

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA  
Bárbara Mendes de Oliveira

Depressão e atitudes frente à (in)segurança do paciente: entre profissionais de  
enfermagem em uma amostra brasileira

Uberlândia  
2024

Bárbara Mendes de Oliveira

Depressão e atitudes frente à (in)segurança do paciente: entre profissionais de enfermagem em uma amostra brasileira

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem

Orientador: Marcelle Aparecida de Barros Junqueira

Uberlândia

2024

Bárbara Mendes de Oliveira

Depressão e atitudes frente à (in)segurança do paciente: entre profissionais de enfermagem em uma amostra brasileira

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem

Orientador: Marcelle Aparecida de Barros Junqueira

UBERLÂNDIA, 2024

Banca examinadora:

Cristiane Martins Cunha, professora doutora – FAMED UFU

---

Mônica Rodrigues da Silva, professora mestre – FAMED UFU

---

## AGRADECIMENTOS

A Espiritualidade, por me dar força e sabedoria para alcançar mais essa conquista em minha vida. Em especial, gostaria de dedicar este trabalho à memória dos meus avôs, que sempre me inspiraram com seus exemplos de vida e me ensinaram valores que levarei para sempre. A ausência é sentida, mas o legado e amor estarão eternamente comigo.

À minha mãe e ao meu pai, por todo apoio incondicional, por acreditarem em mim e me incentivarem em cada etapa do caminho. Vocês são minha base e minha maior motivação.

Aos meus familiares, que de uma forma ou de outra contribuíram para que eu chegasse até aqui. Sou grato por cada gesto de carinho e incentivo.

À minha orientadora, que com paciência e dedicação guiou meus passos durante todo o processo. Seu conhecimento e sua orientação foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus amigos e namorada, que me apoiaram nos momentos difíceis, comemoraram as vitórias ao meu lado e tornaram essa jornada mais leve e alegre. Cada um de vocês foi parte essencial dessa caminhada.

## RESUMO

**Objetivo** - O objetivo foi analisar as relações entre depressão e as atitudes relacionadas à segurança do paciente entre profissionais de enfermagem. **Método.** Trata-se de um estudo analítico, descritivo transversal envolvendo 475 profissionais de enfermagem da área hospitalar (52,7%) e da atenção primária à saúde (47,3%) do interior de Minas Gerais, Brasil. Informações sociodemográficas, Patient Health Questionnaire - Two Items e o *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006* foram utilizados. **Resultado** Entre os profissionais, 40% apresentaram sintomas positivos para depressão (PHQ-2). No ambiente hospitalar, a depressão está associada a uma menor satisfação no trabalho (OR = 0,54; p = 0,03) e a uma percepção elevada de estresse, com as razões de chances (ORs) ajustadas variando de 1,94 a 2,13, indicando um aumento de 94% a 113% na percepção de estresse (p < 0,05). No entanto, a avaliação da gerência da unidade mostra uma associação inversa no contexto hospitalar, com uma OR ajustada de 0,34, sugerindo que trabalhadores com depressão têm 66% menos chances de avaliar positivamente a gerência (p < 0,001). Esse resultado pode refletir percepções diferenciadas ou outros fatores contextuais. Em geral, considerando todos os contextos, a associação entre depressão e avaliação da gerência permanece, mas de forma menos acentuada, com trabalhadores com depressão tendo 37% mais chances de avaliar positivamente a gerência (p = 0,03). Além disso, os indivíduos com depressão têm 49% menos chances de ter percepções negativas sobre as condições de trabalho (OR ajustada de 0,51, p < 0,001). **Conclusão** a depressão pode influenciar a percepção das condições de trabalho ou que melhores condições de trabalho podem atenuar alguns aspectos da depressão. Esses achados indicam que a depressão tem uma relação complexa com a percepção do ambiente de trabalho e a segurança do paciente na área da saúde.

Palavras-chave: Segurança do paciente, depressão, enfermagem

## ABSTRACT

**Objective:** The objective was to analyze the relationship between depression and attitudes related to patient safety among nursing professionals. **Method:** This is an analytical, descriptive, cross-sectional study involving 475 nursing professionals from hospital settings (52.7%) and primary health care (47.3%) in the interior of Minas Gerais, Brazil. Sociodemographic information, the Patient Health Questionnaire - Two Items, and the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 were used. **Result:** Among the professionals, 40% showed positive symptoms for depression (PHQ-2). In the hospital environment, depression is associated with lower job satisfaction (OR = 0.54;  $p = 0.03$ ) and higher stress perception, with adjusted odds ratios (ORs) ranging from 1.94 to 2.13, indicating a 94% to 113% increase in stress perception ( $p < 0.05$ ). However, unit management assessment shows an inverse association in the hospital context, with an adjusted OR of 0.34, suggesting that workers with depression are 66% less likely to positively assess management ( $p < 0.001$ ). This result may reflect differentiated perceptions or other contextual factors. Overall, considering all contexts, the association between depression and management evaluation remains, but to a lesser extent, with workers with depression being 37% more likely to positively assess management ( $p = 0.03$ ). Additionally, individuals with depression are 49% less likely to have negative perceptions of working conditions (adjusted OR of 0.51,  $p < 0.001$ ). **Conclusion:** Depression may influence the perception of working conditions, or better working conditions may alleviate some aspects of depression. These findings indicate that depression has a complex relationship with the perception of the work environment and patient safety in healthcare.

