

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO
TRABALHADOR**

SAMANTHA PIMENTA GODOI

**A RELAÇÃO ENTRE USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E AS ATITUDES
DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

**UBERLÂNDIA
2021**

SAMANTHA PIMENTA GODOI

**A RELAÇÃO ENTRE USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E AS ATITUDES
DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia como exigência para obtenção do título de Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

Orientadora: Marcelle Aparecida de Barros Junqueira.

UBERLÂNDIA

2021

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

G588
2021

Godoi, Samantha Pimenta, 1981-
A relação entre o uso de álcool e outras drogas e as
atitudes de segurança do paciente [recurso eletrônico] /
Samantha Pimenta Godoi. - 2021.

Orientadora: Marcelle Aparecida de Barros Junqueira.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2021.628>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Geografia médica. I. Junqueira, Marcelle Aparecida
de Barros, 1979-, (Orient.). II. Universidade Federal de
Uberlândia. Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091

SAMANTHA PIMENTA GODOI

**A RELAÇÃO ENTRE USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E AS ATITUDES
DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia como exigência para obtenção do título de Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

Orientadora: Marcelle Aparecida de Barros Junqueira.

UBERLÂNDIA

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
 Trabalhador
 Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3E, Sala 128 - Bairro Santa Monica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: 34-3239-4591 - www.ppgat.ig.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional, PPGAT				
Data:	21/12/2021	Hora de início:	08:30hrs	Hora de encerramento:	12:00hrs
Matrícula do Discente:	12012GST023				
Nome do Discente:	Samantha Pimenta Godoi				
Título do Trabalho:	A Relação entre uso de álcool e outras drogas e as atitudes de segurança do paciente				
Área de concentração:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Linha de pesquisa:	Saúde do Trabalhador				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	SEGURANÇA DO PACIENTE, SUICÍDIO E VIOLÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE: INTER-RELAÇÕES E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO				

Reuniu-se em web conferência pela plataforma Webconf,, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professores Doutores: Prof. Dra. Carla Denari Giuliani instituição: Universidade Federal de Uberlândia-UFU ; Prof. Dra. Sandra Cristina Pillon instituição: Universidade de São Paulo- USP, membro externo; Prof. Dra. Marcelle Aparecida de Barros Junqueira instituição: Universidade Federal de Uberlândia-UFU orientador(a) do(a) candidato(a).

Iniciando os trabalhos o(a) presidente da mesa, Dr(a). Prof. Dra. Marcelle Aparecida de Barros Junqueira , apresentou a Comissão Examinadora e o candidato(a), agradeceu a presença do público, e concedeu ao Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovado (a).

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Marcelle Aparecida de Barros Junqueira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 21/12/2021, às 11:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carla Denari Giuliani, Professor(a) do Magistério Superior**, em 27/12/2021, às 14:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3241649** e o código CRC **54C43FA2**.

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer a Deus por, ao longo deste processo complicado e desgastante, me ter feito ver o caminho, nos momentos em que pensei em desistir.

À Universidade quero deixar uma palavra de gratidão por ter me recebido de braços abertos e com todas as condições que me proporcionaram dias de aprendizagem muito ricos.

Toda gratidão ao corpo docente e, em especial a minha orientadora por todo o incentivo e apoio tão importantes. Sem sua ajuda e ensino nada disso seria possível.

À minha família por serem meu pilar, estarem ao meu lado e me fazer acreditar que tinha força e as ferramentas necessárias para finalizar este trabalho.

E por fim agradeço todas as pessoas que, de alguma forma, foram essenciais para que alcançasse esse objetivo com o qual sonhei.

“Paciência e perseverança tem o efeito mágico de fazer as dificuldades desaparecerem e os obstáculos sumirem”.

(John Quincy Adams)

RESUMO

INTRODUÇÃO: O consumo de substâncias psicoativas têm aumentado significativamente, tornando um problema de saúde pública, o abuso tem implicações importantes nos problemas de saúde, e em especial, os transtornos mentais, facilitando o uso, abuso e dependência. As condições de trabalho podem tornar esses profissionais mais vulneráveis ao uso dessas substâncias, pois estão vivenciando longas jornadas de trabalho, insuficiência de recursos materiais, ritmo acelerado estressante. A segurança do paciente para a redução dos danos causados envolve um clima de segurança no trabalho, com condições adequadas, valorização dos profissionais, onde se nota a importância da inclusão do profissional nas ações da gerência. **OBJETIVO:** Avaliar a relação entre o consumo de substâncias psicoativas e os fatores de risco relacionados às atitudes de segurança do paciente de auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais. **METODOLOGIA:** Estudo quantitativo, transversal, analítico do tipo exploratório. Foi utilizado as informações sociodemográficas e profissionais, o teste de triagem do uso do álcool (CAGE), e do uso de drogas (DAST) e o questionário de atitudes de segurança do paciente (SAQ). **RESULTADOS:** A amostra foi composta por 226 profissionais, sendo a maioria do sexo feminino (85,24%), com a categoria profissional técnicos/auxiliares (73,5%) e enfermeiros (25,7%); a média de idade dos profissionais foi de 42,2 anos, e tempo de exercício profissional de 17,7 anos. Em relação ao uso de substâncias, 35,9% possuem risco moderado de uso ou dependência de álcool, e 30,5% faziam uso de drogas de forma moderada ou dependente. As atitudes foram positivas em relação à satisfação no trabalho (76,5%). Identificou que pessoas maiores de 60 anos e do sexo feminino possuíam maior satisfação no trabalho, além das pessoas que não fazem uso de álcool. Profissionais solteiras/viúvas tendem a discordar com a gerência administrativa. **CONCLUSÃO:** Apesar de termos identificado um abuso de álcool e outras drogas entre os profissionais de saúde, não foram observadas diferenças nas características sociodemográficas. As atitudes em relação à segurança dos pacientes (SAQ) se mostraram em sua maioria insatisfeitos, sendo que percebiam positivamente apenas a satisfação com o trabalho. Nesse sentido, ressalta-se a importância da realização de ações de educação em saúde sobre a segurança do paciente e gestão de riscos envolvidos na assistência dos pacientes.

Palavras-chave: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Pessoal de Saúde; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The consumption of psychoactive substances has increased significantly, making it a public health problem, abuse has important implications for health problems, and in particular, mental disorders, facilitating use, abuse and dependence. Working conditions can make these professionals more vulnerable to the use of these substances, as they are experiencing long working hours, insufficient material resources, and a stressful accelerated pace. Patient safety to reduce the damage caused involves a climate of safety at work, with adequate conditions, valuing professionals, where the importance of including the professional in management actions is noted. **OBJECTIVE:** To assess the relationship between the consumption of psychoactive substances and risk factors related to patient safety attitudes of nursing assistants and technicians and nurses at the Hospital de Clínicas of the Federal University of Uberlândia, Minas Gerais. **METHODOLOGY:** Quantitative, cross-sectional, analytical exploratory study. Sociodemographic and professional information, the screening test for alcohol use (CAGE), drug use (DAST) and the patient safety attitudes questionnaire (SAQ) were used. **RESULTS:** The sample consisted of 226 professionals, most of them female (85.24%), with the professional category technicians/auxiliaries (73.5%) and nurses (25.7%); the average age of professionals was 42.2 years, and professional practice time of 17.7 years. Regarding substance use, 35.9% are at moderate risk of alcohol use or dependence, and 30.5% use drugs in a moderate or dependent manner. Attitudes were positive in relation to job satisfaction (76.5%). It identified that people over 60 years old and female had greater job satisfaction, in addition to people who do not use alcohol. Single/widowed professionals tend to disagree with administrative management. **CONCLUSION:** Although we have identified an abuse of alcohol and other drugs among health professionals, no differences were observed in sociodemographic characteristics. Attitudes towards patient safety (SAQ) were mostly dissatisfied, and they only perceived satisfaction with work positively. In this sense, it emphasizes the importance of carrying out health education actions on patient safety and risk management involved in patient care.

Keywords: Substance-Related Disorders; Health Personnel; Patient Safety.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2020 (n = 226).....	21
Tabela 2 - Características profissionais dos trabalhadores de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2020 (n = 226).....	22
Tabela 3 - Risco à dependência de álcool pelos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2020 (n = 226).....	22
Tabela 4 - Risco à dependência de drogas pelos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2020 (n = 226).....	23
Tabela 5 - Média de escores obtidos a partir da avaliação dos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2020 (n = 226), segundo as dimensões do questionário SAQ	24
Tabela 6 - Correlação entre as características sociodemográficas e a segurança do paciente entre os profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2020, de acordo com o questionário de atitudes de segura.....	24
Tabela 7 - Correlação entre uso de álcool e a segurança do paciente entre os profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2020, de acordo com o questionário de atitudes de segurança do paciente	29
Tabela 8 - Correlação entre o abuso de drogas e a segurança do paciente entre os profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2020, de acordo com o questionário de atitudes de segurança do paciente	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAGE	Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener
CEP	Comitê e Ética em Pesquisa
DAST-10	<i>Drug Abuse Screen Test</i>
EAs	Eventos Adversos
HC-UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICPS	Segurança do Paciente
LSD	dietilamida do ácido lisérgico
OMS	Organização Mundial de Saúde
SAQ	Sedex Self-Assessment Questionnaire
SPA	Substâncias Psicoativas
SPSS	Software Statistical Package for Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1	Consumo de álcool e outras drogas	11
2.2	A segurança do paciente no contexto da Enfermagem	12
3	OBJETIVOS	14
3.1	Geral.....	14
3.2	Específicos	14
4	METODOLOGIA.....	15
4.1	Delineamento	15
4.2	População e Local	15
4.3	Aspectos éticos	16
4.4	Número de sujeitos participantes da pesquisa.....	16
4.5	Critérios de Inclusão	17
4.6	Critérios de Exclusão	17
4.7	Procedimentos para coleta de dados	17
4.8	Instrumentos de coleta de dados	18
4.9	Análise de dados	19
5	RESULTADOS	21
5.1	Estatística descritiva	21
5.2	Estatística bivariada	24
6	DISCUSSÃO.....	32
7	CONCLUSÃO.....	39
	REFERÊNCIAS	40
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIAL DO CEP.....	45
	ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	54
	ANEXO C – DRUG ABUSE SCREEN TEST (DAST-10)	55
	ANEXO D – O SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE.....	56

1 INTRODUÇÃO

As Substâncias Psicoativas (SPA) são substâncias que agem no sistema nervoso central (SNC) alterando sua função, a noção da percepção e comportamento. As SPA são divididas em lícitas e ilícitas, sendo que as drogas lícitas podem ser vendidas no comércio local com autorização governamental e permissão da sociedade, e as drogas ilícitas não, todas são proibidas, sendo em geral associadas ao vício e violência (FERNANDES et al., 2018). Segundo Scholze *et.al* (2017), o consumo dessas substâncias tem aumentado globalmente, inclusive nos países em desenvolvimento, estimando que um em cada dez usuários de substâncias psicoativas desenvolva algum problema relacionado ao consumo, seja transtorno mental ou dependência química.

Pesquisa de âmbito nacional realizada pela Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz) entrevistou cerca de 17 mil pessoas entre 12 e 65 anos em todo o Brasil, com o objetivo de avaliar os parâmetros epidemiológicos do uso de drogas. A substância ilícita mais consumida no Brasil é a maconha: 7,7% dos brasileiros de 12 a 65 anos já a usaram ao menos uma vez na vida. Em segundo lugar, fica a cocaína em pó: 3,1% já consumiram a substância. Aproximadamente 1,4 milhão de pessoas entre 12 e 65 anos relataram ter feito uso de crack e similares alguma vez na vida, o que corresponde a 0,9% da população de pesquisa (KRAPP, 2019).

O álcool é a substância mais associada, direta ou indiretamente, a danos a saúde que levam à morte. Mais da metade da população brasileira de 12 a 65 anos declarou ter consumido bebida alcoólica alguma vez na vida. Cerca de 46 milhões (30,1%) informaram ter consumido pelo menos uma dose nos 30 dias anteriores. E aproximadamente 2,3 milhões de pessoas apresentaram critérios para dependência de álcool nos 12 meses anteriores à pesquisa. Outro dado destacado pelos pesquisadores diz respeito ao uso dos analgésicos opiáceos e dos tranquilizantes benzodiazepínicos. Nos 30 dias anteriores à pesquisa eles foram consumidos de forma não prescrita, ou de modo diferente àquele recomendado pela prescrição médica, por nada menos que 0,6% e 0,4% da população brasileira, respectivamente (KRAPP, 2019).

