



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU***  
**DOUTORADO EM ATENÇÃO À SAÚDE**

**VANESSA CRISTINA BERTUSSI**

**RISCO DE SUICÍDIO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM AS ATITUDES DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

**UBERABA (MG)**

**2022**

**VANESSA CRISTINA BERTUSSI**

**RISCO DE SUICÍDIO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM AS ATITUDES DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito para a obtenção do título de Doutora em Atenção à Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Atenção à saúde das populações.

**Eixo temático:** Saúde do trabalhador e saúde mental.

**Orientadora:** Profa. Dra. Lucia Aparecida Ferreira

**UBERABA (MG)**

**2022**

**Catálogo na fonte:**

**Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro**

B463r Bertussi, Vanessa Cristina  
Risco de suicídio na equipe de enfermagem da atenção primária à saúde e sua relação com as atitudes de segurança do paciente / Vanessa Cristina Bertussi. -- 2022.  
95 f. il. : tab.

Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2022  
Orientadora: Profa. Dra. Lucia Aparecida Ferreira

1. Suicídio. 2. Segurança do paciente. 3. Enfermagem. 4. Atenção à saúde. I. Ferreira, Lucia Aparecida. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616.89-008.441.44

VANESSA CRISTINA BERTUSSI

**RISCO DE SUICÍDIO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM AS ATITUDES DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito para a obtenção do título de Doutora em Atenção à Saúde.

Aprovada em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Banca examinadora

---

Dra. Lucia Aparecida Ferreira  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

---

Dra. Leiner Resende Rodrigues  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

---

Dra. Marina Pereira Rezende  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

---

Dra. Karine Santana de Azevedo Zago  
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

---

Dra. Kelly GrazianiGiaccheroVedana  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP)

*À professora e amiga, Dra. Marcelle Aparecida Barros Junqueira (Docente de Enfermagem da UFU), pois, mesmo não sendo minha orientadora, acolheu-me e ajudou-me imensamente durante toda a trajetória, nunca desistindo de mim e não permitindo que eu desistisse.*

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, sem Ele esta conquista não seria possível.

À minha família por tudo que sempre fizeram e fazem por mim.

À minha orientadora Professora Dra. Lucia Aparecida Ferreira, pela confiança, orientação, apoio e paciência.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro por todo apoio, estrutura e portas que me foram abertas.

Ao estatístico: Douglas Silva Oliveira por todas as análises feitas e refeitas.

Às alunas da graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia que me ajudaram durante a coleta dos dados: Ana Luisa, Lorryne, Mariana e Paula Eduarda.

A Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia e as Organizações Sociais Missão Sal da Terra (MSDT) e Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) que administram a Atenção Primária à Saúde de Uberlândia e permitiram que pesquisa fosse realizada.

Aos amigos de trabalho e aos amigos da vida que sempre me apoiaram e estiveram comigo.

*“O exercício do cuidar deveria ser a inspiração de toda ação religiosa.*

*Jesus nos ensinou a cuidar do próximo”.*

Gabriel Chalita

## RESUMO

BERTUSSI, V. C. **Risco de suicídio na equipe de enfermagem da atenção primária à saúde e sua relação com as atitudes de segurança do paciente.** 2022. 95f Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG. 2022.

**Objetivos:** compreender a influência dos fatores de risco para o suicídio nas atitudes relacionadas à segurança do paciente de auxiliares, técnicos em Enfermagem e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. Descrever aspectos sociodemográficos dos profissionais de Enfermagem e correlacioná-los ao risco de suicídio e às atitudes de segurança do paciente. Identificar o histórico e as condições de saúde dos profissionais de Enfermagem e correlacioná-los ao risco de suicídio e às atitudes de segurança do paciente. Identificar o risco suicidário nos profissionais de Enfermagem. Relacionar as variáveis sociodemográficas, o histórico e as condições de saúde e os fatores de risco para o suicídio com as atitudes de segurança do paciente dos profissionais de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** trata-se de um estudo de caráter observacional e descritivo, transversal e de abordagem quantitativa com 251 profissionais da Atenção Primária à Saúde de Uberlândia, no Triângulo Mineiro. **Resultados:** houve correlação entre a presença de doenças mentais nos profissionais ou familiares, a satisfação no trabalho e a ideação suicida na percepção de uma cultura de segurança do paciente. A segurança e a satisfação no trabalho relacionadas à profissão da Enfermagem associam-se, diretamente, com o apontamento da valorização profissional. No que se refere ao estresse ocupacional, prevaleceram os profissionais de saúde com alta exigência no trabalho, ou seja

**Palavras-chave:** Suicídio. Segurança do Paciente. Enfermagem. Atenção à Saúde.



## ABSTRACT

BERTUSSI, V. C. **Suicide risk in primary health care nursing staff and its relationship with patient safety attitudes.** 2022. 95f Thesis (Doctorate in Healthcare) – Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba, MG. 2022.

**Objectives:** to understand the influence of risk factors for suicide in attitudes related to patient safety by nursing assistants, nursing technicians and nurses in Primary Health Care. To describe socio-demographic aspects of Nursing professionals and correlate them to the risk of suicide and patient safety attitudes. To identify the health history and conditions of Nursing professionals and correlate them to suicide risk and patient safety attitudes. To identify the risk of suicide among nursing professionals. To relate the socio-demographic variables, the history and health conditions and the risk factors for suicide with patient safety attitudes of Nursing professionals in Primary Health Care. **Methodology:** this is a cross-sectional observational and descriptive study with a quantitative approach involving 251 professionals from Primary Health Care in Uberlândia, in the Triângulo Mineiro. **Results:** there was a correlation between the presence of mental illness in professionals or family members, job satisfaction, and suicidal ideation in the perception of a culture of patient safety. Safety and job satisfaction related to the nursing profession are directly associated with the indication of professional recognition. Regarding occupational stress, there was a prevalence of health professionals with high demands at work, i.e., with high psychological demands and low control over their work. This situation indicates that the participants were with their health at risk as a result of work activities developed in perioperative units. It should be noted that safety culture is related, among other factors, with the behavior of professionals who act in the workplace and this can be influenced by health status. **Conclusion:** it is concluded that the challenges of patient safety are related, to a greater extent, with health professionals, followed by the management of services and the user and his/her family. The need to maintain ongoing educational processes is pointed out as a resource to enhance patient safety with the purpose of awakening professionals to change their attitudes through reflection on their work process, in order to develop safe care. In addition, it is recommended that further research be conducted in the area of Primary Health Care.

**Keywords:** Suicide. Patient Safety. Nursing. Delivery of Health Care.

## RESUMEN

BERTUSSI, V. C. **Riesgo de suicidio en el equipo de enfermería de atención primaria de salud y su relación con las actitudes de seguridad del paciente.** 2022. 95f Tesis (Doctorado en Salud) – Universidad Federal del Triângulo Mineiro, Uberaba, MG. 2022

**Objetivos:** comprender la influencia de los factores de riesgo de suicidio en las actitudes relacionadas con la seguridad del paciente de auxiliares, técnicos de Enfermería y enfermeros de la Atención Primaria de Salud. Describir aspectos sociodemográficos de los profesionales de Enfermería y correlacionarlos con el riesgo de suicidio y las actitudes de seguridad del paciente. Identificar los antecedentes y condiciones de salud de los profesionales de Enfermería y correlacionarlos con el riesgo de suicidio y las actitudes de seguridad del paciente. Identificar el riesgo de suicidio en los profesionales de Enfermería. Relacionar variables sociodemográficas, los antecedentes y las condiciones de salud y los factores de riesgo para el suicidio con las actitudes de seguridad del paciente de los profesionales de Enfermería de la Atención Primaria de Salud. **Metodología:** se trata de un estudio observacional y descriptivo, de abordaje transversal y cuantitativo con 251 profesionales de la Atención Primaria de Salud de Uberlândia, en Triângulo Mineiro. **Resultados:** hubo correlación entre la presencia de enfermedad mental en profesionales o familiares, la satisfacción laboral y la ideación suicida en la percepción de una cultura de seguridad del paciente. La seguridad y la satisfacción laboral relacionadas con la profesión de Enfermería están directamente asociadas al nombramiento de apreciación profesional. En cuanto al estrés laboral, prevalecieron los profesionales de la salud con altas exigencias en el trabajo, es decir, con altas exigencias psicológicas y bajo control sobre el trabajo. Esta situación indica que los participantes tenían riesgos a su salud como consecuencia de las actividades laborales realizadas en las unidades perioperatorias. Cabe señalar que la cultura de seguridad está relacionada, entre otros factores, con el comportamiento de los profesionales que actúan en el ambiente de trabajo y esto puede ser influenciado por el estado de salud. **Conclusión:** se concluye que los desafíos de la seguridad del paciente están relacionados, en mayor medida, con los profesionales de la salud, seguido de la gestión de los servicios y

el usuario y su familia. Se apuntala la necesidad de mantener procesos educativos permanentes como recurso para potenciar la seguridad del paciente con el objetivo de despertar a los profesionales para cambiar su actitud a través de la reflexión sobre su proceso de trabajo, con vistas al desarrollo de una atención segura. Además, se recomienda seguir investigando en el área de Atención Primaria de Salud.

**Palabras-clave:** Suicidio. Seguridad del Paciente. Atención a la Salud. Enfermería.

## LISTA DE TABELAS

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Tabela 1  | Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo estado civil, religiosidade, gênero e categoria profissional.....                     | 47 |
| Tabela 2  | Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo idade, jornada semanal de trabalho e tempo de atuação.....                            | 47 |
| Tabela 3  | Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo a condição de saúde e o histórico familiar.....                                       | 48 |
| Tabela 4  | Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo o risco de suicídio.....  | 49 |
| Tabela 5  | Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo o risco de suicídio e os domínios - Atitudes de Segurança.....                        | 49 |
| Tabela 6  | Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo o estado civil e os domínios - Atitudes de Segurança.....                             | 51 |
| Tabela 7  | Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo a religiosidade e os domínios – Atitudes de segurança.....                            | 51 |
| Tabela 8  | Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo o gênero e os domínios – Atitudes de Segurança.....                                   | 52 |
| Tabela 9  | Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo a categoria profissional e os domínios - Atitudes de Segurança.....                   | 52 |
| Tabela 10 | Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo os domínios - Atitudes de Segurança e dados sociodemográficos.....                    | 53 |
| Tabela 11 | Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo as condições de saúde e histórico familiar e os domínios - Atitudes de Segurança..... | 54 |
| Tabela 12 | Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo os domínios e os blocos de perguntas....  | 55 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|           |   |
|-----------|---|
| ACS       | Agente Comunitário de Saúde   |
| AHRQ      | Agência de Qualidade em Saúde do Departamento de Saúde do governo norte-americano |
| AMQ-ESF   | Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família               |
| ANOVA     | <i>AnalysisOfVariance</i>   |
| APS       | Atenção Primária à Saúde  |
| CDC       | <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>                                 |
| CEP/UFU   | Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia                 |
| CLT       | Consolidação das Leis do Trabalho   |
| CNS       | Conselho Nacional de Saúde  |
| EA        | Eventos Adversos  |
| eAP       | equipes de Atenção Primária   |
| ESF       | Estratégia Saúde da Família   |
| EUA       | Estados Unidos da América   |
| FIOCRUZ   | Fundação Oswaldo Cruz   |
| IBGE      | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                                   |
| ICICT     | Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde           |
| IOM       | <i>Instituteof Medicine</i>   |
| LGBTI     | Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros e Intersexuais                           |
| MINIPlus  | <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>                              |
| MS        | Ministério da Saúde   |
| OMS       | Organização Mundial de Saúde  |
| OPAS      | Organização Pan-Americana da Saúde  |
| OS        | Organizações Sociais  |
| PMAQ-AB   | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica          |
| PNAB      | Política Nacional de Atenção Básica   |
| PNSP      | Programa Nacional de Segurança do Paciente  |
| PROESF    | Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família                            |
| PSF       | Programa Saúde da Família   |
| RAS       | Redes de Atenção à Saúde  |
| REBRAENSP | Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente                             |
| SAQ       | <i>SafetyAttitudesQuestionnaire</i>   |

|      |  |
|------|--|
| SIM  | Sistema de Informação de Mortalidade                   |
| SPDM | Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina |
| SPSS | <i>Statistical Package for the Social Science</i>      |
| SUS  | Sistema Único de Saúde                                 |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido             |
| WHO  | <i>World Health Organization</i>                       |

## SUMÁRIO

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>15</b> |
| 1.1      | SEGURANÇA DO PACIENTE.....  | 15        |
| 1.2      | SUICÍDIO E SAÚDE MENTAL.....  | 24        |
| 1.3      | SAÚDE DO TRABALHADOR E A RELAÇÃO COM A SEGURANÇA DO<br>PACIENTE E O RISCO DE SUICÍDIO.....              | 28        |
| 1.4      | SEGURANÇA DO PACIENTE E SUICÍDIO NA APS.....  | 31        |
| <b>2</b> | <b>JUSTIFICATIVA.....</b>   | <b>37</b> |
| <b>3</b> | <b>OBJETIVOS.....</b>   | <b>39</b> |
| 3.1      | OBJETIVO GERAL.....   | 39        |
| 3.2      | OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....  | 39        |
| <b>4</b> | <b>DELINEAMENTO.....</b>  | <b>40</b> |
| 4.1      | CASUÍSTICA E LOCAL.....   | 40        |
| 4.2      | ANÁLISE CRÍTICA DE RISCOS E BENEFÍCIOS.....   | 41        |
| 4.3      | CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA COM<br>RELAÇÃO AO SUJEITO DE PESQUISA.....              | 42        |
| 4.4      | NÚMERO DE SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....   | 42        |
| 4.5      | CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....  | 42        |
| 4.6      | CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....  | 42        |
| 4.7      | PLANO DE RECRUTAMENTO: PROCEDIMENTOS PARA A COLETA<br>DE DADOS.....                                     | 43        |
| 4.8      | INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....   | 43        |
| 4.9      | ANÁLISE DOS DADOS.....  | 45        |
| <b>5</b> | <b>RESULTADOS.....</b>  | <b>47</b> |
| <b>6</b> | <b>DISCUSSÃO.....</b>   | <b>57</b> |
| 6.1      | PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....  | 57        |
| 6.2      | CONDIÇÕES DE SAÚDE, HISTÓRICO FAMILIAR E RISCO DE<br>SUICÍDIO.....                                      | 59        |
| 6.3      | RISCO DE SUICÍDIO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM..  | 64        |
| 6.4      | ATITUDES DE SEGURANÇA E RISCO DE SUICÍDIO.....  | 65        |
| <b>7</b> | <b>CONCLUSÃO.....</b>   | <b>70</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>72</b> |
|          | <b>APÊNDICES.....</b>   | <b>84</b> |
|          | APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....  | 84        |
|          | <b>ANEXOS.....</b>  | <b>86</b> |
|          | ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade<br>Federal do Triângulo Mineiro..... | 86        |
|          | ANEXO B - Instrumentos utilizados.....  | 95        |
|          | ANEXO C - Instrumento de coleta de dados.....   | 96        |

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

É notório observar que, nos últimos sessenta anos, ocorreram eminentes transformações, como, por exemplo, os avanços tecnológicos nas áreas clínicas, a ampliação do acesso aos serviços de saúde ao longo dos anos corridos, a difusão da informação em saúde de maneira globalizada, tornando, dessa maneira, este nicho comercial mais competitivo, principalmente, aos sistemas de cuidados com a saúde (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Soma-se a estas transformações a redução da morbimortalidade por diversas doenças, que entra em confronto com os riscos elevados intrínsecos a esses sistemas assistenciais à saúde, que se constituem por sua alta complexidade, com demandas em evolução constante enquanto os investimentos são insuficientes, o que significa um dos maiores desafios a serem enfrentados. Nesse contexto, a segurança do paciente entra para a agenda de estudiosos e pesquisadores ao redor do mundo no início dos anos 2000 e esta temática ganha o reconhecimento internacional como um indicador extremamente relevante da qualidade assistencial em saúde (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Inicialmente, a terminologia cultura de segurança foi empregada pelo Grupo Consultivo Internacional em Segurança Nuclear na publicação do relatório sobre o acidente nuclear de Chernobyl, em 1986. Este episódio foi considerado o pior acidente na história da geração de energia nuclear, no qual, após uma explosão e o incêndio, foi constatada a emissão de grandes quantidades de partículas radioativas na atmosfera na antiga União Soviética e na Europa Ocidental. Com este acontecimento, as preocupações sobre a segurança da indústria nuclear elevaram-se e uma “cultura de segurança fraca” foi instilada como a principal causa do acidente para as autoridades no assunto da *Internacional Atomic Energy Agency*. Os resultados destes estudos, analisados pelos pesquisadores em sua conclusão, recomendaram, às organizações, que diminuíssem os acidentes e incidentes de segurança comuns com o desenvolvimento efetivo de uma “cultura de segurança positiva” (RAIMONDI *et al.*, 2019).

A qualidade da segurança do paciente pode ser enunciada pela preocupação com a significância da ocorrência de Eventos Adversos (EAs).



Apesar do tema segurança assistencial (ou segurança do paciente) ser um dos temas atualmente mais abordados na literatura, os termos utilizados nas diversas publicações apresentam considerável variação. A Agência de Qualidade em Saúde do Departamento de Saúde do governo norte-americano (AHRQ) publicou um relatório com as definições adotadas para "erro" e "evento adverso". Assim, erro é considerado falha de uma ação planejada ao ser completada como pretendido (erro de execução) ou o uso de um planejamento errado para alcançar um objetivo (erro de planejamento), enquanto o EA é dano causado durante o processo assistencial não determinado pelas condições clínicas de base do paciente. Um EA atribuído a erro é um "evento adverso prevenível".

Outro termo bastante utilizado é o *near miss*, que é um incidente que não chegou a atingir o paciente durante o cuidado porque houve alguma intervenção que o evitou. O incidente, quando atinge o paciente, pode ou não causar dano. Quando não causa dano, é chamado de incidente sem dano e, quando causa, é chamado de EA (CAPUCHO, 2011).

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 deriva da ocorrência de EAs, pois estes acabam por envolver altos custos sociais e econômicos, impactando danos irreversíveis aos pacientes e, conseqüentemente, a suas famílias. O relatório do IOM desvelou a ocorrência de 44 a 98 mil óbitos a cada ano nos Estados Unidos relacionados ao EA (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) promulgou, por decorrência da constatação da magnitude do problema da segurança do paciente de forma globalizada, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*). Esta instituição possuía, como real propósito, a definição e a identificação das prioridades na área da segurança do paciente em nível global e, com algumas ações, devia contribuir para uma agenda mundial para a pesquisa nesta temática. O *WHO Patient Safety Program* foi, inicialmente, composto por diversos países com o propósito de definição das principais prioridades para pesquisas acadêmicas na área de segurança do paciente. Do resultado das primeiras análises sobre os temas mais relevantes destacam-se: cuidados de saúde

às mães e aos recém-nascidos; cuidados de saúde aos idosos; EAs 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 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

No ano de 2005, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) organizou e difundiu a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, com o intuito de elaborar as tendências e estabelecer as prioridades no desenvolvimento da Enfermagem na área da Segurança do Paciente, por meio da discussão, da cooperação, do intercâmbio de informações e dados entre os países envolvidos, por conta da real necessidade do fortalecimento da assistência do cuidado em Enfermagem com evidências científicas (PEREIRA; SOUZA; FERRAZ, 2014).

Já em 2008, no mês de maio, a OPAS idealizou e concretizou a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) com o Brasil como membro. Esta rede possui, como um dos principais objetivos, a abertura de questionamentos sobre o tema segurança do paciente associada à Enfermagem, para que se estabeleçam discussões e atualizações, com o incremento de estudos para a melhoria e divulgação de novas experiências com metodologia segura nessa relação profissional de Enfermagem e paciente (BUENO; FASSARELLA, 2012).

Em 2009, seis metas internacionais de segurança foram lançadas, quais sejam: identificação correta do paciente; comunicação clara e efetiva; segurança na administração de medicamentos; maior segurança em cirurgias; diminuição dos riscos de infecção e de queda do paciente (BRASIL, 2013a).

Com os estudos desenvolvidos no Brasil, aconteceram ações e repercussões de alta relevância, sendo uma destas a elaboração do Programa Nacional de Segurança do Paciente, em 2013, com as principais metas de: envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; desenvolver a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde nestes níveis de conhecimento e sua divulgação ao público em geral (BRASIL, 2013c).

Fundado no Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) preconiza a cultura de segurança disposta 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 possibilita recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança do paciente em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2013c).

A segurança do paciente tornou-se uma preocupação global de saúde pública, uma vez que é um processo que está em transição, transformando-se em um desafio das instituições e profissionais na busca da excelência no cuidado contínuo e integral (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016). Segurança do paciente também é definida pela “Promoção de um ambiente seguro, mediante a adoção de ações preventivas, desenvolvendo a capacidade da organização de se antecipar às situações indesejáveis. Identificação, análise, planejamento e implementação de melhorias para redução contínua dos riscos de danos associados à assistência em saúde” (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2018).

Para a formalização do compromisso de boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde, no que se refere à segurança do paciente, existe a Política de Segurança do Paciente, concretizada em 2018, que define os componentes de qualidade que garantem que esses serviços ofereçam padrões de qualidade oportunos à diminuição admissível do risco de injúria indevida associado à atenção à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016). Essa política define: “A diretriz institucional de consentimento informado e esclarecido; a declaração aos pacientes e acompanhantes do compromisso da instituição em relação às diretrizes de cuidados centrados na pessoa e direitos e deveres do paciente previstos em legislação, incluindo o consenso entre profissionais e pacientes acerca do tratamento e os termos de consentimento informado; o processo transparente de divulgação de incidentes relacionados à segurança para os pacientes, incluindo mecanismos de apoio para pacientes e prestadores de cuidado; o núcleo de segurança do paciente; o sistema de notificação e tratativa de incidentes e EAs; processo de divulgação de incidentes relacionados à segurança do paciente”, além

de diversas práticas.