**Keywords:** Patient safety, depression, nursing

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	15
MÉTODO.....	16
Desenho metodológico, local e período.....	16
Participantes e amostra .....	17
Procedimento de coleta de dados.....	18
Critério de inclusão e exclusão .....	18
Medidas.....	18
Aspectos éticos.....	19
Variáveis.....	19
Análise estatística .....	19
RESULTADOS.....	20
DISCUSSÃO .....	25
CONCLUSÃO .....	28
REFERÊNCIAS.....	28
ANEXOS: .....	32
<b>ANEXO A – SAFFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SHORT FORM, 2006)</b> .....	32
<b>ANEXO B – PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE 2</b> .....	33
<b>ANEXO C. DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	34

## INTRODUÇÃO

A depressão é um estado emocional adverso que impacta gravemente diversas esferas da vida, incluindo o bem-estar e o desempenho laboral do indivíduo. Trata-se de uma condição de morbidade e mortalidade de alta prevalência global (OPAS, 2024). A depressão está entre as principais causas de incapacidade e contribui significativamente para a carga global de doenças, frequentemente associada a mortes prematuras por suicídio e outras doenças crônicas (Vasquez-Sala et al., 2022). Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas, de todas as idades, sofram desse transtorno em todo o mundo (OPAS, 2024).

No contexto ocupacional, a incidência de transtornos mentais tem aumentado. Estudos indicam que, entre os profissionais de enfermagem, a relação entre estresse ocupacional e sofrimento psíquico tem se tornado cada vez mais frequente (WU et al., 2022).

Esses profissionais estão expostos a riscos ocupacionais que podem impactar sua saúde física e mental. Além disso, enfrentam condições laborais frequentemente precárias, com alta exposição a fatores estressantes, o que pode prejudicar a capacidade dos enfermeiros de lidar com problemas e, conseqüentemente, afetar a qualidade de vida no ambiente de trabalho e a segurança do paciente em termos de cuidados (Chen et al., 2021; Sullivan et al., 2022). Durante a pandemia de COVID-19, os profissionais de enfermagem enfrentaram diversas situações críticas, que aumentaram sua predisposição ao desenvolvimento de sofrimento mental (Napoli et al., 2022).

O desgaste emocional provocado pelo intenso trabalho pode resultar em apatia, desânimo e hipersensibilidade emocional, acompanhados por sentimentos de raiva, irritabilidade e ansiedade (Elvira et al., 2021). Além disso, fatores individuais e ambientes de trabalho, tanto internos quanto externos, podem afetar o estado emocional e, conseqüentemente, os valores profissionais (Luo & Hu, 2020). O desgaste emocional também contribui para a despersonalização e a inércia, resultando em uma redução significativa na produtividade, desempenho e satisfação do trabalhador, o que pode levar ao fenômeno conhecido como presenteísmo, onde o trabalhador está fisicamente presente, mas não é produtivo (Cohen et al., 2023).

O fenômeno referido, na enfermagem, ocorre quando um profissional doente continua trabalhando, o que impacta negativamente tanto no bem-estar pessoal quanto na qualidade da assistência e na dinâmica funcional do serviço. Nesse

contexto, há a necessidade de redistribuição das tarefas entre os membros da equipe devido à presença do profissional doente, resultando em sobrecarga e conflitos internos entre os demais integrantes. Conseqüentemente, isso desencadeia outros problemas, como a morosidade no atendimento, gerando angústia e insatisfação nos usuários e deficiências no cuidado (Cohen et al., 2023; Elvira et al., 2021).

A possível relação entre depressão e segurança do paciente pode ser explicada pelo modelo teórico do “Queijo Suíço” de Reason, que busca esclarecer os fenômenos subjacentes que influenciam a tomada de decisões nos cuidados em saúde. Este modelo sugere que vieses cognitivo-afetivos contribuem para uma cascata de eventos que podem culminar em erros potenciais e reais na assistência à saúde (Seshia et al., 2018).

Dessa forma, a cultura de segurança do paciente é extremamente prejudicada, uma vez que é fundamental para a qualidade assistencial, a satisfação do paciente e a prevenção de danos (Pedroso et al., 2023). Ela resulta da aplicação do conhecimento científico e das tecnologias disponíveis para o cuidado do paciente e faz parte de um conjunto de atividades organizacionais que visam consistentemente reduzir riscos, evitar danos e minimizar impactos (Lee et al., 2019), definindo assim a qualidade do cuidado.

No entanto, há poucas evidências científicas que avaliem diretamente a relação entre depressão e atitudes de assistência segura por parte dos profissionais de enfermagem. Investigar essa relação poderia aprofundar a discussão sobre o impacto dos transtornos mentais na qualidade da assistência à saúde e na segurança do paciente, além de fortalecer o conhecimento necessário para desenvolver ações de prevenção de problemas no fornecimento de cuidados e minimizar possíveis danos.

O objetivo deste estudo é analisar as relações entre sinais e sintomas indicativos de depressão e as atitudes relacionadas à segurança do paciente entre profissionais de enfermagem.

## **MÉTODO**

### *Desenho metodológico, local e período*

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal e com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em dois serviços: a Atenção Primária à Saúde e o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), ambos localizados no município de Uberlândia, Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu entre julho e dezembro de 2020.

O estudo foi realizado seguindo as diretrizes recomendadas pela *Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (Von Elm et al 2024).

### *Participantes e amostra*

A população do estudo foi composta por profissionais da equipe de enfermagem, incluindo enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, que atuavam no HC-UFU e nas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Uberlândia – MG. Durante o período da coleta de dados, a equipe de enfermagem do HC-UFU era composta por 1.152 profissionais, dos quais 189 eram enfermeiros e 963 eram técnicos e auxiliares de enfermagem. Na APS, havia 450 profissionais, sendo 172 enfermeiros e 278 técnicos e auxiliares de enfermagem. Portanto, a população inicial do estudo totalizava 1.602 profissionais de enfermagem.

Foi realizado um plano de amostragem não probabilística, por quotas, com um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%. Na amostragem por quotas, a população é dividida em grupos, e é selecionada uma cota proporcional ao tamanho de cada grupo. No entanto, dentro de cada grupo, não é feito um sorteio; os elementos são selecionados até que a cota de cada grupo seja preenchida (Escola Nacional de Administração Pública, 2016).

