

ESGOTAMENTO PROFISSIONAL E SEGURANÇA DO PACIENTE: UM ESTUDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Vitória Talya dos Santos Sousa¹

Patrícia Freire de Vasconcelos²

RESUMO

Objetivou-se analisar a associação do risco para esgotamento profissional em profissionais de saúde com a segurança do paciente e qualidade em Unidades Básicas de Saúde. O estudo foi analítico, quantitativo do tipo transversal, realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas no Maciço de Baturité, uma macrorregião do estado do Ceará. A coleta dos dados aconteceu de forma não probabilística com os profissionais de saúde presentes nas UBS, entre outubro de 2019 e fevereiro de 2020. Foram utilizados três questionários: questionários de dados sociodemográficos, Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) e Medical Office Survey on Patient Safety Culture – (MOSPSC). O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira com Parecer nº 3.128.082. Participaram do estudo 78 profissionais de 12 categorias, sendo a maioria 64 (82%) do sexo feminino, solteiro ou divorciado (54,9%), com média de idade foi 34 anos. Tratando-se do risco para Burnout, para 64,1% dos profissionais é reduzido, sendo que 9 profissionais possuem elevado risco, e dentre estes, de acordo com a classificação utilizada, 2 já apresentam a Síndrome. No que concerne ao clima de segurança, das 12 dimensões, foram identificadas como Fragilizadas: Pressão no trabalho e ritmo, Apoio de gestores, administradores e líderes, Avaliação global da qualidade e Avaliação global da segurança do paciente. Ao avaliar a Síndrome de Burnout e o clima de segurança, foi observada relação entre elevado risco para a Síndrome, e avaliação negativa da Qualidade e Segurança do paciente.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Clima de Segurança. Pessoal de Saúde. Síndrome de Burnout.

1 INTRODUÇÃO

O Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos definiu no início deste século, a segurança do paciente como um atributo da qualidade do cuidado (BRASIL, 2014). No Brasil, a Portaria MS/GM nº 529/2013 define Segurança do Paciente como uma forma de reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano associado ao cuidado em saúde (BRASIL, 2013). Diante

¹ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – Unilab.

² Orientadora. Doutora em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Docente do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – Unilab.

Data de submissão e aprovação: 20/12/2021

disso, é válido ressaltar que um cuidado seguro em todos os níveis de atenção engloba uma série de fatores, bem como todos os que compõem o cenário de assistência.

No Brasil, o sistema NOTIVISA permite que profissionais e usuários notifiquem eventos adversos, ou seja, incidentes que causam dano ao paciente. Entre 2014 e 2018, por exemplo, foram registradas 935 notificações de cidadãos, das quais a maioria estava relacionada ao uso de medicamentos, queda do paciente e infecções relacionadas ao cuidado (VILLAR; MARTINS; RABELO, 2021).

Frente a isso, cabe destacar a importância da cultura de segurança nas unidades de cuidado e sua relação com as atitudes inseguras na prestação de cuidado para si e para quem é assistido (CARVALHO; CASSIANI, 2012). Desta forma, a cultura de segurança é aquela na qual todos os trabalhadores, desde aqueles que trabalham no cuidado direto até os gestores, assumem a responsabilidade pela segurança de pacientes e seus familiares, de seus colegas e a sua própria (BRASIL, 2014).

Entretanto, os conceitos relacionados à segurança do paciente ainda são pouco explorados em alguns serviços de saúde. Uma pesquisa recente na Atenção Primária revelou que os profissionais tinham pouco conhecimento acerca da temática, considerando insuficiente a estruturação de ações voltadas para o tema, bem como ainda há necessidade de institucionalização da cultura de segurança no cenário de cuidado (ROCHA; VIANA; VIEIRA, 2021).

Nesse sentido, uma estratégia importante para realização de planejamento de ações para o cuidado seguro, é a avaliação do clima de segurança, que faz referência aos aspectos mensuráveis da cultura de segurança do paciente (KOLANKIEWICZ, 2017). Dessa forma, os resultados da avaliação retratam o que é percebido pelos profissionais no ambiente de trabalho (COLLA et al., 2005).

Reforça-se que os danos que decorrem da assistência à saúde, geralmente estão presentes em instituições onde há sobrecarga de trabalho decorrente da falta de profissionais e carência de capacitação (REIS et al., 2017). Ferreira (2015) concluiu que profissionais com elevada carga de trabalho, tendem a ter indicativos de estresse.

Desta forma, excessivos e prolongados níveis de estresse no trabalho podem dar início ao processo de desenvolvimento da síndrome de *burnout* ou esgotamento profissional. Características individuais associadas ao ambiente e ao trabalho propiciam o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome, sendo eles, exaustão emocional, distanciamento afetivo e baixa realização profissional (SANTOS; NASCIMENTO SOBRINHO, 2011).