Nesse contexto, a RDC Anvisa nº 36 (BRASIL, 2013b) determinou o Programa Nacional de Segurança do Paciente e ainda instituiu os núcleos de segurança do paciente, os planos de segurança do paciente em serviços de saúde e o monitoramento e a notificação de EAs. Dentro desses blocos citados, os gestores devem atingir metas com medidas e ações para prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes e/ou EAs (BRASIL, 2013b).

Existem algumas categorias de classificação, com base em terminologias padronizadas, de modo a facilitar a tomada de decisão, que podem ser usadas na avaliação de um EA, como: informações sobre o paciente, sexo, idade; momento; agentes envolvidos (agentes com potencial para causar danos, ou seja, qualquer produto, dispositivo, pessoa ou elementos envolvidos no incidente, podendo ou não levar à causa do incidente); causas; fatores contribuintes (qualquer agente que possa ter participado da origem ou do desenvolvimento de um incidente ou que possa aumentar o risco de ocorrência de um incidente); fatores mitigantes (agentes que podem reduzir a ocorrência de um incidente ou seu impacto); tipo de incidente; resultados do incidente; ações resultantes; papel do notificador (analisar fontes de informações heterogêneas e a forma como diferentes pessoas descrevem um dado incidente) (TEODORO *et al.*, 2020).

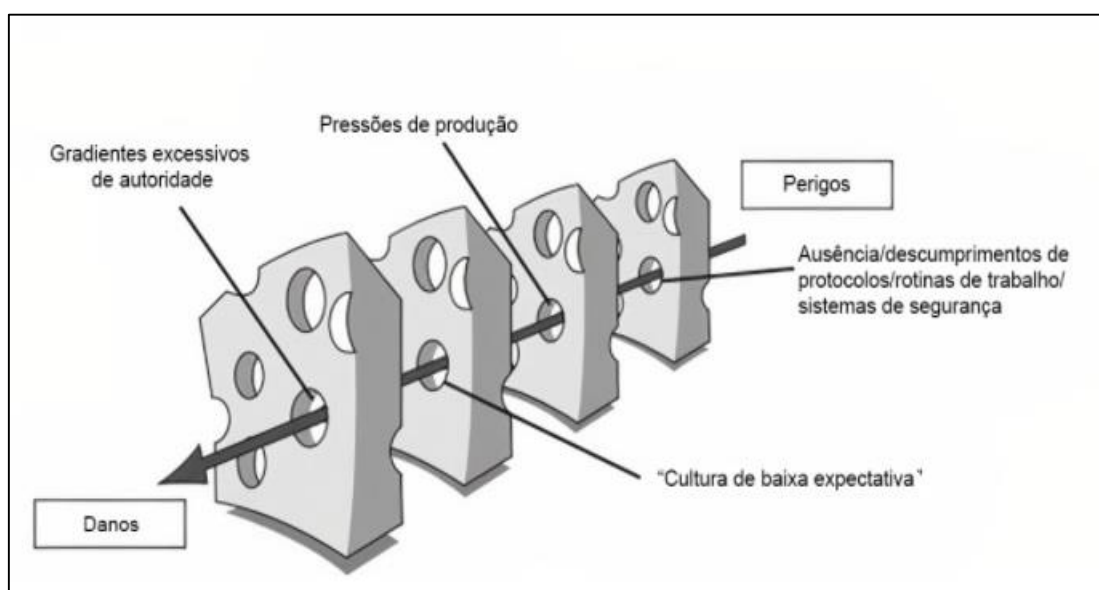
Atualmente, a segurança do paciente possui, como conceito, em síntese, os principais fatores responsáveis pela ocorrência de EA, como também as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, desde a sua concepção, organização e funcionamento, em vez de responsabilizar os profissionais ou produtos de maneira isolada e sim ser um evento multifatorial. A alegação essencial dispõe que os seres humanos cometem falhas, dessa forma, erros são prováveis, sendo que os erros são consequências, portanto, não são as causas. Esta condição humana é imutável, mas é possível atuar sobre as quais os seres humanos trabalham, ofertando defesas no sistema operacional com o propósito de minimizar os eventuais erros, estabelecendo uma maior segurança ao paciente e, conseqüentemente, uma qualidade do cuidar assistencial mais elevada (REASON, 2000).

Os EAs possuem características que podem ser classificadas como resultados de problemas na prática, produtos, processos ou mesmo dos sistemas. Dentro da alta complexidade das instituições de saúde, a ocorrência de EA é

consequência de associações de inúmeros fatores sistêmicos e, por vezes, institucionais, que podem incluir as estratégias de uma organização, a sua cultura, as práticas de trabalho, a abordagem de gestão da qualidade, da prospecção de riscos e da capacidade de aprendizagem a partir dos erros. Assim, é evidente que inúmeros fatores podem desencadear um EA (DONALDSON; PHILIP, 2004).

Os fatores que ocasionam os EAs foram estudados por James Reason e, por meio desses dados, este autor desenvolveu a teoria do “queijo suíço”, princípio que compara as vulnerabilidades do sistema de saúde aos buracos de um queijo suíço. Nessa similaridade, o “queijo suíço” reproduz etapas desse sistema imensamente complexo denominadas: fonte do problema, falhas ativas e falhas latentes. Nos ambientes hospitalares, essas condições podem relacionar-se ao processo de trabalho, à supervisão ineficaz, à falta de treinamento ou à formação deficiente em capacitações, ao estresse, à sobrecarga de trabalho e aos sistemas de comunicação inapropriados. Quando ocorre a formação em linha dos “buracos” dos “queijos suíços”, o EA pode impactar o paciente e, dessa forma, a segurança do paciente é quebrada e torna-se palpável (FERREIRA *et al.*, 2014).

Figura 1 - Modelo do queijo suíço de James Reason para os acidentes organizacionais.



Fonte: Reason (2000).

Em 2018, foi realizada uma pesquisa científica que analisava os EAs relacionados à assistência à saúde que resultaram em óbitos notificados no Sistema

de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa), sob responsabilidade da Anvisa. Os resultados demonstraram que foram registrados 63.933 EAs relacionados com a assistência à saúde no período de junho de 2014 a junho de 2016. Desses resultados relacionados aos EAs, 417 (0,6%) evoluíram para “óbito” e, em 22 (5,3%) casos, foi encontrada a investigação registrada no banco de dados do FormSUS apenas (MAIA *et al.*, 2018).

Outro estudo realizado em um hospital geral, filantrópico, de nível terciário, localizado na cidade de Montes Claros (MG), cujo método foi descritivo, desvelou, em seus resultados, que existem uma prevalência de EA e um aumento do número de notificações no decorrer do período investigado referente ao ano de 2018. E concluiu que existe uma realidade na assistência ao paciente que necessita de atenção especial, principalmente dos gestores e colaboradores. Embora haja uma observação do desenvolvimento da cultura de segurança do paciente e avanço no grau de maturidade dos profissionais do hospital investigado, é imprescindível um olhar diferenciado nesta temática (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

Com essa magnitude, este tema relacionado à segurança do paciente tem estado presente em discussões entre gestores e equipe de saúde de instituições hospitalares, na atualidade, de forma rotineira. Porém, não estão presentes estudos com evidências científicas que comprovem como é o clima de segurança dos profissionais atuantes diretamente em hospitais, portanto, existe uma lacuna a ser estudada. Dessa forma, é substancial e prioritário conhecer e reconhecer a cultura de segurança desenvolvida nas instituições para que sejam realizadas melhorias no cuidado assistencial prestado ao paciente e à sua família dentro do espectro de qualidade máxima (GOLLE *et al.*, 2018).

Tema importante quando discutida a segurança do paciente e como melhorar seus índices é a saúde mental dos profissionais assistenciais, principalmente o risco de suicídio dos mesmos. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária vem intensificando as ações de segurança do paciente em serviços de saúde sobre esse tema. De acordo com o regulamento, todos os EAs e óbitos relacionados a estes eventos ocorridos nos serviços de saúde do país devem ser notificados pelo Núcleo de Segurança do Paciente por meio do sistema de informação Notivisa (BRASIL, 2020a).

A importância na realização da notificação de EAs é que essa ferramenta é eficiente não apenas na avaliação da situação de segurança do paciente em um

dado momento, como também para o compartilhamento de informações e dados a respeito de incidentes de segurança em um formato facilitador, como parte de um processo contínuo de aprendizagem, a fim de promover mudanças nas políticas de saúde pública (TEODORO *et al.*, 2020).

Os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), dos Estados Unidos da América (EUA), destacam a necessidade de atenção especial sobre o tema suicídio, que se configura como a décima causa principal de óbitos em geral, com mais de 44 mil mortes em 2015, liderando as mortes nas faixas etárias entre 15 e 34 anos. O número e o percentual de mortes por suicídio cresceram consideravelmente entre 2000 e 2015 (2000 - 29.350 mortes por suicídio, sendo 10,44 mortes por 100 mil habitantes e 2015 - 44.193 mortes, sendo 13,26 mortes por 100 mil habitantes) (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017).

Em 2019, período pré pandemia de SARS-COV-19 a OMS divulgou que mais de 700 mil pessoas cometem suicídio por ano. Para cada caso de suicídio, existe pelo menos uma tentativa anterior de autoextermínio, e é a quarta causa de morte entre pessoas de 15-19 anos (OMS, 2021)

No Brasil, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) é o responsável pela captação de informações sobre o suicídio. Notou-se que, na faixa entre 20 e 59 anos, o coeficiente de mortalidade por suicídio tem aumentado no país (BRASIL, 2020a).

Segundo o manual de normas técnicas para práticas seguras para a prevenção do suicídio de paciente da ANVISA, de 2020, a maioria das mortes por suicídio acontece na comunidade, em domicílios acompanhados por Equipes Saúde da Família (ESF), onde o risco de suicídio é subdetectado e subnotificado, dificultando o tratamento precoce. Grande parte dos pacientes que sofreram de suicídio foi previamente atendida pela Atenção Primária à Saúde (APS) e não foi incluída em diagnósticos médicos que afetam a saúde mental (BRASIL, 2020a).

Para prevenir e evitar o suicídio, os serviços de saúde devem adotar estratégias como: criação de resposta nacional de prevenção de suicídio; restrição de acesso a pesticidas, armas de fogo e medicamentos perigosos; apoio a indivíduos vulneráveis dentro de comunidades carentes; capacitação específica aos profissionais de saúde para o reconhecimento da identificação do risco de suicídio e implementação de medidas e planos de ação para a minimização desse risco (BRASIL, 2020a).

É importante ressaltar que os EAs devem ser compreendidos em sua totalidade e alta complexidade, observando e constatando o que existe além de sua ocorrência conforme alguns exemplos: as sobrecargas de trabalho; a falta de conhecimento dos profissionais; a falta de comunicação efetiva; a precariedade da infraestrutura institucional; o pouco envolvimento da liderança nesse cenário; o desconhecimento da realidade local e outros problemas estruturais e organizacionais que prevalecem nas instituições de saúde em todo o território brasileiro (LEMOS *et al.*, 2018).

Dentro de toda a relevância do tema da segurança do paciente, esta temática ainda é considerada inovadora, principalmente, quando associada a uma assistência de qualidade com metas concretas de minimizar os EAs que impactam a saúde e colocam em risco os pacientes, bem como suas famílias. A Enfermagem necessita desenvolver um olhar holístico do paciente para que se estabeleça, com efetividade, uma assistência segura no cuidado prestado (CAVALCANTE *et al.*, 2015).

Para exercer uma assistência segura, existem estratégias e ferramentas que propiciam atingir os objetivos de segurança do paciente e asseguram uma observação concreta da variação do nível da qualidade de assistência dos cuidados em saúde e, dessa forma, é possível verificar uma real e efetiva redução de lesões/EAs nos pacientes no contexto geral (CAVALCANTE *et al.*, 2015).

O órgão que regula a saúde, a ANVISA (2013) remete que o ambiente de segurança está relacionado a competências e habilidades que abarcam inúmeras perspectivas, como o compromisso, a responsabilidade e a humanização, todos estes associados a uma equipe integrada e seus gestores (ANVISA, 2013). De Lima *et al.* (2019) evidenciou em sua pesquisa que a comunicação inadequada existente entre os trabalhadores e os gestores configura na principal inferência na garantia de assistência realizada aos usuários dos serviços de saúde. Em 73,3% das respostas dos profissionais de saúde houve a descrição de falhas na comunicação e que estas retardam a prestação de cuidados. Outro resultado relevante deste estudo refere que 60% desses trabalhadores salientam que não existe encorajamento por parte de seus colegas a reproduzir qualquer preocupação quanto a segurança do paciente. No serviço investigado, ou seja, na Unidade Básica de Saúde (UBS) 53,3% dos anuentes relatam a dificuldade para discutir livremente em caso de ocorrência de alguma adversidade na prestação de cuidado ao doente. Deste modo, as conclusões dos autores refletem que para 53,4% dos profissionais de saúde existem



conflitos sobre a temática e que estes não são resolvidos de maneira adequada para os usuários. (DE LIMA *et al.*, 2019)

Segundo Munhoz (2018) faz-se necessário refletir e reagir a respeito do comportamento diante de erros cometidos e eventos adversos, com a suspensão da cultura punitiva e de culpa (MUNHOZ, 2018). Neste sentido, um estudo traz que dentro de uma população de universitários distribuídos pelo Brasil de cinco diferentes hospitais, estes participantes revelam que diante da alguma negligência de conduta seguras observada pelos gestores ocorre um aumento de supervisão sobre estes profissionais, desencadeando problemas de saúde mental nestes funcionários (BAPTISTA, 2015).

Na literatura são encontradas grandes preocupações a respeito da saúde mental dos profissionais da atenção primária (BONDEVIK *et al.*, 2014; LITCHFIELD *et al.*, 2018). Neste contexto Marchon, Mendes Junior e Pavão (2015) apontam ocorrerem em seu estudo relatos relacionados a atribuições do profissional harmonizar seu trabalho na APS e a vida familiar, e deste modo, pode contribuir para o surgimento de adversidades com relação a sua moral e concentração, especialmente, para àqueles que possuem menos recursos para estabelecer suas intervenções, sejam materiais ou humanos, e, assim expressaram frustração e fadiga. Outro quesito que contribuiu para a ocorrência de incidentes é a pressão para que a equipe de saúde seja mais produtiva em menor tempo, que ocasiona sobrecarga de trabalho exercida com menor qualidade (MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015).

## 1.2 SUICÍDIO E SAÚDE MENTAL

Durante séculos e séculos, o ser humano experimenta e sofre com a loucura. Mesmo antes que a loucura se tornasse um objeto de pesquisas, pessoas, de maneira empírica, tentavam descobrir suas causas e consequências (ABIRACHED, 2017). Esta situação pode ser observada, sobretudo a partir do século XVIII no qual ocorreu uma intensificação da relação médico e louco no que diz respeito à forma de lidar com o transtorno de comportamento e cognição (AMORIM; LAVRADOR, 2017).

Com as alterações e mudanças na sociedade, as doenças mentais passaram a ser encaradas como inconvenientes e inapropriadas para o convívio e começou-se a erguer muros e paredes para tratar dos ditos loucos. No início do século XVIII,

começou a ser reconhecido que os hospitais eram locais mais apropriados para os cuidados psiquiátricos (AMORIM; LAVRADOR, 2017).

Publicado pela Associação Psiquiátrica Americana, o DSM-V é uma lista de todos os transtornos mentais conhecidos com a descrição de suas causas, constando também estatísticas sobre as doenças e como elas afetam diferentes faixas etárias e sexos. Este refere que “a compreensão do contexto cultural da vivência da doença é essencial para a avaliação diagnóstica e o manejo clínico efetivo” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 749).

O suicídio é um problema complexo para o qual não existe uma única causa ou uma única razão. Ele resulta de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. Contudo, a maioria dos suicídios pode ser prevenida. A OMS revela que o suicídio, nos tempos atuais, é considerado um problema de saúde pública mundial, estando entre as quatro principais causas de morte entre pessoas na faixa etária de 15 a 44 anos (OMS, 2021).

Capacitar equipes de atenção à saúde para identificar, abordar, manejar e encaminhar uma pessoa em risco de suicídio na comunidade é um passo importante na prevenção do suicídio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

Vale ressaltar o conceito de suicídio, que pode ser descrito como um ato deliberado, iniciado e levado até o final por uma pessoa com conhecimento pleno ou uma expectativa de um resultado fatal. Estatisticamente, estima-se que, por ano, 700 mil pessoas, aproximadamente, cometem suicídio no mundo, sendo considerada a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos no ano de 2019, segundo a OMS. Contudo, o relatório mundial, divulgado em setembro de 2019 pela OMS, relatou que o número total de óbitos por suicídio possa ser superior aos dados divulgados, uma vez que o suicídio é um assunto sensível e até ilegal em alguns países e entremeado por tabus e preconceitos (OMS, 2021).

A OMS aponta que o Brasil é o quarto país da América do Sul em número de suicídio entre 2000 e 2012, mas o Ministério da Saúde (MS) descreve que um crescimento do número de suicídios, sendo que no país, essa causa de morte está presente entre 5,8 a cada 100 mil habitantes, o que equivale praticamente à metade da média mundial, que é de 11,4 por 100 mil habitantes (OMS, 2021).

O comportamento suicida pode ser classificado em três momentos, com as seguintes características: a ideação suicida, que pode ir de pensamentos de morte à

intenção suicida estruturada ao planejamento suicida; o suicídio consumado e a tentativa de suicídio, que ocorre entre a ideação o suicídio consumado (SAMPAIO; TELLES-CORREA, 2013).

São muitas e diversas as situações que envolvem esse ato extremo e, certamente, abrangem uma complexidade extrema e, por isso, o suicídio pode e deve ser analisado sob várias concepções e dimensões que envolvem as biológicas, as genéticas, as sociais, as culturais e as ambientais, pois devem ser analisadas no espectro multifatorial (BERTOLOTE, 2012).

Especificam-se os grupos diagnósticos para o risco de suicídio em ordem decrescente de risco (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000): depressão (todas as formas); transtorno de personalidade (antissocial e *borderline* com traços de impulsividade, agressividade e frequentes alterações do humor); alcoolismo (e/ou abuso de substância em adolescentes); esquizofrenia; transtorno mental orgânico. Há alguns tipos de doenças físicas e estressores da vida com acontecimentos estressantes nos três meses anteriores ao suicídio. São eles (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000): problemas interpessoais – ex.: discussões com esposas, família, amigos, namorados; rejeição – ex.: separação da família e amigos; eventos de perda – ex.: perda financeira, luto; problemas financeiros e no trabalho – ex.: perda do emprego, aposentadoria, dificuldades financeiras; mudanças na sociedade – ex.: rápidas mudanças políticas e econômicas; vários outros estressores como a vergonha e a ameaça de serem considerados culpados.

O autor Solomon (2014), em seus estudos, revelou que algumas pessoas, quando estão em enfrentamento de situações desesperadoras, afeiçoam-se à vida, enquanto outras possuem comportamentos suicidas (SOLOMON, 2014).

Nos países mais desenvolvidos, onde a renda *per capita* é mais alta, existe uma relação entre distúrbios suicidas e mentais mais bem estabelecidas em que vários suicídios ocorrem de forma impulsiva em momento de crise, com o colapso na capacidade de lidar com os estresses da vida rotineira. Pode-se relatar também que o comportamento suicida está associado à dificuldade no enfrentamento de conflitos, desastres, violência, abusos ou perdas e a um senso de isolamento, e isto leva as taxas de suicídio a elevarem-se em grupos vulneráveis que sofrem discriminação, como refugiados e migrantes, indígenas, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros e Intersexuais (LGBTI) e pessoas privadas de liberdade, ou seja, os grupos com maior vulnerabilidade (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2016).

Segundo Marquetti (2014), a concepção de suicídio comporta-se como um evento intimista, mas este também pode se apresentar como uma maneira de comunicação subjetiva, que atende à estetização, às mensagens, aos cenários construídos intrinsecamente e aos receptores dessa forma de comunicação, sendo os receptores também denominados como espectadores. Ao seguir ainda a linha de raciocínio de Marquetti (2014), a intersubjetividade estabelecida entre o suicida e seu espectador aponta para os conflitos da sociedade contemporânea e da cultura moderna, portanto, o suicídio significa uma maneira de transgressão às regras da sociedade atual (MARQUETTI, 2014).

No relatório de 2012 a OMS previu que até o ano de 2020, a incidência mundial de suicídio atingirá, aproximadamente, 1,53 milhão de pessoas e complementou que dez e 20 vezes mais indivíduos apresentarão comportamento suicida e tentarão suicídio. Portanto, é um fenômeno complexo, universal, globalizado e, dessa forma, representa, sem a menor dúvida, um grande problema de saúde pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Pesquisas apontam que existe prevenção em que o desfecho fatal pode ser evitado, em grande parte dos casos, quando há um acolhimento ao sofrimento e o acompanhamento da situação do indivíduo (BRASIL, 2013d).

É possível ainda relatar que, para cada suicídio levado ao desfecho fatal, existem cerca de cinco a dez pessoas, que são familiares e amigos, afetadas nas dimensões sociais, emocionais e econômica de maneira desmedida. Assim, este efeito difuso trata-se de um problema de saúde coletiva com imensa relevância, pois as vítimas em potencial e os chamados “sobreviventes” carecem de atenção especial e integral, bem como seus amigos e familiares (CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA, 2013).

