

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR
CARLOS EDUARDO FRANÇA

ASSISTÊNCIA SEGURA ENTRE OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM
DIFERENTES PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

UBERLÂNDIA

2023

CARLOS EDUARDO FRANÇA

**ASSISTÊNCIA SEGURA ENTRE OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM
DIFERENTES PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação Mestrado Profissional em Saúde
Ambiental e Saúde do Trabalhador da
Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de
Geografia (PPGAT), como requisito obrigatório
para defesa do Mestrado.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientador(a): Profa. Dra. Marcelle Aparecida
de Barros Junqueira.

UBERLÂNDIA

2023

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

F826 2023	França, Carlos Eduardo, 1985- ASSISTÊNCIA SEGURA ENTRE OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM DIFERENTES PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE [recurso eletrônico] / Carlos Eduardo França. - 2023. 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.2023.293 Inclui bibliografia. 1. Geografia médica. I. , Marcelle Aparecida de Barros Junqueira, 1979-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III. Título.
--------------	--

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2: Gizele Cristine
Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



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 PPGSAT				
Data:	26/05/2023	Hora de início:	14h:15	Hora de encerramento:	16h:00
Matrícula do Discente:	12112GST007				
Nome do Discente:	Carlos Eduardo França				
Título do Trabalho:	ASSISTÊNCIA SEGURA ENTRE OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM DIFERENTES PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE				
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 <https://conferenciaweb.rnp.br/webconf/marcelleaparecida-de-barros-junqueira> 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(as) Doutores(as): Lúcia Aparecida Ferreira da Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Marcelle Aparecida de Barros Junqueira da Universidade Federal de Uberlândia, orientadora do candidato; Maria Cristina de Moura Ferreira da Universidade Federal de Uberlândia.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dra. Marcelle Aparecida de Barros Junqueira apresentou a Comissão Examinadora o candidato, 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 a senhora presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o candidato. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o candidato:

APROVADO

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 29/05/2023, às 20:12, 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 **Lúcia Aparecida Ferreira, Usuário Externo**, em 30/05/2023, às 13:24, 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 **Maria Cristina de Moura Ferreira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 13/06/2023, às 10:20, 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 **4528311** e o código CRC **E0261559**.

Referência: Processo nº 23117.037037/2023-86

SEI nº 4528311

SUMÁRIO

Resumo	6
Abstract	7
1 Apresentação	8
2 Introdução	11
3 Referencial Teórico	15
3.1 O Sistema Único de Saúde e as Redes de Atenção à Saúde	15
3.2 A Atenção básica em saúde como ordenadora da RAS e o papel da atenção hospitalar	17
3.3 A saúde dos trabalhadores de enfermagem e seus reflexos na assistência segura	19
3.4 Clima e cultura de segurança	20
4 Material e Método	22
4.1 Delineamento	22
4.2 Participantes, população e amostra da pesquisa	22
4.3 Aspectos éticos	23
4.4 Critérios de Inclusão	23
4.5 Critérios de Exclusão	23
4.6 Procedimentos para coleta de dados	24
4.7 Instrumentos de Coleta de Dados	24
4.8 Análise e interpretação dos dados coletados	25
5 Resultados	26
5.1 Estatística Descritiva	26
5.2 Análise Bivariada	30
6 Discussão	37
6.1 Dados sociodemográficos e profissionais	37
6.2 Atitudes de segurança e local de atuação	38
6.3 Características socioprofissionais associadas às atitudes de segurança do paciente	40
7 Considerações Finais	44
Referências	45
Anexo 1. Documento de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa	55
Anexo 2. Instrumentos de coleta de dados	60
Anexo 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2022.	26
Tabela 2 - Características dos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2022.....	27
Tabela 3: Domínios - Atitudes de segurança dos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2022.....	28
Tabela 4: Correlação Sócio Demográfico com Atitudes de segurança dos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2022.....	31
Tabela 5: Correlação Estado Civil com Atitudes de segurança dos profissionais de enfermagem, das instituições pesquisadas, Uberlândia-MG, 2022.....	32
Tabela 6: Correlação Religiosidade com Atitudes de segurança dos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2022.....	33
Tabela 7: Correlação Gênero com Atitudes de segurança dos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2022.....	34
Tabela 8: Correlação Categoria Profissional com Atitudes de segurança dos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2022.....	35

RESUMO

A percepção dos profissionais de enfermagem envolvidos no cuidado ao paciente em relação ao seu ambiente de trabalho, a rotina diária de cuidado, a qualidade do ambiente de trabalho, bem como a segurança do trabalhador, pode interferir no modo como estes profissionais se auto percebem no processo de cuidado, assim como na maneira de execução das atividades assistenciais, o que pode refletir diretamente na forma de prestação de um cuidado que garanta o mínimo de segurança para o paciente. Desta forma, o presente estudo teve como objetivo compreender a relação entre as culturas de segurança nos profissionais da saúde, auxiliares, técnicos em enfermagem e enfermeiros do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, e das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). O estudo realizado abordou a metodologia de estudo transversal, exploratório com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU) e com as equipes da Atenção Primária à Saúde APS-SMS, do mesmo município. Para a coleta de dados foi utilizado o roteiro de perguntas elaborado pelos próprios pesquisadores, e o *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form* 2006. Foram entrevistados 475 profissionais de enfermagem, sendo destes 311 técnicos em enfermagem e 159 enfermeiros, destes 89% predominantemente do sexo feminino. Em relação ao tempo de atuação o HC-UFU apresenta funcionários mais antigos com média de 17 anos de atuação, em contraste com 10 anos em média dos profissionais da APS-SMS. Ao comparar o HCU-UFU e a APS-SMS, observa-se que os funcionários do HCU, apresentam satisfação no trabalho, com $p = 0,0419$, resultado que pode estar relacionado por serem funcionários efetivos, em regime estatutário, com menor carga horária de trabalho (39 horas semanais em média), em detrimento de 61 horas dos trabalhadores da APS-SMS. Em relação aos domínios correlacionados ao clima de trabalho, clima de segurança, satisfação no trabalho, gerência de unidade e condições de trabalho apresentaram diferença significativa, entre os domínios e as categorias profissionais, técnico em enfermagem e enfermeiro. Estas informações podem subsidiar uma melhor gestão no controle da segurança do paciente e do trabalhador, visto que com a promoção da saúde mental dos profissionais da saúde é possível ter uma assistência segura, e a minimização dos riscos e danos causados ao paciente.

Palavras-chave: segurança do paciente, clima de segurança, condições de trabalho.

ABSTRACT

The perception of nursing professionals involved in patient care in relation to their work environment, the daily care routine, the quality of the work environment, as well as worker safety, can interfere with the way these professionals perceive themselves in the work environment. care process, as well as the way care activities are carried out, which can directly reflect on the way care is provided that guarantees a minimum of safety for the patient. Thus, the present study aims to understand the relationship between safety cultures in health professionals, assistants, nursing technicians and nurses at the Hospital de Clínicas of the Federal University of Uberlândia, and the teams of the Family Health Strategy (ESF) . The study carried out addressed the methodology of a cross-sectional, exploratory study with a quantitative approach. The study was carried out at the Hospital de Clínicas of the Federal University of Uberlândia (HCU-UFU) and with the Primary Health Care APS-SMS teams in the same municipality. For data collection, a script of questions prepared by the researchers and the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 were used. 475 nursing professionals were interviewed, of which 311 were nursing technicians and 159 were nurses, 89% of whom were predominantly female . Regarding the length of service, HC-UFU has older employees with an average of 17 years of experience, in contrast to 10 years on average for APS-SMS professionals. When comparing the HCU-UFU and the APS-SMS, it is observed that HCU employees are satisfied at work, with $p = 0.0419$, a result that may be related to their being permanent employees, under the statutory regime, with a lower workload of work (39 hours per week on average), to the detriment of 61 hours for APS-SMS workers. Regarding the domains correlated to the work climate, safety climate, job satisfaction, unit management and working conditions, there was a significant difference between the domains and professional categories, nursing technician and nurse. This information can support a better management in the control of patient and worker safety, since with the promotion of the mental health of health professionals it is possible to have a safe assistance, and the minimization of the risks and damages caused to the patient.

Keywords: patient safety, safety climate, working conditions.

1. APRESENTAÇÃO

Sou natural de Uberlândia, sempre morei no município. Minha família já atua na área da saúde, o que me motivou a realizar o curso de enfermagem. Sou funcionário público do setor de enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, o que me instigou ainda mais a continuar meus estudos, me qualificando e especializando nesta área de trabalho.

Motivado a novos aprendizados, comecei em 2021 o Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador oferecido pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia.

Sendo assim, a vivência, a experiência no setor de saúde, me instiga a desenvolver estudos que contribuam para a melhoria contínua do setor, ressaltando a busca pelos conhecimentos que garantam e viabilizem a assistência segura ao paciente.

A segurança do paciente nas instituições de saúde é garantida através da prestação de cuidados seguros, envolvendo os profissionais de saúde, pacientes e familiares. As pesquisas têm apresentado resultados que ratificam a magnitude desta temática, uma vez que a saúde dos profissionais de saúde é um dos principais determinantes para efetivação destas medidas voltadas à segurança do paciente. As consequências decorridas de iatrogenias nos serviços hospitalares aumentam os gastos com a saúde, os quais podem ser minimizados quando a cultura de segurança é colocada em prática e torna-se eficaz (MUNHOZ et. al., 2018).

Sabe-se que nestes serviços, a equipe de enfermagem são aqueles que estão mais presentes nas rotinas de cuidado, o que contribui para o aumento da sobrecarga de responsabilização. Neste sentido, a percepção do clima de segurança dentro dos serviços de saúde pela equipe de enfermagem é considerada um indicador de desempenho e de resultado da segurança quando comparada às taxas de erros e danos (NUNES et. al., 2014).

Portanto, ao considerar a percepção dos fatores envolvidos na segurança da assistência, torna-se possível melhor entender e prever resultados organizacionais significativos, uma vez que o clima e a cultura afetam a qualidade do cuidado e os resultados para o paciente devido à sua influência direta nos processos de assistência à saúde (SINGER, VOGUS, 2013; TONDO, GUIARDELLO, 2017).

Diante do exposto, o estudo justifica-se ao considerar que nos serviços de saúde a enfermagem é uma das principais profissões que se relaciona diretamente pela efetivação da cultura de segurança. Assim, é importante o investimento e conhecimento em uma cultura

de segurança, através da disseminação do conceito de segurança do paciente e de uma discussão não punitiva sobre os eventos adversos na atenção primária, secundária e terciária.

O presente estudo torna-se relevante para melhor entender como a percepção destes profissionais contribuem para efetivação desta cultura, assim como servir de subsídio para a elaboração de políticas de cuidado direcionadas a saúde dos trabalhadores de enfermagem, tendo em vista melhorias no processo de cuidado em diferentes pontos da rede de atenção a saúde (atenção primária em saúde e hospitalar). As justificativas para esta importância não são pautadas apenas por a equipe de enfermagem ser predominante entre os profissionais de saúde, mas por agregar conhecimento a respeito do ambiente e por sua proximidade com o paciente.

Com a finalidade de conhecer as condições de trabalho, os conhecimentos do trabalhador, compreender a relação entre as atitudes de segurança profissionais da saúde e relacionar as atitudes de segurança realizadas pelos profissionais da enfermagem e instituições da saúde, com a segurança do paciente e do profissional, o estudo foi redigido nas seguintes seções que fomentam a discussão citada: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Considerações Finais.

INTRODUÇÃO

Para a promoção da assistência à saúde os recursos humanos são indispensáveis, pois atuam em todas as etapas dos cuidados aos pacientes, sendo suas ações decisivas para a execução de um serviço de qualidade. Assim, boas condições de trabalho, são essenciais para a segurança do trabalhador, bem como para a segurança do paciente, pois esta é dependente da qualidade do trabalho prestado (MELNYK et al., 2017). A qualidade da segurança do paciente e do colaborador é influenciada pela ocorrência de eventos adversos (EA), como erros assistenciais, ou danos aos pacientes ocasionados pelo cuidado de saúde.

Pesquisas apontam que a maioria dos erros assistenciais são decorrentes da complexidade da assistência desenvolvida, bem como do crescente avanço tecnológico, somado ao déficit de aperfeiçoamento de recursos humanos, assim como da segurança do prestador, que envolve desde a desmotivação, a sobrecarga de trabalho, as condições de estresse, depressão, o que acarreta queda na produtividade (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; DUARTE et. al., 2015).

A prestação de cuidados em saúde é considerada um desafio mundial, devido ao grande número de problemas relacionados à segurança dos pacientes. Estudos epidemiológicos recomendados pela OMS revelaram que ocorreram cerca de 421 milhões de hospitalizações no mundo a cada ano, com aproximadamente 42,7 milhões de eventos adversos relacionados ao cuidado em saúde (MAIA et.al., 2018). De acordo com Andrade et al. (2020), as notificações de Eventos Adversos computadas no sistema Notivisa, no Brasil, aumentaram em 900% de 2014 a 2019. Em 2014 foram 8.435 notificações, em 2019, 103.275, fato que pode ser consequente da ampliação da cultura de notificação, e não necessariamente à piora à assistência à saúde, visto que o número de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) teve um aumento de 416%, de 784 NSP para 4.049, entre os anos de 2014 a 2019. Gill et al., (2020) destacam em sua revisão bibliográfica que os eventos adversos que dentre os mais comuns são: 26,4% dos casos registrados são os atrasos no atendimento, 14,6% fugas, 10,6% tentativas de suicídio e mortes por suicídio, 10,4% descargas inadequadas e 9,7% erros nos procedimentos.