No serviço hospitalar, a população estudada foi dividida em cinco setores (ou quotas) de atuação da enfermagem no HC-UFU: Pronto-Socorro, internação clínica e cirúrgica, materno-infantil, ambulatoriais e centro cirúrgico/unidades de terapia intensiva. A amostra do estudo foi inicialmente estabelecida em 215 participantes (número mínimo necessário para a pesquisa). Contudo, para garantir uma margem de segurança quanto a possíveis recusas, foram entregues 65 instrumentos de coleta de dados em cada setor, totalizando 325 entregas. Desse total, 100 sujeitos recusaram-se a participar ou devolveram o instrumento totalmente em branco, resultando em uma amostra final de 225 participantes.

Nas equipes de enfermagem da APS, a população foi dividida entre os quatro setores distritais de saúde do município (Sul, Leste, Oeste e Central/Norte). A amostra inicial deveria contar com 160 participantes (número mínimo necessário para a pesquisa). Contudo, para garantir uma margem de segurança quanto a possíveis recusas, foram entregues 70 instrumentos de coleta de dados em cada setor, totalizando 280 entregas. Desse total, 30 sujeitos recusaram-se a participar ou devolveram o instrumento totalmente em branco, resultando em uma amostra final de

250 participantes. Dessa forma, a amostra total deste estudo, incluindo os profissionais de ambos os serviços, totalizou 475 participantes.

### *Procedimento de coleta de dados*

Para a coleta de dados do estudo, foi realizada uma capacitação com a equipe executora, além de ser solicitada a autorização formal das chefias responsáveis pelos serviços de atenção hospitalar e atenção primária, bem como a aprovação do comitê de ética da universidade. Após a aprovação, a equipe se dividiu em duplas e fez uma primeira visita aos locais de coleta de dados, entregando os instrumentos de coleta autoaplicáveis. Após 15 dias, as duplas retornaram a cada local para recolher os questionários e realizaram uma nova visita 15 dias depois da primeira coleta.

### *Critério de inclusão e exclusão*

O critério de inclusão foi a atuação mínima de três meses em ambos os serviços. Os critérios de exclusão foram: profissionais de enfermagem que estivessem licenciados, de férias ou afastados de suas atividades profissionais durante o período de coleta de dados.

### *Medidas*

Para a coleta de dados, foi elaborado um instrumento autoaplicável, dividido em:

1) Formulário de informações sociodemográficas e profissionais, contendo as seguintes variáveis: sexo, idade, faixa etária, estado civil, religiosidade, categoria profissional e local de trabalho.

2) *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) - Short Form 2006*. A versão brasileira – do SAQ é composto por 41 itens que avaliam as percepções dos profissionais em relação a questões de segurança do paciente, distribuídos em seis subescalas: (I) Clima de Trabalho em Equipe, (II) Clima de Segurança, (III) Satisfação no Trabalho, (IV) Percepção do Estresse, (V) Percepção da Gerência (unidade e hospitalar) e (VI) Condições de Trabalho. O questionário é respondido em uma escala do tipo Likert de cinco pontos: discordo totalmente (A = 0 pontos), discordo um pouco (B = 25 pontos), neutro (C = 50 pontos), concordo um pouco (D = 75 pontos) e concordo totalmente (E = 100 pontos), com a opção "não se aplica" disponível. A pontuação final do instrumento varia de 0 a 100, onde 0 representa a pior percepção do clima de segurança e 100 representa a melhor percepção. Os valores são considerados

positivos quando a pontuação total é maior ou igual a 75. A soma das respostas para as questões em cada domínio é calculada e dividida pelo número de questões em cada subescala para obter a média (Carvalho & Cassiani, 2012).

3) Patient Health Questionnaire - Two Items (PHQ-2). O PHQ-2 é um teste de triagem para transtorno depressivo maior (TDM), derivado do PHQ-9, e tem se mostrado útil na detecção de casos clinicamente significativos em estudos anteriores. Este teste foi validado no Brasil e é composto por dois itens, com pontuação de 0 a 2 pontos cada (Meneses Gaya, 2011). Um estudo realizado no Brasil indicou que o PHQ-2 possui boa sensibilidade para o rastreamento de depressão, com escores de 2 pontos ou mais (Amorin, 2000).

### *Aspectos éticos*

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade e seguiu todos os pressupostos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. A aprovação foi concedida sob o parecer número 3.849.113.

### *Variáveis*

As variáveis desfecho foram, a priori, a depressão (avaliada pelo PHQ-2) e, posteriormente, os domínios da segurança do paciente (avaliados pelo SAQ). Na análise bivariada, as covariáveis incluíram informações sociodemográficas e laborais (sexo, faixa etária, estado civil, religiosidade, categoria profissional e local de trabalho). Na análise multivariada, as covariáveis foram os domínios da segurança do paciente (SAQ) e as informações sociodemográficas e laborais.

### *Análise estatística*

Para a análise dos dados, utilizou-se o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 26. Inicialmente, foram realizadas análises descritivas e inferenciais dos dados. Para todos os testes considerou um nível de confiança de 95% ( $p < 0,05$ ). O teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov (K-S) foi aplicado para avaliar a distribuição das variáveis e determinar a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos.

Para as análises inferenciais de associação, utilizou-se o teste de Qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Na análise de correlação, foi empregado o teste t de Student. A análise de Regressão Multivariada foi realizada em duas etapas: inicialmente, foram ajustados modelos brutos e, em seguida, modelos ajustados. A variável dependente foi a depressão (classificada como Positiva/Negativa) medida pelo PHQ-9, e as covariáveis incluíram os domínios do SAQ: Clima de Trabalho, Clima de Segurança, Satisfação no Trabalho, Percepção de Estresse, Gerência da Unidade, Gerência Hospitalar e Condições de Trabalho. Foram calculadas as razões de chances, ou seja, o Odds Ratio Bruto (ORB) e o Odds Ratio Ajustado (ORA), considerando um valor de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

A amostra foi composta por 478 profissionais de enfermagem, dos quais 311 (66,0%) eram técnicos de enfermagem e 160 (34,0%) eram enfermeiros. Esses profissionais atuavam em serviços de APS (251, ou 52,7%) e hospitalares (225, ou 47,3%). A maioria dos participantes era do sexo feminino (421, ou 88,8%), com uma média de idade de 40,0 anos (Desvio Padrão = 9,3 anos), variando entre 19 e 70 anos. A maioria era casada (279, ou 59,5%) e se declarava religiosa (406, ou 88,1%). Em média, os profissionais trabalhavam na área de enfermagem há 13,7 anos (Desvio Padrão = 8,5 anos), com uma variação de um a 48 anos.