Considera-se que o comportamento suicida é um fenômeno complexo e multifatorial. Dessa forma, é necessário compreender sua dinâmica para que seja estabelecido um protocolo de intervenções e ações com estratégias para a prevenção desses agravos e, ao mesmo tempo, adequação das práticas de saúde para melhor assistir suas vítimas.

Para Sampaio e Telles-Correia (2013), é possível a implementação de estratégias de intervenção específicas para comportamentos suicidas, complementando que estas são de fundamental importância, mas, para a sua realização, é imprescindível continuar ofertando pesquisas científicas cujo objetivo

seja a compreensão dos determinantes causais desse problema de saúde pública em crescimento em nível global (SAMPAIO; TELLES-CORREIA, 2013).

### 1.3 SAÚDE DO TRABALHADOR E A RELAÇÃO COM A SEGURANÇA DO PACIENTE E O RISCO DE SUICÍDIO

Os profissionais de Enfermagem, que estão na linha de frente dos cuidados de saúde, apresentam um grupo de risco para o suicídio, considerando a facilidade de acesso aos meios suicidários e às substâncias psicotrópicas, bem como o meio ambiente de trabalho estressante e, por muitas vezes, violento. Assim, ao mesmo tempo em que esses trabalhadores precisam estar atentos à própria saúde, eles também precisam estar capacitados para lidar com uma clientela cada vez mais necessitada de assistência à saúde mental (BORDIGNON *et al.*, 2016).

A promoção da saúde mental dos profissionais de Enfermagem é fundamental não apenas do ponto de vista da saúde do trabalhador, como também para a realização de uma assistência segura, minimizando os riscos e danos causados ao paciente (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

A saúde do trabalhador brasileiro é considerada uma área da Saúde Pública e possui, como principal meta, o estudo, a implementação e a avaliação de intervenções/ações direcionadas à relação entre trabalho e saúde. São muitas as atividades nesse contexto, dentre elas, a promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados ao trabalho, a vigilância de riscos existentes nos ambientes de trabalho e as condições de trabalho ofertadas pelas instituições, bem como pode-se também incluir a assistência de saúde ao trabalhador quando necessário, com a oferta de métodos de diagnóstico, tratamento e reabilitação ocupacional (BRASIL, 2001).

É necessário destacar que a saúde do trabalhador, na literatura científica, indica que a sobrecarga e as condições de trabalho, a remuneração baixa e outras situações colocam o profissional em risco de desenvolver agravos de saúde de maneira geral. Ao considerar esses aspectos referentes às doenças relacionadas ao trabalho, estudos revelam que a categoria da Enfermagem está caracterizada como uma das profissões que estão sendo acometidas, cada vez mais, por problemas ocupacionais, sejam físicos e/ou psicológicos (ASCARI; SCHMITZ; SILVA, 2018).

Então, é necessário compreender que sempre existirão conflitos entre o

trabalho prescrito e o feito na realidade. Esses conflitos geram sofrimento ao trabalhador, pois este profissional usa a tentativa de conciliação entre as duas situações com o intuito de superação destas falhas para que possa executar o trabalho necessário da melhor maneira possível (DEJOURS, 2012).

Portanto, a instituição de saúde possui um papel de grande magnitude nesses conflitos porque é a organização que oferece os sentidos das funções do trabalhador e que estabelece os objetivos e metas. Também é a instituição que é responsável por gerar, manter, melhorar e fornecer espaços de trabalho seguros e mínimos para minimizar e suprir esse sofrimento, onde a prevenção dos riscos de danos psicossociais relacionados ao trabalho deve ser implementada com efetividade (FACAS, 2013).

Nos serviços de saúde, os profissionais de Enfermagem, que exercem suas funções, são os trabalhadores que geralmente apresentam mais riscos e vulnerabilidades, pois estão, frequentemente, próximos aos pacientes e familiares, gerando estressores e situações negativas em sua rotina (PEREIRA *et al.*, 2014).

Um outro fator é que a demanda diária da profissão, a capacitação profissional, as condições de trabalho extenuantes, as mudanças organizacionais, a hierarquia e demais situações contribuem para que o profissional da Enfermagem esteja vulnerável ao desgaste físico, psíquico, emocional e social, podendo trazer consequências graves, como o desenvolvimento de transtornos mentais, como a Síndrome de *Burnout* (SCHMIDT *et al.*, 2013).

O suicídio, segundo Schlösser, Rosa e More (2014) está relacionado a um fenômeno complexo e multicausal abarcando todas as dimensões da existência dos indivíduos, tais quais as sociais, ambientais, psicológicas, culturais, biológicas e políticas (SCHLÖSSER; ROSA; MORE, 2014). Os mais importantes fatores de risco associados à prática do suicídio são: tentativas anteriores que predisõem a uma letalidade do método, apresentar transtornos mentais, abuso de álcool e outras drogas, ausência de apoio familiar ou social, histórico de suicídio na família, forte intenção suicida, eventos estressantes e características sociodemográficas desfavoráveis, como pobreza e desemprego (CHAN; SHAMSUL; MANIAM, 2014).

Uma ferramenta disponível para avaliar o risco suicida é a entrevista clínica e este método possui dois objetivos: apoio emocional/estabelecimento de vínculo e coleta de informações. É necessário identificar e compreender, durante a entrevista, os fatores de risco e proteção, dados epidemiológicos, caracterização do ato,

aspectos psicodinâmicos, antecedentes pessoais e familiares, modelos de identificação, dados sobre a saúde física e a rede de apoio social para os entrevistados.

No Brasil, há poucos estudos que avaliaram atitudes e a tentativa de suicídio ou o comportamento suicida de profissionais da área de saúde. Um estudo realizado em Ribeirão Preto, em 2020, destacou que o contato entre colegas de profissão que tentaram suicídio foi associado a atitudes menos condenatórias, além de ser relacionado à maior compreensão da competência ocupacional. O convívio com alguém com comportamento suicida incentiva o aprendizado, a reflexão e a reestruturação da capacidade para cuidar. A atitude compreensiva e empática é um fator diferencial na prevenção ao suicídio que precisa ser integrado na formação de profissionais de saúde (ALMEIDA; VEDANA, 2020).

Como citado anteriormente, o suicídio não pode ser tratado como caso isolado, pois, geralmente, é um conjunto de situações como abandono, medo, solidão, culpa, instabilidade emocional, desestrutura familiar, desgaste emocional, insatisfação com salário, sobrecarga de trabalho, peso das responsabilidades, além de outros motivos, que podem levar um profissional da área da saúde à prática do suicídio (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

O *Burnout*, síndrome caracterizada por profissionais pelo esgotamento físico, mental e pela irritabilidade que as atividades laborais acarretam, também contribui para consequências negativas que se associam aos sentimentos pessimistas dos profissionais, tornando-se um motivo a mais para a prática do suicídio (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A lentidão nas atividades, o desinteresse, a redução da energia, apatia, dificuldade de concentração, pensamento negativo e recorrente, com perda da capacidade de planejamento e alteração do juízo de verdade, são evidências de sofrimento humano que sinalizam para a depressão e possível risco de suicídio (SILVA *et al.*, 2015).

A depressão e o suicídio são eventos complexos, estão associados e trazem muito sofrimento para o indivíduo, para a família e para a sociedade. Na depressão, o indivíduo apresenta visão distorcida do mundo e da realidade e muitas pessoas acham que falar sobre suicídio agrava ou estimula a situação. Porém, especialistas em saúde mental disseram exatamente o contrário: expressar, falar e dialogar, de forma responsável, sobre esses sentimentos podem ajudar essas pessoas a

procurarem socorro adequado (OLIVEIRA *et al.*, 2020). A prevalência de sintomas depressivos e de suicídio, que fazem parte do processo de causas de morte, é elevada entre profissionais da saúde. Essa prevalência é influenciada pelo estresse do ambiente e processo de trabalho, que interferem, significativamente, na vida laboral destes profissionais (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

O suicídio, cujas causas são complexas e multifacetadas, ainda é uma temática vista como um tabu na sociedade moderna porque é complexo esse fato e dificulta o acesso às razões reais que levam o indivíduo ao ato (PENSO; SENA, 2020). As práticas autolesivas não estão associadas a uma única causa, mas sim à consequência de complexas influências mútuas entre fatores genéticos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Portanto, essas interferências não podem ser avaliadas isoladamente. Os fatores de risco mais relacionados ao comportamento suicida são: depressão, ansiedade, sentimentos de solidão, angústia, tristeza, desânimo, abandono físico e emocional, abuso sexual, desestrutura familiar e o término de uma relação amorosa (CHAN; SHAMSUL; MANIAM, 2014).

#### 1.4 SEGURANÇA DO PACIENTE E SUICÍDIO NA APS

A APS é compreendida como o ponto de atenção em saúde mais próximo dos locais de moradia e trabalho dos indivíduos, configurando-se, assim, como o serviço prioritário para assistir às novas necessidades e problemas ao longo do tempo (BRASIL, 2002). Esse ponto de atenção em saúde é compreendido, dentro dos sistemas atenção à saúde, como a porta de entrada e ordenadora de todo o sistema (AQUINO *et al.*, 2014).

As primeiras experiências de APS vivenciadas no Brasil datam da década de 1920. Desde então, diversos ciclos de estruturação foram vivenciados no país até o ciclo atual, conhecido como ciclo da Atenção Básica (MENDES, 2012). A Nomenclatura Atenção Básica foi adotada no Brasil para contrapor-se à proposta político-ideológica de APS destinada à população carente. Além disso, a Atenção Básica resgata a intencionalidade da universalidade da APS na Declaração de Alma-Ata, considerando esse serviço como reorientador do modelo de assistência à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Por Atenção Básica compreende-se o conjunto de ações integrais de saúde desenvolvidas tanto no âmbito individual como no coletivo com o objetivo de



impactar a situação de saúde e autonomia das pessoas. Ao atuar no nível comunitário, a Atenção Básica exerce práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, que levam em consideração a dinamicidade existente no território. Essas ações são pautadas no trabalho em equipe e no uso de tecnologias de cuidado complexas e variadas (BRASIL, 2012).

A ESF é o modelo prioritário da Atenção Básica, pois adota um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde e voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Os princípios ordenadores da Atenção Básica são a acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, responsabilização, coordenação e resolubilidade (BRASIL, 2012). Este ciclo iniciou-se em 1994, com o Programa Saúde da Família (PSF), cujas ações passaram a ser consideradas estratégicas para a reestruturação da Atenção Básica em saúde no país, passando a ser conhecida como Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL 2012). A ESF pressupõe rupturas com as práticas tradicionais e hegemônicas de saúde, centrando-as nos princípios da vigilância à saúde (assistência integral, abrangendo todo o processo saúde-doença), reconhecendo os sujeitos também na centralidade da proposta por meio de seus princípios como a humanização das práticas de saúde, o estímulo à participação popular e o reconhecimento da saúde como direito do cidadão (FARAH, 2006).

O funcionamento adequado da ESF é capaz de resolver cerca 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2000).

A ESF busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde e na qualidade de vida da população assistida. O trabalho das equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde (ACS), construindo vínculo com a comunidade e o envolvimento com a realidade local (SOUZA, 2003).

Na ESF, a atenção está focada na saúde, tendo como sujeitos do processo de ação o indivíduo, a família e a comunidade, em seu espaço vital, para melhor compreensão dos fatores determinantes do processo saúde-doença. Isso permitirá

intervenções de maior significação social. Está direcionada para a promoção da equidade, por isso, faz discriminação positiva e seleciona o público-alvo e formas de atenção. Reforça que não se trata de um modelo simplista de atuação para grupos populacionais desprovidos econômica e socialmente. Desenvolve uma assistência integral e “não recorta a população em fatia” (BRASIL, 1996, p. 21).

As equipes de Saúde da Família (eSF) são compostas por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de Enfermagem e ACS. A essa equipe, podem ser somados os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

Os profissionais de Enfermagem estão presentes em todas as equipes, sendo que o trabalho desenvolvido por esses profissionais impacta diretamente a qualidade da atenção em saúde prestada aos pacientes. Apesar de sua importância no contexto de toda Saúde da Família, os profissionais de Enfermagem deparam-se com diversos problemas como: sobrecarga de trabalho; excesso de demanda; déficits na estrutura física; falhas no funcionamento da rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS); insatisfação com o salário e com a jornada de trabalho; escassez de recursos humanos e a sobrecarga causada pela realização de atividades administrativas (PIRES *et al.*, 2016).

O acúmulo de funções pelo enfermeiro resulta em uma prática curativista, com poucas ações de promoção e prevenção em saúde. Segundo os autores, a manutenção de um modelo curativo está interligada à sobrecarga de trabalho, uma vez que, na ausência de tempo suficiente para o desenvolvimento das atividades preventivas e de vigilância em saúde, o enfermeiro, eticamente, opta por dar resposta às questões mais urgentes (BARATIERI; MARSON, 2012).

É preciso pontuar que os trabalhadores da Atenção Básica apresentam elevadas prevalências de problemas de saúde, inclusive de saúde mental, tais como depressão, estresse, ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (DILÉLIO, 2012).

Hoje, os sintomas depressivos e de suicídio, são elevados entre os profissionais da saúde. Esses profissionais, muitas vezes, influenciados pelo estresse do ambiente e do processo de trabalho, têm sua vida labora influenciada, significativamente, com impacto na qualidade de vida. Os profissionais de

Enfermagem estão no grupo dos mais propensos aos problemas de saúde mental, como a depressão e o risco de suicídio, porque lidam com o sofrimento humano, a dor, a alegria, a tristeza e precisam ofertar ajuda àqueles que necessitam de seus cuidados. Destacam-se, ainda, outros fatores comumente encontrados, como as condições difíceis de trabalho e a falta de reconhecimento profissional. Por isso, a importância de se olhar para o profissional de saúde e perceber seu processo de adoecimento também no âmbito da APS (BENDER; CONTO; RODRIGUES, 2021).

A APS desempenha uma função primordial na prevenção do comportamento suicida. As equipes podem estabelecer contato proximal e longitudinal, por meio do acolhimento, identificação de problemas, discussão dos casos, e ainda desenvolver ações e estratégias para melhor manejo dos casos (BENDER; CONTO; RODRIGUES, 2021). O objetivo da APS, nesse sentido, é o crescimento e a expansão das áreas de atenção à saúde para pessoas com algum sofrimento ou transtorno mental na esfera do SUS. Com isso, é necessária a capacitação das equipes de APS no que se refere à prevenção do suicídio, visto que estes profissionais cuidam diretamente dessa comunidade, além de a APS ser a principal porta de entrada aos serviços de saúde (PENSO; SENA, 2020).

No entanto, o processo de formação de enfermeiros e demais profissionais sobre a temática do suicídio ainda é escasso, necessitando de maiores qualificações para o desenvolvimento de habilidades e competências a fim de melhores intervenções nas situações de suicídio (BENDER; CONTO; RODRIGUES, 2021).

De acordo com o estudo realizado em Florianópolis (BENDER; CONTO; RODRIGUES, 2021), a principal forma de acesso da pessoa com ideação suicida à APS dá-se por demanda espontânea e não há um protocolo estruturado ou padronizado definido para a realização do rastreio para o risco de suicídio pelos profissionais de saúde que atendem às demandas, tornando a avaliação subjetiva. Acredita-se que essa é a realidade de grande parte das instituições de saúde da APS no Brasil, por isso, o sistema de notificação é tão importante, uma vez que norteia as informações que devem ser colhidas pela equipe.

Assim, a discussão acima é uma das vertentes, porém, ao mudar o olhar para o trabalhador em saúde na APS e para as ações desenvolvidas para o cuidado com o profissional, notam-se grandes vazios assistenciais e de literatura.

O panorama recente revela que, para o funcionamento de um bom atendimento em saúde, faz-se necessário um equilíbrio por parte de quem cuida, ou

seja, o cuidador precisa estar sentindo-se valorizado enquanto pessoa, bem como profissional (MARTINS, 2002).

Para assumir a posição de cuidador, é indispensável estar bem cuidado, ou por ele mesmo ou também com a ajuda e participação dos que convivem com ele (COSTENARO; LACERDA, 2002).

No que tange ao cuidado assistencial, fatores relacionados às inúmeras atribuições que devem ser empreendidas nos serviços de saúde, incluindo liderança, assistência, competência, motivação e desenvolvimento de relações terapêuticas, somados à exposição diária à dor, à doença e à morte, geram, nesses profissionais, conflitos e um desgaste emocional que comprometem a qualidade do cuidado (MARTINS, 2002).

Os profissionais de saúde, inclusive o (a) enfermeiro (a), sentem a necessidade de um acompanhamento e preparação no que diz respeito à sua rotina diária de estresse e pressão por parte tanto da direção, coordenação dos hospitais ou órgãos da saúde, quanto do próprio paciente. Além disso, é necessário um preparo emocional dos profissionais que se expõem e se colocam como ferramenta de trabalho. Outro aspecto fundamental nesse processo é a disponibilidade do enfermeiro para entender e lidar com a “pessoa inteira”, uma vez que, para isso, ele se coloca diante da sua própria existência (ESPERIDIÃO, 2001).

Nesse contexto, a temática segurança do paciente, na APS, está se consolidando, o que é fundamental, uma vez que esse nível de atenção coordena o cuidado e ordena as ações e os serviços disponibilizados nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). No âmbito da APS, a abordagem da segurança do paciente ainda é incipiente e, em 2017, o Brasil incorporou esta temática à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Algumas políticas e ações relacionadas à melhoria do cuidado foram implementadas a partir dos anos 2000, tendo sido instituídas e desenvolvidas ações do campo da avaliação e do monitoramento dos serviços de saúde da APS. A primeira iniciativa foram os estudos de linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), iniciados em 2002, cujo objetivo era contribuir para a implantação e consolidação da ESF e elevar a qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população, em todos os municípios brasileiros. Em 2005, foi lançado o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da

Família (AMQ-ESF), desenvolvido com vistas a ofertar, aos gestores municipais, algumas ferramentas de avaliação e gestão da qualidade da ESF. Em 2011, instituiu-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) cujo objetivo central era incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos na APS. Mais recentemente, em 2019, foi lançado o Programa Previne Brasil, que instituiu um novo modelo de financiamento da APS com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (MAKEHAM *et al.*, 2008).

A APS acessível e segura é essencial para alcançar a cobertura universal de saúde. A prestação de cuidados primários seguros é uma prioridade na medida em que cuidados básicos inseguros podem causar danos e lesões evitáveis, levando a internações desnecessárias e, em alguns casos, à incapacidade e até à morte. Por essas razões, a Segurança do Paciente na APS justifica-se como uma estratégia capaz de gerir os riscos de forma a maximizar benefícios e minimizar danos ao longo do tempo (VINCENT; AMALBERTI, 2016).

A educação permanente na área da saúde é um aspecto que merece atenção quando se trata de segurança do paciente na APS. O papel da educação permanente é fazer uma reflexão da prática atual de trabalho em conjunto com os conceitos dos estudiosos, pois nada adianta aplicar conceitos sem levar em conta a realidade local daqueles profissionais.

## 2 JUSTIFICATIVA

Segundo Fertonani *et al.* (2015), deve existir uma busca de um modelo assistencial que esteja orientado para a integralidade e as necessidades ampliadas de saúde e, acima de tudo, que esteja intrinsecamente associado aos princípios do SUS e que, principalmente, supere os problemas decorrentes da hegemonia do paradigma da biomedicina, e esse é um dos grandes desafios do sistema de saúde brasileiro, objetivando também a saúde ocupacional.

O estudo busca identificar, dentre os indicadores de sofrimento mental dos profissionais de Enfermagem, o risco para o suicídio, correlacionando-o com as atitudes desses profissionais em relação à segurança do paciente.

Portanto, o estudo tem como objeto a análise de riscos de suicídio e as atitudes de segurança do paciente e suas correlações entre profissionais de Enfermagem na APS. Não obstante a isso, também é muito importante avaliar o impacto de estratégias de enfrentamento a esses problemas e os fatores associados a esse público. Este estudo mostra relevância e apresenta potencial avanço científico e tecnológico à medida que se propõe a investigar a associação do risco suicidário no contexto da saúde do trabalhador - campo ainda pouco conhecido, considerando também toda complexidade e vulnerabilidade física e mental a que estes trabalhadores estão expostos.

A contribuição para a assistência e para o avanço científico da Enfermagem fortalece-se nesta pesquisa, uma vez que se propõe a descrever e a conhecer o referido objeto de estudo, gerando, assim, conhecimentos e possibilitando pensar novas abordagens integrativas e preventivas de modalidades assistenciais junto ao campo da saúde do trabalhador, mostrando comprometimento ético junto aos participantes da pesquisa, ocasionando benefícios diretos aos mesmos.

As repercussões deste estudo vão dos avanços científicos supracitados, pois gerarão informações diretas quanto às condições de saúde de uma considerável parcela dos trabalhadores de Enfermagem no município de Uberlândia, o que poderá subsidiar ações, por parte de gestores responsáveis, a fim de se repensar programas e estratégias de prevenção, tratamento e acompanhamento nessa área, além de ativar reflexões sobre a organização e gestão do processo de trabalho da Enfermagem local, o que, por sua vez, poderá refletir em uma assistência mais segura junto aos usuários dos serviços de saúde.

Dessa forma, o estudo pode contribuir para a tão necessária interlocução entre academia, ciência, serviços de saúde, usuários e trabalhadores, propiciando parcerias interinstitucionais – entre a universidade, Secretaria Municipal de Saúde e Organizações Sociais (OS) – que poderão gerar novos conhecimentos e sedimentar outros a respeito de seus trabalhadores e seus reflexos nos serviços e na assistência prestada. Além disso, espera-se que este estudo possa contribuir com a abordagem e detecção do risco de suicídio em profissionais de Enfermagem na APS e identificar se há correlação com a segurança do paciente.