As responsabilidades quanto ao engajamento dos profissionais para contribuírem com a cultura de segurança do paciente são realizadas conforme as atividades desenvolvidas pela instituição, considerando as particularidades dos diversos tipos de atendimentos, suas dimensões, especialidades em atendimentos, serviços prestados,

resguardando legislações de conselhos das categorias organizadas que realizam cuidados no estabelecimento, em conformidade com a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 36/2013 (BRASIL; 2020).

Os serviços de saúde devem ser um local seguro, que proteja aqueles que o procuram. Desta forma, o Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP, lançado no ano de 2013 por meio da portaria GM/ MS 529 de 1º de abril, instituiu a segurança do paciente como um programa de saúde pública voltado para a prevenção e redução de danos durante os cuidados em saúde. A RDC da ANVISA nº 36/2013, que estabelece a obrigatoriedade de adoção das ações mínimas que devem ser realizadas por todos os serviços de saúde do país. O objetivo geral do PNSP é contribuir para a qualificação dos serviços de saúde por meio da prevenção e redução de eventos adversos durante o cuidado em saúde (BRASIL, 2020).

Em dois anos, o programa saúde em nossas mãos em parceria com o Programa Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde, contribuiu para reduzir mais de seis mil Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) na atenção terciária, gerando uma economia de R\$ 291 milhões ao Sistema Único de Saúde (SUS) (PROADI-SUS, 2021).

A percepção dos profissionais de enfermagem envolvidos no cuidado ao paciente em relação ao seu ambiente de trabalho, a rotina diária de cuidado, a qualidade do ambiente de trabalho, bem como a segurança do trabalhador, pode interferir no modo como estes profissionais se auto percebem no processo de cuidado, assim como na maneira de execução das atividades assistenciais, o que pode refletir diretamente na forma de prestação de um cuidado que garanta o mínimo de segurança para o paciente (TONDO; GUIRARDELLO, 2017).

Ademais, para alcançar a qualidade da assistência e garantir melhores resultados, é fundamental que ocorram mudanças na cultura do cuidado em saúde, considerando uma estratégia importante para a melhoria do déficit generalizado na segurança do paciente. Sobretudo, os erros não devem ser percebidos como o resultado da incompetência da ação humana, mas, como oportunidades para melhorar o sistema, promovendo uma cultura de segurança mais eficiente (PRONOVOST; SEXTON, 2005; QUINTO 2006).

É neste contexto que os riscos para a segurança do paciente encontram-se relacionados ao processo de trabalho, sobretudo a sobrecarga e horas de trabalho, ao ambiente laboral, e aos sintomas de depressão. Guirardello (2017) destaca que a prática profissional da equipe de enfermagem realizada em ambientes favoráveis, pode resultar em menores níveis

de exaustão emocional, melhor qualidade do cuidado e uma percepção positiva sobre atitudes de segurança (GUIRARDELLO, 2017).

Ressalta-se a importância da atenção à saúde e segurança dos profissionais da saúde, pois os mesmos estão constantemente vivenciando fatores estressantes, fadiga, sobrecarga de trabalho, que pode ser advinda de altas horas de trabalho e a equipes reduzidas. Muitos apresentam sintomas de depressão, que pode ocasionar falta de motivação para a realização das atividades, bem como diminuição de energia e perda de concentração (WHO, 2017), com consequente queda na produtividade do trabalho, o que pode transcorrer em erros assistenciais (MELNYK et al., 2017).

Desta forma, a instituição de saúde possui um papel de gerenciar esses conflitos, pois é responsável por fornecer, melhorar e manter os espaços de trabalho seguros e minimizar ou suprir esse sofrimento, implementando com efetividade a prevenção dos riscos de danos psicossociais relacionados ao trabalho (FACAS, 2013).

A relevância da relação entre a saúde dos trabalhadores de enfermagem e a complexidade do ambiente de assistência e à segurança do cuidado em saúde no serviço hospitalar e na atenção primária devem ser consideradas. Partindo destas premissas, tem-se a questão norteadora: Como os profissionais de enfermagem percebem a cultura de segurança em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) nos serviços de atenção primária e terciária?

Por meio da avaliação da cultura de segurança do paciente pelo olhar da equipe de enfermagem, e da avaliação da segurança da saúde do trabalhador, espera-se conhecer as fragilidades e potencialidades para o aprimoramento da segurança do paciente, bem como do profissional da saúde, e partir disso, proporcionar um serviço efetivo, eficaz e de boa qualidade para a comunidade atendida nesses serviços. O estudo pode subsidiar uma melhor gestão no controle da segurança do paciente e do trabalhador, visto que com a promoção da saúde mental dos profissionais da saúde é possível ter uma assistência segura, e a minimização dos riscos e danos causados ao paciente.

O presente estudo teve como objetivo geral compreender a relação entre as culturas de segurança nos profissionais da saúde, auxiliares, técnicos em enfermagem e enfermeiros do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, e das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Os objetivos específicos foram: descrever o perfil sociodemográficos dos trabalhadores da equipe de enfermagem que prestam assistência ao paciente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, e das equipes da Estratégia Saúde da Família; comparar as atitudes de segurança do paciente entre

profissionais de enfermagem que atuam na Atenção Primária à Saúde e profissionais atuantes na atenção hospitalar e relacionar as atitudes de segurança realizadas pelos profissionais da enfermagem em instituições da saúde, com a segurança do paciente e do profissional.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O Sistema Único de Saúde e as Redes de Atenção à Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil é baseado em um projeto territorial hierarquizado, descentralizado e integrado regionalmente através das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. É constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada. Os serviços são distribuídos no território obedecendo os princípios da resolutividade e economia de escala, a Atenção Básica à Saúde (ABS) é o único nível que está presente em todo o território brasileiro, sendo o acesso aos demais níveis, funciona como porta de entrada e centro de comando do sistema (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2017).

Com a intenção de garantir a integralidade do cuidado, no sistema de saúde, há os arranjos organizativos, que são as Redes de Atenção à Saúde (RAS), baseadas na Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017 e tem como objetivo lidar com projetos e processos complexos de gestão e atenção à saúde (BRASIL, 2017).

As Redes de Atenção à Saúde possuem elementos que são considerados como fundamentais, a saber: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A população é caracterizada como uma área territorial que se encontra na responsabilidade de uma RAS. A RAS é estruturada pelos pontos de atenção das redes e as junções que integram esses diferentes serviços e também fazem parte da estrutura operacional: o centro de comunicação, pontos de atenção à saúde secundários e terciários, sistemas de apoio, sistemas logísticos, sistemas de governança. Os modelos de atenção à saúde são definidos como as estratégias utilizadas pelos gestores (municipais e estaduais) utilizadas para garantir as demandas de saúde da população (DAMACENO et al., 2020).

Observa-se que as Redes de Atenção a Saúde são sistematizadas para responder a condições específicas de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos que implica a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis Atenção Primária à Terciária, tendo o foco na população, de forma integral, por meio de serviço contínuo de cuidados que visem prioritariamente à promoção da saúde (PORTER; TEISBERG, 2007).

A RAS atua, por exemplo, como rede de atenção à urgência e emergência. A atenção

às urgências e emergências deve fazer parte de todos os níveis de atenção, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), nas equipes de Saúde da Família, nos cuidados pós-hospitalares, na recuperação e na reabilitação. Organiza a Rede de Atenção às Urgências e Emergências que tem por finalidade a integração e articulação dos equipamentos de saúde objetivando a garantia e um melhor acesso nos serviços de saúde por parte dos usuários em situação de urgência e emergência (SOUSA; SOUSA, 2018).

A rede de atenção psicossocial também faz parte de RAS. A lei que a rege é a de nº 10.216 (Reforma Psiquiátrica no Brasil), e após uma década de sua promulgação, foi publicada a Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, sendo destinada as pessoas que possuem sofrimento ou transtorno mental e possuem necessidades decorrentes do uso de drogas lícitas e ilícitas, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2001; BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) incorpora diversos serviços em rede que abrangem da atenção primária em saúde (APS) até à atenção hospitalar, possuem uma equipe multiprofissional para garantir o cuidado integral e ressocialização do usuário e caso seja necessário a RAPS pode indicar a internação do usuário por um curto período até a sua melhora clínica (ZANARDO, et al, 2017).

Destaca-se também os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços essenciais e estratégicos no combate ao sofrimento ou transtorno mental, que fazem atendimento aos usuários de uma região específica, articulando a RAPS, a UAPS, serviços ambulatoriais, hospitais e serviços de reabilitação psicossocial. Estes centros unem os níveis de atenção à saúde em uma só unidade sendo também de sua responsabilidade o acompanhamento dos usuários que se encontram internados em hospitais e são classificados em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, sendo que os CAPS I atendem municípios com população entre 20 e 50 mil habitantes, os CAPS II atendem municípios com mais de 50 mil habitantes, os CAPS III são destinados aos municípios que possuem uma população com mais de 200 mil habitantes, podem funcionar 24 horas por dia e nos feriados e no final de semana e seus usuários são adultos com transtornos mentais, o CAPSi é destinado aos municípios com mais de 200 mil habitantes e atende crianças e adolescentes com transtornos mentais, os CAPSad são destinados as cidades com mais de 200 mil habitantes, as cidades de fronteiras ou as que fazem parte de rota de tráfico de drogas e atendem as pessoas que utilizam o álcool e outras drogas (BRASIL, 2020; OTTOBELLI et al 2017; BRASIL, 2002).

As pessoas com alguma deficiência possuem através de políticas públicas de saúde no

SUS amparo através da rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Ela foi criada através da Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 e tem como objetivo eliminar as barreiras existentes no cuidado integral em saúde das pessoas com deficiência, garantir a organização dos serviços de saúde, criar vínculos entre profissionais e usuários em todos os setores do cuidado, e uso de referência e contra referências como forma de garantir a continuidade dos serviços oferecidos e também como uma forma de estabelecer vínculos entre os profissionais (BRASIL, 2012).

A Rede Cegonha faz parte de uma estratégia da RAS e tem por finalidade criar um novo modelo de atenção para o parto, nascimento e à saúde da criança, contendo como diretrizes o acolhimento com classificação de risco, a garantia de um transporte seguro para as gestantes referenciadas, a humanização do parto, garantir a assistência às crianças desde o nascimento até os dois anos de idade e realizar o planejamento familiar. Os principais componentes deste modelo de assistência são: a atenção ao pré-natal, atenção ao parto e nascimento, atenção aos cuidados puerperais e do RN e dispor de um sistema Logístico para a realização das ações e serviços da RC (SANTOS; MELO; CRUZ, 2015). Ressalta-se que a Rede Cegonha possibilitou mudanças positivas nos serviços de atenção à saúde destinados ao atendimento da gestante tais como: Atenção Básica, Centros de Parto Normal e Maternidades, durante todo o ciclo gravídico-puerperal. Foi instituído conforme o preconizado pelas diretrizes doutrinárias e organizacionais do SUS, em favor da realização do parto normal pelas parturientes (SOUSA; SOUSA, 2018).

3.2 A Atenção Básica em Saúde como ordenadora de cuidados da RAS e o papel da atenção hospitalar.

Os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) são considerados equivalentes pela Política Nacional de Atenção Básica, são caracterizados pelo conjunto de ações que envolve a saúde individual, familiar e coletiva, para promoção, prevenção, diagnóstico, proteção, tratamento, reabilitação, redução dos danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Desenvolvem por meio de práticas integradas e gestão qualificada de cuidado, realizados por equipe multiprofissional. Tem como principal objetivo ser a porta de entrada para as Redes de Atenção Básicas (RAS), sendo coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Segue os princípios da universalidade, equidade e integralidade, sendo ofertada de forma gratuita (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2017).

As RAS, funcionam como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades específicas de saúde da população. São arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, sendo a Atenção Básica a porta de entrada do sistema. Há, portanto, o fortalecimento do planejamento ascendente, de forma que os serviços são ofertados de acordo com as necessidades das pessoas, sendo assim, para Atenção Básica ordenar a RAS é necessário o reconhecimento das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2017).

Destaca-se que como uma característica marcante no projeto da atenção básica à saúde, a proposta do sistema de saúde funcionar em comunicação, para regulação das redes de atenção. Desta forma, a Atenção Básica atua como ordenadora e coordenadora de uma resposta ampla de cuidados em todos os níveis de atenção, articulando a participação da sociedade no diálogo da construção e melhoria do sistema de saúde (CECÍLIO; REIS, 2018).

Para o funcionamento da Atenção Básica, é necessário que a infraestrutura de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) esteja adequada ao quantitativo da população adscrita, de acordo com suas especificidades. Assim, a UBS é um espaço físico, lugar social, profissional e de relações interpessoais, que o objetivo de proporcionar um ambiente acolhedor, saudável para os profissionais de saúde, e para as pessoas que buscam o atendimento (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2017).