Do total de participantes, 191 (40,0%) foram classificados com sintomas positivos para depressão (PHQ-2). A análise mostrou que a amostra é homogênea em termos de características sociodemográficas quando comparados os grupos com e sem sintomas de depressão. No entanto, os profissionais de enfermagem diferenciaram-se apenas em relação ao local de trabalho, com maior porcentagem de depressão positiva entre aqueles que trabalhavam em serviços hospitalares 103 (45,8%), quando comparados ao 88 (35,1%) de serviços de APS ( $\chi^2(1) = 5,673$ ,  $p = 0,017$ ). Os dados estão disponíveis na Tabela 1.

**Tabela 1** – Informações sociodemográficas e depressão (PHQ-2), segundo os profissionais de enfermagem. (N = 478).

Variáveis	Depressão (PHQ-2) [n (%)]			Teste Qui-Quadrado valor de p.	
	Negativo	Positivo	Total		
Sexo	Feminino	252 (59,9)	169 (40,1)	421 (100,0)	$\chi^2(1) = 0,942$ $p = 0,942$
	Masculino	32 (60,4)	21 (39,6)	53 (100,0)	
Age group	≤ 29	33 (60,0)	22 (40,0)	55 (100,0)	

	30 -39	102 (58,3)	73 (41,7)	175 (100,0)	$\chi^2(3) = 2,912$
	40 – 49	95 (57,9)	69 (42,1)	164 (100,0)	$p = 0,405$
	≥ 50	49 (69,0)	22 (31,0)	71 (100,0)	
Estado civil	Casado/ Amasiado	169 (60,6)	110 (39,4)	279 (100,0)	$\chi^2(2) = 1,822$
	Solteiro / Viúvo	85 (61,2)	54 (38,8)	139 (100,0)	$p = 0,402$
	Outro	26 (51,0)	25 (49,0)	51 (100,0)	
Se considera religioso	Sim	249 (61,3)	157 (38,7)	406 (100,0)	$\chi^2(1) = 2,193$
	Não	28 (50,9)	27 (49,1)	55 (100,0)	0,139
Local de trabalho	Hospital	122 (54,2)	103 (45,8)	225 (100,0)	$\chi^2(1) = 5,673$
	Atenção Primária	163 (64,9)	88 (35,1)	251 (100,0)	$p=0,017^*$
Categoria Profissional	Técnico em enfermagem	183 (58,8)	128 (41,2)	311 (100,0)	$\chi^2(1) = 0,404$
	Enfermeiro(a)	99 (61,9)	61 (38,1)	160 (100,0)	$p = 0,525$

Nota: Teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Valor de  $p \leq 0,05^*$ .

Os dados relacionados aos domínios da segurança do paciente (SAQ) e à depressão estão apresentados na Tabela 2. Entre os profissionais da área hospitalar, a maioria dos domínios da segurança do paciente foi associada aos sintomas positivos de depressão. Especificamente, os domínios mais influenciados pelos sinais de depressão foram: Percepção do Estresse ( $p = 0,011$ ), Satisfação no Trabalho ( $p = 0,014$ ), Gerência Hospitalar ( $p = 0,015$ ) e Gerência da Atenção Primária à Saúde ( $p = 0,014$ ).

Entre os profissionais da APS, os domínios relacionados à Percepção do Estresse ( $p = 0,024$ ) e à Satisfação no Trabalho ( $p \leq 0,001$ ) foram associados a depressão. Na amostra total, observou-se que os domínios Clima de Trabalho ( $p = 0,027$ ), Satisfação no Trabalho ( $p \leq 0,001$ ), Percepção do Estresse ( $p \leq 0,001$ ), Gerência da APS ( $p \leq 0,001$ ) e Condições de Trabalho ( $p = 0,010$ ) também foram impactados pelos sintomas positivos de depressão. Em contraste, o domínio Clima de Segurança não foi associado aos sinais de depressão.

**Tabela 2**– Comparação dos valores das medianas entre os domínios da escala de segurança do paciente (SAQ) e depressão (PHQ-2)

Domínios SAQ	ESF	Hospital	Amostra total
--------------	-----	----------	---------------

	n	M <sub>d</sub>	Valor p	n	M <sub>d</sub>	Valor p	n	M <sub>d</sub>	Valor p
Clima	de 82	79,1	0,567	104	66,6	0,075	186	70,8	0,027*
Trabalho									
Clima	de 80	75,0	0,988	104	57,1	0,118	184	65,4	0,055
segurança									
Satisfação	80	85,0	<0,001*	104	80,0	0,014*	184	80,0	≤0,001*
Trabalho									
Percepção	de 79	75,0	0,024*	104	81,2	0,011*	183	81,2	<0,001*
Estresse									
Gerência APS	79	70,8	0,399	103	45,8	0,014*	182	52,0	<0,001*
Gerência	-	-	-	98	40,0	0,015*	98	40,0	0,0159
Hospitalar									
Condições	de 74	75,0	0,159	104	41,6	0,797	178	50,0	0,010*
trabalho									

**Nota:** Md = Mediana. Test t student. Valor de p ≤0,05\*

Os resultados indicam que a presença de sinais de depressão está significativamente associada a percepções mais negativas em vários domínios relacionados à segurança do paciente e ao ambiente de trabalho. Em particular, a satisfação no trabalho, a percepção do estresse e a avaliação da gerência, tanto da unidade quanto do hospital, foram impactadas. Esses achados ressaltam a importância de considerar a saúde mental dos profissionais de saúde como um componente crucial para a melhoria do clima organizacional e da segurança do paciente.