O abuso deste tipo de substâncias pode se dar por diversas situações, incluindo desde condições psiquiátricas específicas até situações condicionadas pelo ambiente, onde essas condições ocupacionais podem desencadear o abuso de

substâncias psicoativas e alterar sua dinâmica e produtividade. Sabe-se que o excesso de carga horária ou situações de trabalho estressantes são fatores para o adoecimento psíquico, transformando a atividade ocupacional em uma vivência de sofrimento. Assim, para evitar o sofrimento e as tensões oriundas das condições laborais, o trabalhador que faz uso das substâncias psicoativas, tem uma sensação momentânea de bem-estar, devido a sua ação no sistema nervoso central (SCHOLZE et al., 2017).

A fuga da realidade pode ser conseguida com o uso de substâncias psicoativas. O homem primitivo explorou e recorreu em demasia e com bastante êxito aos caminhos farmacológicos para fugir do mundo, e neste sentido, o uso de drogas desempenhou um papel importante em quase todas as religiões primitivas e ainda desempenha atualmente em algumas (FELIX JUNIOR; SCHLINDWEIN; CALHEIROS, 2016).

Pesquisa tem mostrado que o conteúdo e o contexto do trabalho, sobretudo aqueles com alto stress, podem tornar os trabalhadores mais vulneráveis ao consumo de substâncias psicoativas. Nesse sentido, os trabalhadores de enfermagem encontram-se expostos diariamente a situações críticas, convivendo diariamente com o sofrimento, dor e morte. Além de vivenciarem jornadas excessivas de trabalho, privação do sono, déficit de trabalhadores, insuficiência de recursos materiais, superlotação nos estabelecimentos de saúde, ritmo acelerado, relações interpessoais complexas, falta de reconhecimento, dentre outras (SCHOLZE et al., 2017).

Além disso, Rocha e David (2015) apontam ainda que os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, são os mais suscetíveis ao uso e desenvolvimento de dependência a alguma SPA, devido à maior possibilidade de autoadministração, uma vez que tem livre acesso a estas substâncias no ambiente de trabalho, por serem os responsáveis pelo armazenamento, controle e administração.

Os serviços de saúde contêm fatores de risco que agravam o desgaste do trabalho, pois estão acostumados a seguir a lógica da produção, mesmo na falta de recursos, o que dificulta o trabalho dos profissionais, aumentando a pressão e a sobrecarga sobre os trabalhadores. Essas dificuldades acabam afetando a qualidade de vida dos trabalhadores, principalmente do setor público (ARAÚJO; PERES; FARIA, 2021).

A deficiência do profissional de saúde é, infelizmente, um problema comum na área da saúde. O comprometimento ocorre quando um profissional de saúde, é incapaz de fornecer atendimento competente e seguro ao paciente devido ao comprometimento do álcool, medicamentos prescritos ou não, ou substâncias que alteram a mente. A deficiência também pode resultar de uma condição psicológica ou neurológica que afeta o julgamento do profissional de saúde. Como resultado dessa deficiência, o profissional de saúde não pode desempenhar com segurança os deveres e responsabilidades profissionais da maneira essencial para sua profissão (TONEY-BUTLER; SIELA, 2021).

O uso de substâncias psicoativas entre profissionais de saúde pode afetar a produtividade e a assiduidade, pois o cuidado com o paciente demanda grande atenção e dedicação e essas drogas agem no sistema nervoso central, alterando a percepção e o comportamento das pessoas.

Assim, percebe-se que a segurança do paciente não é uma problemática individual, tampouco de uma única categoria profissional, mas fruto de um processo que envolve a necessidade da transformação institucional.

Promover debates sobre a segurança do paciente e instituir cuidados seguros e que não causem danos evitáveis mostram-se mais do que necessários, no sentido de estabelecer estratégias, com vistas a proporcionar uma assistência de qualidade e implantar uma cultura de segurança nas instituições de saúde (SOUSA; ARAÚJO, 2015).

Por isso, justifica-se este estudo na premissa de que o profissional de enfermagem é um dos mais afetados e predispostos ao uso e abuso de substâncias psicoativas, podendo ter perda considerável de sua produtividade e colocando em risco a segurança do paciente.

Pretende-se com este estudo, levantar dados sobre a epidemiologia do uso/abuso de substâncias psicoativas entre profissionais (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) de um hospital universitário de grande porte do Triângulo Mineiro e sua relação nas atitudes de segurança do paciente.

Tais dados permitiriam a criação e manutenção de ações de controle, triagem e tratamento de profissionais em consumo de risco, melhorando consideravelmente as ações propostas e atualmente em prática, para garantir a segurança do paciente.

Considerando o consumo de substâncias psicoativas entre os profissionais de enfermagem, busca-se com este estudo compreender a relação entre esse consumo e os fatores de riscos relacionados à segurança do paciente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Consumo de álcool e outras drogas

Consumir drogas é uma prática humana universal e milenar. Varia em forma e contexto de acordo com a sociedade estudada, mas de maneira geral eram utilizadas com fins medicinais, religiosos ou culturais. Com o passar do tempo, sobretudo a partir do século XX, o consumo de drogas se transformou em preocupação mundial, uma vez que passa a ser utilizado com fins recreativos, ampliando os danos sociais e de saúde relacionados. Diferentemente das formas primitivas de utilização de drogas, atualmente percebe-se que o consumo não é mais um elemento de integração social, mas ocorre de forma individualizada e abusiva provocando grande dependência física e psíquica (RAUP; ADORNO, 2011).

Em âmbito geral, as drogas são classificadas quanto ao status legal das substâncias, em lícitas e ilícitas. As drogas lícitas são substâncias comercializadas livremente, de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de limitação de sua comercialização, e as ilícitas são aquelas cuja produção, comercialização e consumo são considerados crime, sendo proibidos por leis específicas (ARAÚJO; VIEIRA; MASCARENHAS, 2018). De acordo com o mecanismo de ação no sistema nervoso central elas são classificadas em: a) depressora (psicolépticas): barbitúricos, benzodiazepínicos, opiáceos, etanol, inalantes; b) estimulantes (psicoanalépticas): cocaína, anfetaminas e derivados; c) perturbadoras (psicodislépticas): ecstasy, canabinóides; d) alucinógenos: dietilamida do ácido lisérgico (LSD) (MARIANO; CHASIN, 2019).

Segundo Foes (2020), o grau mais leve é a intoxicação, compreendendo uma síndrome reversível e específica devido a ingestão recente a substância psicoativa provocando perturbações de percepção, vigília, atenção, pensamento, julgamento, comportamento psicomotor e comportamento interpessoal. Conforme ocorra um padrão inadequado de uso desse tipo de substância, manifestado por condições adversas recorrentes e significativas relacionadas ao uso repetido de psicoativos, caracteriza-se aí o tipo de uso abusivo. Define-se como dependência de substância o conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela.

A dependência do álcool no Brasil, em 2016, esteve associada a 69,5% e 42,6% dos índices de cirrose hepática, a 36,7% e 23% dos acidentes de trânsito e a 8,7% e 2,2% dos índices de câncer – respectivamente, entre homens e mulheres. Especificamente sobre os transtornos relacionados ao uso do álcool, estima-se que 4,2% (6,9% entre homens e 1,6% entre mulheres) dos brasileiros preenchem critérios para abuso ou dependência (MARQUES et al., 2020).

Ainda que entre as mulheres pareça haver uma maior percepção de risco no uso de drogas, o que resultaria em um menor uso por parte delas, o aumento na tendência do uso de substâncias por elas pode estar relacionado às mudanças no comportamento social das mesmas. Fatores como: mudanças no desempenho dos papéis de gênero, estruturação das famílias, luta por espaço no mercado de trabalho, estresse, ansiedade e dificuldades para lidar com problemas, podem contribuir para o aumento da prevalência do uso de drogas (TARGINO; HAYASIDA, 2018).

O abuso de substâncias entre profissionais de enfermagem apresenta dois desdobramentos negativos: um relacionado à própria saúde do profissional e o outro que diz respeito ao vínculo mantido com os pacientes. Dessa forma, além de contribuir para aumentar o volume de afastamentos e reivindicações de aposentadoria por incapacitação e invalidez, o abuso de substâncias pode estar relacionado ao aumento no número de acidentes de trabalho (BERTUSSI et al., 2018).

A importância de conhecer precocemente os fatores de risco envolvidos no consumo de SPAs em ambientes de trabalho que levam ao desenvolvimento de transtornos por uso de SPAs, vão condicionar na formulação de prevenção e estratégias de enfrentamento que reduzam essa prática e promovam qualidade de vida dos profissionais e a segurança do paciente (KING, 2021).

2.2 A segurança do paciente no contexto da Enfermagem

Cada vez mais, as instituições de saúde precisam ter como meta prioritária atender integralmente e de maneira segura as necessidades de saúde de seus pacientes, sendo muito importante que as atividades desenvolvidas por seus profissionais estejam fundamentadas em pressupostos filosóficos, científicos e metodológicos claros e apropriados para garantir um modelo assistencial de

qualidade. A qualidade tem sido uma meta, considerando os constantes aperfeiçoamentos das práticas que buscam a integralidade do cuidado para a satisfação das necessidades de saúde e de segurança de quem depende desses trabalhadores e de seus serviços (ARAÚJO; VIEIRA; MASCARENHAS, 2018).

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS), proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), define como segurança do paciente a redução de riscos de danos ou lesões, associada ao cuidado em saúde, dentro de uma aceitação mínima; risco como a probabilidade que um incidente ocorra; o erro como a falha, a ação que ocorre fora do planejado ou aplicação incorreta do plano, e ainda, os Eventos Adversos (EAs), como qualquer dano ou lesão causada ao paciente pela intervenção da equipe de saúde (SIMAN et al., 2016).

O clima de segurança é capaz de reproduzir as percepções dos profissionais em um determinado momento em seu local de trabalho, enquanto a cultura é um conceito produzido ao longo do tempo, de forma longitudinal, refletindo o conjunto de atitudes, valores, individuais e grupais das questões voltadas à segurança do paciente em uma organização de saúde. Frente ao exposto, a mensuração do clima de segurança permite identificar fatores associados, que contribuem positiva ou negativamente, à adoção de práticas seguras dentro dos serviços de saúde (MAGALHÃES et al., 2019).

Importante destacar, que uma assistência de qualidade, envolve atendimento de qualidade, com a utilização de protocolos, uma equipe multiprofissional, efetividade, eficiência, segurança, inovação e tecnologia. Mas para além destas características envolve uma gestão estratégica, com objetivos bem definidos, e com a valorização dos colaboradores pelos integrantes da equipe e gestores, pois esta ação implica em uma associação direta com a diminuição dos eventos adversos e na qualidade da assistência (GOLLE et al., 2018).

A satisfação no trabalho relacionada aos recursos humanos e organizacionais tem sido objeto de questionamentos no que se refere às implicações para a segurança do paciente. Nas unidades onde se desenvolve um estilo de cuidado mais centrado no paciente, aumentou a satisfação dos profissionais de enfermagem no trabalho, bem como reduziu o número de erros de medicações, o que os deixava mais seguros para a notificação dos erros (SANTORO, 2019).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar o uso de álcool e outras drogas e a relação com atitudes de segurança do paciente entre auxiliares, técnicos e enfermeiros do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

3.2 Específicos

Caracterizar os sujeitos segundo variáveis sociodemográficas e ocupacionais da equipe de enfermagem

Identificar o uso de álcool e outras drogas entre os profissionais de enfermagem.

Determinar escores de percepção de segurança do paciente junto aos profissionais de enfermagem.

Analisar a relação das variáveis sociodemográficas e ocupacionais sobre o uso de álcool e outras drogas entre os profissionais de enfermagem.

Analisar a relação entre o uso de álcool e outras drogas e a percepção de segurança do paciente entre os profissionais de enfermagem.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento

Neste projeto foi inserido um estudo quantitativo, transversal, analítico do tipo exploratório.