Além da infraestrutura, as equipes de trabalho precisam estar estabelecidas, sendo elas: Equipe de Atenção Básica (EAB) é a equipe prioritária de atenção à saúde, que busca a organização de acordo com os preceitos do SUS; Equipe da Atenção Básica (EAB) visa atender aos princípios e diretrizes para a AB, com gestão e composição municipal; Equipe de Saúde Bucal (ESB) é constituída por cirurgião-dentista e técnico ou auxiliar em saúde bucal; Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) é constituído por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, que completam as equipes de atuação na Atenção Básica, Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS): a atuação de agentes de comunitários de saúde nas UBS possibilitam a implantação da estratégia de saúde da família (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2017).

A organização dos serviços em rede, objetiva prestar um cuidado humanizado, integral e contínuo à população. Para tanto, a Atenção Básica é essencial para interligar os demais pontos de atenção à saúde, possibilitando coordenar o fluxo e contra fluxo do atendimento. Os serviços de apoio fornecem suporte a todos os pontos de atenção, com

serviços especializados, como laboratórios clínicos e de imagem, endoscopia, medicamentos. Adjuntos ao sistema de apoio há o aparato logístico, que são as tecnologias de comunicação, como por exemplo o cartão nacional do SUS, e o sistema de governança, que viabiliza a gestão dos atendimentos (OPAS, 2011).

Desta forma, é fundamental que a equipe de enfermagem, compreenda os objetivos e as intervenções de cada nível de atenção à saúde, para proporcionar uma assistência continuada e centrada nas necessidades de saúde. A atuação do profissional quanto a atenção básica é voltada para medidas educativas propulsoras do bem-estar, cumprindo um papel estratégico na rede de atenção, pois é a base para o ordenamento e integralidade, sendo preciso ter alta resolubilidade, capacidade clínica e cuidado, ter acesso a tecnologias diagnósticas e terapêuticas, para articular com outros pontos da rede de atenção. Assim, a equipe de enfermagem deve ser tanto o primeiro contato da pessoa que busca cuidados em saúde quanto coordenar para que essas pessoas possam receber assistência em outros níveis de atenção, favorecendo a continuidade do cuidado (MOLL et. al., 2017).

3.3 A saúde dos trabalhadores de enfermagem e seus reflexos na assistência segura

A cultura de segurança é compreendida como o produto dos valores individuais e grupais das atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e competência de uma organização. Sendo o clima de segurança elemento mensurável da cultura de segurança. Por meio da percepção dos profissionais, é possível conhecer o contexto de segurança de uma organização (CARVALHO et.al. 2015; ANDRADE et.al. 2018).

Em meados do século XX surgiu em diversos países vários movimentos sociais que buscavam melhorias nos serviços de saúde, enfatiza-se que estes devem ser mais resolutivos e que devem atender as demandas da população (SOUSA; SOUSA, 2018).

As instituições com cultura de segurança oferecem uma melhor assistência por meio de cuidados seguros aos seus pacientes. Quanto melhor a cultura de segurança do paciente, menores são as ocorrências de infecção do sítio cirúrgico em hospitais, redução de lesões, de eventos adversos e iatrogenias (RIGOBELLO et.al., 2012). Avaliar as condições em que a equipe de enfermagem atua é importante instrumento gerencial por relacionar-se diretamente à qualidade da assistência, à segurança do paciente, à otimização de recursos humanos e à redução de custos, para que se possa dar conta das

novas necessidades que se colocam no processo de trabalho, bem como a ausência de reflexões críticas acerca dos paradigmas que têm embasado a atenção à saúde, na perspectiva da transformação (TRETENE et.al., 2016).

Diante da discussão da importância da segurança do paciente, ressalta-se que um dos principais objetivos é eliminar quaisquer eventos adversos envolvendo o paciente. Desta forma é observável que a relação entre a segurança do paciente e a saúde e segurança do prestador do serviço influem nos resultados da execução da ação. Podendo inferir na taxa de erros e na ocorrência de incidentes.

Desta forma, a organização do serviço e a existência de mecanismos que minimizem os impactos relacionados à saúde e segurança do trabalhador contribui para reduzir a incidência dos eventos adversos, pois a prestação de cuidados à saúde é uma ação individual, com respostas à diversos condicionantes, como por exemplo capacidade e limitações dos profissionais da saúde, com constante pressão temporal e alta tensão para a realização de melhores cuidados com o paciente. Em relação aos riscos de natureza psicossocial, ressaltando os sintomas como a depressão, podem contribuir para a fadiga, falta de atenção, desmotivação, o que diminui a confiabilidade esperada (SERRANHEIRA; SOUSA-UVA, 2019).

Há diversos fatores que induzem a situação de estresse, que vão desde aspectos da personalidade e socio emocionais do indivíduo, como também, situações organizacionais, como conflitos entre profissionais, principalmente com lideranças, ambiguidades nas funções e atividades exercidas, entre outros. Circunstâncias em que há um erro do profissional da saúde com o paciente, pode ter um consequente problema emocional que pode perdurar por muito tempo. E assim, diante dessas eventuais situações, as instituições de saúde necessitam garantir a existência de programas de apoio aos profissionais da saúde, e a melhoria do ambiente de trabalho, para assim implementar a saúde e segurança dos profissionais, bem como a segurança do paciente (SERRANHEIRA; SOUSA-UVA, 2019).

3.4 Clima e Cultura de Segurança

Para compreender a qualidade dos serviços prestados em atenção à saúde, é importante salientar que a segurança do paciente é definida como a diminuição do risco de danos desnecessários até o mínimo aceitável. Ressalta-se que o ambiente hospitalar proporciona aos assistidos procedimentos e tratamentos complexos, potencializando a probabilidade de ocorrência de danos (REIS, et al., 2013).

Nesse contexto, destaca-se que há uma tendência crescente nas discussões pelos gestores de prestadores de serviços de saúde, e pelos órgãos governamentais, no intuito de estabelecer uma cultura de comunicação de erros aberta e de aprendizado com erros. Por meio de uma cultura não punitiva, identificando os possíveis fatores de riscos relacionados à assistência em saúde, o que permite investir em ações que os minimizem (TOMAZONI et al., 2014).

A compreensão do clima de segurança do paciente é intrínseca a cultura de segurança, pois é considerada como um indicador de valores, atitudes, percepções e competências coletivas e individuais, que demonstram o compromisso, a eficiência e o estilo em que a administração desenvolve a segurança institucional. Desta forma, a cultura de segurança do paciente torna-se elemento relevante de investigação, pois demonstra os comportamentos seguros adotados pela equipe de saúde, com vista a garantir boas práticas assistenciais, para assim reduzir os incidentes com ou sem danos ao paciente (AGUIAR et al., 2020).

Aguiar et al. (2020) destacam que investigar quais são as áreas fortalecidas e frágeis que comprometem a segurança do paciente na assistência a saúde, é essencial para que sejam elencadas ações corretivas, e para contribuir que gestores e toda a equipe de saúde possam rever indicadores estruturais, de processos e de resultados, para avançar nas ações de prática segura, e construir coletivamente a cultura de segurança.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Delineamento

O estudo realizado abordou a metodologia de estudo transversal, exploratório com abordagem quantitativa. Ao utilizar a metodologia quantitativa, o pesquisador objetiva testar ou verificar alguma teoria, através de números e indicadores (frequência, média, mediana, moda, etc.), além de propor uma nova teoria, e para isso a coleta de dados permite testá-la e confirmá-la, ou não, através dos resultados (CRESWELL, 2012; PARANHOS et.al, 2016).

Esta metodologia foi útil pois contribuiu para descrever variáveis e seus padrões de distribuição e associações de variáveis. É importante destacar que os estudos transversais consideram um recorte no tempo para identificar a ocorrência de determinados fatos em espaço de tempo definido (HULLEY et.al., 2015).

A pesquisa exploratória teve como propósito permitir ao pesquisador maior familiaridade com o problema, o tornando mais explícito. Por meio do levantamento bibliográfico e entrevistas foi possível esclarecer melhor o problema de pesquisa (FERREIRA,2016; OLIVEIRA,2018).

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU) e com as equipes da Atenção Primária à Saúde do mesmo município.

4.2 Participantes, população e amostra da Pesquisa

A população do estudo foi composta por profissionais da equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, que atuavam no HCU-UFU e das equipes da Atenção Primária à Saúde do município de Uberlândia – MG; no período da coleta de dados, a equipe de Enfermagem do HCU-UFU era constituída por 1.152 profissionais, sendo 189 enfermeiros e 963 técnicos e auxiliares de enfermagem, e da APS era de 450 profissionais, sendo 172 enfermeiros e 278 técnicos e auxiliares de enfermagem; assim a população inicial do estudo se perfazia em um total de 1.602 profissionais de enfermagem.

Foi realizado um plano de amostragem do tipo não probabilística, aleatório, por quotas; considerando um intervalo de confiança de 95%, com uma margem de erro de 5% . 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).

NO HC – UFU população estudada foi dividida em cinco setores (ou quotas) de atuação da enfermagem no HC-UFU: Pronto-socorro, internação clínica e cirúrgica, materno-infantil, ambulatorios e centro cirúrgico/unidades de terapia intensiva. 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, 100 sujeitos se recusaram a participar ou devolveu o instrumento totalmente em branco, fato que, totalizou assim, uma amostra de 225 participantes.

Já nas equipes de enfermagem da APS, esta foi dividida pelos quatro setores distritais de saúde do município (Sul, Leste, Oeste e Central/Norte), a amostra deveria ser de 160 participantes (número mínimo de participantes da pesquisa); contudo considerando uma margem de segurança para possíveis recusas, em cada setor foram entregues 70 instrumentos de coleta de dados, totalizando 280. Desse número, 30 sujeitos se recusaram a participar ou devolveu o instrumento totalmente em branco, fato que, totalizou assim, uma amostra de 250 participantes.

Dessa forma, a amostragem total desse estudo, contabilizando os profissionais do HC–UFU e da APS do município de Uberlândia/MG perfaz um total de 475 participantes.

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 1). 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 Critérios de Inclusão

Profissionais que trabalham no mínimo há três meses no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia do município de Uberlândia/MG, ou na Atenção Primária à Saúde do mesmo município.

4.5 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.

4.6 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados teve início no dia 10 de setembro e término no dia 21 de dezembro de 2020, após aprovação do projeto 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, e das unidades básicas de saúde) a respeito do projeto de pesquisa. Foi entregue um instrumento de coleta de dados (Anexo 2) para autopreenchimento após o aceite dele, o questionário era deixado no início do turno e recolhido no fim, em envelope sem identificação, acompanhado do TCLE (Anexo 3) assinado.

Os pesquisadores realizaram seis visitas, nos locais de coleta de dados pré-determinados, em três semanas consecutivas. Especialmente no HC-UFU, 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).

4.7 Instrumentos de Coleta de Dados

As variáveis selecionadas para análise do presente projeto constam dos seguintes instrumentos de coleta de dados do estudo.

a) Informações sociodemográficas e profissionais, cuja o roteiro de perguntas foi elaborado pelos próprios pesquisadores.

b) O Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 foi criado em 2006 para avaliar as percepções de profissionais em relação a questões de segurança do paciente (CARVALHO, CASSIANI, 2012).

É um instrumento sensível para avaliar as atitudes de segurança individuais traduzido e validado no Brasil. É composto por duas partes: a primeira contém 41 questões, envolvendo a percepção sobre segurança do paciente. A segunda parte possui informações sobre: cargo exercido, gênero, atuação principal e tempo de atuação.

O instrumento de coleta (Safety Attitudes Questionnaire) possui 41 questões que objetivam medir a percepção do clima de segurança, por meio dos seis domínios:

clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gestão da unidade e do hospital, condições de trabalho e reconhecimento de estresse. As respostas a cada uma das questões seguem uma escala *Likert* de cinco pontos: discordo totalmente (A), discordo um pouco (B), neutro (C), concordo um pouco (D), concordo totalmente e não se aplica (E). A pontuação final do instrumento varia de 0 a 100, onde zero representa a pior percepção do clima de segurança e 100 representa a melhor percepção. A pontuação é ordenada da seguinte forma: discordo totalmente (A) é igual a 0 pontos; discordo um pouco (B) é igual a 25 pontos; neutro (C) é igual a 50 pontos; concordo totalmente (D) é igual a 75 pontos e concordo totalmente (E) é igual a 100 pontos, sendo considerados valores positivos quando a pontuação total é maior ou igual a 75 (CARVALHO, CASSIANI, 2012) (ANEXO 10).

4.8 Análise e Interpretação dos Dados Coletados.

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. Realizou-se 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, quadros ou gráficos.

Para a análise dos resultados dos instrumentos foram usadas as orientações presentes em cada artigo de validação.