De acordo com a Tabela 3, no contexto hospitalar, a presença de depressão entre os trabalhadores está significativamente associada a uma redução na satisfação no trabalho. A análise de regressão logística bruta revelou uma menor razão de chances (OR) de 0,54 ( $p = 0,03$ ), indicando que os trabalhadores hospitalares com depressão têm 46% menos chances de estarem satisfeitos com o trabalho. Esse resultado sugere que a depressão contribui substancialmente para a insatisfação no ambiente hospitalar. A análise ajustada, que considera diversos fatores contextuais, corroborou essa associação, com uma razão de chance de 0,54 ( $p = 0,01$ ).

Em relação à percepção de estresse, os resultados são consistentes em diferentes contextos, incluindo a APS, ambiente hospitalar e na amostra geral. As

razões de chances (ORs) ajustadas variaram de 1,94 a 2,13. Esses dados indicam que a presença de depressão quase dobra as chances de uma percepção elevada de estresse, com aumentos variando de 94% a 113% ( $p < 0,05$ ), independentemente do contexto. Essa forte associação sugere que a depressão está significativamente relacionada a níveis mais elevados de estresse percebido. No entanto, é surpreendente que a avaliação da gerência da unidade mostre uma associação inversa no contexto hospitalar.

A razão de chances (OR) ajustada foi de 0,34, indicando que trabalhadores hospitalares com depressão têm 66% mais chances de avaliar positivamente a gerência da unidade ( $p < 0,001$ ). Este achado, aparentemente contra-intuitivo, pode refletir percepções diferenciadas entre os trabalhadores deprimidos ou a influência de outros fatores contextuais.

Quando considerados todos os contextos, a associação entre depressão e a avaliação da gerência da unidade permanece, embora de forma menos acentuada. Neste caso, trabalhadores com depressão têm 37% mais chances de avaliar positivamente a gerência da unidade ( $p = 0,03$ ). A análise geral das condições de trabalho revela que indivíduos com depressão têm 49% menos chances de ter percepções negativas sobre as condições de trabalho (OR ajustada de 0,51, com valor de  $p < 0,001$ ). Esse resultado sugere que a depressão pode influenciar a percepção das condições de trabalho ou que melhores condições de trabalho podem atenuar alguns aspectos da depressão. Esses achados indicam que a depressão tem uma relação complexa com a percepção do ambiente de trabalho e a segurança do paciente na área da saúde. Embora a depressão esteja claramente associada a uma maior percepção de estresse em todos os contextos, suas relações com a satisfação no trabalho, a percepção da gerência da unidade e as condições de trabalho são mais variáveis. A associação inesperada entre depressão e avaliações positivas da gerência da unidade no contexto hospitalar ressalta a necessidade de uma análise mais aprofundada para compreender melhor essas dinâmicas.

**Tabela 3 – Regressão logística -entre domínios da segurança do paciente negativos e depressão**

Domínios SAQ	Equipe Saúde da Família						Hospitalar						Amostra Total					
	Bruta		Ajustada (p>0,20)				Bruta		Ajustada (p>0,20)				Bruta		Ajustada (p>0,20)			
	OR	p	(IC95%)	OR	p	(IC95%)	OR	p	(IC95%)	OR	p	(IC95%)	OR	p	(IC95%)	OR	p	(IC95%)
Clima de Trabalho	0,86	0,59	0,49-1,51	-	-	-	0,76	0,32	0,44-1,31	-	-	-	0,74	0,11	0,50-1,07	-	-	-
Clima de segurança	0,98	0,95	0,57-1,71	-	-	-	0,56	0,06	0,30-1,04	-	-	-	0,68	0,05	0,46-1,01	-	-	-
Satisfação Trabalho	0,74	0,43	0,35-1,57	-	-	-	0,54	0,03*	0,31-0,95	-	-	-	0,56	0,01*	0,36-0,87	0,54	0,01*	0,34-0,88
Percepção de Estresse	2,10	0,01*	1,18-3,79	2,13	0,01*	1,19-3,81	2,05	0,01*	1,18-3,58	1,94	0,03*	1,06-3,56	2,11	0,00*	1,42-3,14	1,98	0,00*	1,32-2,98
Gerência Unidade	1,01	0,97	0,58-1,75	-	-	-	0,36	0,00*	0,17-0,77	0,34	0,00*	0,16-0,79	0,61	0,02*	0,40-0,93	0,63	0,03*	0,41-0,96
Gerência Hospitalar	-	-	-	-	-	-	0,36	0,01*	0,16-0,82	-	-	-	--	-	-	--	-	-
Condições de trabalho	0,64	0,13	0,36-1,14	-	-	-	0,58	0,11	0,29-1,17	-	-	-	0,54	0,00*	0,36-0,80	0,51	0,00*	0,33-0,77

**Nota: OR = Odds Ratio. Valor de p ≤0.05**

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo revelam uma prevalência significativa de sintomas de depressão entre os profissionais de enfermagem, com 40,0% da amostra total apresentando sintomas positivos, conforme medido pelo PHQ-2. Esse achado é alarmante e destaca a necessidade urgente de atenção à saúde mental desses profissionais, que desempenham um papel crucial na prestação de cuidados de saúde. A maioria da amostra é composta por técnicos de enfermagem e enfermeiros, predominantemente do sexo feminino, com uma média de idade de 40 anos. Essas características refletem a demografia típica da força de trabalho de enfermagem no Brasil (de Oliveira et al., 2019).

Uma análise mais aprofundada dos dados revelou que a única variável sociodemográfica que diferenciou significativamente os profissionais com e sem sintomas de depressão foi o local de trabalho. Profissionais que trabalham em hospitais apresentaram uma maior prevalência de sintomas depressivos (45,8%) em comparação com aqueles que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) (35,1%). Essa diferença significativa ( $p = 0,017$ ) pode ser atribuída às distintas demandas e estressores associados a esses ambientes de trabalho. O ambiente hospitalar, frequentemente mais intenso e exigente, pode contribuir para o aumento dos níveis de estresse e, conseqüentemente, para o surgimento de sintomas de depressão (Gómez-Urquiza et al., 2020).