A pesquisa quantitativa é aquela que trabalha com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e emprega rígidos recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los, tais como: a porcentagem; a média; o desvio padrão; o coeficiente de correlação e as regressões; entre outros. Em razão de sua maior precisão e confiabilidade, os estudos quantitativos são mais indicados para o planejamento de ações coletivas, pois seus resultados são passíveis de generalização, principalmente quando as amostras pesquisadas representam, com fidelidade, a população de onde foram retiradas (FONTELLES et al., 2009).

No estudo transversal a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado. Portanto, esse modelo apresenta-se como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostragem, examinando-se nos integrantes da casuística ou amostra, a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência do efeito (HOCHMAN et al., 2005).

Os estudos analíticos são aqueles delineados para examinar a existência de associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde. O investigador introduz um fator de exposição ou um novo recurso terapêutico, e avalia-o utilizando ferramentas bioestatísticas. Geralmente, constituem-se na base dos estudos primários (HOCHMAN et al., 2005).

Estudo exploratório tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto em que ela se insere. Pressupõe-se que o comportamento humano é mais bem compreendido no contexto social onde ocorre (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995).

4.2 População e Local

O estudo foi realizado com auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-

UFU), que é uma unidade hospitalar que pertence a Universidade Federal de Uberlândia, foi inaugurado em agosto de 1970 e hoje é referência de média e alta complexidade de 86 municípios do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba. O estudo foi realizado com uma amostra dos profissionais de Enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) do HCU-UFU do município de Uberlândia – MG; atualmente a equipe de Enfermagem é constituída por 1.193 profissionais, sendo 293 enfermeiros e 900 técnicos e auxiliares de enfermagem.

4.3 Aspectos éticos

Todo o projeto seguiu a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (2012) no que diz respeito aos critérios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado no Comitê e Ética em Pesquisa (CEP) com o Parecer nº 3.849.113 (Anexo A). Os questionários foram anônimos, sem identificação nenhuma da pessoa que tenha respondido, sendo necessário apenas a assinatura do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** (TCLE) afirmando concordar com a participação na pesquisa.

4.4 Número de sujeitos participantes da pesquisa

A população do estudo é de 1.193 profissionais. Os dados dos instrumentos foram coletados com uma amostra da população.

O plano de amostragem foi do tipo não probabilística, a esmo, por quotas. Em situações deste tipo, supondo que a população seja homogênea, escolhemos a esmo a quantidade relativa ao tamanho da amostra, e quanto mais homogênea for a população, mais podemos supor a equivalência com uma amostragem aleatória simples. Desta forma, serão escolhidos para compor a amostra de um determinado tamanho sem nenhuma norma ou a esmo, o que origina o nome deste tipo de amostragem. Já na amostragem por cotas é procedida a divisão da população em grupos, selecionando-se uma cota proporcional ao tamanho de cada grupo. Entretanto, dentro de cada grupo não é feito sorteio, sendo procurados os elementos até que a cota de cada grupo seja alcançada (ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 2016).

Assim população estudada foi dividida em cinco setores (ou quotas) de atuação da enfermagem no HC-UFU: Pronto-socorro, internação clínica e cirúrgica, materno-infantil, ambulatórios e centro cirúrgico/unidades de terapia intensiva.

Considerando um intervalo de confiança de 95%, com uma margem de erro de 5%, a amostra do estudo seria de 215 participantes (número mínimo de participantes da pesquisa); contudo considerando uma margem de segurança para possíveis recusas, em cada setor foram entregues 65 instrumentos de coleta de dados, totalizando 325 entregues. Desse número, 99 sujeitos se recusaram a participar ou devolveu o instrumento totalmente em branco, fato que, totalizou assim, uma amostra de 226 participantes para o estudo.

4.5 Critérios de Inclusão

Profissionais que trabalham no mínimo há três meses na Universidade Federal de Uberlândia do município de Uberlândia/MG.

4.6 Critérios de Exclusão

Os profissionais de enfermagem que estavam licenciados, de férias ou afastados de suas atividades profissionais no período destinado a coleta dos dados.

4.7 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados teve início no dia 10 de novembro e término no dia 21 de dezembro de 2020. Primeiramente, uma autorização formal foi solicitada à direção HC-UFU, para a realização da pesquisa. Após essa etapa, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia.

A seguir, foi realizada uma divulgação junto à equipe de Enfermagem (por meio de visita aos setores do hospital) a respeito do projeto de pesquisa. Após, foi entregue um instrumento de coleta de dados para autopreenchimento (Anexos B-D) após o aceite dele, o questionário era deixado no início do turno e recolhido no fim, em envelope sem identificação, acompanhado do TCLE assinado.

Os pesquisadores realizaram seis visitas, nos cinco setores do HCUFU pré-determinados, em três semanas consecutivas. Para tentar garantir um nível de

aleatoriedade na coleta de dados, e, considerando os diversos turnos e escalas de trabalho dos profissionais de enfermagem, os pesquisadores alternaram essas visitas quanto: aos dias do mês (pares e ímpares), e turno de trabalho (diurno e noturno).

4.8 Instrumentos de coleta de dados

Foi constituído por um questionário estruturado, autoaplicável, dividido em:

- a) Informações sociodemográficas e profissionais;
- b) O questionário CAGE (acrônimo referente às suas 4 perguntas- *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*) é utilizado com um ponto de corte de 2 respostas afirmativas sugerindo *screening* positivo para abuso ou dependência de álcool. Segundo a literatura, a sua sensibilidade varia de 43% a 100% e a especificidade, de 68% a 96%, dependendo do tipo de amostra estudada (PAZ FILHO et al., 2001);
- c) *Drug Abuse Screen Test* (DAST-10) é uma escala dicotômica (sim ou não) que procura contextualizar os principais aspectos em torno do consumo de drogas. Nomeadamente, aborda as várias consequências relacionadas com o consumo — sintomas físicos e psicológicos, aspectos sociorrelacionais, entre outros (SKINNER, 1982; YUDKO; LOZHKINA; FOUTS, 2007); O consumo é considerado de risco com 1 ou 2 pontos; considerado prejudicial de 3 a 5 pontos e considerado substancial/severo com resultados maiores de 6 pontos. A consistência interna é equivalente em diferentes idiomas e é considerado útil e confiável para rastrear uso abusivo de drogas (VILLALOBOS-GALLEGOS et al., 2015).
- d) O *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form* 2006 foi criado em 2006 e tem se mostrado uma ferramenta confiável para comparar as atitudes de segurança em diferentes grupos de profissionais prestadores de cuidados de saúde. Permite a obtenção de dados para se pensar em atividades de melhoria para a segurança do paciente, bem como, atitudes de mudança ao longo do tempo (SOUZA, 2019).

O questionário é composto por 41 itens que englobam seis domínios: clima de trabalho em equipe, clima de segurança e de satisfação no trabalho, percepção do

estresse, percepção da gerência da unidade e do hospital e condições de trabalho. Os itens 14, 33, 34, 35 e 36 não pertencem a qualquer dos domínios, embora sejam considerados no escore final do instrumento.

Os participantes atribuem uma pontuação a cada afirmação, contida no instrumento, com base em uma escala bipolar do tipo Likert de 5 pontos: discordo totalmente (0 ponto), discordo parcialmente (25 pontos), neutro (50 pontos), concordo parcialmente (75 pontos) e concordo totalmente (100 pontos). Cada afirmação, também, apresenta a opção de resposta “não se aplica” que não é computada no cálculo do escore dos domínios. Logo, a contagem dos escores é realizada da seguinte maneira: primeiro, realiza-se a recodificação dos itens reversos correspondentes às questões 2, 11 e 36 do Sedex Self-Assessment Questionnaire (SAQ). Em seguida, as questões do instrumento são ordenadas em domínios que contém um conjunto de itens cujas pontuações são somadas. O resultado final da soma das pontuações é dividido pelo número de itens do domínio. Considera-se clima de segurança positivo o escore final geral maior ou igual a 75 (CASTILHO et al., 2020).

4.9 Análise de dados

Os dados quantitativos foram gerenciados com informações digitadas, tabuladas e consolidadas no programa Microsoft Excel por dupla entrada e digitadores independentes visando minimizar falhas na entrada do banco de dados. Os bancos foram analisados no programa estatístico Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 21.0. Foram realizadas as análises exploratórias (descritivas) dos dados, a partir da apuração de frequências simples absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e as numéricas analisadas conforme as medidas de centralidade (média, mediana) e de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo). Os dados foram organizados em tabelas. Para a análise dos resultados dos instrumentos foi usado às orientações presentes em cada artigo de validação. Para verificar possíveis correlações entre as características socioeconômicos e demográficos e entre os instrumentos, foi utilizado o teste de Correlação de Pearson nas análises entre variáveis quantitativas (bivariadas), geralmente usado para comparar duas variáveis categóricas e verificar se são homogêneas entre si, e a Correlação de Spearman que é uma medida não paramétrica da correlação de postos (dependência estatística do ranking entre duas variáveis), é usado

principalmente para análise de dados, nas correlações em que uma das variáveis era ordinal. O Teste t de Student foi usado para amostras independentes de dois grupos, onde as médias de uma variável dessa população possui uma distribuição normal e, quando necessário, o teste de Mann-Whitney, como alternativa não paramétrica, é indicado para comparação de dois grupos não pareados para se verificar se pertencem ou não à mesma população e cujos requisitos para aplicação do **teste** t de Student não foram cumpridos. As correlações foram estabelecidas segundo a convenção de interpretação dos valores do coeficiente adotada de que valores $0 \leq |r| \leq 0,3$ apontam correlação fraca, valores $0,3 \leq |r| \leq 0,5$ referem correlação moderada e valores $0,5 \leq |r| \leq 1,0$ indicam correlação forte entre as variáveis.

5 RESULTADOS

5.1 Estatística descritiva

Nota-se na Tabela 1 que os profissionais de enfermagem do HC-UFU são em sua maioria pessoas do sexo feminino (85,4%), com faixa etária predominante entre de 31 a 40 anos (38,5%), sendo o estado civil predominante casado/Amasiado (56,6%), e consideradas pessoas religiosas (82,3%). Temos um percentual de 25,7% de enfermeiros e 73,5% de auxiliares/técnicos de enfermagem.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2020 (n = 226)

Características sociodemográficas		n	%
Gênero	Masculino	32	14,2
	Feminino	193	85,4
	Não responderam	1	0,4
Faixa Etária	até 30 anos	20	9,2
	31 a 40 anos	84	38,5
	41 a 50 anos	75	34,4
	51 a 60 anos	30	13,8
	60 ou mais	9	4,1
Religiosa	sim	186	82,3
	Não	34	15
	Não responderam	6	2,7
Estado Civil	casado/amasiado	128	56,6
	Solteiro/viúvo	62	13,7
	Outros	31	27,4
	Não responderam	5	2,2
Categoria Profissional	Aux./Técnico Enfermagem	166	73,5
	Enfermeiro	58	25,7
	Não responderam	2	0,9

Legenda n: número total de profissionais

%: percentual válido, considerando o n como 100%

Fonte: Dados coletados pela autora (2020).

A Tabela 2 informa que a média de idade dos profissionais é de 42,22 anos, e eles têm uma jornada de trabalho média de 39,14 horas semanais, e a média de atuação como trabalhadores de enfermagem é de 17,7 anos.

Tabela 2 - Características profissionais dos trabalhadores de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2020 (n = 226)

	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade	218	42,22	9,31	19	70
Jornada de trabalho	213	39,14	8,72	4	88
Tempo de atuação na enfermagem	217	17,17	9,37	0,6	48

Fonte: Dados coletados pela autora (2020).

Entre os resultados obtidos, 38,5% dos trabalhadores relatam que deveriam diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber e 33,6% se sentem criticadas pelo modo de beber (Tabela 3). Outros 35% se sentem culpados pela maneira que costumam beber e o 31% necessitam beber para diminuir o nervosismo ou a ressaca pela manhã. No total dos entrevistados foram identificados que 35,9 % fazem uso abusivo do álcool.

Tabela 3 - Risco à dependência de álcool pelos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2020 (n = 226)

CAGE	Sim		Não		Não responderam	
	N	%	N	%	N	%
Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	87	38,5	119	52,7	20	8,8
As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	76	33,6	127	56,2	23	10,2
Se sente culpado (a) pela maneira com que costuma beber	79	35	122	54	25	11,1
Costuma beber pela manhã (ao acordar), para diminuir o nervosismo ou a ressaca	70	31	134	59,3	22	9,7
Pontuação total de uso prejudicial segundo o CAGE	79	35,9	141	64,1		

Fonte: Dados coletados pela autora (2020).