Além disso, percebeu-se a existência de poucos artigos na literatura que estudam essa temática na APS. Menor ainda é o volume de trabalhos conduzidos com os profissionais de Enfermagem. Dessa forma, este trabalho contribui para a literatura na produção de conhecimento sobre os trabalhadores da APS, permitindo pensar, discutir, desenvolver e fomentar ações voltadas para a saúde dos trabalhadores de Enfermagem na APS, intensificando e ampliando o olhar sobre quem cuida, ou seja, cuidando do cuidador.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a influência dos fatores de risco para o suicídio nas atitudes relacionadas à segurança do paciente de auxiliares, técnicos em Enfermagem e enfermeiros da APS.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos deste estudo se apresentam a seguir:

- a) descrever aspectos sociodemográficos e condições de saúde dos profissionais de Enfermagem da APS;
- b) identificar o risco suicidário nos profissionais de Enfermagem da APS;
- c) identificar as atitudes relacionadas a segurança do paciente nos profissionais de Enfermagem da APS;
- d) relacionar as variáveis sociodemográficas, o histórico e as condições de saúde com os fatores de risco para o suicídio;
- e) relacionar as variáveis sociodemográficas, o histórico e as condições de saúde e os fatores de risco para o suicídio com as atitudes de segurança do paciente dos profissionais de Enfermagem da APS.

#### 3.3 HIPÓTESES

Este estudo parte da hipótese de que os enfermeiros da APS possuem um risco clinicamente importante para o suicídio, e que esse risco, juntamente com fatores como idade, tempo de experiência, carga de trabalho e tempo de formação influenciam nas atitudes relacionadas a segurança do paciente.



## 4 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo de caráter observacional e descritivo, transversal e de abordagem quantitativa. Métodos de pesquisa são estratégias utilizadas por pesquisadores para dar estrutura, analisar e reunir informações relevantes para uma determinada questão a ser estudada. A utilização do método quantitativo prevê a adoção de estratégia sistemática e objetiva, empregando a mensuração das variáveis pré-estabelecidas. Ainda possibilita a utilização de mecanismos destinados a controlar a situação de pesquisa de modo a reduzir os vieses e potencializar a precisão e a validade. Empregar o método observacional e o corte transversal à pesquisa relaciona a observação do meio estudado sem gerar interferência ou modificação em seus aspectos e investiga o fator causa no presente, ou seja, no mesmo momento da análise, respectivamente (POLIT; BECK, 2011).

### 4.1 CASUÍSTICA E LOCAL

O estudo desenvolveu-se no município de Uberlândia, que está situado no extremo oeste do Estado de Minas Gerais, na região denominada de Triângulo Mineiro, sendo atualmente o segundo município mais populoso de Minas Gerais (706.597 habitantes) segundo dados do Departamento de Informática do SUS (estimativa de população residente no ano de 2021 para cálculo do Fundo de Participação dos Municípios).

Em uma análise dos dados consolidados pela Sala de Apoio à Gestão Estratégica do MS (BRASIL, 2017), a implantação da ESF no município deu-se somente no ano de 2003, com a inauguração de trinta ESF, revelando uma inserção tardia na estratégia de reorganização da APS, quando comparada às das demais regiões do Brasil.

O município é marcado por dois picos de implantação de equipes de ESF: 30 equipes em 2003 e 23 equipes em 2014. Em 2020, o município contava com 81 ESF e 54 equipes de Atenção Primária (eAP) distribuídas por setor sanitário, incluindo zona rural, como mostra o quadro abaixo.

Quadro 1 – Distribuição das eAP.

| <b>Equipes</b> | <b>Setor Sul</b> | <b>Setor Leste</b> | <b>Setor Oeste</b> | <b>Setor Central/Norte</b> | <b>Total</b> |
|----------------|------------------|--------------------|--------------------|----------------------------|--------------|
| <b>eSF</b>     | 21               | 16                 | 28                 | 14                         | <b>79</b>    |
| <b>eAP</b>     | 03               | 12                 | 22                 | 17                         | <b>54</b>    |

Fonte: Brasil (2020b).

No ano de 2021, o setor sul da cidade ampliou mais cinco ESF, aumentando de 79 para 84 equipes. O número de eAP também aumentou, passando de 54 para 72 equipes, sendo 12 equipes no setor central/norte e seis no setor sul.

A diferença entre eAP e ESF é que a eAP é composta, minimamente, por médico e enfermeiro, preferencialmente especialistas em Saúde da Família, podendo cumprir, cada um, carga horária de 20 ou 30 horas.

Já a eSF é minimamente composta por médico, enfermeiro, ACS e técnico de Enfermagem, cumprindo, cada um, 40 horas.

Uma análise do histórico da ESF no município revela um crescimento inferior ao observado pelo Estado de Minas Gerais e mesmo pela União, os quais atingiram, no ano de 2016, uma cobertura respectiva de 75,15% e 60,98%. Atualmente, a taxa de cobertura de ESF no município de Uberlândia é de 49,76% e de eAP é de 29,50%, totalizando uma cobertura de 79,26% de APS no município.

As eAP são administradas por duas OS. A OS Missão Sal da Terra administra o setor sul da cidade desde 2008. Os demais setores da cidade, desde 2017, estão sob a gestão da OS Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM).

As OS contratam sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e os profissionais são provenientes de processos seletivos.

Em se tratando da equipe de Enfermagem, no momento da coleta de dados, a equipe de Enfermagem da APS era composta por 450 profissionais, sendo 172 enfermeiros e 278 técnicos e auxiliares de Enfermagem.

#### 4.2 ANÁLISE CRÍTICA DE RISCOS E BENEFÍCIOS

O desenvolvimento da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU) (ANEXO A) com o número 3.849.113, em 8 de dezembro de 2019, estando em acordo com os requisitos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos expressos pela

Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Contudo, deve-se considerar o risco de identificação do sujeito.

Nesse sentido, a equipe executora tentou minimizar os riscos com medidas como: os questionários respondidos pelos sujeitos foram entregues em envelopes fechados. Nessa fase, a equipe de pesquisa foi dividida de modo a se evitar que quem coletasse os dados não tivesse relação de autoridade e muito próxima ao sujeito de pesquisa.

#### 4.3 CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA COM RELAÇÃO AO SUJEITO DE PESQUISA

A pesquisa poderia ser encerrada: caso o sujeito optasse por deixar de participar do estudo em qualquer momento ou caso não houvesse participantes interessados em participar da pesquisa.

#### 4.4 NÚMERO DE SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A população total do estudo foi de 450 profissionais (entre auxiliares, técnicos de Enfermagem e enfermeiros) que atuavam na APS. A fase de coleta de dados da pesquisa foi realizada entre julho e setembro de 2020 e o número de profissionais que responderam aos questionários foi de 251 pessoas.

#### 4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Como critérios de inclusão, foram considerados profissionais da equipe de Enfermagem, que trabalhassem nos serviços estabelecidos do município de Uberlândia (MG), atuantes, no mínimo, há três meses na rede e que concordassem em participar da pesquisa. Após orientação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), os questionários foram entregues para serem respondidos (ANEXOS B e C).

#### 4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os profissionais de Enfermagem que estavam de licença saúde ou

maternidade, de férias ou afastados de suas atividades profissionais no período destinado à coleta dados e os que não desejaram participar da pesquisa foram excluídos.

#### 4.7 PLANO DE RECRUTAMENTO: PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Primeiramente, uma autorização formal foi solicitada à diretoria do Departamento de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia (MG) para a realização da pesquisa. Após essa etapa, o projeto de pesquisa foi submetido ao CEP/UFU, a pesquisa começou a ser realizada.

Foi realizada uma divulgação junto à equipe de Enfermagem (por meio de visita às unidades da ESF) a respeito do projeto de pesquisa. Após, foi entregue um instrumento de coleta de dados para autopreenchimento, que foi devolvido à equipe de pesquisadores em envelope sem identificação, em data acordada, acompanhado do TCLE. Essa etapa considerou a população total dos profissionais da equipe de Enfermagem, ou seja, foram distribuídos 450 questionários, retornando 251 respondidos. Os questionário juntamente com TCLE foram entregues nos envelopes diretamente aos profissionais pela equipe de pesquisa, e recolhidos após decorridos pelo menos 15 dias da entrega.

#### 4.8 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

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

- a) Informações sociodemográficas e profissionais;
- b) Condições de Saúde e Histórico Familiar;
- c) *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINIPlus), um instrumento estruturado que avalia a presença de DSM-IV;
- d) O *SafetyAttitudesQuestionnaire - Short Form* 2006 foi criado em 2006 para avaliar as percepções de profissionais em relação às questões de segurança do paciente (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Os instrumentos com as informações sociodemográficas e profissionais e o questionário sobre as Condições de Saúde e o Histórico Familiar foram

desenvolvidos pelo próprio autor com o intuito de permitir uma coleta de informações mais geral, detalhar e aprofundar o olhar sobre a população estudada e pensar estratégias que se adaptem às necessidades desse grupo. Para a construção do instrumento com as Condições de Saúde e o Histórico Familiar, o referencial utilizado foi produzido pela OMS em 2014, “*Preventing suicide: a global imperative*”, abordando os fatores de risco e de proteção e as intervenções relacionadas. A OMS traz, em uma ampla lista, os fatores comunitários que podem influenciar o risco de suicídio, além dos fatores individuais que estão relacionados com a probabilidade de uma pessoa desenvolver comportamentos suicidas.

O MINI Plus é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica, na pesquisa em APS e em Psiquiatria. Uma das aplicações potenciais do MINI está na pesquisa: o MINI pode ser utilizado para a seleção rápida de populações homogêneas em ensaios clínicos e estudos epidemiológicos ou ainda para a avaliação breve de critérios diagnósticos em estudos longitudinais (AMORIM, 2000). O MINI Plus é composto por perguntas precisas sobre os problemas psicológicos e esperam-se, do entrevistado, as respostas “SIM” ou “NÃO”. O MINI Plus para Risco de Suicídio apresenta, ao final, um escore que possibilita identificar o risco atual para o suicídio. Se as respostas “SIM” somarem, ao final, uma pontuação entre um e cinco pontos, o risco é considerado baixo; entre seis e nove pontos, risco moderado e, maior ou igual a dez, risco alto.

O *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) trata-se de um instrumento desenvolvido pela Universidade do Texas há mais de 15 anos, tendo como finalidade avaliar a qualidade de segurança e o trabalho em equipe conforme as normas e o comportamento individual dos trabalhadores em um determinado local.

A doutora Rhanna Emanuela Fontenele de Carvalho foi peça fundamental para a adaptação do SAQ para o Brasil, podendo, assim, avaliar os conhecimentos dos profissionais da saúde (CARVALHO, 2011).

O instrumento possui 41 questões fechadas e mensura a percepção dos profissionais de saúde por meio de seis domínios:

- a) **Clima de trabalho em equipe:** compreende a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe (itens 1 a 6);

- b) **Clima de segurança:** avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para a segurança do paciente (itens 7 a 13);
- c) **Satisfação no trabalho:** é a visão positiva do local de trabalho (itens 15 a 19);
- d) **Percepção do estresse:** trata do reconhecimento de quanto os fatores estressores podem influenciar a execução do trabalho (itens 20 a 23);
- e) **Percepção da gerência:** refere-se à aprovação das ações da gerência ou administração, tanto da unidade onde o profissional atua quanto do hospital como um todo (itens 24 a 29);
- f) **Condições de trabalho:** refere-se à percepção da qualidade do ambiente de trabalho (itens 30 a 33).

Entretanto, os itens 14, 34 a 36 não fazem parte de nenhum domínio no instrumento original.

O escore final da escala varia de zero a 100 em que zero equivale à pior percepção do clima de segurança e 100 equivale à melhor percepção. São considerados valores positivos quando o escore é maior ou igual a 75.

- A pontuação é assim ordenada:
- Discorda totalmente (A) corresponde a zero ponto;
- Discorda parcialmente (B) corresponde a 25 pontos;
- Neutro (C) equivale a 50 pontos;
- Concorda parcialmente (D) corresponde a 75 pontos;
- Concorda totalmente (E) equivale a 100 pontos.

A contagem dos pontos é realizada da seguinte forma: inicialmente, os itens reversos são recodificados, por exemplo, a resposta "eu discordo totalmente" torna-se "concordo totalmente" e assim por diante. Então, os itens são agrupados por domínios. Por exemplo, o domínio Percepção de estresse é composto por quatro perguntas (itens 20 a 23). Se o entrevistado respondesse, para cada uma delas, respectivamente, "Neutro, Concorda parcialmente, Neutro e Discorda parcialmente", a pontuação nessa área ficaria  $(50+75+50+25)/4=50$ .

#### 4.9 ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizado um levantamento descritivo dos dados coletados durante a pesquisa a fim de entender o perfil dos entrevistados, tanto no âmbito sociodemográfico quanto ao histórico e condições de saúde, e a relação com o risco suicidário e as atitudes de segurança do paciente, abordados nos instrumentos de coleta de dados já apresentados.

Com o intuito atingir os objetivos levantados neste estudo e identificar possíveis diferenças de médias entre dois grupos de análises, foi utilizado o teste t de *Student* com a variante da igualdade/desigualdade de variâncias, dependendo da situação da variabilidade dos dados entre os grupos comparados. Além do teste t de *Student*, também foi utilizado o teste de qui-quadrado ( $X^2$ ) para identificar possíveis associações entre duas variáveis categóricas. Para os casos de associação estatisticamente significativa, analisou-se o resíduo padronizado entre as categorias das variáveis associadas. Por fim, foi utilizada a *AnalysisOfVariance* (ANOVA) com *post-hoc* de *Tukey* para comparar a média entre mais de dois grupos.

Todos os resultados da análise descritiva, inferencial e de associação foram obtidos por meio do *software* estatístico *StatisticalPackage for the Social Science* (SPSS) 26. As discussões em relação aos resultados obtidos foram realizadas considerando um nível de confiança de 95%.

Ao final, utilizou-se a Regressão Linear Múltipla, que é um modelo de análise usado para modelar a relação linear entre uma variável de desfecho contínua e múltiplas variáveis preditoras, que podem ser contínuas ou categóricas.

## 5 RESULTADOS

Os instrumentos de coleta de dados deste estudo foram distribuídos para 450 profissionais, 172 enfermeiros e 278 técnicos e auxiliares de Enfermagem que atuavam na APS em Uberlândia e, destes, 251 responderam aos questionários entre julho e setembro de 2020.

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo estado civil, religiosidade, gênero e categoria profissional. Uberlândia (MG), Brasil, 2020.

| Dados sociodemográficos           |                       | N   | %    | % válida |
|-----------------------------------|-----------------------|-----|------|----------|
| Estado Civil                      | Casado/Amasiado       | 150 | 59,8 | 60,7     |
|                                   | Solteiro/Viúvo        | 77  | 30,7 | 31,2     |
|                                   | Outro                 | 20  | 8    | 8,1      |
|                                   | Não responderam       | 4   | 1,6  |          |
| Considera-se uma pessoa religiosa | Sim                   | 219 | 87,3 | 91,3     |
|                                   | Não                   | 21  | 8,4  | 8,8      |
|                                   | Não responderam       | 11  | 4,4  |          |
| Gênero                            | Feminino              | 228 | 90,8 | 91,9     |
|                                   | Masculino             | 20  | 8    | 8,1      |
|                                   | Não responderam       | 3   | 1,2  |          |
|                                   | Técnico em Enfermagem | 145 | 57,8 | 58,9     |
| Categoria                         | Enfermeiro            | 101 | 40,2 | 41,1     |
|                                   | Não responderam       | 5   | 2    |          |

Fonte: Dados coletados pela autora (2020).

Dos profissionais que participaram da pesquisa, a maioria era casada (60,7%), considerava-se religiosa (91,3%), era composta por mulheres (91,9%) e era técnica de Enfermagem (58,9%) (Tabela 1).

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo idade, jornada semanal de trabalho e tempo de atuação. Uberlândia (MG), Brasil, 2020.

| Dados sociodemográficos        | N   | Mínimo | Máximo | Média | Desvio Padrão |
|--------------------------------|-----|--------|--------|-------|---------------|
| Idade                          | 246 | 20     | 69     | 38,14 | 8,96          |
| Jornada semanal de trabalho    | 234 | 1      | 200    | 61,49 | 57,06         |
| Tempo de atuação na Enfermagem | 237 | 0,25   | 34     | 10,13 | 6,20          |

Fonte: Dados coletados pela autora (2020).

Quanto à idade, a média foi 38,1 anos. A jornada de trabalho semanal média foi de 61,49 horas e o tempo de atuação na área da Enfermagem foi de dez anos.



Tabela 3 - Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo a condição de saúde e o histórico familiar. Uberlândia (MG), Brasil, 2020.

| Condição de saúde e histórico familiar                   |                 | N   | %    | % válida |
|--|-----------------|-----|------|----------|
| Portador de alguma dor crônica                           | Não             | 214 | 85,3 | 87,3     |
|  | Sim             | 31  | 12,4 | 12,7     |
|  | Não responderam | 6   | 2,4  |          |
| Portador de alguma doença incapacitante                  | Não             | 243 | 96,8 | 97,6     |
|  | Sim             | 6   | 2,4  | 2,4      |
|  | Não responderam | 2   | 0,8  |          |
| Portador de alguma doença neurológica                    | Não             | 247 | 98,4 | 99,6     |
|  | Sim             | 1   | 0,4  | 0,4      |
|  | Não responderam | 3   | 1,2  |          |
| Portador de alguma doença neoplásica                     | Não             | 243 | 96,8 | 98,4     |
|  | Sim             | 4   | 1,6  | 1,6      |
|  | Não responderam | 4   | 1,6  |          |
| Passando por situações estressantes no último ano        | Não             | 79  | 31,5 | 32,2     |
|  | Sim             | 166 | 66,1 | 67,8     |
|  | Não responderam | 6   | 2,4  |          |
| Perda familiar ou ruptura importante no último ano       | Não             | 171 | 68,1 | 68,1     |
|  | Sim             | 80  | 31,9 | 31,9     |
|  | Não responderam | 1   | 0,4  |          |
| Pais ou irmãos são portadores de algum transtorno mental | Não             | 223 | 88,8 | 89,2     |
|  | Sim             | 27  | 10,8 | 10,8     |
|  | Não responderam | 1   | 0,4  |          |
| Pais ou irmão já tentaram suicídio                       | Não             | 228 | 90,8 | 91,6     |
|  | Sim             | 21  | 8,4  | 8,4      |
|  | Não responderam | 2   | 0,8  |          |

Fonte: Dados coletados pela autora (2020).

Em relação às condições de saúde e ao histórico familiar, observou-se que a maioria não possuía doenças crônicas (87,3%), nem incapacitantes (97,6%), neurológicas (99,6%) ou neoplásicas (98,4%). A maioria havia passado por uma situação estressante (67,8%) e um número considerável de profissionais perdeu um familiar ou sofreu uma ruptura importante na família no último ano (31,9%), possuía pais ou irmãos com transtorno mental (10,8%) ou que já haviam tentado suicídio (8,4%) (Tabela 3).

Tabela 4 - Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo o risco de suicídio. Uberlândia (MG), Brasil, 2020.

| Risco de suicídio  |                 | N          | %          | % válida   |
|--|-----------------|------------|------------|------------|
| Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) | Não             | 220        | 87,6       | 90,9       |
|  | Sim             | 22         | 8,8        | 9,1        |
|  | Não responderam | 9          | 3,6        |            |
| Quis fazer mal a si mesmo (a)                                      | Não             | 231        | 92         | 94,7       |
|  | Sim             | 13         | 5,2        | 5,3        |
|  | Não responderam | 7          | 2,8        |            |
| Pensou em suicídio   | Não             | 229        | 91,2       | 93,9       |
|  | Sim             | 15         | 6          | 6,1        |
|  | Não responderam | 7          | 2,8        |            |
| Pensou em uma maneira de suicidar-se                               | Não             | 230        | 91,6       | 93,9       |
|  | Sim             | 15         | 6          | 6,1        |
|  | Não responderam | 6          | 2,4        |            |
| Tentou o suicídio  | Não             | 240        | 95,6       | 98,4       |
|  | Sim             | 4          | 1,6        | 1,6        |
|  | Não responderam | 7          | 2,8        |            |
| Já fez alguma tentativa de suicídio                                | Não             | 230        | 91,6       | 94,7       |
|  | Sim             | 13         | 5,2        | 5,3        |
|  | Não responderam | 8          | 3,2        |            |
| Classificação M.I.N.I. PLUS  | Alto            | 17         | 6,8        | 6,8        |
|  | Baixo           | 234        | 93,2       | 93,2       |
| <b>Total</b>   |                 | <b>251</b> | <b>100</b> | <b>100</b> |

Fonte: Dados coletados pela autora (2020).

Ao considerar a análise proposta pelo MINI Plus, os seguintes resultados são passíveis de destaque: 22 participantes (9,1%) pensavam que seria melhor estarem mortos; 13 (5,3%) já quiseram fazer mal a si mesmos; 15 (6,1%) já haviam pensado em suicídio, assim como já haviam pensado em uma maneira de suicidar-se (15; 6,1%); quatro (1,6%) já haviam tentado suicídio; 13 (5,3%) já fizeram alguma tentativa de suicídio e 17 (6,8%) foram considerados como pessoas com alto risco para o suicídio (Tabela 4).