Os domínios da segurança do paciente (QSA) foram significativamente associados aos sintomas de depressão entre os profissionais de enfermagem hospitalar, especialmente nos aspectos relacionados à Percepção do Estresse ( $p = 0,011$ ), Satisfação no Trabalho ( $p = 0,014$ ), Gerência Hospitalar ( $p = 0,015$ ) e Gerência da APS ( $p = 0,014$ ). Esses achados indicam que os sintomas de depressão afetam não apenas o bem-estar pessoal dos profissionais, mas também sua percepção e avaliação das práticas de segurança do paciente. A percepção de estresse e a satisfação no trabalho são componentes críticos que influenciam diretamente a eficiência e a qualidade do cuidado prestado. A presença de depressão pode comprometer significativamente esses aspectos (Ruotsalainen et al., 2019).

Entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), a Percepção do Estresse ( $p = 0,024$ ) e a Satisfação no Trabalho ( $p \leq 0,001$ ) foram os domínios mais afetados pelos sintomas de depressão. Isso sugere que, embora a APS possa ser percebida como um ambiente de trabalho menos estressante em comparação com o

hospitalar, os desafios específicos desse contexto, como a pressão por resultados e o contato direto e constante com a comunidade, também impactam a saúde mental dos profissionais (Labrague & de los Santos, 2020).

Na análise da amostra total, os domínios Clima de Trabalho ( $p = 0,027$ ), Satisfação no Trabalho ( $p \leq 0,001$ ), Percepção do Estresse ( $p \leq 0,001$ ), Gerência da APS ( $p \leq 0,001$ ) e Condições de Trabalho ( $p = 0,010$ ) mostraram-se significativamente afetados pelos sintomas de depressão. Esses resultados destacam a necessidade de intervenções direcionadas para melhorar o ambiente de trabalho e apoiar a saúde mental dos profissionais de enfermagem em todos os contextos. Curiosamente, o Clima de Segurança não foi associado aos sintomas de depressão, o que sugere que a percepção de segurança no ambiente de trabalho pode ser influenciada por fatores distintos daqueles que afetam diretamente a saúde mental (Chegini et al., 2019).

Em conclusão, este estudo destaca a alta prevalência de sintomas de depressão entre os profissionais de enfermagem e sua associação com diversos aspectos da percepção do ambiente de trabalho e da segurança do paciente. É essencial implementar intervenções estratégicas para melhorar a saúde mental desses profissionais, a fim de garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados. Futuros estudos devem focar na identificação das causas subjacentes desses sintomas depressivos e no desenvolvimento de programas de suporte psicológico e melhoria das condições de trabalho, para mitigar esses impactos.

Os resultados deste estudo revelam uma relação complexa entre depressão, satisfação no trabalho e percepção de estresse entre trabalhadores da saúde em diferentes contextos. A análise dos dados sugere que a presença de depressão está associada a uma redução significativa na satisfação no trabalho, especialmente no ambiente hospitalar. Essa descoberta é consistente com a literatura existente, que aponta a influência negativa da depressão na satisfação profissional (Smith et al., 2020). A razão de chances de 0,54 ( $p = 0,03$ ) indica que trabalhadores hospitalares com depressão têm 46% menos chances de estarem satisfeitos com seu trabalho, o que reforça a necessidade de intervenções focadas na saúde mental nesses ambientes.

De maneira geral, a associação entre depressão e satisfação no trabalho permanece significativa, com uma razão de chances (OR) ajustada de 0,54 ( $p = 0,01$ ). Esse resultado corrobora estudos anteriores que identificam a depressão como um

fator de risco para a insatisfação no trabalho em diversos setores (Johnson & Hall, 2019). Além disso, a análise das percepções de estresse revela que a depressão quase dobra as chances de uma percepção elevada de estresse, com ORs ajustadas variando de 1,94 a 2,13 ( $p < 0,05$ ). Esse achado sublinha a importância de implementar estratégias de gerenciamento de estresse e de fornecer apoio psicológico em ambientes de trabalho, especialmente na área da saúde.

Um aspecto inesperado dos resultados foi a avaliação positiva da gerência da unidade por trabalhadores hospitalares com depressão. A razão de chances (OR) ajustada de 0,34 ( $p < 0,001$ ) sugere que esses trabalhadores tendem a avaliar mais positivamente a gerência da unidade, o que pode parecer contra-intuitivo. Uma possível explicação para esse achado é que os trabalhadores deprimidos podem valorizar mais o apoio gerencial ou interpretar as ações da gerência de maneira diferente devido ao seu estado emocional (Brown et al., 2018). Quando considerados todos os contextos, a associação entre depressão e avaliação da gerência da unidade foi menos acentuada, mas ainda significativa (OR ajustada = 0,63,  $p = 0,03$ ). Esses resultados indicam que a percepção positiva da gerência pode variar de acordo com o ambiente e as condições específicas de trabalho.

No que diz respeito às condições de trabalho, a análise geral mostrou que indivíduos com depressão têm quase metade das chances de ter percepções negativas sobre essas condições, com uma razão de chances (OR) ajustada de 0,51 ( $p < 0,001$ ). Esse resultado pode refletir uma percepção alterada das condições de trabalho devido à depressão ou sugerir que melhores condições de trabalho podem atenuar alguns aspectos da depressão. Estudos futuros poderiam explorar essas possibilidades para determinar se intervenções focadas na melhoria das condições de trabalho podem efetivamente reduzir os sintomas de depressão entre os trabalhadores.