De acordo com os dados da Tabela 4, nota-se que 18,1% dos respondentes afirmaram que já usaram outros medicamentos além dos necessários e 9,7% usam mais de um medicamento por vez. E 17,3% das pessoas sentem dificuldade de parar de usar essas drogas se necessário, e uma pequena porcentagem 3,1% disseram que já tiveram apagões pelo uso dessas substâncias. No total dos entrevistados foram identificados que 30,5% das pessoas têm um consumo de risco

para drogas. As outras variáveis tiveram um baixo quantitativo em relação ao percentual estudado, sendo menor que 2% da amostra.

Tabela 4 - Risco à dependência de drogas pelos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2020 (n = 226)

DAST	Sim		Não		Não responderam	
	N	%	N	%	N	%
Você já usou outros medicamentos além dos necessários por razões médicas?	41	18,1	182	80,5	3	1,3
Abusa de mais de um medicamento por vez?	22	9,7	201	88,9	3	1,3
Você sempre pode parar de usar drogas quando quiser?	187	82,7	31	13,7	8	3,5
Você teve 'apagões' ou 'flashbacks' como resultado do uso de drogas?	7	3,1	202	89,4	17	7,5
Você já se sentiu mal ou culpado pelo uso de drogas?	4	1,8	213	94,2	9	4
Seu cônjuge (ou pais) já se queixa de seu envolvimento com drogas?	1	0,4	208	92	17	7,5
Você negligenciou sua família por causa do uso de drogas?	2	0,9	210	92,9	14	6,2
Você se envolveu em atividades ilegais para obter drogas?	1	0,4	210	92,9	15	6,6
Você já experimentou sintomas de abstinência (sentiu-se mal) quando parou de tomar drogas?	3	1,3	207	91,6	16	7,1
Teve problemas médicos como resultado do uso de drogas?	3	1,3	207	91,6	15	6,6
Total geral para consumo de risco DAST 10	67	30,5	145	65,9		

Fonte: Dados coletados pela autora (2020).

A análise da Tabela 5 nos mostra que de acordo com o cálculo do escore dos domínios que tem que ser igual ou maior que 75%, a maioria das pessoas não concordam com os domínios apresentados, sendo que apenas no domínio “Satisfação no trabalho” os entrevistados têm um clima de segurança positivo (>76,48).

Tabela 5 - Média de escores obtidos a partir da avaliação dos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2020 (n = 226), segundo as dimensões do questionário SAQ

Domínios	N	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Clima de trabalho em equipe	223	66,82	0	100	19,12
Clima de segurança	223	59,73	0	100	19,27
Satisfação no trabalho	223	76,48	0	100	21,5
Percepção do estresse	220	71,74	0	100	27,33
Percepção da gerência (Adminis.)	209	51,6	0	100	26,17
Percepção da gerência	220	43,53	0	100	22,8
Condições de trabalho	221	43,74	0	100	27,96

Fonte: Dados coletados pela autora (2020).

5.2 Estatística bivariada

Não existe uma associação estatisticamente significativa do uso abusivo de álcool ou drogas com as variáveis sócio-demográficas de acordo com o valor de p.

Na Tabela 6, de acordo com o teste t, existem evidências estatísticas, ao nível de 95% de confiança de que os indivíduos do sexo "Feminino" e maiores de 60 anos de idade tendem a ter uma maior concordância com o domínio "Satisfação do trabalho" em relação aos indivíduos do sexo "Masculino", e de faixas etárias menores. Ainda de acordo com a faixa etária, existem evidências estatísticas, de que os indivíduos com mais de 60 anos de idade tendem a ter uma maior concordância com o domínio "Condições de trabalho" em relação a outros indivíduos de faixas etárias menores. E em relação ao estado civil, os indivíduos "Solteiro / Viúvo" tendem a ter uma menor concordância com o domínio "Percepção da gerência (ADM)" em relação a outros indivíduos classificados em outros estados civis.

Tabela 6 - Características sociodemográficas e a segurança do paciente entre os profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2020, de acordo com o questionário de atitudes de segurança do paciente.

	N	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão	Valor de p
Clima de trabalho em equipe						
Sexo						
Masculino	31	65,48	16,67	100	19,08	0,71
Feminino	191	66,91	0	100	19,39	
Faixa Etária						
Até 30 anos	20	67,81	8,33	100	20,96	0,69

De 31 a 40 anos	82	67,47	16,67	100	18,93	
De 41 a 50 anos	74	64,92	5	100	19,81	
De 51 a 60 anos	30	64,78	0	91,67	17,82	
Acima de 60 anos	9	73,61	54,17	100	17,08	
Estado Civil						
Casado/Amasiado	126	66,9	5	100	18,59	0,63
Solteiro/Viúvo	61	64,86	0	100	19,06	
Outros	31	68,76	16,67	100	21,97	
Religiosa						
Não	34	68,41	16,67	100	19,1	0,56
Sim	183	66,33	0	100	19,33	
Categoria Profissional						
Enfermeiro	57	59,34	7,14	100	19,61	0,92
Técnico/Auxiliar	164	59,88	0	100	19,21	
Jornada de trabalho						
Até 30 horas	22	64,39	28,57	96,43	18,84	0,39
31 a 40 horas	140	59,51	0	100	19,84	
41 a 50 horas	40	60,81	5	100	18,2	
Acima de 50 horas	8	51,04	35,71	75	13	
Tempo de Atuação						
Até 10 anos	58	65,65	5	100	20,32	
De 11 a 20 anos	98	67,22	10,71	100	18,84	0,96
De 21 a 30 anos	40	67,27	14,29	100	17,59	
Acima de 30 anos	18	66,18	0	95,83	20,53	
Clima de segurança						
Sexo						
Masculino	31	57,46	25	93,75	18,68	0,49
Feminino	191	60	0	100	19,39	
Faixa Etária						
Até 30 anos	20	61,25	7,14	100	20,28	
De 31 a 40 anos	82	59,2	28,57	96,43	16,74	0,32
De 41 a 50 anos	74	29,43	5	100	20,68	
De 51 a 60 anos	30	56,78	0	93,75	21,68	
Acima de 60 anos	9	72,33	35	93,75	18,69	
Estado Civil						
Casado/Amasiado	126	59,54	5	96,43	19,41	
Solteiro/Viúvo	61	57,23	0	100	19,82	0,18
Outros	31	65,18	17,86	100	17,84	
Religiosa						
Não	34	61,59	14,29	100	19,56	0,56
Sim	183	59,45	0	100	19,41	
Categoria Profissional						
Enfermeiro	57	59,34	7,14	100	19,61	0,86
Técnico/Auxiliar	164	59,88	0	100	19,21	
Jornada de trabalho						
Até 30 horas	22	64,39	28,57	96,43	18,84	
31 a 40 horas	140	59,51	0	100	19,84	0,39

41 a 50 horas	40	60,81	5	100	18,2	
Acima de 50 horas	8	51,04	35,71	75	13	
Tempo de Atuação						
Até 10 anos	58	61,38	5	100	19,3	0,61
De 11 a 20 anos	98	58,96	10,71	96,43	18,25	
De 21 a 30 anos	40	58,57	14,29	92,86	19,62	
Acima de 30 anos	18	64,62	0	93,75	24,26	
Satisfação no trabalho						
Sexo						
Masculino	31	66,98	10	100	24,55	0,02*
Feminino	191	77,9	0	100	20,62	
Faixa Etária						
Até 30 anos	20	69,25	20	100	23,07	
De 31 a 40 anos	82	74,11	10	100	20,43	0,03*
De 41 a 50 anos	74	78,48	0	100	21,56	
De 51 a 60 anos	30	73,57	0	100	24	
Acima de 60 anos	9	94,44	75	100	9,17	
Estado Civil						
Casado/Amasiado	126	77,08	0	100	19,94	0,06
Solteiro/Viúvo	61	71,56	0	100	24,13	
Outros	31	82,26	25	100	21,39	
Religiosa						
Não	34	75,15	0	100	24,45	0,77
Sim	183	76,48	0	100	21,11	
Categoria Profissional						
Enfermeiro	57	77,5	10	100	20,54	0,63
Técnico/Auxiliar	164	75,93	0	100	21,91	
Jornada de trabalho						
Até 30 horas	22	81,14	10	100	21,54	0,13
31 a 40 horas	140	75,11	0	100	22,13	
41 a 50 horas	40	80,46	10	100	19,2	
Acima de 50 horas	8	64,06	45	95	17,21	
Tempo de Atuação						
Até 10 anos	58	72,7	10	100	72,7	
De 11 a 20 anos	98	76,98	10	100	76,98	0,51
De 21 a 30 anos	40	76,44	0	100	76,44	
Acima de 30 anos	18	80,49	0	100	80,49	
Percepção do estresse						
Sexo						
Masculino	31	68,62	0	100	27,05	0,49
Feminino	188	72,24	0	100	27,48	
Faixa Etária						
Até 30 anos	20	71,88	0	100	29,77	
De 31 a 40 anos	82	74,14	6,25	100	24,4	0,76
De 41 a 50 anos	72	69,36	0	100	28,72	
De 51 a 60 anos	29	73,2	0	100	28,58	
Acima de 60 anos	9	64,58	18,75	100	36,1	

Estado Civil						
Casado/Amasiado	124	74,34	0	100	26,37	0,2
Solteiro/Viúvo	61	71,82	0	100	28,42	
Outros	30	64,44	12,5	100	25,93	
Religiosa						
Não	33	70,96	0	100	26,79	0,85
Sim	181	71,92	0	100	27,33	
Categoria Profissional						
Enfermeiro	56	74,74	0	100	23,18	0,29
Técnico/Auxiliar	162	70,63	0	100	28,76	
Jornada de trabalho						
Até 30 horas	22	84	25	100	17,32	0,14
31 a 40 horas	137	71,5	0	100	28,61	
41 a 50 horas	40	67,4	0	100	27,38	
Acima de 50 horas	8	68,49	31,25	100	21,92	
Tempo de Atuação						
Até 10 anos	57	66,45	0	100	28,18	0,22
De 11 a 20 anos	98	74,55	0	100	26,81	
De 21 a 30 anos	38	73,96	0	100	25,41	
Acima de 30 anos	18	65,05	0	100	30,72	
Percepção da gerência (Administrativo)						
Sexo						
Masculino	30	46,64	0	100	31,55	0,35
Feminino	178	52,42	0	100	25,24	
Faixa Etária						
Até 30 anos	18	43,06	0	100	30,38	
De 31 a 40 anos	76	50,05	0	100	23,7	0,47
De 41 a 50 anos	72	54	0	100	25,95	
De 51 a 60 anos	28	51,86	0	100	29,95	
Acima de 60 anos	7	60,6	0	100	33,45	
Estado Civil						
Casado/Amasiado	120	54,87	0	100	24,87	0,03*
Solteiro/Viúvo	59	28,17	0	100	28,17	
Outros	27	26,23	0	100	26,23	
Religiosa						
Não	32	53,46	0	100	27,83	0,74
Sim	171	51,72	0	100	25,98	
Categoria Profissional						
Enfermeiro	55	50,76	0	100	25,52	0,79
Técnico/Auxiliar	152	51,89	0	100	26,3	
Jornada de trabalho						
Até 30 horas	21	57,1	0	100	25,86	0,49
31 a 40 horas	132	50,34	0	100	27,86	
41 a 50 horas	36	53,54	16,67	100	21,69	
Acima de 50 horas	8	41,67	0	83,33	30,54	