Tabela 5 - Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo o risco de suicídio e os domínios - Atitudes de Segurança. Uberlândia (MG), Brasil, 2020.

| Risco de suicídio  | Domínios/Atitudes de segurança | t      | Valor-p | Média do grupo "NÃO" | Média do grupo "SIM" |
|--|--------------------------------|--------|---------|----------------------|----------------------|
| Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) | Clima de trabalho em equipe    | 0,368  | 0,716   | 77,54                | 75,75                |
|  | Clima de segurança             | -0,972 | 0,341   | 72,62                | 75,89                |
|  | Satisfação no trabalho         | 2,950  | 0,008*  | 87,01                | 74,25                |
|  | Percepção do estresse          | 0,004  | 0,997   | 68,34                | 68,31                |
|  | Percepção da gerência          | 2,535  | 0,019*  | 69,73                | 57,06                |
|  | Condições de trabalho          | 2,152  | 0,045*  | 74,82                | 60,54                |
| Quis fazer mal a si mesmo (a)                                      | Clima de trabalho em equipe    | -1,109 | 0,289   | 77,16                | 82,29                |
|  | Clima de segurança             | -0,202 | 0,843   | 72,85                | 73,81                |
|  | Satisfação no trabalho         | 0,324  | 0,751   | 85,97                | 84,58                |
|  | Percepção do estresse          | -2,381 | 0,034*  | 67,75                | 80,68                |
|  | Percepção da gerência          | 0,269  | 0,793   | 68,80                | 67,12                |
|  | Condições de trabalho          | 1,322  | 0,217   | 74,20                | 61,25                |
| Pensou em suicídio   | Clima de trabalho em equipe    | -0,654 | 0,524   | 77,25                | 80,32                |
|  | Clima de segurança             | -0,350 | 0,732   | 72,81                | 74,45                |
|  | Satisfação no trabalho         | 1,210  | 0,248   | 86,23                | 80,38                |
|  | Percepção do estresse          | -0,254 | 0,804   | 68,26                | 70,31                |
|  | Percepção da gerência          | 1,298  | 0,219   | 69,22                | 59,44                |
|  | Condições de trabalho          | 2,246  | 0,047*  | 74,57                | 55,30                |
| Pensou em uma maneira de suicidar-se                               | Clima de trabalho em equipe    | -0,125 | 0,902   | 77,37                | 78,08                |
|  | Clima de segurança             | -0,361 | 0,724   | 72,75                | 74,45                |
|  | Satisfação no trabalho         | 1,553  | 0,145   | 86,40                | 78,08                |
|  | Percepção do estresse          | -0,247 | 0,809   | 68,31                | 70,31                |
|  | Percepção da gerência          | 1,444  | 0,175   | 69,25                | 58,40                |
|  | Condições de trabalho          | 2,313  | 0,042*  | 74,57                | 54,55                |
| Tentou o suicídio  | Clima de trabalho em equipe    | 0,111  | 0,919   | 77,33                | 76,04                |
|  | Clima de segurança             | -0,414 | 0,706   | 72,75                | 76,93                |
|  | Satisfação no trabalho         | 0,666  | 0,552   | 86,02                | 78,75                |
|  | Percepção do estresse          | 0,218  | 0,848   | 68,48                | 64,58                |
|  | Percepção da gerência          | -0,072 | 0,949   | 68,56                | 69,44                |
|  | Condições de trabalho          | 0,617  | 0,600   | 73,72                | 55,56                |
| Já fez alguma tentativa de suicídio                                | Clima de trabalho em equipe    | -0,391 | 0,702   | 77,38                | 79,17                |
|  | Clima de segurança             | 0,404  | 0,692   | 72,95                | 71,73                |
|  | Satisfação no trabalho         | 2,317  | 0,037*  | 86,54                | 78,33                |
|  | Percepção do estresse          | 0,224  | 0,826   | 68,73                | 67,36                |
|  | Percepção da gerência          | -0,695 | 0,500   | 68,48                | 71,94                |
|  | Condições de trabalho          | 0,638  | 0,538   | 73,95                | 67,50                |

Valor-p acompanhado de \* é estatisticamente significativo a 95% de confiança.

Fonte: Dados coletados pela autora (2020).

A tabela 5 mostra que, de acordo com o teste *t* de *Student*, existem evidências estatísticas de que os participantes que responderam:

**"NÃO"** para a pergunta **"Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a)"** tendem a ter uma maior relação ao domínio **"Satisfação no trabalho"**, **"Percepção da gerência"** e **"Condições de trabalho"**;

"SIM" para a pergunta "**Quis fazer mal a si mesmo (a)**" tendem a ter uma maior relação ao domínio "**Percepção do estresse**";

"NÃO" para a pergunta "**Pensou em suicídio**" tendem a ter um nível de concordância maior em relação ao domínio "**Condições de trabalho**";

"NÃO" para a pergunta "**Pensou em uma maneira de suicidar-se**" tendem a ter um nível de concordância maior em relação ao domínio "**Condições de trabalho**";

"NÃO" para a pergunta "**Já fez alguma tentativa de suicídio**" tendem a ter um nível de concordância maior em relação ao domínio "**Satisfação no trabalho**".

Tabela 6 - Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo o estado civil e os domínios - Atitudes de Segurança. Uberlândia (MG), Brasil, 2020.

| Estado civil<br>Domínios    | F    | Valor-p | Média do grupo<br>"Casado /<br>Amasiado" | Média do grupo<br>"Outro" | Média do grupo<br>"Solteiro /<br>Viúvo" |
|-----------------------------|------|---------|--|---------------------------|---|
| Clima de trabalho em equipe | 0,55 | 0,578   | 78,31 a                                  | 75,75 a                   | 76,15 a                                 |
| Clima de segurança          | 1,55 | 0,214   | 72,26 a                                  | 66,84 a                   | 74,12 a                                 |
| Satisfação no trabalho      | 1,03 | 0,359   | 86,67 a                                  | 81,39 a                   | 85,68 a                                 |
| Percepção do estresse       | 4,63 | 0,011*  | 70,66 a                                  | 52,19 b                   | 68,45 a                                 |
| Percepção da gerência       | 2,74 | 0,067   | 70,36 a                                  | 59,36 a                   | 68,27 a                                 |
| Condições de trabalho       | 2,61 | 0,076   | 75,41 a                                  | 61,46 a                   | 73,04 a                                 |

Valor-p acompanhado de \* é estatisticamente significativo a 95% de confiança.

Médias acompanhadas com a mesma letra são estatisticamente iguais.

Fonte: Dados coletados pela autora (2020).

A tabela 6 mostra que, de acordo com o teste F e o teste para a comparação de médias de *Tukey*, existem evidências estatísticas de que os participantes do grupo "**Outro**" tendem a ter uma menor relação com o domínio "**Percepção do estresse**" em relação aos participantes dos outros grupos.

Tabela 7 - Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo a religiosidade e os domínios – Atitudes de segurança. Uberlândia (MG), Brasil, 2020.

| Religiosidade Domínios      | t      | Valor-p | Média do grupo "NÃO" | Média do grupo "SIM" |
|-----------------------------|--------|---------|----------------------|----------------------|
| Clima de trabalho em equipe | -0,323 | 0,75    | 76,23                | 77,67                |
| Clima de segurança          | 0,802  | 0,431   | 74,81                | 72,31                |
| Satisfação no trabalho      | -0,739 | 0,469   | 82,96                | 86,20                |
| Percepção do estresse       | 2,205  | 0,037*  | 77,31                | 67,40                |
| Percepção da gerência       | 2,663  | 0,015*  | 79,40                | 68,47                |
| Condições de trabalho       | 0,061  | 0,952   | 74,22                | 73,79                |

Valor-p acompanhado de \* é estatisticamente significativo a 95% de confiança.

Fonte: Dados coletados pela autora (2020).

Na tabela 7, o teste t de *Student* mostra que existem evidências estatísticas de que os participantes que responderam que **"Não de consideram religiosos"** tendem a ter uma maior concordância com o domínio **"Percepção do estresse"** e **"Percepção da gerência"**.

Tabela 8 - Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo o gênero e os domínios – Atitudes de Segurança. Uberlândia (MG), Brasil, 2020.

| Gênero Domínios/Atitudes de segurança | t      | Valor-p | Média do grupo "Feminino" | Média do grupo "Masculino" |
|---------------------------------------|--------|---------|---------------------------|----------------------------|
| Clima de trabalho em equipe           | 1,29   | 0,21    | 77,82                     | 72,60                      |
| Clima de segurança                    | -0,272 | 0,788   | 72,31                     | 73,21                      |
| Satisfação no trabalho                | 0,208  | 0,838   | 85,72                     | 84,91                      |
| Percepção do estresse                 | -1,831 | 0,08    | 67,84                     | 76,64                      |
| Percepção da gerência                 | -2,558 | 0,017*  | 67,90                     | 77,85                      |
| Condições de trabalho                 | -0,279 | 0,783   | 73,23                     | 74,78                      |

Valor-p acompanhado de \* é estatisticamente significativo a 95% de confiança.

Fonte: Dados coletados pela autora (2020).

Na tabela 8, o teste t de *Student* revela evidências estatísticas de que os participantes do **gênero masculino** tendem a ter uma maior concordância com o domínio **"Percepção da gerência"**.

Tabela 9 - Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo a categoria profissional e os domínios - Atitudes de Segurança. Uberlândia (MG), Brasil, 2020.

| <b>Categoria profissional Domínios</b> | <b>t</b> | <b>Valor-p</b> | <b>Média do grupo "Enfermeiro (a)"</b> | <b>Média do grupo "Téc. Enfermagem"</b> |
|--|----------|----------------|--|---|
| Clima de trabalho em equipe            | 2,051    | 0,041*         | 79,96                                  | 75,72                                   |
| Clima de segurança                     | 1,981    | 0,049*         | 75,21                                  | 71,23                                   |
| Satisfação no trabalho                 | 1,729    | 0,085          | 87,93                                  | 84,52                                   |
| Percepção do estresse                  | 2,103    | 0,037*         | 72,50                                  | 65,61                                   |
| Percepção da gerência                  | 3,444    | 0,001*         | 73,86                                  | 65,50                                   |
| Condições de trabalho                  | 2,067    | 0,04*          | 77,17                                  | 70,99                                   |

Valor-p acompanhado de \* é estatisticamente significativo a 95% de confiança.

Fonte: Dados coletados pela autora (2020).

A tabela 9 demonstra que existem evidências estatísticas de que os profissionais **enfermeiros(as)** tendem a ter uma maior concordância com o domínio **"Clima de trabalho em equipe"**, **"Clima de segurança"**, **"Percepção do estresse"**, **"Percepção da gerência"** e **"Condições de trabalho"**.

Tabela 10 - Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo os domínios - Atitudes de Segurança e dados sociodemográficos. Uberlândia (MG), Brasil, 2020.

| <b>Dados sociodemográficos</b> | <b>Domínios</b>             | <b>Correlação</b> | <b>Estatística</b> | <b>Valor-p</b> |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------|--------------------|----------------|
| Idade                          | Clima de trabalho em equipe | -0,188            | -1,178             | 0,246          |
|                                | Clima de segurança          | -0,502            | -3,574             | 0,001*         |
|                                | Satisfação no trabalho      | 0,060             | 0,372              | 0,712          |
|                                | Percepção do estresse       | 0,393             | 2,633              | 0,012*         |
|                                | Percepção da gerência       | -0,392            | -2,629             | 0,012*         |
|                                | Condições de trabalho       | 0,048             | 0,297              | 0,768          |
| Jornada semanal de trabalho    | Clima de trabalho em equipe | 0,148             | 0,561              | 0,584          |
|                                | Clima de segurança          | 0,263             | 1,020              | 0,325          |
|                                | Satisfação no trabalho      | -0,040            | -0,148             | 0,884          |
|                                | Percepção do estresse       | -0,216            | -0,826             | 0,423          |
|                                | Percepção da gerência       | -0,090            | -0,337             | 0,741          |
| Tempo de atuação na Enfermagem | Condições de trabalho       | -0,128            | -0,483             | 0,637          |
|                                | Clima de trabalho em equipe | -0,239            | -1,371             | 0,180          |
|                                | Clima de segurança          | -0,168            | -0,946             | 0,351          |
|                                | Satisfação no trabalho      | -0,141            | -0,794             | 0,433          |
|                                | Percepção do estresse       | 0,506             | 3,265              | 0,003*         |
|                                | Percepção da gerência       | -0,292            | -1,697             | 0,100          |
|                                | Condições de trabalho       | -0,001            | -0,004             | 0,997          |

Valor-p acompanhado de \* é estatisticamente significativo a 95% de confiança.

Fonte: Dados coletados pela autora (2020).

Na tabela 10, de acordo com o teste de correlação de Pearson, existem evidências estatísticas de que há correlação linear entre a **"Idade"** e a concordância

média do domínio "**Clima de segurança**"; essa correlação é negativa e classificada como moderada. Já a correlação da "**Idade**" com o domínio "**Percepção do estresse**" é positiva e classificada como fraca e a correlação da "**Idade**" com a "**Percepção da gerência**" é negativa e classificada como fraca.

O "**Tempo de atuação na Enfermagem**" e a concordância média do domínio "**Percepção do estresse**" têm correlação positiva e classificada como moderada.

Tabela 11 - Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo as condições de saúde e histórico familiar e os domínios - Atitudes de Segurança. Uberlândia (MG), Brasil, 2020.

| Condições de saúde e histórico familiar                | Domínios                    | t       | Valor-p | Média do grupo "NÃO" | Média do grupo "SIM" |
|--|-----------------------------|---------|---------|----------------------|----------------------|
| É portador de alguma doença incapacitante              | Clima de trabalho em equipe | 0,353   | 0,738   | 77,55                | 74,86                |
|  | Clima de segurança          | 0,023   | 0,982   | 72,82                | 72,62                |
|  | Satisfação no trabalho      | -2,294  | 0,056   | 85,54                | 91,67                |
|  | Percepção do estresse       | -3,689  | 0,014*  | 68,22                | 86,25                |
|  | Percepção da gerência       | -0,127  | 0,904   | 68,62                | 69,72                |
|  | Condições de trabalho       | -0,385  | 0,716   | 73,46                | 77,78                |
| É portador de alguma doença neoplásica                 | Clima de trabalho em equipe | -17,102 | 0*      | 77,01                | 95,56                |
|  | Clima de segurança          | -2,175  | 0,156   | 72,31                | 86,90                |
|  | Satisfação no trabalho      | -4,991  | 0,012*  | 85,46                | 96,25                |
|  | Percepção do estresse       | 1,320   | 0,410   | 68,61                | 43,75                |
|  | Percepção da gerência       | -1,859  | 0,201   | 68,09                | 88,89                |
|  | Condições de trabalho       | -2,181  | 0,152   | 73,17                | 91,67                |
| Está passando por situações estressantes no último ano | Clima de trabalho em equipe | -0,359  | 0,720   | 76,77                | 77,62                |
|  | Clima de segurança          | -0,558  | 0,578   | 71,73                | 72,98                |
|  | Satisfação no trabalho      | 0,009   | 0,993   | 85,60                | 85,58                |
|  | Percepção do estresse       | -2,324  | 0,021*  | 63,20                | 71,19                |
|  | Percepção da gerência       | -0,780  | 0,437   | 66,73                | 68,93                |
|  | Condições de trabalho       | -0,578  | 0,564   | 71,82                | 73,88                |

Valor-p acompanhado de \* é estatisticamente significativo a 95% de confiança.

Fonte: Dados coletados pela autora (2020).

De acordo com o teste t de *Student*, existem evidências estatísticas de que os participantes que responderam "**SIM**" para a pergunta "**É portador de alguma doença incapacitante**" tendem a ter uma maior concordância com o domínio "**Percepção do estresse**".

Os profissionais que responderam "**SIM**" para a pergunta "**É portador de alguma doença neoplásica**" tendem a ter uma maior concordância com o domínio "**Clima de trabalho em equipe**" e "**Satisfação no trabalho**".

E os que responderam "**SIM**" para a pergunta "**Está passando por situações estressantes no último ano**" tendem a ter uma maior concordância com o domínio "**Percepção do estresse**".

Os demais itens referentes às condições de saúde e ao histórico familiar - **É portador de alguma dor crônica; É portador alguma doença crônica; É portador de alguma doença neurológica; Teve uma perda familiar ou ruptura importante em seu círculo familiar ou de amizades no último ano; Pais ou irmãos são portadores de algum transtorno mental e Pais ou irmãos já tentaram suicídio** - não mostraram evidências estatísticas de concordância.

Tabela 12 - Distribuição dos profissionais de Enfermagem da APS participantes segundo os domínios e os blocos de perguntas. Uberlândia (MG), Brasil, 2020.

| Domínios               | Bloco de perguntas | Valor-p | R <sup>2</sup> Ajustado |
|------------------------|--------------------|---------|-------------------------|
| Trabalho em equipe     | Bloco A            | 0,07    | 0,02                    |
|                        | Bloco B            | 0,02*   | 0,02                    |
|                        | Bloco C            | -       | -                       |
| Clima de segurança     | Bloco A            | 0,00*   | 0,05                    |
|                        | Bloco B            | 0,01*   | 0,04                    |
|                        | Bloco C            | -       | -                       |
| Satisfação no trabalho | Bloco A            | 0,14    | 0,00                    |
|                        | Bloco B            | 0,02*   | 0,03                    |
|                        | Bloco C            | 0,00*   | 0,07                    |
| Percepção do estresse  | Bloco A            | 0,01*   | 0,04                    |
|                        | Bloco B            | -       | -                       |
|                        | Bloco C            | 0,10    | 0,00                    |
| Percepção da gerência  | Bloco A            | 0,00*   | 0,07                    |
|                        | Bloco B            | 0,09    | 0,01                    |
|                        | Bloco C            | 0,00*   | 0,04                    |
| Condições de trabalho  | Bloco A            | 0,09    | 0,00                    |
|                        | Bloco B            | 0,08    | 0,02                    |
|                        | Bloco C            | 0,00*   | 0,03                    |

Fonte: Dados coletados pela autora (2020).

Em relação ao domínio **Clima de trabalho em equipe**, há evidências estatísticas de que os participantes que responderam "Sim" para a pergunta B08 do Bloco B (Seus pais ou irmãos são portadores de algum transtorno mental?) tendem a ter uma concordância de 8,01 a menos do que os participantes que responderam "Não".

No domínio **Clima de segurança**, pode-se afirmar que existem evidências estatísticas de que a pergunta A05 (Idade) do Bloco A diminui, em média, 0,396 vezes o valor respondido. No Bloco B, pode-se afirmar que existem evidências estatísticas de que os participantes que responderam "Sim" para a pergunta B01



(Você é portador de alguma dor crônica?) tendem a ter uma concordância de 8,71 a menos do que os participantes que responderam “Não”.

No domínio **Satisfação no trabalho**, a pergunta B01 do Bloco B (Você é portador de alguma dor crônica?) diminui cerca de 7,75 unidades quando o entrevistado responde “Sim”.

Já a pergunta B03 (Você é portador alguma doença crônica? (HA, DM, outras) aumenta cerca de 7,37 unidades do domínio em questão quando o entrevistado responde “Sim”.

No Bloco C, a pergunta C03 (Pensou em suicídio?) aumenta cerca de 23,96 unidades quando o entrevistado responde “Sim”. A pergunta C04 (Pensou em uma maneira de suicidar-se?) diminui cerca de 23,88 unidades do domínio em questão quando o entrevistado responde “Sim”.

No domínio **Percepção da gerência**, a pergunta A03 do Bloco A (Considera-se uma pessoa religiosa?) diminui cerca de 12,265 unidades quando o entrevistado responde “Sim”. A pergunta A07 (Categoria profissional) diminui cerca de 9,456 unidades quando o entrevistado é técnico em Enfermagem e a pergunta A08 (Tempo de atuação na Enfermagem) diminui, em média, 0,373 vezes o valor respondido em relação ao domínio em questão.

No Bloco C de perguntas, a pergunta C01 (Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a)?) diminui cerca de 16,9 unidades quando o entrevistado responde “Sim”.

No domínio **Condições de trabalho**, a pergunta C04 (Pensou em uma maneira de suicidar-se?) diminui cerca de 20,18 unidades do domínio em questão quando o entrevistado responde “Sim”.

Em todas as análises, deve-se levar em consideração, em relação ao R2 ajustado, que é um valor muito baixo, mostrando a ineficiência do modelo quanto à predição, apesar de o mesmo ser significativo.

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca da metade dos 3,5 milhões de trabalhadores da área de saúde no país atua na Enfermagem. Desses, 80% são técnicos e auxiliares e 20%, enfermeiros, de acordo com a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, realizada em 2015. A equipe de Enfermagem é predominantemente feminina, sendo composta por 84,6% de mulheres. É importante ressaltar, no entanto, que, mesmo tratando-se de uma categoria feminina, se registra a presença de 15% dos homens.

O aumento de homens na profissão é gradual e estável, o que se deve, sobretudo, à “segurança, estabilidade e garantias” de postos de trabalho que a área oferece (FILIPON, 2004).

Os dados deste trabalho vão ao encontro da realidade nacional no tange ao perfil profissional e à feminização histórica e persistente na Enfermagem.

Souza, Baldwin e Rosa (2020) destacaram, em sua pesquisa, que o sexo feminino é prevalente, perfazendo 62%. Este resultado é decorrente da maior exigência da mulher no cotidiano e por haver mais profissionais desse gênero atuando na Enfermagem. Com relação às categorias da Enfermagem, Oliveira *et al.* (2020) trouxeram, em seu estudo, que, com 59%, o técnico de Enfermagem é o mais acometido por sintomas de depressão, seguido pelo enfermeiro, com 25%, e pelo auxiliar de Enfermagem, com 16%.

Desse modo, é preciso atentar-se para a gravidade dos riscos que esses profissionais correm, tanto no seu trabalho quanto na vida pessoal, de desenvolver transtornos mentais.