Para verificar possíveis correlações entre as características socioeconômicas e demográficas e entre o instrumento, foi utilizado o teste de Correlação de Pearson nas análises entre variáveis quantitativas (bivariadas) e Correlação de Spearman nas correlações em que uma das variáveis era ordinal, o Teste t de *Student* para amostras independentes e, quando necessário, o teste de Mann-Whitney, como alternativa não paramétrica. O nível de significância (valor de p) foi estabelecido em 0,05 para todas as variáveis.

5 RESULTADOS

5.1 Estatística Descritiva

Foram entrevistados 475 profissionais de enfermagem, sendo destes 311 técnicos em enfermagem e 159 enfermeiros. A Tabela 1 apresenta informações sociodemográficas, tais como: estado civil, se considera uma pessoa religiosa, gênero, e a categoria profissional. É importante ressaltar que o número total de sujeitos que responderam cada variável não é uniforme, pois alguns optaram por não responder. Na média geral 89% são do sexo feminino, 59,4% casados/amasiado, e 88% considera-se religiosos. Estes dados são importantes, para as análises correlacionais que estão apresentadas no decorrer dos resultados.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2022.

	HC-UFU		SMS		Geral	
Variáveis	N	%	N	%	N	%
Local de Trabalho						
	225	47,4	250	52,6	475	100
Estado Civil						
Casado / Amasiado	128	57,9	150	60,7	278	59,4
Solteiro / Viúvo	62	28,1	77	31,2	139	29,7
Outro	31	14,0	20	8,1	51	10,9
Total	221	100,0	247	100,0	468	100,0
Considera-se uma pessoa religiosa						
Sim	186	84,5	219	91,3	405	88,0
Não	34	15,5	21	8,8	55	12,0
Total	220	100,0	240	100,0	460	100,0
Gênero						
Feminino	193	85,8	228	91,9	421	89,0
Masculino	32	14,2	20	8,1	52	11,0

Total	225	100,0	248	100,0	473	100,0
Categoria Profissional						
Técnico em enfermagem	166	74,1	145	58,9	311	66,2
Enfermeiro(a)	58	25,9	101	41,1	159	33,8
Total	224	100,0	246	100,0	470	100,0

Fonte: Dados coletados pelo autor (2022).

A Tabela 2 apresenta as características em relação a idade, jornada semanal e tempo de atuação dos profissionais participantes. Observou-se que a idade média geral é de aproximadamente 40 anos, e que a jornada semanal é maior nas unidades básicas de saúde municipais, perfazendo cerca de 61 horas, já no HC-UFU é de aproximadamente 39 horas semanais. Em relação ao tempo de atuação o HC-UFU apresenta funcionários mais antigos com média de 17 anos de atuação, em contraste com 10 anos em média dos profissionais da APS-SMS.

A média geral para o HC-UFU e APS-SMS, em relação a idade foi de 40 e 18 anos, a jornada semanal de trabalho de 50,84 horas e o tempo de atuação de 13,50 anos.

Tabela 2 - Características dos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2022.

Unidade	Variáveis	N	Media	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
HC-UFU	Idade	218	42,22	41,50	9,31	19	70
	Jornada semanal	213	39,14	36,00	8,72	4	88
	Tempo Atuação	217	17,17	17,00	9,37	0,60	48,00
APS-SMS	Idade	246	38,14	37,00	8,96	20	69
	Jornada semanal	234	61,49	40,00	57,06	1	200
	Tempo Atuação	237	10,13	10,00	6,20	0,25	34,00
Geral	Idade	464	40,18	40,00	9,34	19	70
	Jornada semanal	447	50,84	40,00	43,15	1	200
	Tempo atuação	454	13,65	12,00	8,62	0,25	48,00

Fonte: Dados coletados pelo autor (2022).

Observa-se em todos os domínios analisados, apresentados na Tabela 3, a Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia apresentou médias maiores em relação ao HC-UFU em todos os domínios, exceto na “Percepção do Estresse”.

Apenas os domínios gerência de unidade, gerência hospitalar e condições de trabalho ficaram em média abaixo de 50% para o HCU-UFU. Para APS-SMS, todos os domínios ficaram em média acima de 50%.

Tabela 3: Domínios - Atitudes de segurança dos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2022.

Domínios	Unidades	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
D1 - Clima de Trabalho	HCU-UFU	223	66,82	66,67	19,12	0,00	100,00
	APS-SMS	243	77,29	79,17	16,09	37,50	100,00
	Total	466	72,28	75,00	18,35	0,00	100,00
D2 - Clima de segurança	HCU-UFU	223	59,73	60,71	19,27	0,00	100,00
	APS-SMS	241	72,48	75,00	16,02	17,86	100,00
	Total	464	66,35	67,86	18,76	0,00	100,00
D3 - Satisfação Trabalho	HCU-UFU	223	76,48	80,00	21,50	0,00	100,00
	APS-SMS	238	85,61	90,00	15,33	31,25	100,00
	Total	461	81,19	85,00	19,10	0,00	100,00
D4 - Percepção de Estresse	HCU-UFU	220	71,74	75,00	27,33	0,00	100,00
	APS-SMS	237	68,64	75,00	25,19	0,00	100,00
	Total	457	70,13	75,00	26,26	0,00	100,00
D5 - Gerência Unidade	HCU-UFU	215	44,63	50,00	26,92	0,00	100,00

	APS-SMS	238	68,47	70,42	19,96	0,00	100,00
	Total	453	57,15	58,33	26,35	0,00	100,00
D5 - Gerência Hospitalar	HCU-UFU	208	46,58	50,00	22,83	0,00	100,00
	APS-SMS	-	-	-	-	-	-
	Total	208	46,58	50,00	22,83	0,00	100,00
D6 - Condições de trabalho	HCU-UFU	221	43,74	41,67	27,96	0,00	100,00
	APS-SMS	230	73,33	75,00	23,59	0,00	100,00
	Total	451	58,83	58,33	29,74	0,00	100,00

Fonte: Dados coletados pelo autor (2022).

5.2 Análise Bivariada

As correlações foram realizadas para verificar a associação entre as características sociodemográficas e profissionais, as atitudes de segurança do paciente e o local de trabalho. Estas análises contribuem para compreender se há influência dos domínios idade, jornada semanal de trabalho, tempo de atuação de trabalho e tempo de atuação na enfermagem, em relação ao clima de trabalho, clima de segurança, satisfação de trabalho, percepção de estresse, gerência de unidade, gerência hospitalar e condições de trabalho.

De maneira geral, segundo a Tabela 4, a idade apresentou uma correlação negativa com o clima de trabalho, clima de segurança e gerência da unidade; significando que quanto maior a idade do participante, menor a média (portanto, menores são as atitudes positivas), em relação à esses três domínios.

Sobre a jornada de trabalho, a correlação significativa ocorreu de forma positiva a quase todos os domínios das atitudes de segurança, exceto para a percepção de estresse, indicando que quanto maior a jornada de trabalho, maiores são as pontuações para as atitudes de segurança, porém essa percepção é inversa quanto a percepção do estresse; ou seja, quanto maior a jornada semanal de trabalho, mais negativa é a percepção do estresse desses trabalhadores.

Ainda do âmbito geral, verificou-se que quanto ao tempo de atuação na enfermagem, houve correlações significativamente negativas com clima de trabalho, clima de segurança, gerência de unidade e condições de trabalho; indicando que quanto maior o tempo de atuação, menores são as atitudes em relação a esses domínios; com exceção novamente da percepção do estresse, apontando que quanto maior o tempo de atuação, menor é a percepção de estresse.

Quanto as principais diferenças entre os profissionais do HC-UFU e APS-SMS, pode-se verificar que a relação positiva entre a idade e os domínios de satisfação no trabalho e gerência hospitalar (ou seja, quanto maior a idade, melhores são as atitudes nesses domínios) entre os profissionais do HC-UFU, já quanto aos domínios de clima de segurança e gerência da unidade, essa relação deu de forma negativa entre os profissionais da APS-SMS, denotando que quanto mais idade, menores são as atitudes sobre esses dois domínios.

Tabela 4: Correlação Sócio Demográfico com Atitudes de segurança dos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2022.

Domínios	Local	D1- Clima de Trabalho	D2- Clima de segurança	D3- Satisfação Trabalho	D4 - Percepção de Estresse	D5 - Gerência Unidade	D5 - Gerência Hospitalar	D6 - Condições de trabalho
Idade	HCU- UFU	-0,01 0,8471	0,03 0,6719	0,13 0,0488	-0,04 0,5507	0,07 0,2933	0,15 0,0383	0,13 0,0584
	PSF- SMS	-0,06 0,3878	-0,25 0,0001	-0,08 0,2269	0,09 0,1684	-0,15 0,0236	- -	0,00 0,9620
	Total	-0,11 0,0197	-0,17 0,0002	-0,03 0,4994	0,06 0,2357	-0,12 0,0101	0,13 0,0753	-0,07 0,1681
Jornada semanal de trabalho	HCU- UFU	-0,13 0,0581	-0,10 0,1439	-0,05 0,4530	-0,11 0,1281	0,05 0,4643	0,00 0,9555	0,05 0,5091
	PSF- SMS	0,00 0,9632	-0,02 0,8168	0,00 0,9569	-0,11 0,0980	-0,08 0,2329	- -	-0,01 0,9045
	Total	0,05 0,2722	0,09 0,0495	0,08 0,0928	-0,16 0,0009	0,10 0,0394	0,06 0,3723	0,16 0,0011
Tempo de atuação na enfermage m	HCU- UFU	0,02 0,7734	0,03 0,6534	0,10 0,1341	0,07 0,3170	-0,01 0,8410	0,06 0,4128	0,03 0,6400
	PSF- SMS	-0,04 0,5790	-0,08 0,2470	-0,07 0,2828	0,12 0,0779	-0,06 0,3416	- -	-0,01 0,8782
	Total	-0,12 0,0089	-0,17 0,0005	-0,08 0,1108	0,14 0,0034	-0,18 0,0002	0,04 0,6036	-0,21 0,0000

* Realizado Teste Correlação e Valor *p* para todas as variáveis/análises.

Fonte: Dados coletados pelo autor (2022).

Quanto a correlação entre as atitudes de segurança do paciente e o estado civil (Tabela 5), a percepção sobre a satisfação do trabalho no HCU-UFU foi significativa, de forma que a categoria outros apresenta uma maior percepção, seguida dos casados e solteiros. A percepção de estresse foi significativa para as duas instituições, sendo que no total, a percepção dos casados e solteiros foi igual e maior que a de outros. A percepção de gerência de unidade no total foi significativa, sendo que os casados apresentaram uma maior percepção em contraste com os solteiros e outros.

Tabela 5: Correlação Estado Civil com Atitudes de segurança dos profissionais de enfermagem, das instituições pesquisadas, Uberlândia-MG, 2022.

		Casado		/ Solteiro / Viúvo		Outro		
Domínios	Local	Amasiado						valor p
		N	Mediana	N	Mediana	N	Mediana	(comparação)
D1 - Clima de Trabalho	HCU-UFU	126	66,67	61	66,67	31	66,67	0,7643
	PSF-SMS	148	79,17	72	79,17	19	79,17	0,6768
	Total	274	75,00	133	75,00	50	75,00	0,5933
D2 - Clima de segurança	HCU-UFU	126	60,71	61	58,33	31	64,29	0,1888
	PSF-SMS	147	75,00	71	75,00	19	70,83	0,2718
	Total	273	67,86	132	66,67	50	66,07	0,8994
D3 - Satisfação de Trabalho	HCU-UFU	126	80.00 a	61	75.00 a	31	90.00 b	0,0419
	PSF-SMS	146	90,00	70	90,00	18	80,00	0,2288
	Total	272	85,00	131	85,00	49	85,00	0,4695
D4 - Percepção de Estresse	HCU-UFU	124	81,25	61	75,00	30	68,75	0,0998
	PSF-SMS	145	75.00 a	70	75.00 a	19	50.00 b	0,0180
	Total	269	75.00 a	131	75.00 a	49	66.67 b	0,0055
D5 - Gerência de Unidade	HCU-UFU	123	50.00 a	60	34.17 b	28	47.92 a	0,0089
	PSF-SMS	146	70,83	70	66,67	19	62,50	0,0533
	Total	269	62.50 a	130	50.00 b	47	50.00 b	0,0032
D5 - Gerência Hospitalar	HCU-UFU	120	50,00	59	40,00	24	50,00	0,7705
	PSF-SMS	-	-	-	-	-	-	-
	Total	120	50,00	59	40,00	24	50,00	0,7705
D6 - Condições de	HCU-UFU	125	41,67	61	33,33	31	50,00	0,5697

trabalho	UFU							
	PSF-SMS	143	75,00	68	75,00	16	58,33	0,1023
	Total	268	66,67	129	66,67	47	50,00	0,3215

Fonte: Dados coletados pelo autor (2022).

A Tabela 6 apresenta a avaliação da correlação da religiosidade com as atitudes de segurança dos profissionais de enfermagem, em relação ao clima de trabalho, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção de estresse e gerência de unidade. A única correlação significativa foi para a gerência de unidade do APS-SMS, o que demonstra que há correlação significativa entre ser ou não religioso para a gerência de unidade do APS-SMS, sendo que quem não considera-se uma pessoa religiosa, apresentou uma maior percepção sobre a gerência de unidade. Os demais domínios são considerados estatisticamente iguais para ser ou não religioso.