Tempo de Atuação						
Até 10 anos	54	50,94	0	100	26,63	0,44
De 11 a 20 anos	93	52,03	0	100	24,4	
De 21 a 30 anos	37	48,4	0	100	26,94	
Acima de 30 anos	17	60,51	0	100	34,07	
Percepção da gerência (setor)						
Sexo						
Masculino	31	38,63	0	100	26,95	0,28
Feminino	188	44,28	0	100	22,11	
Faixa Etária						
Até 30 anos	20	44,71	0	100	24,13	
De 31 a 40 anos	82	40,31	0	83,33	20,4	0,08
De 41 a 50 anos	73	44,19	0	95,83	23,46	
De 51 a 60 anos	29	43,19	0	100	25,25	
Acima de 60 anos	8	64,06	33,33	100	21,7	
Estado Civil						
Casado/Amasiado	125	43,33	0	100	21,17	0,82
Solteiro/Viúvo	61	42,62	0	100	25,15	
Outros	29	45,89	0	100	26,59	
Religiosa						
Não	34	43,05	0	100	28,32	0,96
Sim	180	43,76	0	100	21,96	
Categoria Profissional						
Enfermeiro	57	44,01	0	95,83	23,14	0,86
Técnico/Auxiliar	161	43,36	0	100	22,9	
Jornada de trabalho						
Até 30 horas	22	41,25	0	95,83	24,42	0,66
31 a 40 horas	138	44,01	0	100	23,39	
41 a 50 horas	39	45	0	95	20,36	
Acima de 50 horas	8	34,79	8,33	58,33	17,88	
Tempo de Atuação						
Até 10 anos	57	43,9	0	100	22,99	0,44
De 11 a 20 anos	97	42,99	0	95,83	21,3	
De 21 a 30 anos	39	42,41	0	79,17	22,01	
Acima de 30 anos	18	52,11	0	100	28,83	
Condições de trabalho						
Sexo						
Masculino	31	39,92	0	100	39,92	0,47
Feminino	189	44,38	0	100	44,38	
Faixa Etária						
Até 30 anos	20	50,42	0	100	27,64	
De 31 a 40 anos	82	35,57	0	100	24,24	0,01*
De 41 a 50 anos	73	48,06	0	100	29,9	
De 51 a 60 anos	30	45,09	0	100	28,61	
Acima de 60 anos	8	60,94	16,67	100	33,7	
Estado Civil						
Casado/Amasiado	125	43,03	0	100	26,07	0,52
Solteiro/Viúvo	61	42,49	0	100	31,21	

Outros	31	49,06	0	100	30,56	
Religiosa						
Não	34	50,86	0	100	32,08	0,17
Sim	181	42,66	0	100	27,36	
Categoria Profissional						
Enfermeiro	57	39,77	0	100	27,37	0,21
Técnico/Auxiliar	162	45,16	0	100	28,28	
Jornada de trabalho						
Até 30 horas	22	40,72	0	100	30,97	0,6
31 a 40 horas	139	42,33	0	100	28,09	
41 a 50 horas	39	48,61	0	100	24,82	
Acima de 50 horas	8	40,62	0	91,67	26,52	
Tempo de Atuação						
Até 10 anos	57	48,25	0	100	27,76	0,05
De 11 a 20 anos	98	38,69	0	100	26,48	
De 21 a 30 anos	40	46,25	0	100	27,8	
Acima de 30 anos	17	54,9	0	100	32,65	

* valores de p que tiveram significância estatística.

Teste *t* e Teste *F* (com teste *post-hoc* de Tukey)

Fonte: Dados coletados pela autora (2020).

De acordo com a Tabela 7, conclui-se que os indivíduos classificados como "Uso de baixo risco ou abstêmico" tendem a ter uma maior concordância com o domínio "Clima de trabalho em equipe" em relação aos indivíduos classificados como "Uso abusivo de álcool".

Tabela 7 - Uso de álcool e a segurança do paciente entre os profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2020, de acordo com o questionário de atitudes de segurança do paciente

	N	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão	Valor de p
Clima de trabalho em equipe						
Uso abusivo de álcool	80	62,97	0	100	21,62	0,03*
Uso de baixo risco de álcool	143	68,98	29,17	100	17,27	
Clima de segurança						
Uso abusivo de álcool	80	56,72	0	96,43	20,74	
Uso de baixo risco de álcool	143	61,42	14,29	100	18,26	0,09
Satisfação no trabalho						
Uso abusivo de álcool	80	75,69	0	100	24,29	
Uso de baixo risco de álcool	143	76,92	0	100	19,84	0,7
Percepção do estresse						
Uso abusivo de álcool	80	68,57	0	100	29,74	
Uso de baixo risco de álcool	140	73,56	0	100	25,79	0,21
Percepção da gerência						

(Adminis.)						
Uso abusivo de álcool	76	54,04	0	100	27,67	0,32
Uso de baixo risco de álcool	133	50,2	0	100	25,28	
Percepção da gerência						
Uso abusivo de álcool	78	40,15	0	95,83	24,05	0,11
Uso de baixo risco de álcool	142	45,38	0	100	22	
Condições de trabalho						
Uso abusivo de álcool	79	40,77	0	100	27,8	
Uso de baixo risco de álcool	142	45,39	0	100	28	0,24

* valores de p que tiveram significância estatística.

Teste *t* e Teste *F* (com teste *post-hoc* de Tukey)

Fonte: Dados coletados pela autora (2020).

De acordo com a Tabela 8, apenas o domínio condições de trabalho teve o p com significância estatística, mas não podemos tirar nenhuma conclusão, pois o grupo "Possível dependência" possui apenas 1 indivíduo, o que invalida o teste F.

Tabela 8 -Abuso de drogas e a segurança do paciente entre os profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2020, de acordo com o questionário de atitudes de segurança do paciente

	N	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão	Valor de p
Clima de trabalho em equipe						
Consumo de baixo risco de drogas ou abstinência	146	67,61	5	100	19,29	
Consumo de risco	69	65,65	0	100		0,77
Consumo prejudicial	7	63,69	41,67	91,67	18,97	
Possível dependência	1	54,17	54,17	54,17	19,5	
Clima de segurança						
Consumo de baixo risco de drogas ou abstinência	146	77,4	5	100	19,41	
Consumo de risco	69	74,29	0	100	19,09	0,98
Consumo prejudicial	7	79,11	14,29	75	22,19	
Possível dependência	1	75	53,57	53,57		
Satisfação no trabalho						
Consumo de baixo risco de drogas ou abstinência	146	77,4	10	100	21,43	0,78
Consumo de risco	69	74,29	0	100	22,59	
Consumo prejudicial	7	79,11	65	95	11,52	
Possível dependência	1	75	75	75		
Percepção do estresse						
Consumo de baixo risco de drogas ou abstinência	145	72,97	0	100	26,94	0,71
Consumo de risco	67	68,59	0	100		
Consumo prejudicial	7	75	25	100	28,47	
Possível dependência	1	81,25	81,25	81,25	27,24	
Percepção da gerência						

(Administração)						
Consumo de baixo risco de drogas ou abstinência	136	52,24	0	100	26,95	0,24
Consumo de risco	65	49,11	0	100	23,47	
Consumo prejudicial	7	55,36	12,5	100	32,35	
Possível dependência	1	100	100	100		
Percepção da gerência						
Consumo de baixo risco de drogas ou abstinência	144	44,33	0	100	22,52	
Consumo de risco	68	41,13	0	83,33	22,91	0,07
Consumo prejudicial	7	42,2	15	70,83	21,4	
Possível dependência	1	100	100	100		
Condições de trabalho						
Consumo de baixo risco de drogas ou abstinência	144	40,68	0	100	28,35	0,02*
Consumo de risco	69	47,46	0	100	26,13	
Consumo prejudicial	7	61,9	33,33	100	21,44	
Possível dependência	1	100	100	100		

* valores de p que tiveram significância estatística.

Teste *t* e Teste *F* (com teste *post-hoc* de Tukey)

Fonte: Dados coletados pela autora (2020)

6 DISCUSSÃO

Este trabalho teve como objetivo avaliar o uso de álcool e drogas e a relação com atitudes de segurança do paciente entre os profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Com relação a Tabela 1 podemos notar que a enfermagem tem um contingente predominantemente feminino (85,4%), mais já se nota um discreto aumento (14,6%) da mão de obra masculina na profissão. Esse aumento do contingente masculino ocorre com formação em nível superior, mais a força de trabalho em enfermagem é ainda hegemonicamente feminina (MACHADO et al., 2016).

A profissão ainda é composta pela maioria de técnicos/auxiliares de enfermagem (73,5%), sendo os enfermeiros em menor escala (25,7%). A Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil confirma este dado, quando 77% do contingente responde que estão registrados no sistema Cofen/Coren na modalidade profissional de auxiliar/técnico de enfermagem. Por outro lado, os enfermeiros demonstram um vigoroso crescimento, hoje representado por quase (23%) da Força de Trabalho (MACHADO, 2017).

A média da idade dos profissionais de enfermagem (42,2 anos) mostra que a profissão está sendo exercida por uma força de trabalho jovem, conforme mostrado na Tabela 2. É fato que a enfermagem é uma profissão em pleno rejuvenescimento, onde a média da idade fica entre 40 anos (MACHADO et al., 2016).

A preocupação com as condições de trabalho da enfermagem é crescente, uma vez que interfere diretamente na saúde do trabalhador, exposto à intensificação do trabalho e ao sucateamento das condições laborais, à extensão da jornada laboral, à adoção da polivalência e da multifuncionalidade e à prática do multiemprego devido aos baixos salários da categoria. Essa precarização resulta em sofrimento psicofísico para o trabalhador, além do comprometimento da qualidade e segurança da assistência, em qualquer um dos níveis de atenção em saúde (DIAS et al., 2019).

Segundo Scholze et al. (2020), os profissionais de enfermagem, vivenciam cargas de trabalho com especificidades características de cada ambiente e rotina ocupacional. Frequentemente, essas especificidades vêm associadas ao excesso de demandas, condições precárias de trabalho, número insuficiente de recursos

humanos e materiais, jornadas de trabalho excessivas, baixos salários, dentre outros fatores que interferem, negativamente, na assistência ao paciente e provocam agravos à saúde desses profissionais.

Apesar de um amplo conhecimento da prevalência do transtorno por uso de substâncias em profissionais de saúde e de dados demonstrando que o uso indevido de substâncias é um risco ocupacional para profissionais de saúde, estima-se que 10% a 15% dos profissionais de saúde, farão uso indevido de drogas ou álcool em algum momento de sua carreira (VAN PELT et al., 2019).

O uso nocivo de álcool é o terceiro motivo por afastamento do trabalho e a oitava causa de auxílio-doença concedido pela Previdência Social. Isto afeta a saúde e a qualidade de vida, incluindo os membros da família; a cada ano 2,5 milhões de pessoas morrem das consequências do uso de álcool. Seu uso está diretamente relacionado à violência, negligência, ao preconceito do trabalhador em relação ao seu trabalho, absenteísmo e aumento dos acidentes de trabalho, principalmente devido a mudanças na reação, percepção e reflexo (FERNANDES; NITSCHKE; GODOY, 2018).

Conforme mostrado na Tabela 3 temos um abuso de álcool em torno de 35,9% pelos profissionais de saúde do HC-UFU. O transtorno por uso de álcool e drogas é um problema preocupante e significativo para os profissionais de saúde. O comprometimento ocorre quando um profissional de saúde é incapaz de fornecer atendimento competente e seguro ao paciente devido ao comprometimento do álcool, medicamentos prescritos ou não, ou substâncias que alteram a mente. O profissional de saúde não pode desempenhar com segurança os deveres e responsabilidades profissionais da maneira essencial para sua profissão (TONEY BUTLER; SIELA, 2021).

A prevalência de abuso de álcool e drogas na população de enfermagem é paralela ao da população em geral. Aproximadamente 10% da população de enfermagem usa álcool ou drogas e 6% têm problemas de abuso, o suficiente para interferir com suas habilidades para praticar. Em profissionais de enfermagem essa problemática de dependência química em drogas tem sido estudada desde início dos anos 1970, sendo prejudicada com a incapacidade de realizar funções essenciais do trabalho (KING, 2021).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), os brasileiros estão consumindo

mais bebidas alcoólicas, ocorrendo um aumento entre brasileiras: 17% das mulheres adultas afirmaram ter bebido uma vez ou mais por semana em 2019. O índice é 4,1 pontos percentuais maior do que era em 2013 (12,9%). Puxado por esse aumento entre as mulheres, 26,4% da população adulta afirmou ter bebido semanalmente em 2019 contra 23,9% em 2013. Entre os homens, a variação não foi tão significativa: 36,3% para 37,1%, entre 2013 e 2019. No comparativo por faixa etária (ambos os sexos), a maior proporção de pessoas que beberam pelo menos uma vez na semana foi de adultos com 25 a 39 anos (31,5%), seguida de perto por jovens de 18 a 24 anos (30,4%). Apenas 17% dos idosos de 60 anos ou mais consomem bebida alcoólica no Brasil, a faixa com o menor resultado.

