multiprofessional team. Rev Enferm UFSM. 2016 Jan/Mar;6(1):50-

60. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769219260>
13. Raquel DCM, Eliane FAL, Maria CRC, Elizabete RAO, Franciele MCL, Candida CP. Patient safety culture from the perspective of nurse. *Cogitare Enferm.* 2016;21(Spe):1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.45408>
14. Mello JF, Barbosa SFF. Patient safety culture in an intensive care unit: the perspective of the nursing team. *Rev eletrônica enferm.* 2017;19a:07. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v19.38760>
15. Schwonke CRGB, Lunardi Filho ED, Lunardi GL, Silveira RS, Rodrigues MCS, Guerreiro MO. Safety culture: the perception of intensivists nurses. *Enferm Glob [Internet]*. 2016 Jan;41:220-32. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100012
16. Batalha EMSS, Melleiro MM. Patient safety culture: perceptions of the nursing staff.
17. HU Revista [Internet] 2016 July/Aug [cited 2019 Feb 18];42(2):133-42. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2518/872>
18. Bampi R, Lorenzini E, Krauzer IM, Ferraz L, Silva EF, Dall' Agnol CM. Perspectives of the nursing team on patient safety in an emergency uni. *J Nurs UFPE on line.* 2017 Feb;11(2):584-91. DOI: <10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201713>
19. Carvalho PA, Göttems LBN, Pires MRGM, Oliveira MLC. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015 Nov/Dec;23(6):1041-8. DOI: <10.1590/0104-1169.0669.2647>
20. Conselho Federal de Enfermagem. Perfil da Enfermagem no Brasil [Internet]. Brasília: COFEN; 2015 [cited 2018 Aug 10]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>
21. Fronza FCAO, Teixeira L. Profile of health professionals working in hospitals: relationship between musculoskeletal symptoms and quality of life. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2010 Apr/June;8(24). DOI: <http://dx.doi.org/10.13037/rbcs.vol8n24.1057>
22. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. The climate of patient safety: perception of nursing professionals. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(5):728-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>
23. Romero MP, González RB, Calvo MSR, Fachado AA. Patient safety, quality of care and ethics of health organizations. *Rev Bioét.* 2018 Oct/Dec;26(3):333-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018263252>
24. Souza NVDO, Golçalves FGA, Pires AS, David HMSL. Neoliberalist influences on nursing hospital work process and organization. *Rev Bras Enferm.*

- 2017 Sept/Oct;70(5):961-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0092>
25. Sugden C, Athanasiou T, Darzi A. What are the effects of sleep deprivation and fatigue in surgical practice? *Semin Thoracic Surg.* 2012;24(3):166-75. DOI: <10.1053/j.semtcvs.2012.06.005>
26. Sinha A, Singh A, Tewari A. The fatigued anesthesiologist: a threat to patient safety? *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2013 Apr/June;29(2):151-9. DOI: <10.4103/0970-9185.111657>

Correspondência

Elaine Cristina de Souza Ferreira

E-mail: elaineufmgmestrado@gmail.com

Submissão: 28/08/2019

Aceito: 27/09/2019

Copyright© 2019 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.