Em suma, este estudo destaca a necessidade de uma abordagem multifacetada para abordar a depressão entre os trabalhadores da saúde. Estratégias de intervenção que incluam suporte psicológico, gerenciamento de estresse e melhorias nas condições de trabalho são essenciais para aumentar a satisfação no trabalho e reduzir a percepção de estresse. Além disso, os achados relacionados à avaliação da gerência da unidade sugerem que uma compreensão mais aprofundada das dinâmicas organizacionais e das percepções dos trabalhadores é crucial para desenvolver intervenções eficazes. Investigações futuras devem se concentrar em

explorar esses aspectos para promover um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo para todos os profissionais de saúde.

## CONCLUSÃO

Este estudo revela uma alta prevalência de sintomas de depressão entre profissionais de enfermagem, impactando significativamente sua percepção do ambiente de trabalho. A análise destacou diferenças significativas entre aqueles que trabalham em hospitais e na Atenção Primária à Saúde, sugerindo que o ambiente mais intenso dos hospitais pode contribuir para níveis elevados de estresse e sintomas depressivos. A associação desses sintomas com aspectos como percepção de estresse, satisfação no trabalho e avaliação da gerência sublinha a necessidade urgente de intervenções direcionadas à saúde mental desses profissionais. Melhorar as condições de trabalho e implementar programas de suporte psicológico são essenciais para promover um ambiente de trabalho saudável e sustentar a qualidade dos cuidados de saúde oferecidos. Esses achados reforçam a importância de políticas organizacionais que priorizem o bem-estar dos trabalhadores da saúde, visando não apenas a redução dos sintomas de depressão, mas também o fortalecimento da resiliência e do engajamento profissional.

## REFERÊNCIAS

- Brown, J. D., Andrews, B., Harris, M., Adler, Z., & Bridge, L. (2018). Perception and evaluation of managerial support among employees with depression. *Journal of Occupational Health Psychology, 23*(2), 145-156. <https://doi.org/10.1037/ocp0000105>
- Carvalho, R. E., & Cassiani, S. H. (2012). Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 23*(6). <https://doi.org/10.1590/s0104-11692012000300020>
- Cohen, C., et al. (2023). Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians, and allied healthcare professionals: A systematic review. *BMJ Open. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071203*
- Chegini, Z., Arab-Zozani, M., Rajabi, M. R., & Kalantari, M. (2019). The impact of the perceived organizational support on nurses' organizational citizenship behaviors: The

mediating role of job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 27(6), 1295-1302. <https://doi.org/10.1111/jonm.12807>

Chen, C; & Meier, S.T. (2021) Burnout and depression in nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104099>.

de Oliveira, S. M., Oliveira, L. A., & Querido, A. B. (2019). Job satisfaction and occupational stress in nurses and nursing technicians. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1580-1586. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0858>

Elvira, et al., (2021). Prevalence, Risk Factors and Burnout Levels in Intensive Care Unit Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111432>.

Gómez-Urquiza, J. L., De la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2020). Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: A meta-analysis. *Critical Care Nurse*, 40(2), e1-e15. <https://doi.org/10.4037/ccn2020838>

Johnson, J. V., & Hall, E. M. (2019). Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336-1342. <https://doi.org/10.2105/AJPH.78.10.1336>

Labrague, L. J., & de los Santos, J. A. A. (2020). Resilience as a mediator in the relationship between stress-associated with the COVID-19 pandemic, life satisfaction, and psychological well-being in student nurses: A cross-sectional study. *Nurse Education in Practice*, 50, 102921. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102921>

Lee SE et al., (2019). Cultura de Segurança, Segurança do Paciente e Resultados da Qualidade do Cuidado: Uma Revisão da Literatura. *West J Nurs Res*. 41(2):279-304. <https://doi.org/10.1177/0193945917747416>.

Luo L, & Hu X. (2020). Professional values of nurses and influencing factors: a literature review. *Mod Clin Nurs*.; 19(7):79–83. <https://doi.org/10.3969/j.issn.1671-8283.2020.07.013>

Napoli, G. (2022). Stress and depressive symptoms among Italian mental health nurses during the COVID-19 pandemic, a cross-sectional study. *Archives of Psychiatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.11.002>.

**Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS).** Depressão. 2024.

Pedroso, A.C et al., (2023). Patient safety culture in South America: a cross-sectional study. *BMJ Open Quality*. <https://doi.org/10.1136/bmjog-2023-002362>.

Ruotsalainen, J. H., Verbeek, J. H., Marine, A., & Serra, C. (2019). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(4), CD002892. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002892.pub5>

Seshia, S. S., Bryan Young, G., Makhinson, M., Smith, P. A., Stobart, K., & Croskerry, P. (2018). Gating the holes in the Swiss cheese (Part I): Expanding Professor Reason's model for patient safety. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(1), 187–197. <https://doi.org/10.1111/jep.12847>

Smith, P. C., Kendall, L. M., & Hulin, C. L. (2020). Measurement of satisfaction in work and retirement: A strategy for the study of attitudes. *Industrial and Labor Relations Review*, 18(1), 203-224. <https://doi.org/10.1177/001979392018001301>

Sullivan, D et al., (2022). Factors Associated with Burnout in the United States Versus International Nurses. *Nurs Clin N Am*. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2021.11.003>.

Vázquez-Salas, R.A et al., (2023). Sintomatología depresiva en adolescentes y adultos mexicanos. *Ensanut 2022. Salud pública de México*. <https://doi.org/10.21149/14827>.

Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., Vandenbroucke, J. P., ... & STROBE Initiative. (2014). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for reporting observational studies. *International Journal of Surgery*, 12(12), 1495–1499. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.013>

World Health Organization (WHO). (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>

Wu, Y et al., (2022). Prevalence of depressive symptoms in nurses compared to the general population based on Propensity Score Matching: A nationwide cross-sectional study in China. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.012>.