O Relatório Mundial sobre Drogas 2019 identificou que 35 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de transtornos por uso de drogas, enquanto apenas uma em cada sete pessoas recebe tratamento. As estimativas referentes a 2017 representam um aumento no número de indivíduos que sofrem de transtornos por uso de drogas.

Enquanto a cannabis continua sendo a substância mais consumida no mundo, os opióides¹ são os mais nocivos, pois na última década o número total de mortes por transtornos associados ao seu uso teve alta de 71%, com aumento de 92% entre as mulheres, comparado com 63% entre os homens (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2019).

Na Tabela 4, temos um consumo de risco para drogas de 30,5% e de acordo com Scholze et al. (2020), quando um trabalhador desenvolve o hábito de consumir alguma substância psicoativa, esse ato pode gerar complicações significativas no ambiente de trabalho, como redução da produtividade e percepção das atividades, maior susceptibilidade para os acidentes de trabalho, insatisfação com seu ambiente ocupacional e maiores índices de absenteísmo.

O consumo abusivo/dependente de drogas está associado aos sentimentos de indignidade, inutilidade e desqualificação, ampliando-os, mas também à fadiga resultante da sobrecarga de trabalho; à insatisfação em termos das aspirações, motivações ou desejos; à frustração ante suas potencialidades e necessidades; ao medo, já que expostos a riscos relacionados à integridade física; à agressividade gerada pelas relações do trabalho, com chefia, supervisão, outros trabalhadores (DIMENSTEIN et al., 2017).

Uma cultura de segurança do paciente é comumente definida como “o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e grupais que determinam o comprometimento, o estilo e a proficiência do gerenciamento de saúde e segurança de uma organização”. Vários estudos enfatizam a importância da cultura de segurança do paciente para os processos e resultados de segurança do paciente (REE; WIIG, 2019).

Nos últimos anos, vários estudos sobre as condições de trabalho, sobre a liderança (transformacional) e sobre o clima de segurança do paciente em hospitais foram publicados. Embora haja muitos estudos investigando a associação entre as condições de trabalho e o clima de segurança em hospitais existe poucos estudos focando explicitamente no clima de segurança ocupacional em hospitais, ou investigando a associação entre pacientes e clima de segurança ocupacional (WAGNER et al., 2019).

Na Tabela 5, percebemos que os profissionais de saúde que participaram deste estudo têm percepção positiva do clima de segurança apenas para o domínio satisfação no trabalho (76,48); para os demais domínios, as respostas indicaram baixo envolvimento da instituição com a segurança do paciente, com valores menores ou iguais a 75. Essa avaliação não é muito positiva, pois a criação de uma cultura de segurança leva tempo e exige investimentos de longo prazo da instituição. A percepção de uma atitude de segurança positiva no ambiente de trabalho pode ser evidenciada pela satisfação no trabalho e pela autonomia profissional, bem como pelo comprometimento e pelo desempenho de uma assistência de qualidade (TONDO; GUIRARDELLO, 2017).

Deve-se também considerar que, quando não é possível uma negociação entre o sujeito e a organização ou chefia, esta deve ser mais flexível e interferir nos problemas oriundos do trabalho para minimizar os efeitos do estresse na equipe e nos indivíduos, diminuindo, assim, o comprometimento da psique e, conseqüentemente, a sua exclusão. Quando isso não ocorre, o profissional desenvolve mecanismos de defesa que culminam em diminuição da pressão e da fonte de estresse e, se usado rotineiramente, podem tornar-se novíços e gerar resistência à mudança e à alienação, mascarando a ansiedade grave (FERNANDES; NITSCHKE; GODOY, 2018).

Estudos recentes relataram associações semelhantes entre o clima de segurança do paciente, e resultados de segurança do paciente e da mesma forma,

pode-se supor que os profissionais de saúde que compartilham a apreensão de que sua saúde e segurança são altamente valorizadas por seus superiores, bem como por seus pares, estará mais capacitado e motivado para fornecer um trabalho de alta qualidade, com a segurança do paciente como um importante indicador de qualidade (POUSETTE et al., 2017).

De acordo com a Tabela 6 percebemos que pessoas acima de 60 anos ($p=0,03$) e do sexo feminino são mais propensas a ter uma satisfação no trabalho ($p=0,02$).

De acordo com Assunção e Pimenta (2020) a experiência traz efeitos positivos, tanto no que concerne à percepção de segurança, quanto às habilidades para desenvolver as tarefas. Se for assim, os mais velhos estariam mais satisfeitos porque alcançaram equilíbrio entre as demandas e os modos operatórios graças aos atributos que a experiência lhes conferiu. Segundo Carrillo-Gracia et al. (2013), quanto ao gênero, há uma tendência à feminização em praticamente todas as profissões da saúde, sem exceção, assim como o fato de que as mulheres apresentaram os níveis mais elevados de satisfação global, sendo essa correlação estatisticamente significativa ($p=0,02$).

Nos últimos anos, o conceito de segurança do paciente e sua promoção nos hospitais tem sido considerado um dos pilares principais da governança clínica, e isso dobrou a necessidade dos hospitais de prestar mais atenção a este fenômeno, pois a atenção à segurança do paciente e a promoção da cultura de segurança do paciente são uma necessidade vital para eles (NEKOEI-MOGHADAM; RAADABADI; HEIDARIJAMEBOZORGI, 2020).

Investigações realizadas no Brasil por Castilho et al. (2020) têm mostrado um clima de segurança do paciente insatisfatório e com fragilidade na percepção do estresse, na percepção da gestão e nas condições de trabalho. Em relação aos pontos positivos observados na cultura de segurança do paciente, os pesquisadores consideram a satisfação no trabalho uma dimensão positiva.

Ainda em relação a Tabela 6, pessoas solteiras/viúvas são mais propensas a discordar da gerência administrativa ($p= 0,03$). O descontentamento e a insatisfação dos profissionais podem ser provocados pelo fato das organizações estarem cada vez mais hierarquizadas e rígidas, uma vez que os profissionais apresentam maior satisfação com o conteúdo intrínseco do trabalho e com as tarefas desempenhadas, e menor satisfação com os benefícios e políticas da organização (SÁ, 2019).

A identificação e discussão acerca das condições de trabalho da equipe de enfermagem, chama a atenção para os fatores materiais, psicológicos e sociais que permeiam a satisfação do trabalhador. Podem influenciar positivamente ou negativamente na saúde dos trabalhadores, por entender que o bem-estar físico e mental do trabalhador interfere na sua produtividade. Nesse sentido, estudo realizado em hospitais dos Estados Unidos e em mais de doze países da Europa mostrou que, nas instituições onde as condições de trabalho são adequadas, o nível de satisfação das equipes e dos pacientes é satisfatório (GOLLE et al., 2018).

Analisando a Tabela 7 percebe-se que os profissionais de saúde que não ingerem bebidas alcoólicas têm mais chances de se sentirem satisfeitos com o trabalho do que aqueles que ingerem bebidas alcoólicas ($p=0,03$). A possível justificativa para o achado pode estar relacionada ao fato de que aqueles que costumavam beber álcool podem ficar entediados com seu trabalho não por causa do trabalho em si, mas por causa do problema relacionado ao consumo de álcool (TEMESGEN; AYCHEH; LESHARGIE, 2018).

Melhorar os cuidados de enfermagem de qualidade é uma consideração prioritária no gerenciamento de enfermagem globalmente. Uma melhor compreensão dos fatores que influenciam a assistência de enfermagem de qualidade pode ajudar os administradores hospitalares a implementar programas eficazes para melhorar a qualidade dos serviços (LIU; AUNGSUROCH, 2018).

Percebe-se a necessidade de as gerências focarem seu olhar para essas questões, pois não haverá mudanças na cultura, se primeiramente as gerências da unidade e do hospital não aderirem a esse propósito. Corroborando, este resultado indica que há uma distância entre os profissionais de enfermagem e seus superiores hierárquicos no que se refere à discussão acerca das questões de segurança do paciente (TOSO et al., 2016).

As organizações devem medir e examinar o clima de segurança do paciente de várias perspectivas e estar cientes de que os indivíduos podem ter opiniões diferentes sobre o clima de segurança. Os hospitais devem encorajar a colaboração multidisciplinar, visto que as percepções da equipe sobre o clima de segurança do paciente podem estar associadas à satisfação do paciente (MAZURENKO et al., 2019).

Outra estratégia é incluir uma formação voltada para o ensino de profissionais de saúde a se comunicarem de forma assertiva, principalmente no caso de pessoas

com personalidade autoritária e hostil e em situações difíceis. A educação continuada deve incluir abordagens participativas e significativas, como simulações realistas que ajudem os trabalhadores a identificar seus erros de comunicação e envolver toda a equipe multidisciplinar (MOREIRA et al., 2019).

7 CONCLUSÃO

A droga com maior frequência de uso foi o álcool e esse abuso pode interferir negativamente nos cuidados prestados ao paciente, pois os resultados desse estudo mostraram que os trabalhadores que não fazem uso de álcool acabam por ter um melhor clima de trabalho em equipe.

Em relação às atitudes de cultura de segurança do paciente, apenas a satisfação no trabalho foi considerada positiva, especialmente junto aos participantes do sexo feminino e com idade superior a 60 anos. Houve certa discordância com a gerência administrativa, principalmente entre pessoas solteiras/viúvas, sendo necessário realizar medidas para melhorar esse relacionamento e confiança na gerência, envolvendo mais os profissionais nas decisões a respeito do clima de segurança do paciente.

O envolvimento e atuação dos líderes e gestores são fundamentais para incentivar à equipe a olhar de forma diferenciada ao cuidado, tornando-o seguro. Ao perceber que a gestão se preocupa em melhorar a segurança do paciente é possível incentivar a equipe a aprender com os erros ocorridos, servindo como fonte potencial de inspiração para possíveis mudanças, capazes de intervir e adequar a gestão do cuidado com melhorias para uma assistência mais segura e de qualidade.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, A. C. M.; PERES, V. de O.; FARIA, G. Síndrome de Burnout em profissionais da saúde: revisão de literatura. **Revista Artigos.Com**, São Paulo, v. 27, p. e7271, 29 abr. 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/7271/4534>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- ARAUJO, C. M.; VIEIRA, C. X.; MASCARENHAS, C. H. M. Prevalência do consumo de drogas lícitas e ilícitas por estudantes universitários. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** (Edição em Português), [s. l.], v. 14, n. 3, p. 144-150, 2018. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000342.
- ASSUNÇÃO, A. Á.; PIMENTA, A. M. Satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem na rede pública de saúde em uma capital brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 169-180, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28492019>.
- BERTUSSI, V. C. *et al.* Substâncias psicoativas e saúde mental em profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 20, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.47820>
- CARRILLO-GARCÍA, C. *et al.* Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1314-1320, 2013. DOI: 10.1590/0104-1169.3224.2369
- CASTILHO, D. E. C. *et al.* Factors related to the patient safety climate in an emergency hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 28, e3273, 2020. DOI: 10.1590/1518-8345.3353.3273.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. [Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos]. Brasília, DF: CNS, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 maio 2021.
- DIAS, M. O. *et al.* Percepção das lideranças de enfermagem sobre a luta contra a precarização das condições de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, e03492, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018025503492>.
- DIMENSTEIN, M. *et al.* Uso abusivo de álcool e outras drogas entre trabalhadores do sistema prisional. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Brasília, DF, v. 17, n. 1, p. 62-70, mar. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2017.1.12705>.
- ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. **Unidade 2: probabilidades e técnicas de amostragem**. Brasília, DF: ENAP, out. 2016. (Programa Avaliação Socioeconômica de Projetos).

FERNANDES, L. S.; NITSCHKE, M. J. T.; GODOY, I. de. Association between burnout syndrome, harmful use of alcohol and smoking in nursing in the ICU of a university hospital. **Ciencia & saude coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 203-214, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.05612015>

FERNANDES, M. A. *et al.* Uso de substâncias psicoativas por profissionais de saúde: Revisão Integrativa. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, [s. l.], v. 13, n. 4, p. 221-231, 2018. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v13i4p221-231.

FELIX JUNIOR, I. J.; SCHLINDWEIN, V. de L. D. C.; CALHEIROS, P. R. V. A relação entre o uso de drogas e o trabalho: uma revisão de literatura PSI. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 104–122, jul. 2016.