A Enfermagem é uma profissão suscetível aos transtornos psíquicos pelo fato de lidar, cotidianamente, com a vida, a dor e morte das pessoas sob seus cuidados e com as cobranças dos seus familiares. A depressão é uma das doenças que mais atingem seus profissionais e produzem danos à capacidade laboral e vida pessoal. Como o estado depressivo é preditor do aumento do risco para o suicídio, os profissionais da Enfermagem podem apresentar maior risco para o suicídio (SILVA *et al.*, 2015).

Outra variável correlativa foi em relação aos profissionais que apresentaram

média de idade de 40,9 anos, variando de 23 a 64 anos e média de 12,2 anos de trabalho na Atenção Básica (TOMAZ *et al.*, 2020).

A média de jornada semanal de trabalho foi de 61,49 horas. Visto que, na APS, o profissional de Enfermagem é contratado, na maioria das vezes, por 40 horas/semanais, pode-se concluir que alguns profissionais na pesquisa mantêm outros empregos. No Brasil, os profissionais Enfermagem têm, reconhecidamente, longas jornadas de trabalho que podem levar à exaustão e fadiga, podendo afetar a assistência aos pacientes. Além disso, em função da predominância feminina, a jornada de trabalho profissional adiciona-se ao trabalho doméstico, compondo a chamada jornada total ou carga total de trabalho (SILVA *et al.*, 2010).

Assim, é necessário dispensar um olhar diferenciado aos riscos que envolvem estes profissionais não apenas na prática profissional, mas, também, na vivência pessoal. Ressalta-se que esta condição de risco é ignorada até mesmo pelos próprios profissionais. Para a alteração desta situação de maneira mais positiva, algumas medidas associadas às relações interpessoais no ambiente de trabalho dos profissionais da Enfermagem exigem adequações, entre estas, o diálogo, a escuta, o vínculo e o acolhimento. Estas adequações oferecem meios para uma melhor compreensão do sofrimento com elevadas possibilidades valorização das experiências e atenção às carências dos diversos sujeitos envolvidos no processo de trabalho da Enfermagem. Algumas estratégias são válidas como a roda de conversas semanais e a disponibilidade de psicólogos (ARAÚJO; BARBOSA; NOGUEIRA, 2021).

A rotina no processo de trabalho da Enfermagem possui, como característica, a vulnerabilidade para o desenvolvimento dos transtornos psíquicos pela razão de que, sistematicamente, dia após dia, no exercício profissional, o profissional enfrenta a vida, a dor e a morte dos pacientes. É notório que a depressão é uma das doenças que mais acometem os profissionais, desencadeando prejuízos na competência ocupacional e em diversos aspectos da vida pessoal. Considerada um preditor do aumento do risco para o suicídio, a depressão presente nos profissionais da Enfermagem eleva, consideravelmente, o risco para o suicídio (SILVA *et al.*, 2015).

No que se refere à religiosidade, neste estudo, 91,3% dos entrevistados consideram-se uma pessoa religiosa. Um estudo com estudantes de graduação em Enfermagem apontou que a maioria dos participantes da pesquisa (87,9%) possuía alguma afiliação religiosa e 67,8% consideravam-se pessoas “moderadamente

religiosas” (pelo autorrelato de religiosidade, variando de “não religioso”, “pouco religioso”, “moderadamente religioso” a “muito religioso”) (ESPINHA *et al.*, 2013).

Em um outro estudo, para o enfermeiro, vivenciar a espiritualidade na sua plenitude inclui a manifestação do sagrado nas ações diárias, exercitando a fé, a esperança, a coragem, o altruísmo, a solidariedade, a empatia, o amor e aceitando a finitude da vida como uma experiência que propicia o sensibilizar-se com o outro e encontrar um significado para a sua própria existência (ABDALA *et al.*, 2017).

Um estudo, que abordou a influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida, evidenciou que pessoas com maior envolvimento religioso, sem levar em consideração a filiação religiosa, possuem menores chances de desenvolver o comportamento suicida (SANTOS *et al.*, 2016).

## 6.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE, HISTÓRICO FAMILIAR E RISCO DE SUICÍDIO

A Enfermagem é considerada uma das profissões da saúde mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos psíquicos e emocionais, pois seu processo de trabalho envolve a responsabilidade do cuidado rotineiro com a vida, a dor e morte das pessoas que estão sob sua assistência, e defronta-se com as demandas dos familiares e acompanhantes (ÁVILA *et al.*, 2013; BARBOSA *et al.*, 2012; GOMES; OLIVEIRA, 2013).

Dentro desse cenário, a depressão é um dos acometimentos mais prevalentes entre esses profissionais e, dessa maneira, interfere negativamente na capacidade laboral, bem como na vida pessoal (MONTEIRO *et al.*, 2013; VIEIRA *et al.*, 2013). Monteiro *et al.* (2013) contribuíram, em sua pesquisa, considerando que o estado depressivo é um preditor para uma elevação do risco para o suicídio e os autores Gomes e Oliveira (2013) e Rios, Barbosa e Belasco (2010) complementaram que a Enfermagem, em todas as suas categorias, evidencia mais risco para o suicídio.

A literatura científica destaca que episódios de depressão estão relacionados a processos de perdas, como perda de entes queridos, perda da capacidade de aprendizagem e realizar atividades diárias, atividades físicas ou outras atividades diversas. São fatores de proteção aos episódios de depressão e ansiedade: práticas sociais, atividade física, participação em eventos (GULLICH *et al.*, 2016). Porém, com a quadro pandêmico as atividades sociais em grupo foram canceladas e a

convivência social enfrenta gigantescas repercussões, estabelecendo vulnerabilidades a quadros depressivos.

Existe uma série de fatores adocedores específicos da Enfermagem como possíveis agentes indutores de ideação suicida. Dentre eles, estão o estresse causado pela própria profissão, a insalubridade do meio, falta de autonomia como profissionais, falta de recursos, dificuldades nas relações interpessoais, carga de trabalho, condição clínica grave, óbitos dos pacientes e baixa remuneração (CHEUNG; LEE; YIP, 2015; SILVA *et al.*, 2015). Outro estudo apresentou dados com trabalhadores de Enfermagem, apontando esses mesmos fatores como adocedores para estes profissionais (UENO *et al.*, 2017), resultados semelhantes aos deste estudo em que houve relação entre a ideação suicida e a percepção de estresse no trabalho.

Segundo Rios, Barbosa e Belasco (2010), por estarem sujeitos a uma rotina laboral na qual existem estímulos externos de natureza física e mental que se apresentam pela complexidade do seu trabalho, os profissionais de Enfermagem também estão expostos a uma carência de boas condições para a assistência do cuidado e, ao labutarem com indivíduos com doenças graves e risco de morte, acabam por ter mais condições para o desenvolvimento da depressão (RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010). Com a constante exposição a ambientes de trabalho insalubres, com condições precárias, a ocorrência de conflitos internos e as obrigações com a instituição e com os familiares dos pacientes potencializam, enormemente, os riscos para a depressão e o suicídio entre os profissionais da Enfermagem (GOMES; OLIVEIRA, 2013; RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010).

Nota-se na literatura científica um sobreaviso sobre a contingência de transtornos mentais durante a pandemia do novo coronavírus, sendo que estes problemas podem ser mais evidentes em pessoas com transtornos mentais já existentes, assim destacando uma maior vulnerabilidade nestes sujeitos. Com este cenário, uma pesquisa fundamenta esta apreensão, pois as análises após ajustes por sexo e idade demonstraram que 87% dos brasileiros que possuíam diagnóstico prévio de depressão esclareceram que se sentirem sempre tristes durante o período mencionado. Com relação a ansiedade os resultados foram semelhantes, sendo que a quantidade de pessoas com depressão que se sentiram ansiosas por toda o tempo pandêmico foi mais de duas vezes superior àquele de quem não possuía esse diagnóstico. Durante o período estudado 40% dos adultos brasileiros apresentaram

regularmente sentimentos de tristeza e de depressão, e em 50% ou mais a ansiedade e o nervosismo estavam presentes (BARROS *et al.*, 2020).

Pelo exposto, pode-se expressar que as circunstâncias da assistência ao cuidado prestado pelos enfermeiros, em todas as suas categorias, convertem o estresse em corriqueiro e trivial, tudo dentro da normalidade, e, assim, as complicações para a saúde dos trabalhadores da Enfermagem instalam-se. Essa situação impregnada em todas as instituições reflete uma importante consequência laboral e que fomenta a implementação de estratégias internas e externas com o objetivo de reduzir o estresse e minimizar os efeitos dos estímulos desfavoráveis à saúde mental (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; UMANN; GUIDO; SILVA, 2014; URBANETTO; GERHARDT, 2013).

Assim, pode-se perceber que a literatura encontrada fundamenta os dados encontrados nesta pesquisa em que 67,8% dos entrevistados afirmaram estar passando por situações de estresse no último ano e 12,7% alegaram ser portadores de alguma dor crônica.

Com relação ao aspecto dos quadros de ansiedade, estes sofrem impacto pelo medo e pela insegurança vivenciados pelos sujeitos, no que se refere ao receio de se estar infectado e, pela quantidade de informações a respeito da Covid-19. Muitos condensam estes dados somente no número de mortos e não no número de recuperados, neste sentido apenas uma mudança nesse enfoque serviria para que a ansiedade fosse atenuada. (ROLIM; OLIVEIRA; BATISTA, 2020)

Segundo Barros *et al.* (2020) aponta que um maior impacto psicológico foi sofrido entre as mulheres, pois estas participantes relataram mais sentimentos de depressão, tristeza, ansiedade e nervosismo, bem como, manifestaram com mais frequência sintomas como problemas do sono (BARROS *et al.*, 2020). Fato importante uma vez que tanto a literatura quanto esta pesquisa identificaram que há uma prevalência do sexo feminino na profissão de enfermagem.

Melo *et al.* (2019) analisaram as demandas que necessitam ser identificadas e discutidas quando o tópico são as possíveis queixas que a atividade profissional da Enfermagem pode enfrentar sob suas condições de trabalho. Algumas destas indagações foram: “falta de reconhecimento e apoio no trabalho”; “sobrecarga”; “plantão noturno”; “relação interpessoal com choques de valores éticos” e “falta de autonomia e dificuldade em lidar com a morte”. Estas adversidades possuem como característica serem “gatilhos” para o desenvolvimento de possíveis situações

disfuncionais na conduta e na saúde psíquica destes profissionais (MELO *et al.*, 2019).

Diversos estudos apontaram uma forte relação entre a dor crônica e o comportamento suicida. Um estudo norte-americano avaliou diferenças individuais no uso de estratégias de enfrentamento relacionadas à dor e a catastrofização relacionada à dor como correlatas de ideação suicida em pacientes com dor crônica. De um total de 1.512 pacientes que procuraram tratamento para a dor crônica, 32% relataram alguma forma de ideação suicida recente. Os dois preditores mais consistentes da presença e do grau de ideação suicida foram a magnitude dos sintomas depressivos e o grau de catastrofização relacionada à dor, uma estratégia de enfrentamento da dor cognitiva/emocional mal-adaptativa (EDWARDS *et al.*, 2006).

Um outro estudo, com 5962 pessoas que responderam às perguntas sobre dor crônica e pensamentos suicidas nos últimos 12 meses, concluiu que pessoas que sofriam de dor de cabeça eram quase duas vezes mais propensas do que as outras a relatar pensamentos suicidas e eram mais de duas vezes mais propensas a relatar suicídio e tentativas (NEWS MEDICAL LIFE SCIENCES, 2008).

A presença de um transtorno mental é um dos mais importantes fatores de risco para o suicídio. Em geral, admite-se que entre 90% e 98% das pessoas que se suicidam têm um transtorno mental por ocasião do suicídio. Os transtornos do humor, em especial, os estados depressivos, representam o diagnóstico mais frequente entre os portadores de doença mental que cometeram suicídio. Segundo a OMS, o diagnóstico de transtorno do humor pode ser feito entre 20,8% e 35,8% dos suicídios fatais. A comorbidade de transtornos do humor com transtornos por uso de substância (na prática, depressão e alcoolismo) é a mais frequente (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEAGA, 2010).

Há também fatores genéticos cuja precisão direta é ainda objeto de especulações, mas que pode ser inferida a partir da história familiar do indivíduo. Especula-se que o histórico de suicídio (particularmente em parentes de primeiro grau) e o histórico de doença psiquiátrica na família conferem risco aumentado para o comportamento suicida (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEAGA, 2010).

O cansaço emocional é considerado variável preditora para o risco de suicídio, assim como o estado depressivo. Esta condição pode ser conceituada como a perda de energia ou ainda como desgaste, exaustão e fadiga. Este estado

emocional relaciona-se, intrinsecamente, com os elementos depressivos coerentes com o principal elemento do *Burnout* e, assim, pode demandar em suicídio. Este distúrbio possui vários sintomas comuns, porém, os atos lesivos ou suicídio são, reconhecidamente, os mais preocupantes (SILVA *et al.*, 2015).

No trabalho, encontraram-se 10,8% e 8,4% dos participantes que relataram ter pais ou irmãos com algum transtorno mental ou que já tentaram suicídio, respectivamente.

O isolamento social, a perda de um ente querido ou a ruptura de uma relação afetiva podem desencadear pensamentos e até o ato suicida, cuja incidência é maior nas mulheres sem filhos. Entre os viúvos, o efeito também é considerável, o que pode ser constatado pelo grande número de suicídios ocorridos logo após a morte do cônjuge (VIANA *et al.*, 2008). Esse fato é evidenciado no trabalho em que 31,9% dos entrevistados responderam ter sofrido alguma perda familiar ou ruptura importante no último ano.

Com a pandemia do novo coronavírus, muitos profissionais da saúde incluindo os enfermeiros enfrentam esta crise estando na linha de frente. Para tal é essencial que estes profissionais vivenciem a coragem, a racionalidade, a paciência e o conhecimento científico (ZHANG, 2020).

Com este contexto, a OMS, declara a relevância em investir nos profissionais de enfermagem. Este investimento não contribuiria somente com a saúde, mas com a educação, o processo de trabalho e para o crescimento econômico (WHO, 2020). Com a pandemia ocorreu uma maior atenção e valorização dos profissionais de enfermagem por suas intensas ações neste período. Em 2020 a 72<sup>o</sup> Assembleia Mundial da Saúde determinou como Ano Internacional da Enfermagem. Este movimento é ideal se considerarmos a Agenda Mundial da Enfermagem para 2030 que entre outras ações, propõe investimentos em todas as dimensões de ensino da enfermagem envolvendo professores, estudantes e as infraestrutura. Estes investimentos devem atender as demandas globais (WHO, 2020).



### 6.3 RISCO DE SUICÍDIO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Em relação ao suicídio, pesquisas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; UMANN; GUIDO; SILVA, 2014; URBANETTO; GERHARDT, 2013) demonstraram que, para os enfermeiros, o risco para o suicídio é considerado alto. Em determinados países, como na Dinamarca, Austrália e Nova Zelândia, os dados revelaram que o risco de suicídio entre os enfermeiros é maior do que na população geral, enquanto, na Nova Zelândia e na Noruega, a prevalência de suicídio reflete-se em outros profissionais da saúde (CANO-LANGREO *et al.*, 2014). Silva *et al.* (2015) incluíram, entre as consequências do trabalho para os enfermeiros e como fatores de risco para o suicídio, a depressão, a baixa realização pessoal e a Síndrome de *Burnout*.

Um estudo com estudantes universitários de Enfermagem identificou resultados um pouco maiores quando considerada a tentativa ou experiência de suicídio entre familiares em que a literatura aponta um resultado de 18,2% de tentativa de suicídio para familiares destes estudantes (SANTOS, 2018).

Diferentes pesquisas com estudantes universitários da área da Enfermagem encontraram uma ideação suicida entre 9,9% e 22% (SANTOS, 2018; VELOSO *et al.*, 2019). Estes resultados são mais elevados dos que os encontrados por este estudo (6,1%), o que pode ser esclarecido pela diferença na média de idade, uma vez que estudantes são mais jovens e passam por experiências diferentes das vivenciadas pelos adultos.

Segundo um estudo com enfermeiros e médicos, 5,09% relataram ter tentado suicídio ao longo da vida. A ocorrência de tentativa de suicídio ao longo da vida entre os enfermeiros foi de 9,41% e, entre os médicos, de 2,29%. A prevalência de história de tentativa de suicídio e casos de suicídio entre familiares foi de 23,61% e 15,28%, respectivamente. Quanto às tentativas de suicídio de amigos, houve um percentual de 43,52% e, para o suicídio, de 35,65% (FREIRE *et al.*, 2020).

Davidson *et al.* (2018) pesquisaram sobre a saúde mental de enfermeiros de um centro de saúde e constataram, nos primeiros seis meses do programa, envolvendo 172 dos 2475 enfermeiros (7%), a partir do preenchimento de questionários, que 74 (43%) foram classificados como de alto risco para suicídio e outros 94 (55%), como de risco moderado. Desta mesma população, 151 (89%) tinham 43 anos de idade e mais de 40% destes entrevistados autorrelataram sintomas depressivos. A maioria relatou sentir perturbação mental e forte angústia.

Apenas 28 (16%) encontravam-se regularmente em terapia, enquanto os demais receberam aconselhamento pessoal ou verbal, seja por sessões telefônicas ou de forma anônima via *online*.

Dados referentes à aplicação do MINI Plus demonstraram que 6,8% dos participantes desta pesquisa foram classificados como de alto risco para o suicídio e 93,2%, como de baixo risco. Salienta-se que, no Brasil, são escassos os trabalhos que avaliam o risco dos profissionais da área de saúde em relação ao suicídio, destacando-se, principalmente, pesquisas envolvendo profissionais da APS.

Os estudos encontrados focaram, na maioria das vezes, a relevância da APS no cuidado às pessoas com comportamento suicida e concluíram o quanto os profissionais que atuam na APS se mostram despreparados e/ou desamparados para exercer o importante papel de prevenção ao comportamento suicida, seja por falta de tempo devido à sobrecarga de trabalho, falta de preparo ou conhecimento, falta de capacitação profissional, carência de uma rede de apoio e/ou ausência de políticas, programas e iniciativas locais de prevenção ao suicídio (FERREIRA *et al.*, 2018), mas poucos estudos abordaram o cuidado ao cuidador.

Silva *et al.* (2015) repercutiram, em seu estudo, que o enfermeiro necessita ser percebido mais que, simplesmente, um trabalhador da saúde, é preciso considerá-lo como um indivíduo que também pode se afligir com a própria saúde. Os mesmos autores relataram que o objetivo, em sua pesquisa, foi alertar sobre a emergência em que se encontram os profissionais da Enfermagem com relação à gravidade dos riscos aos quais estão submetidos em sua rotina assistencial e em sua vida pessoal, por estarem mais vulneráveis a desenvolver transtornos mentais e, infelizmente, este fato está sendo ignorado e é negligenciado até mesmo pelos próprios profissionais.

É importante destacar que nenhum fator isolado possui força suficiente para provocar ou prevenir um comportamento suicida e que, na realidade, é sua combinação que leva à crise que resulta nesse comportamento. Com efeito, Mann e Arango descreveram o processo suicida como uma diátese, ou predisposição, a partir de uma complexa inter-relação de fatores socioculturais, vivências traumáticas, história psiquiátrica e vulnerabilidade genética (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

#### 6.4 ATITUDES DE SEGURANÇA E RISCO DE SUICÍDIO

É importante considerar o ambiente de trabalho como fator determinante do processo saúde-doença, podendo atuar, de forma positiva ou negativa, sobre a saúde mental e física do trabalhador. Assim, alguns fatores do ambiente de trabalho podem influenciar as atitudes de segurança ao paciente.

Fatores estressores internos e externos de um determinado ambiente podem ser considerados gatilhos para o empobrecimento de saúde mental. Assim sendo, o ambiente de trabalho também pode ser considerado um fator promotor de saúde mental, já que ele proporciona interações sociais do indivíduo (COSTA *et al.*, 2013).

Tal afirmação é possível de se comprovar quando se analisam os dados do MINI Plus com os domínios referentes às atitudes de segurança do paciente na tabela 5.

Em um estudo, no qual o instrumento de atitudes de segurança, foi utilizado, os profissionais de saúde das unidades de perioperatório tinham uma percepção negativa acerca da cultura de segurança (média = 63,8). Quanto aos domínios, somente o domínio de Satisfação no trabalho obteve percepção positiva (média = 83,0) (MUNHOZ *et al.*, 2020).

Esse mesmo estudo observou a correlação baixa e negativa entre as seguintes variáveis: demanda psicológica, despersonalização e percepção da cultura de segurança do paciente. A variável realização profissional apresentou correlação baixa e positiva com a cultura de segurança (MUNHOZ *et al.*, 2020).

Resultados semelhantes aos desse estudo foram encontrados nesta pesquisa em que houve correlação entre a presença de doenças mentais nos profissionais ou familiares, a satisfação no trabalho e a ideação suicida na percepção de uma cultura de segurança do paciente.

A segurança e a satisfação no trabalho relacionadas à profissão da Enfermagem associam-se, diretamente, com o apontamento da valorização profissional. A literatura científica revela que esta temática está interligada ao sofrimento psicológico do profissional. Os enfermeiros discorrem sobre uma carência de investimentos em capacitações e, assim, o conhecimento se adquire na rotina do trabalho, que indica um forte risco psicossocial relacionado ao trabalho (CELESTINO *et al.*, 2020).

A satisfação no trabalho é definida como parte de processos subjetivos de caráter complexo, variando segundo as singularidades individuais, conforme os contextos e as circunstâncias vivenciados de pessoa para pessoa, alterando-se de acordo com variáveis socioeconômicas e culturais e com a satisfação pessoal, ou seja, a satisfação no trabalho permanece sujeita às influências internas e externas do ambiente de trabalho e do contexto de vida (RENNER *et al.*, 2014).