Tabela 6: Correlação Religiosidade com Atitudes de segurança dos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2022.

Considera-se uma pessoa religiosa	Local	Sim N	Mediana	Não N	Mediana	valor (comparação)	p
D1 - Clima de Trabalho	HCU-UFU	183	66,67	34	66,67	0,5662	
	PSF-SMS	212	79,17	20	79,17	0,9359	
	Total	395	75,00	54	75,00	0,6995	
D2 - Clima de segurança	HCU-UFU	183	60,71	34	64,29	0,5541	
	PSF-SMS	211	75,00	19	75,00	0,7978	
	Total	394	67,86	53	67,86	0,9133	
D3 - Satisfação Trabalho	HCU-UFU	183	80,00	34	77,50	0,9107	
	PSF-SMS	209	90,00	18	87,50	0,5327	
	Total	392	85,00	52	84,17	0,2918	
D4 - Percepção de Estresse	HCU-UFU	181	75,00	33	75,00	0,7694	
	PSF-SMS	209	75,00	18	79,17	0,1511	
	Total	390	75,00	51	75,00	0,4092	
D5 - Gerência Unidade	HCU-UFU	176	50,00	33	50,00	0,2795	
	PSF-SMS	210	67,71	18	79,17	0,0189	
	Total	386	58,33	51	66,67	0,2925	

D5 - Gerência Hospitalar	HCU-UFU	171	50,00	31	40,00	0,3191
	PSF-SMS	-	-	-	-	-
	Total	171	50,00	31	40,00	0,3191
D6 - Condições de trabalho	HCU-UFU	181	41,67	34	54,17	0,1370
	PSF-SMS	204	75,00	16	79,17	0,7471
	Total	385	66,67	50	62,50	0,9698

Fonte: Dados coletados pelo autor (2022).

As atitudes de segurança dos profissionais (clima de trabalho, clima de segurança, satisfação do trabalho, percepção de estresse, gerência de unidade, gerência hospitalar, e as condições de trabalho) foram correlacionadas com o gênero (feminino e masculino) (Tabela 7). Verificou-se que houve correlação significativa entre as categorias feminino e masculino para os domínios satisfação do trabalho para o HCU-UFU e para a média total, sendo que o gênero feminino apresentou maior percepção sobre a satisfação no trabalho. A gerência de unidade do APS-SMS, apresentou correlação significativa, observou-se que o gênero masculino tem uma maior percepção sobre a gerência de unidade.

Tabela 7: Correlação Gênero com Atitudes de segurança dos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2022.

Gênero	Local	Feminino		Masculino		valor p (comparação)
		N	Mediana	N	Mediana	
D1 - Clima de Trabalho	HCU-UFU	191	66,67	31	66,67	0,7741
	PSF-SMS	220	79,17	20	72,92	0,1647
	Total	411	75,00	51	66,67	0,1038
D2 - Clima de segurança	HCU-UFU	191	60,71	31	57,14	0,4087
	PSF-SMS	219	75,00	19	75,00	0,9875
	Total	410	67,86	50	64,29	0,2362
D3 - Satisfação Trabalho	HCU-UFU	191	80,00	31	70,00	0,0122
	PSF-SMS	216	90,00	19	95,00	0,9304
	Total	407	85,00	50	77,50	0,0176
D4 - Percepção de Estresse	HCU-UFU	188	75,00	31	75,00	0,3532

		PSF-SMS	216	75,00	19	75,00	0,2092
		Total	404	75,00	50	75,00	0,8065
		HCU-	185	50,00	29	37,50	0,0807
D5	- Gerência	UFU					
Unidade		PSF-SMS	217	66,67	19	75,00	0,0340
		Total	402	58,33	48	54,17	0,4078
		HCU-	177	50,00	30	33,13	0,2257
D5	- Gerência	UFU					
Hospitalar		PSF-SMS	-	-	-	-	-
		Total	177	50,00	30	33,13	0,2257
		HCU-	189	41,67	31	33,33	0,3379
D6	- Condições de	UFU					
trabalho		PSF-SMS	209	75,00	19	75,00	0,7938
		Total	398	64,58	50	54,17	0,2330

Fonte: Dados coletados pelo autor (2022).

A Tabela 8 apresenta a correlação das categorias profissionais (técnico em enfermagem e enfermeiro) com as atitudes de segurança dos profissionais de enfermagem. Observa-se, de maneira geral, que os enfermeiros apresentam atitudes mais positivas (pontuações mais altas) em quase todos os domínios das atitudes de segurança (exceto para percepção de estresse) comparados aos técnicos em enfermagem. Particularmente os técnicos em enfermagem que atuam na APS- SMS, tiveram pontuações menores quanto a percepção de estresse, e, os enfermeiros desse mesmo contexto, obtiveram pontuações maiores quanto as atitudes em relação a gerência da unidade.

Tabela 8: Correlação Categoria Profissional com Atitudes de segurança dos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2022.

Categoria Profissional	Local	Técnico em Enfermeiro(a)				valor p (comparação)
		N	Mediana	N	Mediana	
D1 - Clima de Trabalho	HCU-UFU	164	66,67	57	70,00	0,7697
	PSF-SMS	140	79,17	98	79,17	0,0848
	Total	304	75,00	155	75,00	0,0141

D2 - Clima de segurança	HCU-UFU	164	60,71	57	60,71	0,7034
	PSF-SMS	139	75,00	97	75,00	0,0836
	Total	303	67,86	154	71,43	0,0218
D3 - Satisfação Trabalho	HCU-UFU	164	80,00	57	80,00	0,7124
	PSF-SMS	137	90,00	96	94,38	0,0562
	Total	301	85,00	153	90,00	0,0217
D4 - Percepção de Estresse	HCU-UFU	162	75,00	56	75,00	0,6506
	PSF-SMS	138	68,75	95	75,00	0,0406
	Total	300	75,00	151	75,00	0,1548
D5 - Gerência Unidade	HCU-UFU	156	45,83	57	50,00	0,4265
	PSF-SMS	139	66,67	95	75,00	0,0020
	Total	295	54,17	152	66,67	0,0001
D5 - Gerência Hospitalar	HCU-UFU	150	50,00	56	50,00	0,9475
	PSF-SMS	-	-	-	-	-
	Total	150	50,00	56	50,00	0,9475
D6 - Condições de trabalho	HCU-UFU	162	41,67	57	41,67	0,1767
	PSF-SMS	132	75,00	94	75,00	0,1643
	Total	294	58,33	151	66,67	0,0348

Fonte: Dados coletados pelo autor (2022).

6 DISCUSSÃO

6.1 Dados sociodemográficos e profissionais

O perfil sociodemográfico da equipe de enfermagem das duas instituições avaliadas foi predominantemente do sexo feminino (89%), demonstrando que a força de trabalho em enfermagem é ainda hegemonicamente feminina, dados também corroborados por Machado et al., (2016). Mota e Melo (2022) verificaram em seus estudos que 62,79% da amostra era do sexo feminino, sendo um dado encontrado nacional e internacionalmente, pois o sexo feminino se mostra prevalente na profissão da enfermagem. Em todo o mundo a construção do conhecimento prático e abstrato na área da saúde tem as mulheres reconhecidas como pioneiras no processo.

É reconhecível que historicamente a profissão da enfermagem é predominantemente feminina, e representa um dos trabalhos executados pelas mulheres fora do ambiente doméstico e aceito socialmente, diferentemente de outras profissões (médicos, engenheiro, juízes, bancários), em que as mulheres não tinham acesso, e só vieram a iniciar o ingresso nestas áreas no final do século XX. Contudo é importante destacar que há um crescimento do sexo masculino desenvolvendo atividades na enfermagem, o que acompanha também as mudanças de paradigmas em relação as ocupações de cargos serem celetistas por gênero (MELO; MOTA, 2022).

O perfil dos colaboradores entrevistados foi composto por 66,2% de técnicos em enfermagem e 33,8% de enfermeiros. Machado (2017) registra também em seus estudos sobre o perfil da enfermagem no Brasil, que 77% do contingente dos profissionais, são registrados no sistema Cofen/Coren na modalidade profissional de auxiliar/técnico de enfermagem. No estudo de Bugs et al., (2017) 43,75% dos participantes colaboradores são enfermeiros, e 31,25% são auxiliares de enfermagem, os autores acreditam que seja resultado do regime estatutário dos funcionários, o que divergiu dos resultados do presente estudo, pois muitos dos entrevistados são vinculadas a CLT.

É importante destacar que a equipe de enfermagem é o grupo de profissionais de saúde, mais envolvido no processo do cuidado da saúde, para que este processo ocorra de forma segura, é necessário a eliminação de todos os riscos. Para tanto, o profissional precisa conhecer e entender os riscos e os danos potenciais, além de compreender os protocolos e processos do trabalho a ser desenvolvido (YIN, 2015).

Em relação a Tabela 2, observou-se que a média em idade dos profissionais foi de

aproximadamente 40 anos. Machado et al. (2016) destaca que a enfermagem é uma profissão com trabalhadores jovens e em fase reprodutiva, onde a média da idade fica entre 40 anos (MACHADO et al., 2016). Melo e Mota (2022) destacam que os profissionais jovens, que estão no início de suas carreiras, apresentam um maior desejo de aprender e adquirir experiências, e os trabalhadores na meia-idade tendem a expor mais as suas insatisfações no ambiente de trabalho.

A Tabela 2, expõe também a carga horária semanal, perfazendo aproximadamente em média 50 horas. Rafferty et al. (2012) destaca que a questão de sobrecarga na enfermagem está intimamente relacionada ao quantitativo insuficiente de profissionais. Desta maneira, é imprescindível o correto dimensionamento de recursos humanos, para que sejam menores as incidências tais como: queda de leito, infecção, absenteísmo e rotatividade. Siman e Brito (2016) destaca que a atitude de identificação compartilhada dos riscos é a primeira estratégia para o estabelecimento da cultura de segurança dentro de uma instituição.

Em média geral a carga horária de trabalho é alta, a média aumenta devido a sobrecarga de horário dos profissionais das unidades básicas de saúde, que devido a maioria serem contratos trabalhistas, podem ter dois ou mais empregos. A sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem está relacionada com a segurança dos pacientes e a qualidade da assistência. Quanto maior a carga de trabalho, menor a vigilância adequada aos pacientes e consequentemente maior o risco de eventos adversos. O risco de falhas e erros aumenta de acordo com o quantitativo excedido de pacientes por profissional, caracterizando também um quadro de funcionários insuficientes (MAGALHÃES et al., 2015).

Melo e Mota (2022) destaca que horas exaustivas de serviço podem ter como consequência o estresse, deixando o indivíduo exposto a agravos físicos e/ou mentais, que podem ser acontecimentos provenientes do ambiente de trabalho ou das funções desempenhadas por esses profissionais.

6.2 Atitudes de segurança e local de atuação.

Observa-se em todos os domínios analisados, apresentados na Tabela 3, que são: clima de trabalho, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção de estresse, gerência de unidade, gerência hospitalar e condições de trabalho, a Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia obteve pontuações superiores para atitudes de segurança do paciente em relação ao HCU-UFU, ficando todos com um percentual acima de 50%. Já para o

HCU-UFU, a gerência de unidade, gerência hospitalar e condições de trabalho ficaram abaixo de 50%, o que demonstra que há necessidade de repensar sobre as gerências de unidade e hospitalar, e sobre as condições de trabalho.

É importante destacar que fatores como deficiência ou insuficiência de recursos materiais, a falta de funcionários, sobrecarga, extensa jornada, baixa remuneração salarial, desmotivação no trabalho, problemas de relacionamento interpessoal, falhas de comunicação e baixa continuidade da atenção prestada, reflete de forma negativa na profissão executada, sendo considerados como agentes estressores, podendo influenciar portanto o clima de trabalho, de segurança, a percepção de estresse e as condições de trabalho, o que consequentemente prejudica também a assistência prestada (SANTOS et al., 2020).

Dias et al. (2019) destacam que a preocupação com as condições de trabalho da enfermagem é crescente, pois influencia diretamente a saúde do trabalhador, ao ser exposto à carga horária intensa de trabalho, ao sucateamento das condições laborais, à adoção da polivalência e da multifuncionalidade e à prática do multiemprego devido aos baixos salários da categoria. Esse processo de precarização pode causar sofrimento psicofísico para o trabalhador, além de comprometer a qualidade e segurança da assistência, em qualquer um dos níveis de atenção em saúde.

A escassez de recursos humanos nas instituições hospitalares é um dos gargalos mais discutidos nas pesquisas, sendo um fator que resulta em sobrecarga de trabalho, o que consequentemente poderá comprometer a assistência dispensada aos usuários. Sendo assim é imprescindível que haja uma atuação eficiente dos gestores para a garantia do quantitativo de profissionais e recursos materiais adequados para o atendimento, levando à qualidade da assistência prestada (COSTA et al., 2015).