## ANEXOS:

## ANEXO A – SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SHORT FORM, 2006)

*Response rate of items SAQ scale*

	--	-	-/+	+	++	NA
<b>Teamwork climate</b>						
Nurse input is well received in this clinical area.	2.4	22.4	23.2	40.8	9.6	1.6
In this clinical area, it is difficult to speak up if I perceive a problem with patient care.	20.8	23.2	23.2	28.0	4.8	0.0
Disagreements in this clinical area are resolved appropriately (i.e., not who is right, but what is best for the patient)	8.0	21.6	25.6	38.4	6.4	0.0
I have the support I need from other personnel to care for patients.	4.8	7.2	13.6	46.4	27.2	0.8
It is easy for personnel here to ask questions when there is something that they do not understand.	1.6	11.2	8.0	40.8	38.4	0.0
The physicians and nurses here work together as a well-coordinated team.	3.2	25.6	25.6	38.4	7.2	0.0
<b>Safety climate</b>						
I would feel safe being treated here as a patient.	0.8	6.4	16.0	48.8	28.0	0.0
Medical errors are handled appropriately in this clinical area.	4.0	16.8	35.2	35.2	8.0	0.8
I know the proper channels to direct questions regarding patient safety in this clinical area.	5.6	5.6	18.4	37.6	32.8	0.0
I receive appropriate feedback about my performance.	10.4	16.8	31.2	30.4	11.2	0.0
In this clinical area, it is difficult to discuss errors.	11.2	26.4	26.4	27.2	8.0	0.8
I'm encouraged by my colleagues to report any patient safety concerns I may have.	1.6	12.8	26.4	38.4	20.8	0.0
The culture in this clinical area makes it easy to learn from the errors of others.	4.0	14.4	26.4	44.0	11.2	0.0
<b>Job satisfaction</b>						
I like my job.	3.2	2.4	4.0	16.8	73.6	0.0
Working here is like being part of a large family.	8.8	12.0	21.6	40.8	16.8	0.0
This is a good place to work.	0.8	8.8	19.2	40.8	30.4	0.0
I am proud to work in this clinical area.	0.8	7.2	14.4	35.2	42.4	0.0
Morale in this clinical area is high.	8.8	26.4	32.0	29.6	3.2	0.0
<b>Stress recognition</b>						
When my workload becomes excessive, my performance is impaired.	5.6	8.8	10.4	30.4	44.0	0.8
I am less effective at work when fatigued.	2.4	11.2	10.4	34.4	41.6	0.0
I am more likely to make errors in tense or hostile situations	3.2	9.6	12.0	35.2	40.0	0.0
Fatigue impairs my performance during emergency situations (e.g. emergency resuscitation, seizure)	6.4	16.8	12.8	34.4	29.6	0.0
<b>Perception of management</b>						
Unit Management supports my daily efforts.	23.2	24.0	25.6	16.0	10.4	0.8
Hospital Management supports my daily efforts.	43.2	31.2	20.8	4.8	0.0	0.0
Unit Management doesn't knowingly compromise pt safety.	9.6	13.6	31.2	26.4	17.6	1.6
Hospital Management doesn't knowingly compromise pt safety.	9.6	14.4	36.0	27.2	12.0	0.8
Unit Management is doing a good job.	9.6	22.4	30.4	26.4	11.2	0.0
Hospital Management is doing a good job.	20.0	28.8	37.6	16.6	0.0	0.0
Problem personnel are dealt with constructively by our Unit Management.	12.0	19.2	32.0	28.0	8.8	0.0
Problem personnel are dealt with constructively by our Hospital Management.	25.6	28.8	33.6	9.6	0.8	0.8
I get adequate, timely info about events that might affect my work, from Unit Management.	11.2	20.0	23.2	28.0	17.6	0.0
I get adequate, timely info about events that might affect my work, from Hospital Management.	20.0	32.0	30.4	16.8	0.8	0.0
<b>Working condition</b>						
The levels of staffing in this clinical area are sufficient to handle the number of patients.	40.0	28.0	12.8	16.0	2.4	0.8
This hospital does a good job of training new personnel.	48.8	24.87	11.2	12.0	2.4	0.8
All the necessary information for diagnostic and therapeutic decisions is routinely available to me.	12.0	30.4	33.6	18.4	4.8	0.8
Trainees in my discipline are adequately supervised	16.0	20.8	27.2	26.4	8.0	0.8

Note: (--) Disagree strongly, (-) Disagree slightly, (-/+) Neutral (+) Agree slightly, (++) Agree strongly, (NA) No answer, blank answers

**ANEXO B – PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE 2**

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3

For office coding: \_\_\_\_\_ 0 \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
= Total Score \_\_\_\_\_

## ANEXO C. DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### 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:** 234269/19.9.0000.5152

**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 São. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3236-4131 **Fax:** (34)3236-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.848.113

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 discussões e atualizações, com o incremento de estudos para a melhoria 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 autoexterminio 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:** 38.408-944  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3238-4131 **Fax:** (34)3238-4131 **E-mail:** osp@propp.ufu.br



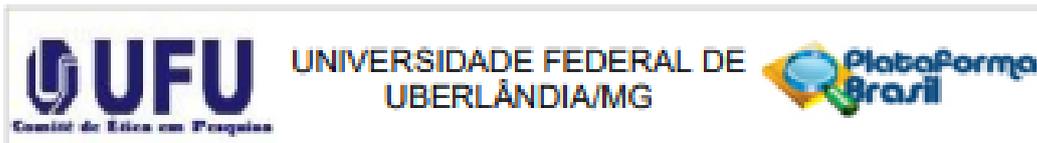
Contribuição do Financiador: 3.869.113

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 chefe 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:** 38408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3238-4131 **Fax:** (34)3238-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer 3.848/13

**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 234 - Campus Sta. Mônica  
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144  
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA  
 Telefone: (34)3238-4131 Fax: (34)3238-4131 E-mail: csp@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.046.113

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:** “Incluímos 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)3236-4131 **Fax:** (34)3236-4131 **E-mail:** cap@prop.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.849.113

refletir 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 de 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: 38408-144  
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.468.113

• 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	PE_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1438631.pdf	04/01/2020 12:31:07		Aceito
Outros	Resposta.pdf	04/01/2020 12:30:18	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
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcce.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)3236-4131 Fax: (34)3236-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br