No que se refere ao estresse ocupacional, prevaleceram os profissionais de saúde com alta exigência no trabalho, ou seja, com altas demandas psicológicas e baixo controle sobre o trabalho. Essa situação indica que os participantes estavam com sua saúde em risco como resultado das atividades laborais desenvolvidas nas unidades de perioperatório. Somados a isso, fatores como o desgaste emocional, o cansaço e a ansiedade, se vivenciados pelos profissionais, podem predispor-los ao adoecimento relacionado ao trabalho (MUNHOZ *et al.*, 2020).

A exaustão profissional determinada pela síndrome impacta a cultura de segurança do paciente, pois a percepção dos profissionais sobre as atuações na assistência possui a possibilidade de encontrar-se reduzida e, dessa forma, pode facilitar a contingência de erros (MUNHOZ *et al.*, 2020).

Uma pesquisa, que objetivou avaliar a cultura de segurança em três hospitais públicos do Brasil, na análise geral do SAQ, também evidenciou um clima negativo das três instituições, com médias entre 65 e 69. Esse mesmo estudo constatou que dois dos três hospitais tinham percepção positiva para o domínio clima de trabalho em equipe (média=75). Nesse sentido, a satisfação profissional está relacionada a um bom relacionamento interpessoal, diálogo aberto e a ter suporte quando necessário. Assim, as ações desenvolvidas pelos profissionais e a segurança do paciente são favorecidas (CARVALHO *et al.*, 2017; MATIELLO *et al.*, 2016).

Para que haja uma real mudança nesta situação, é essencial que as instituições de saúde arquem com suas responsabilidades e empreguem investimentos em seus recursos humanos com treinamentos e capacitações para seus profissionais. Ressalta-se que este conhecimento exista até mesmo antes da inserção do profissional no mercado de trabalho e não depois de estar atuando na função por anos que, nesse caso, implica enormes dificuldades de mudança de hábitos. Nesse contexto, as academias formadoras possuem a função de desenvolver estratégias de ensino já estabelecidas na matriz curricular para assessorar e assegurar o desempenho dos futuros enfermeiros. Dentre estas

estratégias, é necessário incluir ou aprimorar o esclarecimento das condições de trabalho para que estes possam exercer a assistência ao cuidado com eficácia nas inúmeras possibilidades de serviços de saúde (CELESTINO *et al.*, 2020).

Navarro, Guimarães e Garanhani (2013), com relação ao ambiente de trabalho, expuseram, em seu estudo, que foram observados profissionais de Enfermagem e que esses declararam que a comunicação com a chefia sobre erros e os companheiros de trabalho problemáticos e difíceis interferem mais nas relações interpessoais. Portanto, é necessário destacar que as relações hierárquicas no processo de trabalho da equipe de Enfermagem possuem a característica de que o papel do coordenador e a forma como cada um se cuida na equipe exercem a maior influência positiva ou negativa na equipe. As relações estabelecidas entre os indivíduos e o processo de trabalho em grupo são entremeadas por diversas maneiras de cuidado interpessoal e a autopercepção. Então, se o coordenador ou líder da equipe não estiver atento a essas diversas formas de cuidado que utiliza e, em especial, às suas omissões, pode ocorrer, com facilidade, a negligência de situações e estas situações encobertas não serão trabalhadas (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013).

O reconhecimento do profissional, ou melhor, a ausência dele, seja pela instituição onde trabalha, seja pelos membros da equipe de Enfermagem ou mesmo pela sociedade, acarreta insatisfação pessoal, refletindo no indivíduo não apenas em sua vida profissional, mas, também, em sua vida particular e, certamente, repercute na sociedade (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013).

O desgaste emocional encontrado nos profissionais de Enfermagem é, decididamente, um risco psicossocial evidente e está associado, especialmente, às relações entre os profissionais da equipe e com a população assistida (CELESTINO *et al.*, 2020).

Evidencia-se que o relacionamento interpessoal é um dos mais relevantes problemas nas equipes da ESF e, para Celestino *et al.* (2020), este é um dos principais fatores de risco psicossocial, já que, em seu estudo, foram relatadas discussões nada afetuosas e respeitadas na rotina do trabalho dos membros das equipes investigadas. Os enfermeiros declararam conflitos com os profissionais médicos e, dentre os principais motivos, foram apontados o não cumprimento da carga horária acordada e os atrasos sucessivos. Foi desvelada também a existência de confronto entre a própria equipe de Enfermagem, os agentes comunitários e a

comunidade da área acompanhada (CELESTINO *et al.*, 2020).

Oliveira e Pereira (2013) descreveram que uma estratégia para reestabelecer as relações interpessoais positivamente no ambiente do trabalho dos enfermeiros é o acesso às tecnologias relacionais (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Para o sucesso nessa empreitada, são necessários um real estabelecimento de diálogo, a escuta, o vínculo e o acolhimento, pois estes pontos possuem características fundamentais para a percepção do sofrimento, valorização das experiências e atenção às necessidades individuais no processo de trabalho em assistência à saúde (MAYNART *et al.*, 2014).

Verifica-se, na literatura, uma multiplicidade de abordagens relacionadas aos desafios vivenciados pelos profissionais nos serviços de APS, apresentando-se elementos como: erro na comunicação; erros de conhecimento; competências e habilidades dos profissionais; erro de diagnóstico e erro de tratamento. Temas como a comunicação do erro, prevenção de danos e riscos ao paciente e à saúde mental dos profissionais também foram identificados nessa categoria (DALLA NORA; BEGHETTO, 2020).

Os achados indicam, ainda, preocupação com a saúde mental dos profissionais da APS (BONDEVIK *et al.*, 2014). São relatos sobre a dificuldade do profissional em equilibrar o trabalho na APS e a vida familiar, o que pode afetar sua moral e concentração (MANWELL, 2009). Já aqueles com recursos mais escassos e com maior número de usuários expressaram frustração e fadiga. Outro fator contribuinte para a ocorrência de incidentes descrito na literatura é a pressão para que a equipe de saúde seja mais produtiva em menor tempo, além da sobrecarga de trabalho (MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015).

Quando existe desequilíbrio no ambiente de trabalho ou, em outras palavras, não existe harmonia entre os profissionais membros de um setor ou de uma equipe, essa condição permite gerar exposição desnecessária do colaborador, e é possível ser causada por manobras e intrigas de um grupo minoritário. Esta situação é evidenciada como atos de violência psicológica no trabalho, tornando-se um elevado risco psicossocial (CELESTINO *et al.*, 2020).

Nesse contexto, a cultura de segurança está relacionada, dentre outros fatores, com o comportamento dos profissionais que atuam no ambiente de trabalho e esse pode ser influenciado pelo estado de saúde (CARVALHO *et al.*, 2016).

## 7 CONCLUSÃO

Muitas ações podem ser feitas com vistas a favorecer a saúde do trabalhador, como a realização de intervenções para a identificação de estressores laborais e estratégias de enfrentamento; conscientização sobre a prevenção de doenças ocupacionais e estímulo ao trabalhador para manter-se saudável. Em relação à cultura de segurança do paciente, sugerem-se estratégias que favoreçam o diálogo aberto e horizontal entre chefias e profissionais assistentes e incentivos aos profissionais a participarem, ativamente, das atividades de educação em saúde voltadas ao assunto.

Neste estudo, considerando a saúde mental e a segurança do pode se perceber que a segurança do paciente sofre influência, dos profissionais da saúde, seguidos da gestão dos serviços e do usuário e sua família. Como recursos para potencializar a segurança do paciente, este estudo aponta para a importância de se manterem processos educativos permanentes nos serviços e a realização de novas pesquisas na área da APS. As iniciativas de educação precisam ser capazes de despertar os profissionais para a mudança de atitude por meio da reflexão sobre o seu processo de trabalho, tendo em vista o desenvolvimento do cuidado seguro. Acredita-se que esses recursos sejam os pilares para enfrentar os desafios da segurança do paciente evidenciados pelos sujeitos deste estudo.

Identifica-se que diversos são os fatores que podem levar o trabalhador à ideação/comportamento suicida e, quando não assistido, ao suicídio. É dever de toda instituição empregadora (pública ou privada) garantir a vigilância e prevenção à saúde a fim de promover ambientes e condições de trabalho seguros e saudáveis que protejam o trabalhador (CORSI *et al.*, 2020).

Destaca-se, ainda, a necessidade de direcionar campanhas educativas contínuas de prevenção ao suicídio e promoção à saúde no meio ambiente do trabalho, operando a responsabilidade social, a começar pelas relações interpessoais humanizadas e seus próprios ambientes institucionais internos (CORSI *et al.*, 2020).

Como limitações deste estudo, pode-se citar a pandemia da COVID-19, que

se instalou no Brasil no início de 2020, sendo um fator estressante, preocupante e, de fato, adoecedor para muitos trabalhadores da área da saúde. Além disso, muitos profissionais estavam afastados de suas atividades laborais por terem sido classificados como “população de risco” ou até mesmo por estarem positivos para a COVID-19 no momento da coleta de dados, o que pode ter conferido uma menor adesão e participação.

Um outro ponto limitador é que, mesmo diante de tantos resultados encontrados nesta pesquisa e possíveis causas que fundamentam o processo saúde/doença mental, risco de suicídio e trabalho, não se daria conta de determinar todas as possíveis manifestações humanas.

Ressalta-se, ainda, o ineditismo de correlacionar as grandes áreas de estudo segurança do paciente, saúde do trabalhador e risco de suicídio na APS, campos ainda pouco explorados em estudos atuais.



## REFERÊNCIAS

- ABDALA, G. A. *et al.* Religião, Espiritualidade e a Enfermagem. **REFACS: Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 5, supl. 1, p. 154-164, 2017. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v5i0.2001>
- ABIRACHED, R.T. **Atuação da enfermagem na implantação das residências terapêuticas para pessoas com transtorno psiquiátrico no município de Duque de Caxias- RJ (2004-2011)**. 2017. 123f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), 2017. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/51/teses/852463.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BR). Portaria nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: DF, 2013.
- ALMEIDA, A. S.; VEDANA, K. G. G. Formação e atitudes relacionadas às tentativas de suicídio entre profissionais de estratégias de saúde da família. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 92-99, out./dez. 2020. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.165054
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf>. Acesso em: 16 abr. 2020.
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 106-115, set. 2000. DOI: 10.1590/S1516-44462000000300003
- AMORIM, R. G.; LAVRADOR, M. C. C. A Perspectiva da produção de cuidado pelos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 273-288, abr./jun. 2017. DOI: 10.1590/1982-3703000332015
- AQUINO, R. *et al.* A Estratégia saúde da família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.
- ARAÚJO, J. S. B.; BARBOSA, M. R.; NOGUEIRA, M. S. A depressão e o risco de suicídio na enfermagem. **Revista (Online)**, Valparaíso de Goiás, v. 10, n. 2, p. 250-259, 2021. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/711>. Acesso em: 25 set. 2021.
- ASCARI, R. A.; SCHMITZ, S. S.; SILVA, O. M. Prevalência de doenças ocupacionais em profissionais da enfermagem: revisão de literatura. **Revista Uningá Review**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 26-31. jul./set. 2013. Disponível em:

<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1449>. Acesso em: 20 fev. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: ABP, 2014.

ÁVILA, L. I. et al. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 102-119, 2013. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/37874>. Acesso em: 28 set. 2021.

BAPTISTA, Patricia Campos Pavan et al. Saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança do paciente: o olhar de gerentes de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, p. 122-128, 2015.

BARROS, A.; NÓBREGA, M. M.; SANTOS, R.; CEZAR-VAZ, M. R.; PAGLIUCA, L. Research in nursing and modification of the knowledge tree in CNPq: contribution to science. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, 10 fev. 2020.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 549-557, set. 2012. DOI: 10.1590/S0104-07072012000300009

BARBOSA, K. K. S. *et al.* Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 3, p. 515-522, 2012. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5910>. Acesso em: 25 set. 2021.

BENDER, K. G.; CONTO, F.; RODRIGUES, J. Nursing care to suicidal behavior person at Primary Health care. **Research, Society and Development**, Florianópolis, v. 10, n. 11, e501101120002, set. 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i11.20002

BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: UNESP, 2012.

BERTOLETE, J. M.; MELLO-SANTOS, C. B.; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 32, n. suppl 2, out. 2010. DOI: 10.1590/S1516-44462010000600005

BONDEVIK, G. T. *et al.* Patient safety culture in Norwegian primary care: a study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, Stockholm, v. 32, n. 3, p. 132-138, sep. 2014. DOI: 10.3109/02813432.2014.962791

BORDIGNON, M. et al. Oncology nursing professionals' job satisfaction and dissatisfaction in Brazil and Portugal. **Texto Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 4, oct./dec. 2015. DOI: [10.1590/0104-0707201500004650014](https://doi.org/10.1590/0104-0707201500004650014)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia de organização**

dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em:

[http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa\\_document/file/374/Caderno\\_1\\_-\\_Assist%C3%Aancia\\_Segura\\_-\\_Uma\\_Reflex%C3%A3o\\_Te%C3%B3rica\\_Aplicada\\_%C3%A0\\_Pr%C3%A1tica.pdf](http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/374/Caderno_1_-_Assist%C3%Aancia_Segura_-_Uma_Reflex%C3%A3o_Te%C3%B3rica_Aplicada_%C3%A0_Pr%C3%A1tica.pdf). Acesso em: 16 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Nota TécnicaGVIMS/GGTES/Anvisa Nº 09/2020**: Práticas seguras para prevenção de suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto inflingido em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-09-de-2020.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde. **Uberlândia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em:

<http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 19 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: MS, 2013c. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal. Secretaria de Políticas de Saúde. UNESCO. **Atenção primária de saúde**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviço e tecnologia. Brasília: UNESCO/MS, 2002. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Série A. Brasília: MS, 2001. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_relacionadas\\_trabalho\\_manual\\_procedimentos.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_manual_procedimentos.pdf). Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/demas>. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de atenção básica: saúde mental**. 34. ed. Brasília: MS, 2013d. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf). Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PNAB: Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica – Programa Saúde da Família**. Caderno 1:a implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: MS, 2000. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_unidade\\_saude\\_familia\\_ca\\_b1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_ca_b1.pdf). Acesso em: 20 fev. 2020.

BUENO, A. A. B.; FASSARELLA, C. S. Segurança do paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Duque de Caxias, v. 6, n. 1, p. 1-9, set. 2012. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/1573>. Acesso em: 20 fev. 2020.

CANO-LANGREO, M. et al. Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. **Medicina y Seguridad del Trabajo**, Madrid, v. 60, n. 234, p. 198-218, 2014. DOI: 10.4321/S0465-546X2014000100015

CAPUCHO, H. C. Near miss: quase erro ou potencial evento adverso? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, set./out. 2011. DOI: 10.1590/S0104-11692011000500027

CARVALHO, D. *et al.* Burnout syndrome in health professionals acting on two municipalities of Minas Gerais - Brazil. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 16, n. 31, p. 139-148, jul./dez. 2016. DOI: 10.21527/2176-7114.2016.31.139-148

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil** – Questionário de Atitudes de Segurança. 2011. 172f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2011. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-30112011-085601/publico/RhannaEmanuelaFonteneleLimadeCarvalho.pdf>

CARVALHO, R. E. F. L. *et al.* Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2849, mar. 2017. DOI: 10.1590/1518-8345.1600.2849

CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. B. Questionário Atitudes de Segurança:

adaptação transcultural do SafetyAttitudesQuestionnaire – Short Form 2006 para o Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 575-582, 2012.

CAVALCANTE, A. K. C. B. *et al.* Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Revista Cubana de Enfermería**, Havana, v. 31, n. 4, dez. 2015. Disponível em: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907/141>. Acesso em: 20 fev. 2020.

CELESTINO, L. C. *et al.* Work-related psychosocial risks of the Family Health nurse and management strategies. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 54, e03602, 2020. DOI: 10.1590/S1980-220X2018055603602

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Trends in the Prevalence of Suicide–Related Behaviors National YRBS: 1991—2017**. Atlanta: CDC, 2017. Disponível em: [https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/pdf/trends/2017\\_suicide\\_trend\\_yrbs.pdf](https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/pdf/trends/2017_suicide_trend_yrbs.pdf). Acesso em: 25 jun. 2021.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA. **Falando abertamente sobre suicídio**. São Paulo: CVV, 2013.

CHEUNG, T.; LEE, H. P.; YIP, P. S. F. Suicidality among Hong Kong nurses: prevalence and correlates. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 72, n. 4, p. 836-848, apr. 2016. DOI: 10.1111/jan.12869

CORSI, C. A. C. *et al.* Worker's health surveillance: work-related suicide. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 133-143, dec. 2020. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.172196

COSTA, D. *et al.* Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-21, jun. 2013. DOI: 10.1590/S0303-76572013000100003

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. **Quem Cuida de Quem Cuida? Quem Cuida do Cuidador?** Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2002.

DALLA NORA, C. R.; BEGHETTO, M. G. Patient safety challenges in primary health care: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 5, e20190209, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0209

DAVIDSON, J. E. *et al.* Suicide prevention: a healer education and referral program for nurses. **The Journal of Nursing Administration**, Billerica, v. 48, n. 2, p. 85-92, feb. 2018. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000582

DEJOURS, C. **Trabalho vivo: trabalho e emancipação: volume II**. Brasília: Paralelo 15, 2012.

DILÉLIO, A. S. *et al.* Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 503-514, mar. 2012.

DOI: 10.1590/S0102-311X2012000300011

DONALDSON, L.; PHILIP, P. Patient safety: a global priority. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 82, n. 12, p. 892, dec. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15654400/>. Acesso em: 20 fev. 2020.

EDWARDS, R. R. *et al.* Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. **Pain**, Amsterdam, v. 126, n.1-3, p. 272-279, dec. 2006. DOI: 10.1016/j.pain.2006.07.004

ESPERIDIÃO E. **Holismo só na teoria: a trama dos sentidos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação**. 2002. 106f.Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2001. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-06112001-115453/pt-br.php>. Acesso em: 25 jan. 2022.

ESPINHA, D. C. M. *et al.* Opinião dos estudantes de enfermagem sobre saúde, espiritualidade e religiosidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 98-106, dez. 2013. DOI: 10.1590/S1983-14472013000400013.

FACAS, E. P. **Protocolo de avaliação dos riscos psicossociais no trabalho - contribuições da psicodinâmica do trabalho**. 2013. 191 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília (DF), 2013. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/15420>. Acesso em: 20 fev. 2020.

FARAH, B. F. **A educação permanente no processo de organização dos serviços de saúde: as repercussões do Curso Introdutório para equipes de Saúde da Família - experiência do município de Juiz de Fora/MG**. 2006. 270 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), 2006. Disponível em: <http://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/farahbfd.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

FERREIRA, M. L. *et al.* Comportamento suicida e atenção primária à saúde. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 9, n. 4, p. 50-54, 2018. DOI: 10.21675/2357-707X.2018.v9.n4.1803

FERREIRA, R. A. *et al.* Segurança do paciente e os eventos adversos: erro profissional ou do sistema? **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Duque de Caxias, v. 8, n. 3, p. 1-15, set. 2014. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/2033#:~:text=A%20equipe%20de%20enfermagem%20por,seguran%C3%A7a%20do%20paciente%20seja%20preservada>. Acesso em: 20 fev. 2020.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232015206.13272014

FIGUEIREDO, M. L. *et al.* Análise da ocorrência de incidentes notificados em hospital- geral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 111-119,

jan./fev. 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0574

FILIPON, J. G. **Homens cuidadores**: escritos selecionados. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2004.

FREIRE, F. O. et al. Factors associated with suicide risk among nurses and physicians: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. Suppl 1, e20200352, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0352

GOLLE, L. *et al.* Culture of patient safety in hospital private. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 85-89, jan. 2018. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.85-89

GOMES, R. K.; OLIVEIRA, V. B. Depressão, ansiedade e suporte social em profissionais de enfermagem. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 63, n. 138, p. 23-33, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v63n138/v63n138a04.pdf>. Acesso em: 18 out. 2021.

LEMOS, G. C. *et al.* A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 8, e2600, mar. 2018. DOI: 10.19175/recom.v8i0.2600

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**, Brasília, v. 27, n. 2, e2017320, jun. 2018. DOI: 10.5123/S1679-49742018000200004

MAKEHAM, M. *et al.* **Methods and measures used in primary care patient safety research**. Genève: WHO, 2008. Disponível em: [www.who.int/patientsafety/research/methods\\_measures/primary\\_care\\_ps\\_research/en/index.html](http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/primary_care_ps_research/en/index.html). Acesso em: 29 set. 2021.

MANWELL, L. B. Physician perspectives on quality and error in the outpatient setting. **Wisconsin Medical Journal**, Madison, v. 108, n. 3, p. 139-144, may 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19552351>. Acesso em: 20 fev. 2020.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V.; PAVÃO, A. L. B. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2313-2330, nov. 2015. DOI: 10.1590/0102-311X00194214

MARQUETTI, F. C. O suicídio e sua essência transgressora. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 237-245, set./dez. 2014. DOI: 10.1590/0103-6564D20140006

MARTINS, S. R. **A Histeria e os DORTs: expressões do sofrimento psíquico de uma época**. 2002. 184f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2002. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/84306/184043.pdf?sequence=>

1&isAllowed=y. Acesso em: 28 ago. 2021.

MATIELLO, R. D. C. *et al.* (2016). Patient safety culture from the perspective of nurses. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. esp, p. 1-9, fev./jun. 2016. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/9f2ge> Acesso em: 20 fev. 2020.