FOES, V. F. de L. **Satisfação e motivação do professor em formação para o enfrentamento ao uso, abuso e dependência de psicotrópicos por estudantes**. 2015. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2015. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/9091/0000010919.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 jan. 2021.

FONTELLES, M. J. *et al.* Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

GOLLE, L. *et al.* Culture of patient safety in hospital private/Cultura de segurança do paciente em hospital privado. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 85-89, 2018. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.85-89>.

HOCHMAN, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 20, supl. 2, p. 2-9, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>

IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

KING, P. C. Y. **Transtorno por uso de substâncias psicoativas em profissionais de saúde**. 2021. Monografia (Especialização em Medicina do Trabalho) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

KRAPP, J. **Pesquisa revela dados sobre o consumo de drogas no Brasil**. Rio de Janeiro, 8 ago. 2019. Fiocruz - Comunicação e Informação - Notícias. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-revela-dados-sobre-o-consumo-de-drogas-no-brasil>. Acesso em: 15 fev. 2021.

LIU, Y.; AUNGSUROCH, Y. Factors influencing nurse-assessed quality nursing care: A cross-sectional study in hospitals. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 74, n. 4, p. 935-945, Apr. 2018. DOI: 10.1111/jan.13507.

MACHADO, M. H. (Coord.). **Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final: Brasil**. Rio de Janeiro: NERHUS-DAPS-ENSP/Fiocruz, 2017. (Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - Brasil, v. 1). Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

MACHADO, M. H. *et al.* Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v.7, p. 9-14, 2016.

MAGALHÃES, F. H. de L. *et al.* Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180272, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180272>

MARIANO, T. O.; CHASIN, A. A. M. Drogas psicotrópicas e seus efeitos sobre o sistema nervoso central. **Revista Acadêmica**, São Paulo, ano 6, n. 22, p. 1-14, abr./jun. 2019.

MARQUES, M. V. *et al.* Distribuição espacial das mortes atribuíveis ao uso de álcool no Brasil. **Journal of Health & Biological Sciences**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 1-11, 2020.

MAZURENKO, O. *et al.* Examination of the relationship between management and clinician perception of patient safety climate and patient satisfaction. **Health Care Management Review**, Germantown, v. 44, n. 1, p. 79-89, Jan./Mar. 2019. DOI: 10.1097 / HMR.0000000000000156

MOREIRA, F. T. L. D. S. *et al.* Effective communication strategies for managing disruptive behaviors and promoting patient safety. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, São Paulo, v. 40, n. spe. e20180308, 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180308

NEKOEI-MOGHADAM, M.; RAADABADI, M.; HEIDARIJAMEBOZORGI, M. Patient safety culture in university hospital's emergency departments: A case study. **The International Journal of Health Planning and Management**, Chichester, v. 35, n. 4, p. 852-858, July 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/hpm.2948>

PAZ FILHO, G. J. da *et al.* Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 65-69, mar. 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302001000100032>

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 318-325, 1995.

POUSETTE, A. *et al.* The relationship between patient safety climate and occupational safety climate in healthcare: a multi-level investigation. **Journal of Safety Research**, Elmsford, v. 61, p. 187-198, June 2017. DOI: 10.1016/j.jsr.2017.02.020.

RAUP, L. M.; ADORNO, R. de C. F. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades. **Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade**, [s. l.], n. 4, 2011. DOI: <https://doi.org/10.17921/2176-5626.n4p%25p>

REE, E.; WIIG, S. Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 607, Aug. 2019. DOI: [10.1186/s12913-019-4456-8](https://doi.org/10.1186/s12913-019-4456-8)

ROCHA, P. R. da; DAVID, H. M. S. L. Padrão de consumo de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 42-48, mar. 2015.

SÁ, B. A. N. de. **A satisfação no trabalho de profissionais da saúde**. 2019. Tese (Doutorado em Gestão de Unidades de Saúde) – Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2019. Disponível em: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/10134/1/7096_15134.pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

SANTORO, C. M. **Segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva: fatores dos pacientes, dos profissionais e do ambiente das práticas de enfermagem na ocorrência de eventos adversos**. 2019. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. DOI: <https://doi.org/10.11606/T.7.2020.tde-09122019-142147>

SCHOLZE, A. R. *et al.* Uso de substâncias psicoativas entre profissionais da enfermagem da atenção básica e instituição hospitalar. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 10, p. 1-9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3737>

SCHOLZE, A. R. *et al.* Uso de substâncias psicoativas entre trabalhadores da enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, [s. l.], v. 18, p. 23-30, dez. 2017.

SIMAN, A. G. *et al.* Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. spe, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271>

SKINNER, H. A. The Drug Abuse Screening Test. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 7, n. 4, p. 363-371, 1982. DOI [10.1016/0306-4603\(82\)90005-3](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90005-3)

SOUSA, V. F. da S.; ARAUJO, T. C. C. F. de. Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 35, p. 900-915, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-370300452014>

SOUZA, M. M. de *et al.* Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, n. 1, p. 27-34, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0647>.

TARGINO, R.; HAYASIDA, N. Risco e proteção no uso de drogas: revisão da literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 19, n. 3, p. 724-742, 2018.

TEMESGEN, K.; AYCHEH, M. W.; LESHARGIE, C. T. Job satisfaction and associated factors among health professionals working at Western Amhara Region, Ethiopia. **Health Qual Life Outcomes**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 65, Apr. 2018. DOI: 10.1186/s12955-018-0898-7.

TONDO, J. C. A.; GUIRARDELLO, E. de B. Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 70, p. 1284-1290, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0010>

TONEY-BUTLER, T. J.; SIELA, D. Recognizing Alcohol and Drug Impairment in the Workplace in Florida. *In*: STATPEARLS. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507774/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

TOSO, G. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, p. 1-8, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.58662>

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2019**. [S. l.]: United Nations Publications, 2019. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2019/06/relatorio-mundial-drogas-2019.html>. Acesso em: 2 ago. 2021.

WAGNER, A. *et al.* Healthcare professionals' perspectives on working conditions, leadership, and safety climate: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 53, Jan. 2019. DOI: 10.1186/s12913-018-3862-7. Erratum in: *BMC Health Serv Res.* 2020 Jan 22;20(1):53.

VAN PELT, M. *et al.* Drug Diversion in the Anesthesia Profession: How Can Anesthesia Patient Safety Foundation Help Everyone Be Safe? Report of a Meeting Sponsored by the Anesthesia Patient Safety Foundation. **Anesthesia and Analgesia**, Baltimore, v. 128, n. 1, p. e2-e4, Jan. 2019. DOI: 10.1213/ANE.0000000000003878

VILLALOBOS-GALLEGOS, L. *et al.* Psychometric and diagnostic properties of the Drug Abuse Screening Test (DAST): Comparing the DAST-20 vs. the DAST-10. **Salud Mental**, México, v. 38, n. 2, p. 89-94, mar./abr. 2015.

YUDKO, E.; LOZHKINA, O.; FOUTS, A. A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. **Journal of Substance Abuse Treatment**, New York, v. 32, n. 2, p. 189-198, Mar. 2007. DOI 10.1016/j.jsat.2006.08.002

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIAL DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEGURANÇA DO PACIENTE, SUICÍDIO E VIOLÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE: INTER-RELAÇÕES E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Pesquisador: Marcelle Aparecida de Barros Junqueira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23429919.9.0000.5152

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.849.113

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de respostas às pendências apontadas no parecer consubstanciado número 3.750.983, de 08 de Dezembro de 2019.

O protocolo de pesquisa intitulado "SEGURANÇA DO PACIENTE, SUICÍDIO E VIOLÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE: INTER-RELAÇÕES E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO", a ser desenvolvido em sede de Iniciação Científica, pretende identificar os indicadores de sofrimento mental dos profissionais de enfermagem (como risco para suicídio, depressão, abuso de álcool e outras drogas), além de conhecer as atitudes desses próprios trabalhadores em relação ao paciente com ideias suicidárias; e saber se todos esses fatores influenciam nas atitudes desses profissionais em relação à segurança do paciente. De acordo com os pesquisadores, a qualidade da segurança do paciente pode ser enunciada pela preocupação com a significância da ocorrência de eventos adversos (EA), que podem ser descritos como lesões ou danos aos pacientes ocasionados pelo cuidado de saúde. Em um evento denominado To Err is Human do Institute of Medicine (IOM), a segurança do paciente elevou-se de maneira substancial e acendeu uma mobilização da classe médica, do público em geral, das organizações norte-americanas e de diversos países para as questões relacionadas à segurança do paciente. Uma grande porção se deriva da ocorrência de eventos adversos (EA) pois estes acabam por envolver altos custos sociais e econômicos impactando em danos irreversíveis aos pacientes e conseqüentemente a suas famílias. O resultado

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.849.113

das primeiras análises sobre os temas mais relevantes destacam-se: cuidados de saúde às mães e aos recém-nascidos; cuidados de saúde aos idosos; eventos adversos (EA) relacionados a erros de medicação; frágil cultura de segurança, voltada ao processo de responsabilização pelo erro; competências e habilidades inadequadas entre profissionais de saúde; infecções associadas ao cuidado de saúde. A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) possui como um dos principais objetivos a abertura de questionamentos sobre o tema segurança do paciente associada a Enfermagem, para que se estabeleça -se discussões e atualizações, com o incremento de estudos para a melhora e divulgação de novas experiências com metodologia segura nesta relação profissional de enfermagem e paciente. O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) preconiza a cultura de segurança disposto em cinco pontos operacionais principais para a gestão organizacional que são: a cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e na gestão, assumem a responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; a cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução de problemas relacionados à segurança; que promove o aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes; e por último, não menos importante, que possibilitam recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança do paciente em todos os níveis de atenção. Espera-se que esse estudo possa identificar de que maneira é realizada a abordagem e detecção do risco de suicídio dos pacientes que chegaram ao serviço de urgência/emergência devido à tentativa de autoextermínio bem como detectar as lacunas desse atendimento e contribuir para estabelecer estratégias, como elaboração de protocolos de entrevista, que possam auxiliar na identificação do risco suicida e minimizar a incidência do suicídio, garantindo que os casos potencialmente fatais atendidos no serviço de urgência possam ser devidamente abordados e encaminhados para rede de atenção psicossocial do município, no intuito de reduzir a taxa de suicídio no município.

METODOLOGIA: A pesquisa será realizada em duas etapas: Primeira etapa: Será realizada uma divulgação junto à equipe de Enfermagem (por meio de visita aos setores do hospital e das unidades da ESF) a respeito do projeto de pesquisa. Após, será entregue um instrumento de coleta de dados para autopreenchimento, que será devolvido à equipe de pesquisadores em envelope sem identificação, em data acordada, acompanhado do termo de consentimento livre e esclarecido. Essa etapa considera a população total dos profissionais da equipe de enfermagem. Ressalta-se que para essa etapa será considerado a totalidade dos profissionais (1354) para o

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.849.113

preenchimento dos questionários. Segunda etapa: Os trabalhadores que responderem o questionário serão convidados a participar de curso promovido pela equipe de pesquisadores sobre prevenção do suicídio, valorização da vida e saúde emocional junto a esses profissionais, a ser realizado fora do horário de expediente, com certificação de participação, até atingir a amostra estabelecida para aquele nível de atenção. A escolha desses profissionais será aleatória, a partir da criação de um banco de dados com os números de identificação, dado a cada profissional que respondeu o questionário na primeira etapa, a seleção aleatória ocorrerá até chegar ao número amostral estipulado no cálculo previamente descrito (313). Terceira etapa: Neste estudo será utilizado o referencial teórico dos estudos de Michel Foucault, para a proposta e planejamento das atividades intervencionistas, pois através de suas pesquisas acerca do entendimento da loucura e as práticas manicomiais, formação das instituições de controle social, bem como suas realidades de natureza punitiva e os conflitos de classe existentes nas mesmas. Os profissionais selecionados para participar da pesquisa, serão divididos em um ou mais grupos a depender da demanda e estruturação das atividades propostas, selecionados de forma aleatória entre os participantes, respeitando a proporcionalidade referida no processo de amostragem. A ação com cada grupo será realizada em 12 encontros, durante 03 meses, com duas a quatro horas cada, totalizando uma carga horária de até 48 horas por turma. Os encontros serão fora do horário de trabalho e em local de acesso facilitado para os profissionais, a ser definido com os próprios integrantes e chefia imediata dos mesmos. Uma possibilidade de local são as salas de aula e auditórios da Universidade Federal de Uberlândia que são passíveis de serem reservados com antecedência e poderão ser utilizado para a condução dos encontros. Para o desenvolvimento da intervenção serão utilizadas práticas de metodologia participativa e dialógica, permitindo a troca de experiências e discussão das possibilidades de implementação das ações discutidas em cada encontro.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: profissionais da equipe de enfermagem, que trabalhem nos serviços estabelecidos do município de Uberlândia/MG, atuantes há no mínimo 03 meses na rede e concordar em participar da pesquisa após orientação da mesma e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: profissionais de enfermagem que estiverem licenciados, de férias ou afastados de suas atividades profissionais no período destinado a coleta dados e os que não desejarem participar da pesquisa serão excluídos.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.849.113