A Resolução COFEN nº543/2017, direciona como deve ocorrer dimensionamento da equipe de enfermagem, apresentando os critérios para orientar os gestores e enfermeiros dos serviços de saúde no planejamento das ações para inferir o quantitativo de pessoal da equipe de enfermagem necessário na instituição. É necessário considerar: o perfil do serviço de saúde, a natureza do serviço de enfermagem, a particularidade do paciente, o tempo dispensado no cuidado ao paciente e o grau de dependência deste, para determinar o número de profissionais em uma unidade de saúde, sendo um processo dinâmico que necessita ser constantemente reavaliado (COFEN,2017).

Vandresen et al., (2018) ressaltam a importância de realizar o cálculo de

dimensionamento, para assim fornecer maior capacidade de planejamento e organização do cuidado, o que agiliza as tomadas de decisão do gestor, o que garante uma menor sobrecarga de trabalho e consequentemente mais qualidade na assistência ao paciente.

O paciente tem assistência prestada 24 horas, nesse contexto o serviço de enfermagem carece de qualificação para enfrentarem as adversidades do serviço executado. Diante dessa demanda a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em 2019 uma campanha de valorização da enfermagem, utilizando como ferramenta a capacitação dos enfermeiros para a gerência e a assistência hospitalar focada na qualidade da prestação do serviço (SILVA et al., 2019).

O trabalho da equipe de enfermagem envolve a todo momento indivíduos doentes, que sofrem, que sentem dor, e morrem, o que proporciona um trabalho em situação causadora de ansiedade, tensão e sofrimento. Estes fatores potencializam as cargas psíquicas decorrentes do ambiente hospitalar, que por si já gera tensões no sentido de falta de autonomia, divisão de trabalho por categorias e por tarefas, supervisão constante, ritmo intenso de trabalho (SIMAN; BRITO, 2016). Em função destas adversidades a equipe precisa estar preparada mentalmente e fisicamente para atender as demandas.

6.3 Características socioprofissionais associadas às atitudes de segurança do paciente.

Em relação as correlações apresentadas na Tabela 4, o tempo de atuação influenciou significativamente no clima de trabalho, no clima de segurança, na percepção de estresse, na gerência de unidade e nas condições de trabalho. Esses dados podem ter sido observados em virtude da maturidade profissional, tendo como consequência a facilidade em expor as dificuldades que o profissional enfrenta na sua rotina de trabalho.

Melo e Mota (2022) ressaltam que quanto menos ocorre a rotatividade dos profissionais, e quanto maior o tempo de atuação do profissional na equipe, maior a possibilidade de boas relações interpessoais tanto com a equipe como com os pacientes e seus familiares. Os autores destacam que o vínculo proporciona a ampliação dos laços relacionais, contribuindo para o processo terapêutico.

A Tabela 4, expõe as médias da jornada semanal de trabalho, apresentou correlação significativamente inversa com a percepção de estresse. É importante destacar que as cargas excessivas de trabalho e o alto número de pacientes por enfermeiro (baixa quantidade de profissionais), estão associadas significativamente com eventos adversos, tais como: quedas de leito e infecções hospitalares, apresentando um impacto negativo na

segurança do paciente (NEEDLEMAN et al., 2011; MAGALHÃES et al., 2013). Há a necessidade de dimensionar adequadamente a equipe de enfermagem, para que tenha menores taxas de paciente/profissional, o que contribui para reduzir a incidência de eventos adversos.

É importante destacar que a gerência de unidade, gerência hospitalar e condições de trabalho são fragilidades encontradas na pesquisa, de uma forma mais significativa em atividades que demandam responsabilidade e que estão direta ou indiretamente relacionadas ao atendimento de pacientes pela equipe de enfermagem, envolvem ações organizacionais, administrativas e educacionais em enfermagem. Destaca-se que as características do hospital; sua estrutura física; os processos de trabalho; o perfil dos profissionais da equipe; os recursos materiais e humanos disponíveis; o perfil dos pacientes detalhando seu grau de dependência e complexidade da patologia; o contato direto com o sofrimento e a morte interferem diretamente no trabalho e são fatores agravantes para o desgaste físico ou mental dos profissionais de enfermagem (SANTOS et al., 2020).

Silva-Batalha e Melleiros (2015), destacam que a gerência deve estar sempre atenta, pois em uma pesquisa sobre a percepção de gerência houveram apontamentos que os participantes não sentem apoio da gestão hospitalar, não sendo incluídos nas tomadas de decisão, o que configura uma fragilidade na comunicação entre os gestores e os profissionais das equipes de trabalho assistencial, o que pode estar relacionado ao presente estudo, devido as correlações encontradas referente a gerência hospitalar.

A escassez de recursos humanos, a falta de materiais e inadequadas estruturas físicas são fatores limitantes para a execução de um trabalho com excelência. Diante destas circunstâncias há a necessidade de se procurar recursos e o apoio tanto da instituição quanto dos gestores. É expressivo que a deficiência na equipe de enfermagem reduza o rendimento e o funcionamento do trabalho, causando esgotamento mental e físico da equipe, o que resulta na baixa produtividade e inconstâncias na prestação de cuidados (BUGS et al., 2017).

Pezzi e Leite (2016) avaliaram a sobrecarga de trabalho, e observaram que este fator reflete na qualidade da assistência e no cuidado prestado. Com o quantitativo de colaboradores reduzido, há consequência negativa para a performance do serviço de enfermagem, principalmente no que tange o desempenho de complexas demandas.

A comunicação e educação são pontos chaves para a segurança do paciente e do profissional (NQF, 2010). Destaca-se que a comunicação eficaz é determinante para a

segurança do paciente, sendo fundamental o trabalho e a diversidade interdisciplinar, com a promoção de treinamentos e capacitações adequadas para o desempenho das funções. Para a mudança de padrões é necessária a adoção de estratégia de educação permanente de forma multiprofissional e pautada em dados das notificações. As estratégias que reduzem os eventos adversos têm influência significativa com a formação e qualificação dos profissionais, com treinamentos específicos, apresentando a classificação dos eventos adversos, do comportamento de segurança, e da adoção de indicadores e protocolos produzidos com práticas baseadas em evidências (YIN, 2015).

Conforme a Constituição Federal, é direito do trabalhador exercer sua função em ambiente de trabalho seguro e sadio, a mesma prevê ainda a proteção ao trabalhador em face da automação. Cabe ao empregador a adoção de medidas para reduzir os riscos por meio de normas de saúde, higiene e segurança, de forma que haja a orientação do trabalhador sobre seus direitos e riscos ambientais, a prevenção dos riscos e danos; o fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual de qualidade e suficiente para neutralizar os riscos e danos (BRASIL, 2014, COSTA et al., 2018).

Alguns artigos relatam que as instituições hospitalares têm incorporado ações a respeito da cultura do paciente com a intenção de oferecer uma assistência de excelência, e assim diminuir custos e assegurar a satisfação do paciente. Os autores destacam que o ambiente hospitalar dever ser seguro para que os profissionais possam relatar os erros ocorridos, conseguir conversar sobre eles de forma adequada, analisá-los junto às situações que os precederam, identificando assim, os pontos frágeis, para que seja possível correções, e a orientação na formação de estratégias que melhorem e priorizem a comunicação baseada na confiança entre os profissionais (MAGALHÃES et al., 2015).

No presente estudo houve diferença significativa entre ser ou não religioso para a gerência de unidade do APS-SMS, dados expostos na Tabela 6. Pereira Medeiros et al. (2010) evidenciou uma correlação clara entre o grau de profundidade de atuação do profissional frente ao paciente que necessita de uma maior atenção e o envolvimento em práticas religiosas, como forma de bem estar para o profissional e o paciente, demonstrou portanto que há correlação entre o profissional de enfermagem, religiosidade e atuação profissional, constituindo uma área promissora para ser investigada.

Em relação a Tabela 7, observa-se que houve correlações significativas entre o gênero e os domínios satisfação no trabalho e gerência de unidade. Salgado et al (2020), em seu estudo também observou significância estatística entre a percepção de estresse, execução do trabalho e satisfação no trabalho com o gênero. Ao analisar a literatura, verificou-se

poucos estudos para comparar ou divergir estas correlações, porém Salgado et al (2020), acreditam que o estresse e os cargos podem estar interligados devido à cobrança e carga horárias das diferentes profissões, podendo gerar estresses maiores ou menores.

Em relação a Tabela 8, observa-se que em relação aos domínios relação ao clima de trabalho, clima de segurança, satisfação no trabalho, gerência de unidade e condições de trabalho apresentaram diferença significativa, entre os domínios e as categorias profissionais, técnico em enfermagem e enfermeiro. Tondo e Guirardello (2017) em sua pesquisa avaliou a percepção do clima de segurança entre as categorias profissionais, e observou diferenças estatísticas significantes para a maioria dos domínios, exceto para o domínio reconhecimento do estresse. Segundo os autores essas informações demonstram que os enfermeiros percebem um clima de segurança mais positivo quando comparados aos técnicos e auxiliares de enfermagem, o que corroborou com os achados do presente estudo. Tondo e Guirardello (2017) ressalta que esse resultado pode estar relacionado à formação profissional do enfermeiro e as atividades desenvolvidas, que podem estar direcionadas não apenas à assistência, mas também às áreas de gestão e ensino, favorecendo a ter uma ampla visão do serviço prestado.

Ao comparar o HCU-UFU e a APS-SMS, observa-se que os funcionários do HCU, apresentam satisfação no trabalho, com p 0,0419, resultado que pode estar relacionado por serem funcionários efetivos, em regime estatutário, com menor carga horária de trabalho (39 horas semanais em média), em detrimento de 61 horas dos trabalhadores da APS-SMS. Já em relação a gerência de unidade, gerência hospitalar e condições de trabalho, o HCU-UFU, ficaram com índices abaixo da APS-SMS, estas situações podem estar relacionadas a falta de investimento em gestão, e de verbas para infraestrutura e manutenção.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil sociodemográfico das equipes de enfermagem participantes do presente estudo apresenta-se predominantemente do sexo feminino, composto a maioria por técnicos em enfermagem, com média de idade de aproximadamente 40 anos e com carga horária semanal com cerca de 50 horas. Este perfil corrobora com a maioria das pesquisas realizadas em âmbito nacional.

A alta carga horária de trabalho em média 50 horas semanais, pode ser explicada no presente estudo, devido a maioria dos colaboradores estarem em regime de contrato trabalhistas e trabalharem em mais de um emprego. É importante destacar que a sobrecarga de trabalho está intrinsecamente relacionada com a segurança dos pacientes e a qualidade da assistência, pois quanto maior a carga de trabalho, menor a vigilância adequada aos pacientes e consequentemente maior o risco de eventos adversos.

Foi evidente neste estudo a necessidade de repensar sobre as gerências de unidade hospitalar, bem como sobre as condições de trabalho, pois foram nesses domínios que se evidenciaram atitudes de segurança mais negativas entre os trabalhadores.

O maior tempo de atuação do profissional na equipe de enfermagem teve correlação positiva no clima de trabalho segurança e percepção de estresse, o que demonstra que a maturidade profissional contribui para que o colaborador tenha uma maior facilidade em expor as dificuldades que enfrenta na sua rotina de trabalho.

O profissional da saúde precisa de um ambiente de trabalho seguro, em que os mesmos tenham facilidades em relatar os erros ocorridos e conversar sobre eles de forma adequada, e analisá-los junto às situações que os precederam para elencar os pontos frágeis, e propor possíveis correções, sendo assim, orientado na formação de estratégias que melhorem e priorizem a comunicação baseada na confiança entre os profissionais.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, L. L.; SILVA, R. A.; MELO, G. A. A.; PEREIRA, F. G. F.; LIMA, M. M.S.; CAETANO, J.A. Fatores relacionados à cultura de segurança em hemodiálise: revisão integrativa da literatura. Rev. Bras. Enferm.[Internet]. 2020; 73(6):e20190624 [acesso em 2020Out25]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0624>.
- ANDRADE, A.M. et al. Evolução do programa nacional de segurança do paciente: uma análise dos dados públicos disponibilizados pela Agência de Vigilância Sanitária. Vigil. Sanit. Debate 8 (4): 37-46, 2020. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1505/1257>. <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01505>
- ANDRADE, L.E.L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 161-172, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. CUNHA & BEZERRA, R. C. Atenção Primária da Saúde e a Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo e Rio de Janeiro. Editora HUCITEC e Editora FIOCRUZ, 2007.
- ASCARI, R. A.; SCHMITZ, S. DOS S.; SILVA, O. M. Prevalência de doenças ocupacionais em profissionais da enfermagem: revisão de literatura. Revista Uningá Review, v. 15, n. 2, 10 jan. 2018.
- BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. 1988
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.594/GM, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília (DF), 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012 - Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. 2012
- BRASIL. Presidência da República. Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001 - Dispõe

sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, Brasília, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. - Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 251 p.: il. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/publicacoes/centros_servicos_informacao_medicamentos.pdf>

BRASIL. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Ministério da Saúde. Brasília - DF. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília:Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

BUGS, T. V.; RIGO, D. F.H.; BOHRER, C. D.; BORGES, F.; MARQUES, L. G.S.; VASCONCELOS, R. O.; ALVES, D. C. I. Perfil da equipe de Enfermagem e percepções do trabalho realizado em uma central de materiais. REME - Rev Min Enferm. 2017[citado em];21:e-996. Disponível em:

DOI: 10.5935/1415-2762.20170006.
<https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170006>

CARDOSO, J. S. Redes de Atenção à Saúde: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. São Luís: EDUFMA, 2017. 96 f. ISBN: 978-85-7862-704-1.
<https://doi.org/10.13037/ras.vol15n52.4522>
<https://doi.org/10.18310/2446-4813.2017v3n2p107-118>

CARVALHO, P.A. et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.23, n.6, p.1041-8, 2015.