MAYNART, W. H. C. *et al.* A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 4, P. 300-304, 2014. DOI: 10.1590/1982-0194201400051

MELO, A. A. S. *et al.* O suicídio em profissionais de enfermagem: uma análise bibliográfica da dimensão social dentro de uma perspectiva contemporânea. **Revista Eletrônica da Estácio Recife**, Recife, v. 5, n. 1, p. 1-13, jul. 2019. Disponível em: <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/200>. Acesso em: 18 out. 2021.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf). Acesso em: 28 ago. 2021.

MONTEIRO, J. K. *et al.* Adoecimento psíquico de trabalhadores de Unidade de Terapia Intensiva. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 2, 2013. DOI: [10.1590/S1414-98932013000200009](https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000200009)

MUNHOZ, O. L. *et al.* Occupational stress and burnout in health professional of perioperative units. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, p. 1-7, sep./dec. 2020. DOI: 10.37689/acta-ape/2020AO0261

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 69-75, jan./mar. 2013. DOI: 10.5935/1415-2762.20130006

NEWS MEDICAL LIFE SCIENCES. According to new research patients suffering chronic pain are more likely than others to consider suicide. **News-medical.net**, Manchester, nov. 2008. Disponível em: <https://www.news-medical.net/news/2008/11/11/42777.aspx>. Acesso em: 19 jan. 2022.

OLIVEIRA, A. V. *et al.* Suicídio entre os profissionais de saúde. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, Brasília, v. 2, n. 4, p. 11-16, abr. 2020. Disponível em: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/117>. Acesso em: 20 fev. 2020.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia da saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. esp, p. 158-164, set. 2013. DOI: 10.1590/S0034-71672013000700020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Guia curricular de segurança do**



**paciente: edição multiprofissional.** Rio de Janeiro: Autografia; 2016

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária.** Genebra: OMS, 2000. Disponível em:

[https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/en/suicideprev\\_phc\\_port.pdf](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf). Acesso em: 28 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde.** Brasília: ONA, 2018.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Prevención de la conducta suicida.** Washington: OPAS, 2016. Disponível em: <https://goo.gl/8s5VAR>. Acesso em: 28 mar. 2021.

PENSO, M. A.; SENA, D. P. A. A desesperança do jovem e o suicídio como solução. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 61-81, 2020. DOI: 10.1590/s0102-6992-202035010004.

PEREIRA, M. D.; SOUZA, D. F.; FERRAZ, F. Segurança do paciente nas ações de enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. **Inova Saúde**, Criciúma, v. 3, n. 2, p. 55-87, dez. 2014. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/1746> Acesso em: 20 fev. 2020.

PEREIRA, S. M. *et al.* Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. IV, n. 3, p. 55-64, nov./dez. 2014. DOI: 10.12707/RIII13178

PIRES, D. E. P. *et al.* Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2677, 2016. DOI: 10.1590/1518-8345.0992.2682.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAIMONDI, D. C. *et al.* Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. esp, e20180133, jan. 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180133

REASON, J. Human error: models and management. **British Medical Journal**, London, v. 320, n. 7237, p. 768-770, mar. 2000. DOI: [10.1136/bmj.320.7237.768](https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768)

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 & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, jul. 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013000700018

RENNER, J. S., et al. Qualidade de vida e satisfação no trabalho: a percepção dos técnicos de enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 447-53, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/938>. Acesso em: 25 set. 2021.

RIOS, K. A.; BARBOSA, D. A.; BELASCO, A. G. S. Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p.122-130, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/Gcmgds5cmQyLnYdR65JQkgt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2021.

SAMPAIO, D.; TELLES-CORREIA, D. Suicídio nos mais velhos: fundamental não esquecer! **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 26, n. 1, p. 1-2, jan./fev. 2013. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/4003/3201>. Acesso em: 20 fev. 2020.

SANTOS, E. K. T. D. **A saúde mental dos universitários de terapia ocupacional: a cobrança do conhecimento técnico e científico frente a sua formação acadêmica**. 2018. 34f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Terapia Ocupacional) - Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, SE, 2018. Disponível em: [https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/8387/2/ERY\\_KAROLINY\\_TELES\\_DOS\\_SANTOS.pdf](https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/8387/2/ERY_KAROLINY_TELES_DOS_SANTOS.pdf). Acesso em: 18 set. 2021.

SANTOS, W. S. *et al.* A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida. **Psicologia, Saúde, Doenças**, Lisboa, v. 17, n. 3, p. 515-526, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36249164016.pdf>. Acesso em: 29 out. 2021.

SCHMIDT, D. R. C. *et al.* Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 13-17, jan./fev. 2013. DOI: 10.1590/S0034-71672013000100002

SILVA, A. A. *et al.* Health- related quality of life and working conditions among nursing providers. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 718-725, 2010. DOI:10.1590/S0034-89102010000400016

SILVA, D. S. *et al.* Depressão e risco de suicídio entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 1027-1036, dez. 2015. DOI: 10.1590/S0080-623420150000600020

SOLOMON, A. **O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão**. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

SOUZA, E.; BALDWIN, J. R.; ROSA, F. H. A construção social dos papéis sexuais femininos. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 13, n. 3, p. 485-496,

2000. DOI:[10.1590/S0102-79722000000300016](https://doi.org/10.1590/S0102-79722000000300016)

SOUZA, H. M. Análise das práticas assistenciais na área de saúde da mulher nas equipes do programa de saúde da família: um estudo de caso em estado selecionado. In: PIERANTONI, C. R.; VIANNA, C. M. M. **Gestão de sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2003. p. 201-248.

TEODORO, R. F. B. et al. Adverse event notification analysis through patient safety culture research. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 463-470, jan./dez. 2020. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8521.

TOMAZ, H. C. et al. Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, n. suppl 1, e190634, jun. 2020. DOI: 10.1590/Interface.190634

UENO, L. G. S. et al. Estresse ocupacional: estressores referidos pela equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE OnLine**, Recife, v. 11, n. 4, p. 1632-1638, abr. 2017. DOI: 10.5205/1981-8963-v11i4a15232p1632-1638-2017

UMANN, J.; GUIDO, L. A.; SILVA, R. M. Stress, coping and presenteeism in nurses assisting critical and potentially critical patients. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 891-898, 2014. DOI: 10.1590/S0080-6234201400005000016

URBANETTO, J. S.; GERHARDT, L. M. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 8-9, 2013. DOI: 10.1590/S1983-14472013000300001

VELOSO, L. U. P. et al. Ideação suicida em universitários da área da saúde: prevalência e fatores associados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, e20180144, 2019. DOI: [10.1590/1983-1447.2019.20180144](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180144)

VIANA, G. N. et al. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 38-43, mar. 2008. DOI: 10.1590/S0047-20852008000100008

VIEIRA, T. G. et al. Adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 32, n. 2, p. 2015-214, 2013. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/view/7538>. Acesso em: 28 set. 2021.

VINCENT, C.; AMALBERTI, R. **Cuidado de Saúde mais Seguro Estratégias para o cotidiano do cuidado**. Rio de Janeiro: Proqualis, ICICT/FIOCRUZ, 2016.

WHO. Suicide. Genebra: WHO, 2021. Disponível em: Suicide (who.int). Acesso em: 25 Maio 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Patient Safety. **Global Priorities for patient safety research: better knowledge for safer care**. Geneva: WHO, 2009. Disponível

em:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44205/9789241598620\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44205/9789241598620_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 20 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a global imperative. Geneva: WHO, 2014. Disponível em:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>. Acesso em: 20 fev. 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Public health action for the prevention of suicide**: a framework. Geneva: WHO, 2012. Disponível em:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75166/9789241503570\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75166/9789241503570_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 20 fev. 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. [Internet]. Geneva: WHO; 2020.

ZHANG, W. Manual de Prevenção e Controle da Covid-19 segundo o Doutor Wenhong Zhang. São Paulo: PoloBooks; 2020

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### 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 das pesquisadoras Ana Luisa Justino dos Santos (UFU), Andréa Bernardes da Silva (UFU), Carla Denari Giuliani (UFU), Geovanna Alves Nunes (UFU), Lorryne Sousa Pereira (UFU), Luana Araújo Macedo Scalia (UFU), Lúcia Aparecida Ferreira (UFTM), Luiza Pereira Silva Assis (UFU), Maria Cristina de Moura Ferreira (UFU), Mariana Ramos (UFU), Marianne SandimNachmanowicz (UFU), Marcelle Aparecida de Barros Junqueira (UFU), Paula Eduarda Siqueira Fortunato (UFU), Suely Amorim de Araújo (UFU), Vanessa Cristina Bertussi (UFTM), Gabriela Carvalho Sebastião (UFU) e Mariana Hasse (UFU). Nesta pesquisa, busca-se compreender a relação entre os sinais indicativos de comportamento suicida e as atitudes relacionadas à 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 pelas pesquisadoras Ana Luisa Justino dos Santos, Andréa Bernardes da Silva, Geovanna Alves Nunes, Lorryne Sousa Pereira, Luana Araújo Macedo Scalia, Luiza Pereira Silva Assis, Mariana Ramos, Marianne SandimNachmanowicz, Paula Eduarda Siqueira Fortunato, Vanessa Cristina Bertussi e Gabriela Carvalho Sebastião. A pesquisa só ocorrerá após a 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, devendo 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 a análise do material, todos os questionários serão descartados. Em nenhum momento você será identificado. Os trabalhadores que responderem ao questionário serão convidados a participar de curso promovido pela equipe de pesquisadoras. A ação com cada grupo será realizada em 12 encontros, durante três 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 solicitado que os participantes respondam, novamente, ao instrumento de coleta de dados. Os resultados da pesquisa serão publicados e, ainda assim, a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto, nem ganho financeiro por participar. Os possíveis riscos relacionados ao projeto são: a identificação dos voluntários e o possível 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 ao 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 na av. Pará, Bloco 2U, 1720 - Umuarama, Uberlândia - MG, 38.400-902, telefone (34) 3225-8603. Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa (CEP) 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, 38.408-100; 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 as 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.

---

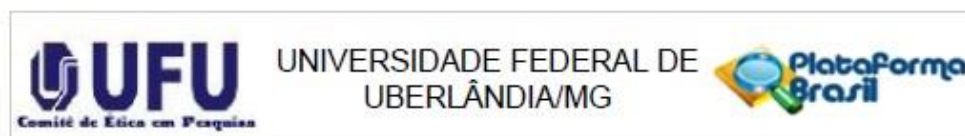
Assinatura do participante da pesquisa

-----  
Rubrica do participante da pesquisa

-----  
Rubrica do pesquisador

## ANEXOS

### ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

**Pesquisador:** Marcelle Aparecida de Barros Junqueira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 23429919.9.0000.5152

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.849.113

##### Apresentação do Projeto:

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

O protocolo de pesquisa intitulado "SEGURANÇA DO PACIENTE, SUICÍDIO E VIOLÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE: INTER-RELAÇÕES E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO", a ser desenvolvido em sede de Iniciação Científica, pretende identificar os indicadores de sofrimento mental dos profissionais de enfermagem (como risco para suicídio, depressão, abuso de álcool e outras drogas), além de conhecer as atitudes desses próprios trabalhadores em relação ao paciente com ideias 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 conseqüentemente a suas famílias. O resultado

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



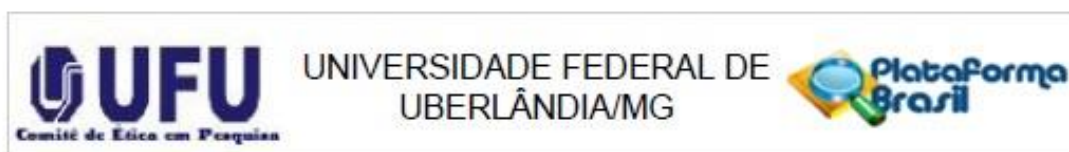
Continuação do Parecer: 3.849.113

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

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

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





Continuação do Parecer: 3.849.113

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

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

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

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



Continuação do Parecer: 3.849.113

#### Objetivo da Pesquisa:

De acordo com os pesquisadores:

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

#### Objetivo Secundário:

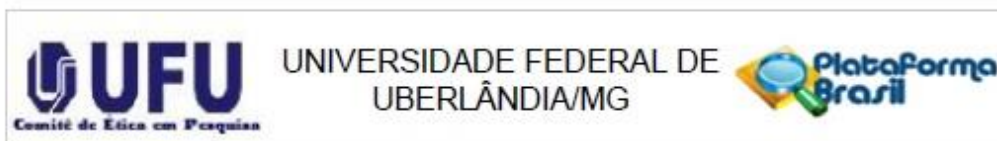
a) Identificar aspectos sociodemográficos, condições orgânicas e histórico de saúde;b) Descrever as atitudes de profissionais de enfermagem frente a comportamentos suicidas; c) Descrever a relação entre uso abusivo de álcool e drogas com atitudes de segurança do paciente; d) Relacionar sinais e sintomas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

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os pesquisadores:

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

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



Continuação do Parecer: 3.849.113

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

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

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

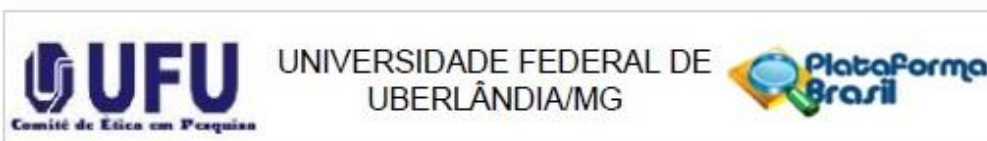
Os pesquisadores pretendem alterar o título da pesquisa para "SEGURANÇA DO PACIENTE, SUICÍDIO E VIOLÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL: INTER-RELAÇÕES E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO", em atenção aos comentários e considerações expostos no parecer consubstanciado inicial. Tal alteração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

**PENDÊNCIAS ANTERIORMENTE APONTADAS:**

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

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

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



Continuação do Parecer: 3.849.113

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

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

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

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

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

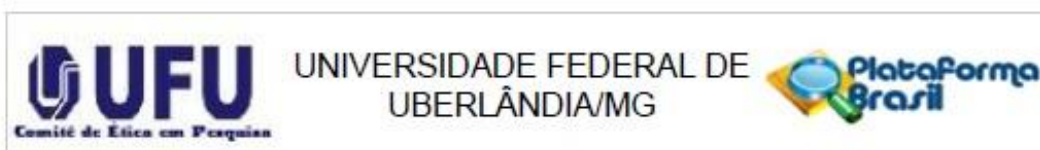
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

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

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

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

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



Continuação do Parecer: 3.849.113

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

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

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

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

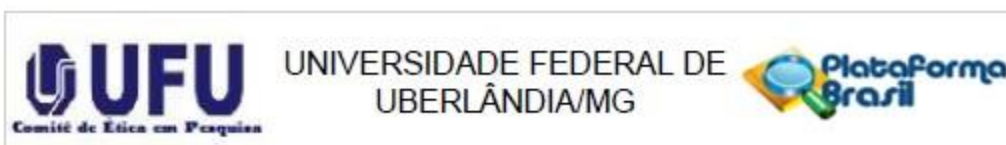
O CEP/UFU lembra que:

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

Orientações ao pesquisador :

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

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



Continuação do Parecer: 3.849.113

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

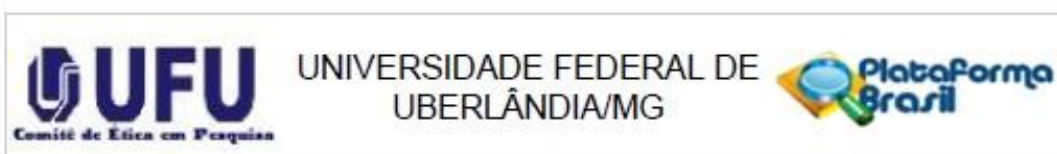
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento  | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                     | Situação |
|---|---|------------------------|---------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1439631.pdf | 04/01/2020<br>12:31:07 |                           | Aceito   |
| Outros  | Resposta.pdf                                  | 04/01/2020<br>12:30:16 | Vanessa Cristina Bertussi | Aceito   |
| Declaração de Pesquisadores                               | Mariana.pdf                                   | 04/01/2020<br>12:05:05 | Vanessa Cristina Bertussi | Aceito   |
| Outros  | CL.pdf  | 04/01/2020<br>11:59:00 | Vanessa Cristina Bertussi | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | projeto.pdf                                   | 04/01/2020<br>11:48:27 | Vanessa Cristina Bertussi | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tcle.pdf                                      | 04/01/2020<br>11:47:01 | Vanessa Cristina Bertussi | Aceito   |
| Outros  | Compromisso.pdf                               | 11/10/2019<br>21:22:31 | Vanessa Cristina Bertussi | Aceito   |
| Outros  | Vínculo.pdf                                   | 11/10/2019<br>20:33:03 | Vanessa Cristina Bertussi | Aceito   |
| Outros  | UFU.jpeg                                      | 11/10/2019<br>20:11:50 | Vanessa Cristina Bertussi | Aceito   |
| Folha de Rosto  | folha.pdf                                     | 11/10/2019<br>20:06:47 | Vanessa Cristina Bertussi | Aceito   |
| Outros  | instrumento.pdf                               | 08/10/2019<br>17:18:47 | Vanessa Cristina Bertussi | Aceito   |
| Outros  | SPDM.pdf                                      | 08/10/2019<br>17:17:40 | Vanessa Cristina Bertussi | Aceito   |
| Declaração de Pesquisadores                               | equipe.pdf                                    | 08/10/2019<br>17:15:31 | Vanessa Cristina Bertussi | Aceito   |

Situação do Parecer:

Aprovado

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



Continuação do Parecer: 3.849.113

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

UBERLÂNDIA, 19 de Fevereiro de 2020

---

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

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

## ANEXO B - Instrumentos utilizados

**A - INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS**

|   |   |
|---|---|
| 1 Local de Trabalho: ( ) HC-UFU ( ) SMS                             | 5 Idade _____ anos  |
| 2 Estado civil: ( ) casado/amasiado ( ) solteiro/viúvo<br>( ) outro | 6 Jornada semanal de trabalho: _____ horas                        |
| 3 Considera-se uma pessoa religiosa: 1 ( ) sim 2 ( ) não            | 7 Categoria: ( ) Auxiliar/Técnico em Enfermagem ( ) Enfermeiro(a) |
| 4 Gênero: ( ) feminino ( ) masculino                                | 8 Tempo de atuação na Enfermagem: _____ anos                      |

**B - CONDIÇÃO DE SAÚDE E HISTÓRICO FAMILIAR**

|   | Não | Sim | Quantos anos? |
|---|-----|-----|---------------|
| 1 Você é portador de alguma dor crônica?  |     |     |               |
| 2 Você é portador de alguma doença incapacitante (mesmo parcial)?   |     |     |               |
| 3 Você é portador alguma doença crônica? (HA, DM, outras)   |     |     |               |
| 4 Você é portador de alguma doença neurológica?   |     |     |               |
| 5 Você é portador de alguma doença neoplásica?  |     |     |               |
| 6 Você considera que esteja passando por situações estressantes no último ano?  |     |     |               |
| 7 Você teve uma perda familiar ou ruptura importante em seu círculo familiar ou de amigos no último ano? (Por ex. morte, separações, brigas etc.) |     |     |               |
| 8 Seus pais ou irmãos são portadores de algum transtorno mental?  |     |     |               |
| 9 Seus pais ou irmãos já tentaram suicídio?   |     |     |               |

**C- 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 em uma maneira de suicidar-se?                               | NÃO | SIM | 10     |
| C5                           | Tentou o suicídio?  | NÃO | SIM | 10     |
| <b>Ao longo da sua vida:</b> |   |     |     |        |
| C6                           | Já fez alguma tentativa de suicídio?                                | NÃO | SIM | 4      |



## ANEXO C – Instrumento de coleta de dados

| 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:  |                       |   |                       |                         |                       |   |   |          |   |   |   |   |   |   |
| A   | B                     | C   | D                     | E                       | X                     |   |   |          |   |   |   |   |   |   |
| Discordo totalmente   | Discordo parcialmente | Neutro  | Concordo parcialmente | Concordo totalmente     | Não se aplica         |   |   |          |   |   |   |   |   |   |
|   |                       |   |                       |                         | Discordo parcialmente |   |   |          |   |   |   |   |   |   |
|   |                       |   |                       |                         | Discordo totalmente   |   |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área  | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente                                  | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente) | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes   | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem                | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada                                | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente  | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área   | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área                    | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho   | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros  | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente          | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros   | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração                                 | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 15. Eu gosto do meu trabalho  | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família   | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 17. Este é um bom lugar para trabalhar  | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área   | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 19. O moral nesta área é alto   | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado  | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)   | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis   | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorespiratória, convulsões)          | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 24. A administração apóia meus esforços diários:  | Adm unid              | A   | B                     | C                       | D                     | E | X | Adm hosp | A | B | C | D | E | X |
| 25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente:   | Adm unid              | A   | B                     | C                       | D                     | E | X | Adm hosp | A | B | C | D | E | X |
| 26. A administração está fazendo um bom trabalho:   | Adm unid              | A   | B                     | C                       | D                     | E | X | Adm hosp | A | B | C | D | E | X |
| 27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa:  | Adm unid              | A   | B                     | C                       | D                     | E | X | Adm hosp | A | B | C | D | E | X |
| 28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a):                                | Adm unid              | A   | B                     | C                       | D                     | E | X | Adm hosp | A | B | C | D | E | X |
| 29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes                | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe   | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim                | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados  | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área  | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área  | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área   | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |
| 36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns   | A                     | B   | C                     | D                       | E                     | X |   |          |   |   |   |   |   |   |