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com os pesquisadores:

"Objetivo Primário: Compreender a relação entre os sinais indicativos de comportamento suicida e as atitudes relacionadas a segurança do paciente de auxiliares e técnicos em enfermagem e enfermeiros do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, e das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Objetivo Secundário:

a) Identificar aspectos sociodemográficos, condições orgânicas e histórico de saúde;b) Descrever as atitudes de profissionais de enfermagem frente a comportamentos suicidas; c) Descrever a relação entre uso abusivo de álcool e drogas com atitudes de segurança do paciente; d) Relacionar sinais e sintomas de comportamento suicida com atitudes de segurança do paciente; e) Relacionar sinais e sintomas de depressão com atitudes de segurança do paciente;f) Comparar a frequência de situações de violência vivenciadas com atitudes de segurança do paciente;g) Avaliar a ocorrência de violência laboral e sinais indicativos de comportamento suicida; h) Verificar se há relação entre sinais de depressão e sinais de indicativos de comportamento suicida; j) Verificar se há relação entre uso abusivo de álcool e drogas e sinais indicativos de comportamento suicida; k) Identificar se há relação entre a ocorrência de violência laboral e sinais indicativos de abuso de álcool e outras drogas; l) Identificar se há relação entre a ocorrência de violência laboral e sintomas depressivos; m) Comparar as atitudes de profissionais de enfermagem frente a comportamentos suicidas antes e após um curso de capacitação sobre prevenção ao suicídio. n) Comparar sinais e sintomas a comportamentos suicidas antes e após um curso de capacitação"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os pesquisadores:

"Riscos: Todo o projeto procurará seguir a Resolução 466/12 do CNS no que diz respeito aos critérios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos. Contudo, deve-se considerar o risco de identificação do sujeito na primeira etapa da pesquisa. Nesse sentido, a equipe executora tentará minimizar os riscos com medidas como: os questionários respondidos pelos sujeitos serão entregues em envelopes fechados, além disso nessa fase, a equipe de pesquisa será dividida de modo que seja evitado que, quem coleta os dados tenha relação de autoridade e muito próxima ao sujeito de pesquisa. Por exemplo, o pesquisador que tenha relação profissional direta com a

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** oep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.849.113

equipe de enfermagem do hospital ou da ESF, não faça coleta de dados junto a estes. Todos os participantes do estudo receberão um panfleto com nomes de serviços, endereços, horários e telefones disponíveis na rede pública que trabalham com pessoas com sofrimento mental caso percebam necessidade, a saber: CAPS AD da Prefeitura, CAPS AD UFU e Oficina da Vida da UFU.

Benefícios: O estudo pode contribuir para a tão necessária interlocução entre academia, ciência, serviços de saúde, usuários e trabalhadores; propiciando parcerias interinstitucionais – entre a Universidade, Hospital de Clínicas e Secretaria Municipal de Saúde - que poderão gerar novos conhecimentos, e sedimentar outros, a respeito de seus trabalhadores, e seus reflexos nos serviços e assistência prestada”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores pretendem alterar o título da pesquisa para “SEGURANÇA DO PACIENTE, SUICÍDIO E VIOLÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL: INTER-RELAÇÕES E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO”, em atenção aos comentários e considerações expostos no parecer consubstanciado inicial. Tal alteração será enviada via emenda?

PENDÊNCIAS ANTERIORMENTE APONTADAS:

a) Esclarecer se haverá Psicólogo ou Psiquiatra na equipe executora, considerando a complexidade da temática abordada. **RESPOSTA:** “Incluimos na pesquisa uma psicóloga. Seus dados foram inseridos na plataforma Brasil na equipe executora e também no novo TCLE. A profissional é doutora e docente da UFU e aceitou o convite em participar da pesquisa”. **PENDÊNCIA ATENDIDA.**

b) O TCLE não esclarece sobre todas as etapas de pesquisa (inclusive a participação em um curso de 12 encontros mensais); não informa os critérios de seleção para a fase da intervenção; não esclarece os critérios sobre quais participantes serão recrutados para a etapa posterior ao questionário (o projeto detalhado menciona possível sorteio); não esclarece o tempo necessário que o participante deverá dispor para as etapas da pesquisa (preenchimento do questionário, participação na intervenção; local onde se dará o curso, etc.). O projeto detalhado informa que “Os encontros serão fora do horário de trabalho e em local de acesso facilitado para os profissionais”, mas esta informação é insuficiente para que o participante possa

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.849.113

refletir/decidir sobre sua adesão à pesquisa. Adequar. RESPOSTA: "Adequamos o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Excluímos o termo antigo e anexamos o novo Termo com as sugestões do CEP. Destacamos de vermelho as alterações". PENDÊNCIA ATENDIDA.

c) A Plataforma Brasil indica que 1.354 participarão da pesquisa. Não há informação sobre quantos participantes serão recrutados para a fase da intervenção. O projeto detalhado informa que "Considerando um intervalo de confiança de 95%, com uma margem de erro de 5%, a amostra do estudo será de 215 participantes (número mínimo de participantes da pesquisa); contudo considerando uma margem de segurança, o estudo será desenvolvido com 313 profissionais". Esta informação precisa ser uniformizada. RESPOSTA: Adequamos a forma de recrutamento dos participantes para o curso de 12 encontros. A mudança foi feita no projeto e está destacado de vermelho para análise do CEP. PENDÊNCIA ATENDIDA.

d) Orçamento será suficiente para arcar com todos os custos, incluindo transporte e lanche para os participantes da etapa de intervenção (12 encontros de 2 a 4 horas, fora do horário de trabalho)? RESPOSTA: O orçamento foi ajustado. Incluímos o lanche para os participantes do curso e o lanche estará presente em todos os encontros. Os gastos com o lanche será custeado pela equipe executora. Destacamos em vermelho o novo orçamento no projeto anexado. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos devidamente anexados (folha de rosto, declaração de co-participante, termo de compromisso da equipe, links para currículos, TCLE, instrumento de coleta de dados). Cronograma e orçamento adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 3.750.983, de 08 de Dezembro de 2019, foram atendidas.

QUALQUER MODIFICAÇÃO NO PROTOCOLO DEVERÁ SER ENCAMINHADA UMA EMENDA SOLICITANDO A AUTORIZAÇÃO PARA A MODIFICAÇÃO, INCLUSIVE REFERENTE AO TÍTULO.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121-Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.849.113

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Julho de 2021.

* Tolerância máxima de 06 meses para atraso na entrega do relatório final.

Considerações Finais a critério do CEP:

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.849.113

• Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1439631.pdf	04/01/2020 12:31:07		Aceito
Outros	Resposta.pdf	04/01/2020 12:30:16	Vanessa Cristina Bertussi	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Mariana.pdf	04/01/2020 12:05:05	Vanessa Cristina Bertussi	Aceito
Outros	CL.pdf	04/01/2020 11:59:00	Vanessa Cristina Bertussi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	04/01/2020 11:48:27	Vanessa Cristina Bertussi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	04/01/2020 11:47:01	Vanessa Cristina Bertussi	Aceito
Outros	Compromisso.pdf	11/10/2019 21:22:31	Vanessa Cristina Bertussi	Aceito
Outros	Vinculo.pdf	11/10/2019 20:33:03	Vanessa Cristina Bertussi	Aceito
Outros	UFU.jpeg	11/10/2019 20:11:50	Vanessa Cristina Bertussi	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	11/10/2019 20:06:47	Vanessa Cristina Bertussi	Aceito
Outros	instrumento.pdf	08/10/2019 17:18:47	Vanessa Cristina Bertussi	Aceito
Outros	SPDM.pdf	08/10/2019 17:17:40	Vanessa Cristina Bertussi	Aceito
Declaração de Pesquisadores	equipe.pdf	08/10/2019 17:15:31	Vanessa Cristina Bertussi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.849.113

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLANDIA, 19 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
Karine Rezende de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Código: _____

INFORMAÇÕES SÓCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS

Local de Trabalho: () HC-UFU () SMS	Idade _____ anos
Estado civil: () casado/amasiado () solteiro/viúvo () outro	Jornada semanal de trabalho: _____ horas
Considera-se uma pessoa religiosa: () sim () não	Categoria: () técnico em enfermagem () enfermeiro(a)
Gênero: () feminino () masculino	Tempo de atuação na enfermagem: _____ anos

QUESTIONÁRIO CAGE

C – (cut down) – Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? 0 – () não 1 – () sim

A – (annoyed) – As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? 0 – () não 1 – () sim

G – (guilty) – Se sente culpado (a) pela maneira com que costuma beber? 0 – () não 1 – () sim

E – (eye opened) – Costuma beber pela manhã (ao acordar), para diminuir o nervosismo ou a ressaca? 0 – () não 1 – () sim

ANEXO C – DRUG ABUSE SCREEN TEST (DAST-10)

DAST 10

Vou ler uma lista de perguntas sobre informações sobre seu possível envolvimento com drogas, excluindo álcool e tabaco, nos últimos 12 meses. Quando as palavras "abuso de drogas" são usadas, elas significam o uso de medicamentos prescritos ou vendidos sem receita, além das instruções e qualquer uso não médico de drogas. As várias classes de drogas podem incluir: maconha (por exemplo, maconha, haxixe), solventes, tranquilizantes (por exemplo, Valium), barbitúricos, cocaína, estimulantes (por exemplo, velocidade), alucinógenos (por exemplo, LSD) ou narcóticos (por exemplo, heroína). Lembre-se de que as perguntas não incluem álcool ou tabaco. Se você tiver dificuldades com uma afirmação, escolha a resposta mais correta. Você pode optar por responder ou não a qualquer uma das perguntas desta seção

Essas perguntas se referem aos últimos 12 meses	Não	Sim
1. Você já usou outros medicamentos além dos necessários por razões médicas?	0	1
2. Abusa de mais de um medicamento por vez?	0	1
3. Você sempre pode parar de usar drogas quando quiser? (Se nunca tiver usado drogas, responda "Sim".)	1	0
4. Você teve "apagões" ou "flashbacks" como resultado do uso de drogas?	0	1
5. Você já se sentiu mal ou culpado pelo uso de drogas? Se nunca usar drogas, escolha "Não".	0	1
6. Seu cônjuge (ou pais) já se queixa de seu envolvimento com drogas?	0	1
7. Você negligenciou sua família por causa do uso de drogas?	0	1
8. Você se envolveu em atividades ilegais para obter drogas?	0	1
9. Você já experimentou sintomas de abstinência (sentiu-se mal) quando parou de tomar drogas?	0	1
10. Teve problemas médicos como resultado do uso de drogas (por exemplo, perda de memória, hepatite, convulsões, sangramento etc.)?	0	1

ANEXO D – O SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE

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									
<ul style="list-style-type: none"> • Use somente lápis número 2 • Apague muito bem qualquer resposta que você desejar mudar 		Preenchimento correto Preenchimento incorreto		Não se aplica							
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 parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	Não se aplica	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	Não se aplica
1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
15. Eu gosto do meu trabalho	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
17. Este é um bom lugar para trabalhar	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
19. O moral nesta área é alto	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorespiratória, convulsões)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
24. A administração apóia meus esforços diários:							Adm unid (A B C D E X)				Adm hosp (A B C D E X)
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente:							Adm unid (A B C D E X)				Adm hosp (A B C D E X)
26. A administração está fazendo um bom trabalho:							Adm unid (A B C D E X)				Adm hosp (A B C D E X)
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa:							Adm unid (A B C D E X)				Adm hosp (A B C D E X)
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a):							Adm unid (A B C D E X)				Adm hosp (A B C D E X)
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					
36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(X)					