CARVALHO R. E. F. L, CASSIANI, S. H. B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. Rev. Lat.-Am. Enferm. 2012;20(3):575-82.

CECÍLIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad. Saúde Pública* 34(8), 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056917>.
<https://doi.org/10.1590/0102-311x00056917>

COSTA, C. C.P.; SOUZA, N. V. D. O.; SILVA, P. A. S.; OLIVEIRA, E. B.; VIEIRA, M. L. C. O trabalho na central de material: repercussões para a saúde dos trabalhadores de enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2015[citado em 2016 jun. 17];23(4):533-9. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n4/v23n4a16.pdf>
<https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.15934>

COSTA, V. H. S; GONÇALVES J. R. Análise dos fatores que levam enfermeiros à depressão. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*. v. 3, n.6, p. 69-81, 2020.

COSTA, D. B.; RAMOS, D.; GABRIEL, C. S.; BERNARDES, A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem* n. 27, v. 3, 2018.
<https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>

CRESWELL, J. W. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2012.

DAL'BOSCO, E. B. et al. A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. *Rev Bras Enferm*. 2020, 73(Suppl 2): 1 1-7.

DAMACENO, A. N.; LIMA, M. A. D. S.; PUCCI, V. R.; WEILLER, T. H. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. *Rev. Enferm. UFSM*, Santa Maria, RS, v. 10, e14, p. 1-14, 2020. DOI: 10.5902/2179769236832.
<https://doi.org/10.5902/2179769236832>

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>.
<https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018025503492>

DUARTE, S.C.M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev BrasEnferm*, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>

ESPERIDIÃO, E.; SAIDEL, M. G. B.; RODRIGUES, J. Saúde mental: foco nos profissionais de saúde. *Rev. Bras. Enferm*. 73, Suppl.1. 2020, p. 1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.202073supl01>. Acesso em 29 de junho de 2021.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167.202073supl01>

FACAS, E. P. Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho - Contribuições da Psicodinâmica do Trabalho. 2013. 193 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2013.

FERREIRA, J. Estudo exploratório sobre a construção de hipóteses: entre o método e os contextos de produção. *Líbero*. ISSN impresso: 1517-3283/ISSN online: 2525-3166, n. 27, p. 79-92, 2016.

GILL, S. Et al. Uma revisão de relatório de eventos adversos de departamentos de emergência na administração de saúde de veteranos. *J. Patient Saf.* 2020. Disponível em: doi: 10.1097 / PTS.0000000000000636.

GUIRARDELLO, E.B. Impacto do ambiente de cuidados críticos no burnout, percepção da qualidade do cuidado e atitude de segurança da equipe de enfermagem. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, v. 25, 2017.

HULLEY, S.B, et al., Delineando a pesquisa clínica. Tradução e revisão técnica : Michael Schmidt Duncan ; tradução: André Garcia Islabão. - 4. ed. - Porto Alegre : Artmed, 2015. 386 p.

LIMA, R.E.F. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil - questionário de atitudes de segurança. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

LIMA, D. P.; LEITE, M. T. D. S.; CALDEIRA, A. P. Redes de Atenção à Saúde: A Percepção dos Médicos Trabalhando em Serviços de Urgência. *Saúde em Debate*, v. 39, p. 65-75, 2015.
<https://doi.org/10.1590/0103-110420151040348>

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.
<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.686>

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>
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180272>

MAGALHÃES, A. M. M. D., MOURA, G. M. S. S. D., PASIN, S. S., FUNCKE, L. B., PARDAL, B. M., & KRELING, A. Processos de medicação, carga de trabalho e a segurança do paciente em unidades de internação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49, 43-50. 2015.

<https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700007>

MAIA, C.S et al. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 27,n.2, p. 1- 10, 2018.

<https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200004>

MARX, K. O capital. 7ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.

MELNYK, B. M. et al. A National Study Links Nurses' Physical and Mental Health to Medical Errors and Perceived Worksite Wellness. *J Occup Environ Med*, Oct 2017. ISSN 1536-5948. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29065061> >.

MELO, A. A. S; SANTOS, A. C; SILVA, G. P. F. O suicídio em profissionais de enfermagem: uma análise bibliográfica da dimensão social dentro de uma perspectiva contemporânea. *Revista Eletrônica Estácio*. v.5, n.1, p. 1-13, 2019.

MELO, C. C. M. Nível de evidência dos estudos relacionados à ansiedade, estresse e depressão dos profissionais de enfermagem. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 1, e2210111295, 2021, 14 p. (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11295>.

<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11295>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 2.436, De 21 De Setembro De 2017.

Disponível em:

https://Bvmsms.Saude.Gov.Br/Bvs/Saudelegis/Gm/2017/Prt2436_22_09_2017.Html

MUNHOZ, O.L et al. Estresse ocupacional e cultura de segurança: tendências para contribuição e construção do conhecimento em enfermagem. *ABCS Health Sciences*, v. 43,n.2, 2018.

<https://doi.org/10.7322/abcshs.v43i2.991>

NATIONAL QUALITY FORUM - NQF (US). Safe practices for better healthcare - 2010 update: a consensus report. Washington, DC: NQF; 2010.

NEEDLEMAN J., BUERHAUS P., PANKRATZ, V.S., LEIBSON C.L., STEVENS S. R., HARRIS M. Nurse Staffing and inpatient hospital mortality. *N Engl J Med*. 364(11):1037-45. 2011.

<https://doi.org/10.1056/NEJMsa1001025>

NUNES, F.D.O et al. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental online*, v. 6, n. 2, p. 841-

847, 2014. OMS - Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde . Brasília. OPAS/MS, 1978.

OTTOBELLI, C.; ROTOLI, A.; PEREIRA, V.; ZANATTA, P. O Cotidiano de Usuários de Crack Atendidos em Um Centro de Atenção Psicossocial em Um Município da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. *Revista de Enfermagem*, v. 12, n. 12, p. 1-8, 2017.

OLIVEIRA, D. M; ALENCAR, N. M. B. M; COSTA, J. P; FERNANDES, M. A; GOUVEIA, M. T. O; SANTOS, J. D. M. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e comportamentais entre profissionais de enfermagem. *Revista Cuidarte*. Colômbia, v. 10, i.2, e. 631, 2019.
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.631>

OPAS/OMS. Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo. Disponível

em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354:aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839. Brasília, 2017.

PAIM, J. S. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 93p. Coleção Temas em Saúde Interativa. Disponível em:
<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/30/>.

PARANHOS, RANULFO et al. Uma introdução aos métodos mistos. *Sociologias*, v. 18, n.42, p. 384-411, 2016.
<https://doi.org/10.1590/15174522-018004221>

PEREIRA, I. F., FARIA, L. C., VIANNA, R. S. M., CORRÊA, P. D. S., FREITAS, D. A., & SOARES, W. D. (2017). Depressão e uso de medicamentos em profissionais de enfermagem. *Arquivos de Ciências Da Saúde*, 24(1), 70.
<https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.1.2017.544>
<https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.1.2017.544>

Pereira Medeiros, G., Silva, P., & Anisio, E. (2010). ATITUDES RELIGIOSAS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE CRÍTICO. *Revista De Ciências Da Saúde Nova Esperança*, 8(1 e 2), 30 - 50.
<https://doi.org/10.17695/revnevol8n1e2p30-50>.

PEZZI, M. C. S.; LEITE, J. L. Investigação em central de material e esterelização

utilizando a teoria fundamentada em dados. *Rev Bras Enferm*. 2010[citado

em 2016 jun. 27];63(3):391-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/>

reben/v63n3/a07v63n3.pdf

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2017. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. Repensando a saúde: estratégia para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007. 432p.

PROADI-SUS - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. Projeto Paciente Seguro - Implantação do Programa de Segurança do Paciente e desenvolvimento de ferramentas de gestão, educação e práticas compartilhadas. Disponível em <<https://hospitais.proadi-sus.org.br/projetos/77/paciente-seguro>>. 2021

PRONOVOST, P.; SEXTON, B. Assessings safety culture: guideline and recommendations. Qual Saf Health Care, v.14, n.4, 2005.
<https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015180>

RAFFERTY A.M., CLARKE S.P., COLES J., BALL D., JAMES P., MCKEE M., et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. Int J Nurs Stud [Internet]. 44(2):175-82. 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2894580/> 15. Acesso em 15 de julho de 2022.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.003>

REIS, C.T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. Ciência e saúde coletiva, v. 18, p. 2029-2036, 2013.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>

"RESOLUÇÃO COFEN 543/2017". Cofen - Conselho Federal de Enfermagem,

http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html. Acesso em 11/04/2022

52.

RIGOBELLO, M.C.G. et al. The climate of patient safety: perception of nursing professionals. Acta Paulista de Enfermagem, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012.
<https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>

SALGADO, RGF; BARLEM, ELD; BAISCH, ALM; MEDEIROS, SP; ZUGNO, RM; NEUTZLING, BR da S. Clima de segurança dos profissionais de saúde de um hospital universitário. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, [S. l.], v. 9, n. 3, pág.

e93932523, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i3.2523. Disponível em:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2523>. Acesso em: 25 ago. 2022
<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2523>

SANTOS, R. A. A. D.; MELO, M. C. P. D.; CRUZ, D. D. Trajetória de Humanização do Parto no Brasil a Partir de Uma Revisão Integrativa de Literatura. *Cadernos de Cultura e Ciência*, v. 13, n. 2, p. 76-89, 2015.
<https://doi.org/10.14295/cad.cult.cienc.v13i2.838>

SANTOS, S. C. S.; ABREU, D. P. G.; MELLO, M. C. V. A.; ROQUE, T. S. PERIM, L. F. Avaliação da sobrecarga de trabalho na equipe de enfermagem e o impacto na qualidade da assistência. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 5. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3201>. Acesso em 20 de julho de 2022.
<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3201>

SARTI, T. D. et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol. Serv. Saude* 29(2), 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2020.v29n2/e2020166>. Acesso em 28 de junho de 2021.
<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>

SERRANHEIRA, F.; SOUSA-UVA, A. Cap. 6. Saúde do trabalhador, ergonomia e segurança do paciente. In: SOUSA, P., and MENDES, W., comps. *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras* [online]. 2nd ed. rev. updt. Rio de Janeiro, RJ : CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019, 268 p. ISBN 978-85-7541-642-6. <https://doi.org/10.7476/9788575416426>
<https://doi.org/10.7476/9788575416426>

Silva-Batalha, S. E. M. ; Melleiro, M. M. M. (2015). Cultura de Segurança do Paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. *Texto Contexto Enferm*, 24(2):432-441.

SILVA, D. S. D., et al. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. *Revista da escola de enfermagem USP*. v. 49, i.6, p. 1027-1036, 2015.

SILVA, J. M.; MALAGRIS, L. E. N. (2019). Percepção do estresse e estressores de enfermeiros de um hospital universitário. *Estudos e Pesquisas Em Psicologia*, 19(1), 71-88. <https://doi.org/10.12957/epp.2019.43007>.
<https://doi.org/10.12957/epp.2019.43007>

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. *Revista Gaúcha Enfermagem (Oline)* 37. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271>. Acesso em 15 de julho de 2022.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271>

SINGER, S.J.; VOGUS, T.J. Reducing hospital errors: interventions that build safety

culture. *Annu Rev Public Health*, v.34, p. 373-96, 2013.
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114439>

SOUSA. F, D, T; SOUSA. A, L, P, M. Uma revisão sobre as redes de atenção à saúde no Brasil. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ano 03, Ed. 11, Vol. 01, pp. 57-75 novembro de 2018. ISSN:2448-0959.
<https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/saude-no-brasil>

SOUZA, C. H.; TAVARES, C. M. M. 2020. Depressão e suicídio nos discentes de enfermagem e o conhecimento docente sobre este sofrimento. *Research Society and Development* 9 (6).
<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i6.3434>

SOUSA, P. H. S. F., et al. Factors related to the psychological illness of the nursing team professionals. *Journal of Health Connections*, v.9, n.2, p. 27-44, 2020.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TOMAZONI A.; ROCHA, P. K.; DE SOUZA, S.; ANDERS, J.C.; Malfussi, H. F. C. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(5):755-63.
<https://doi.org/10.1590/0104-1169.3624.2477>

TONDO J.C.A.; GUIRARDELLO E. B. Perception of nursing Professional sonpatient safety culture. *Rev BrasEnferm*, v.70, n.6, p.1284-90, 2017.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0010>

TRETTENE, A.S. et al. Impacto da promoção do autocuidado na carga de trabalho de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 50, n. 4, p. 635-641, 2016.
<https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500014>

VANDRESEN, LARA, et al. "Classificação de pacientes e dimensionamento de profissionais de enfermagem: contribuições de uma tecnologia de gestão". *Revista Gaúcha de enfermagem*, vol. 39, no 0, agosto de 2018. DOI.org (Crossref),
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0107>

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0107>.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0107>

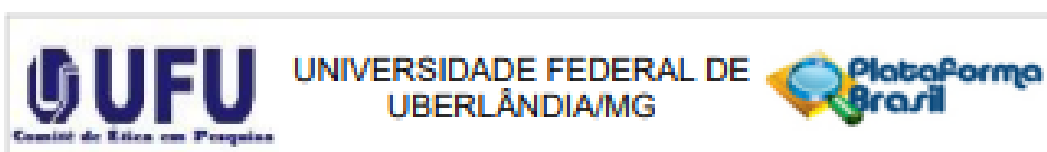
WHO. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates . Geneva: World Health Organization 2017.

WHO - World Health Organization. Health Worker Safety: A Priority for Patient Safety. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2020/campaign-essentials>.

YIN RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Daniel Grassi, tradutor. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.

ZANARDO, G. L. D. P.; SILVEIRA, L. H. D. C.; ROCHA, C. M. F.; ROCHA, K. B. Internações e Reinternações Psiquiátricas em um Hospital Geral de Porto Alegre: Características Sociodemográficas, Clínicas e do Uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, p. 460-474, 2017.
<https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030009>

ANEXO 1. 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 suicidas; 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 consequentemente a suas famílias. O resultado

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)3236-4131 **Fax:** (34)3236-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG

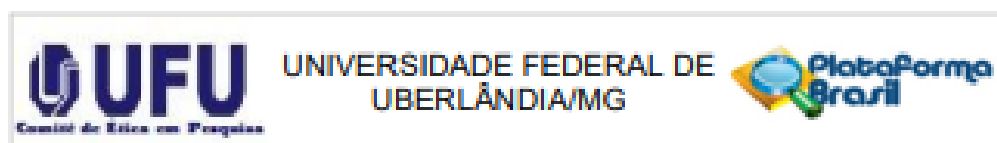


Continuação do Parecer: 3.848.113

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 estabeleçam 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 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:** 38.408-644
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3236-4131 **Fax:** (34)3236-4131 **E-mail:** oap@propp.ufu.br



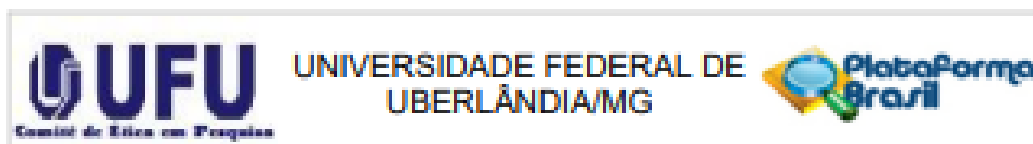
Continuação do Parecer: 3.849.113

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)3236-4131 **Fax:** (34)3236-4131 **E-mail:** cnp@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.889.113

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:

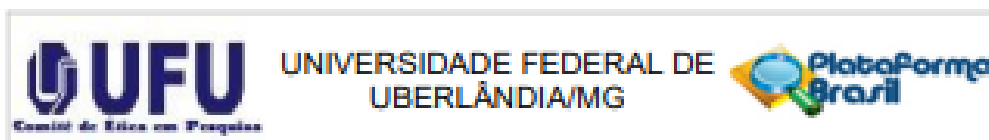
a) Identificar aspectos sociodemográficos, condições orgânicas e histórico de saúde;b) Descrever as atitudes de profissionais de enfermagem frente a comportamentos suicidas; c) Descrever a relação entre uso abusivo de álcool e drogas com atitudes de segurança do paciente; d) Relacionar sinais e sintomas 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; i) 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 São 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

equipe de enfermagem do hospital ou da ESB, 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:

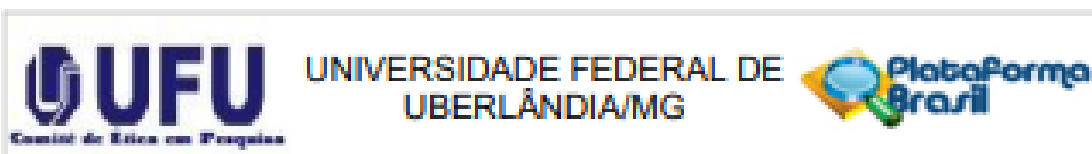
Os pesquisadores pretendem alterar o título da pesquisa para “SEGURANÇA DO PACIENTE, SUICÍDIO E VIOLÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL: INTER-RELAÇÕES E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO”, em atenção aos comentários e considerações expostos no parecer consubstanciado inicial. Tal alteração 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 234 - 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@propp.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.

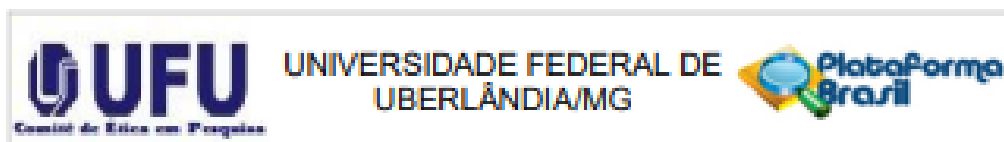
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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
Cidade: 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 234 - Campus Sta. Mônica
Cidade: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3236-4131 **Fax:** (34)3236-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.449.113

• 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_1439631.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
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 20:08:47	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

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Código: _____

A - 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

B - CONDIÇÃO DE SAÚDE E HISTÓRICO FAMILIAR

	Não	Sim	Quantos anos?
Você é portador de alguma dor crônica?			
Você é portador de alguma doença incapacitante (mesmo parcial)?			
Você é portador alguma doença crônica? (HA, DM, outras)			
Você é portador de alguma doença neurológica?			
Você é portador de alguma doença neoplásica?			
Você considera que esteja passando por situações estressantes no último ano?			
Você teve uma perda familiar ou ruptura importante em seu círculo familiar ou de amigos no último ano? (por. Ex. morte, separações, brigas, etc)			
Seus pais ou irmãos são portadores de algum transtorno mental?			
Seus pais ou irmão já tentaram suicídio?			

VIOLÊNCIA NO AMBIENTE LABORAL

Violência física no ambiente de trabalho	
Nos últimos 12 meses você sofreu violência física no seu ambiente de trabalho?	() NÃO ()SIM
Na última vez que você se recorda ter sofrido violência física no seu ambiente de trabalho quem foi o autor da violência?	()Chefe e/ou supervisor () Outro. ()Colega da mesma profissão ()Colega de outra profissão () Familiar do paciente ()Paciente
Nos últimos 12 meses você foi testemunha de situações de violência física direcionada ao trabalhador da saúde no seu ambiente de trabalho?	
Abuso verbal no ambiente de trabalho	
Nos últimos 12 meses você sofreu abuso verbal no seu ambiente de trabalho?	() NÃO ()SIM
Na última vez que você se recorda ter sofrido abuso verbal no seu ambiente de trabalho quem foi o autor do abuso?	()Chefe e/ou supervisor () Outro. ()Colega da mesma profissão ()Colega de outra profissão () Familiar do paciente ()Paciente
Nos últimos 12 meses você foi testemunha de situações de abuso verbal direcionado ao trabalhador da saúde no seu ambiente de trabalho?	
Assédio Sexual no ambiente de trabalho	
Nos últimos 12 meses você sofreu assédio sexual no seu ambiente de trabalho?	() NÃO ()SIM
Na última vez que você se recorda ter sofrido assédio sexual quem foi o autor do assédio?	()Chefe e/ou supervisor () Outro. ()Colega da mesma profissão ()Colega de outra profissão () Familiar do paciente ()Paciente

Nos últimos 12 meses você foi testemunha de situações de assédio sexual direcionado ao trabalhador da saúde no seu ambiente de trabalho?	
Nos últimos 12 meses você teve que se afastar do trabalho em decorrência de ter sofrido algum tipo de violência?	() NÃO () SIM Quantos dias _____

D - QUESTIONÁRIO PHQ – 2

Ao longo das últimas duas semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas				
	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança	0	1	2	3

E - 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

F - 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

G - M.I.N.I PLUS Risco de suicídio

Durante o último mês			Pontos	
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO	SIM	6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	10
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	10
Ao longo da sua vida:				
C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	4

H - QUESTIONÁRIO DE ATITUDES EM RELAÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA

	Discordo totalmente										Concordo totalmente
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Quem fica ameaçando, geralmente não se mata.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Apesar de tudo, penso que uma pessoa tem o direito de se matar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	1
4. Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	1
5. No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	1
06. A vida é um dom de Deus, e só Ele pode tirar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	1
07. Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	1
08. Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	1
09. Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio, e acabar induzindo o paciente a isso.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	1
10. Acho que tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	1
11. Acho que é preciso ser uma pessoa corajosa para se matar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	1
12. Sinto-me inseguro(a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	1
13. Às vezes dá raiva, porque tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	1
14. Se eu sugerir um encaminhamento ao psiquiatra para um paciente que falou em se matar, penso que isso será bem aceito pelo psiquiatra.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	1
15. A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	1
16. Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	1
17. No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	1
18. Quando uma pessoa fala em pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	1
19. Quem quer se matar mesmo, não fica “tentando” se matar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	1
20. Um paciente internado dificilmente se mata sem que tenha um forte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	1

Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado						
Área clínica ou área de assistência ao paciente onde você passa maior parte de seu tempo:						
Departamento:		Por favor, preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências nesta área				
• Use somente lápis número 2 		Preenchimento correto 		Preenchimento incorreto 		Não se aplica
• Apague muito bem qualquer resposta que você desejar mudar 						Concordo totalmente
Por favor, responda os itens seguintes relativos à sua unidade ou área específica Selecione suas respostas usando a escala abaixo:						Concordo parcialmente
						Neutro
						Discordo parcialmente
						Discordo totalmente
A	B	C	D	E	X	
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 cardiopulmonar, 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

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada "SEGURANÇA DO PACIENTE, SUICÍDIO E VIOLÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL: INTER-RELAÇÕES E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO", sob a responsabilidade dos pesquisadores Ana Luísa Justino dos Santos (UFU), Andréa Bernardes da Silva (UFU), Carla Denari Giuliani (UFU), Giovanna Alves Nunes (UFU), Lorrayne Sousa Pereira (UFU), Luana Araújo Macedo Scalia (UFU), Lúcia Aparecida Ferreira (UFTM), Luíza Pereira Silva Assis (UFU), Maria Cristina de Moura Ferreira (UFU), Mariana Ramos (UFU), Marianne Sandim Nachmanowicz (UFU), Marcelle Aparecida de Barros Junqueira (UFU), Paula Eduarda Siqueira Fortunato (UFU), Sueli Amorim de Araújo (UFU), Vanessa Cristina Bertossi (UFTM), Gabriela Carvalho Sebastião (UFU) e Mariana Haase (UFU).

Nesta pesquisa nós estamos buscando 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).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelos pesquisadores Ana Luísa Justino dos Santos, Andréa Bernardes da Silva, Giovanna Alves Nunes, Lorrayne Sousa Pereira, Luana Araújo Macedo Scalia, Luíza Pereira Silva Assis, Mariana Ramos, Marianne Sandim Nachmanowicz, Paula Eduarda Siqueira Fortunato, Vanessa Cristina Bertossi e Gabriela Carvalho Sebastião a pesquisa só ocorrerá após assinatura deste termo de consentimento. Você poderá levar o tempo que for necessário para refletir sobre sua participação antes da sua assinatura.

Na sua participação, você será submetido a vários questionários e você mesmo fará a leitura deles, responderá individualmente, e deverá levar cerca de 30 minutos, e em um segundo momento as pesquisadoras citadas acima irão recolher os instrumentos respondidos. Sua resposta não será modificada, permanecendo a transcrição original. Após análise do material, todos os questionários serão descartados.

Em nenhum momento você será identificado. Os trabalhadores que responderem o questionário serão convidados a participar de curso promovido pela equipe de pesquisadores. A ação com cada grupo será realizada em 12 encontros, durante 3 meses, com duas a quatro horas cada. Os profissionais selecionados para participar da pesquisa, serão divididos em um ou mais grupos. Os encontros serão fora do horário de trabalho e em local de acesso facilitado para os profissionais. Um mês após a realização do curso, a equipe executora da pesquisa voltará e será solicitada que os participantes respondam novamente o instrumento de coleta de dados. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum custo, nem ganho financeiro por participar. Os possíveis riscos relacionados ao projeto são: a identificação dos voluntários e os possíveis não entendimento das perguntas presentes nos questionários. Ocorrerá a codificação dos voluntários em números e siglas. Os benefícios da pesquisa serão a demonstração de um panorama da situação do núcleo a qual pertence.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Marcelle Aparecida de Barros Junqueira, docente do curso de enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, situada Av. Pará, Bloco 2U, 1720 - Unuarama, Uberlândia - MG, 38400-902, telefone (34) 3225-8603. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, campus Santa Mônica - Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, ... de de 20.....

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

Rubrica do Participante da pesquisa

Rubrica do Pesquisador