O termo *burnout* deriva de um jargão em inglês, designando aquilo que, por absoluta falta de energia, deixou de funcionar (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007). Segundo Cândido e Souza (2017), a síndrome de *burnout* caracteriza uma pessoa que se sente esgotada e chegou ao seu limite. Com isso, neste estudo será utilizado o termo esgotamento profissional.

O esgotamento profissional é composto por despersonalização, exaustão e falta de realização pessoal, e tido como um risco para os profissionais da saúde (GARCI; MARZIALE, 2018). Dessa forma, o seu impacto nos profissionais que trabalham no cuidado direto com paciente, ou aqueles que gerem os serviços de saúde, pode causar prejuízos na qualidade do cuidado. A execução de práticas seguras por profissionais está diretamente ligada à sua motivação para desenvolver suas atividades diárias, assim como seu bem-estar físico e mental.

Diante do que foi exposto, o que leva ao interesse pelo tema discutido neste estudo é a sua relevância científica, inovação e a possibilidade de contribuir para a comunidade profissional e acadêmica para a segurança do paciente na atenção primária à saúde. Nesse sentido, objetivou-se analisar a associação do risco para esgotamento profissional em profissionais de saúde com a segurança do paciente e qualidade em Unidades Básicas de Saúde.

2 MÉTODO

Estudo analítico, quantitativo e do tipo transversal, realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas no Maciço de Baturité, uma macrorregião do estado do Ceará. A coleta dos dados aconteceu de forma não probabilística com os profissionais de saúde presentes nas UBS, entre outubro de 2019 e fevereiro de 2020, segundo a anuência e colaboração dos gestores e profissionais.

Inicialmente, foi feita a avaliação do perfil dos participantes da pesquisa por meio do Questionário de dados sociodemográficos e laborais, que incluía itens relacionados à profissão, tempo de trabalho na instituição, carga de trabalho, entre outros.

Para avaliação do esgotamento emocional, foi aplicado o instrumento *Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS)* desenvolvido por Christina Maslach e Susan Jackson, traduzido e validado no Brasil por Trigo (2010). A escala apresenta 22 itens, sendo eles, 09 relacionados à esgotamento emocional (EE) - que avalia as queixas sobre sentir-se no limite e exausto pelo trabalho; 5, à despersonalização (DE) - que mede respostas impessoais e a falta de empatia durante a atividade profissional; e 8, à realização pessoal (RP) - que avalia os sentimentos de

competência e conquista de sucesso no trabalho, respondidas por escala tipo *Likert* de sete pontos (TRIGO, 2010).

A avaliação do esgotamento profissional foi realizada de acordo com as três dimensões supracitadas (EE, DE e RP), classificadas nos níveis baixo, moderado e alto. Cada subescala é avaliada separadamente, desse modo, cada uma possui pontos de corte. Barros et al. (2008) propõem como pontos de corte os valores expressos no Quadro 1, abaixo. Nesse caso, empregou-se o termo *Ineficácia*, como indicativo de uma baixa Realização profissional.

Quadro 1 - Pontuação relativa aos níveis alto, moderado e médio, de acordo com as subescalas EE, DE e Ineficácia.

Subescala	Nível <i>versus</i> Pontuação		
	Alto	Moderado	Baixo
EE	≥ 27	17 - 26	≤ 16
DES	≥ 13	07 - 12	≤ 06
* <i>Ineficácia</i> (<i>Reduzida Realização Pessoal</i> - rRP)	0 - 31	32 -38	≥ 39

Fonte: Barros et al. (2008)

Neste estudo, entretanto, os valores propostos pelo autor foram aplicados com inversão na subescala Realização Profissional, a saber: Alta (≥ 39), Moderada/Média (32 -38) e Baixa (0 - 31). Isso foi necessário pois ainda não existe consenso na literatura sobre como deve ser realizado o diagnóstico da Síndrome de acordo com os resultados do MBI-HS, e aqui propõe-se que isto seja feito de acordo com uma relação entre as subescalas, conforme propôs Ebisui (2008). O autor defende que cada dimensão deve ser pontuada separadamente, pois ainda não está claro sobre o peso de cada uma, e diante disso, para o diagnóstico da Síndrome de Burnout deve ser considerada a relação entre as três. Um índice alto em EE ou DE, ou baixo em RP, constitui um indicativo de risco à ocorrência da Síndrome, gerando um ponto no escore de risco. Diante disso, têm-se que:

- Profissionais com 3 pontos, se encontram em Burnout;
- Profissionais com 2 pontos apresentam alto risco de desenvolver Burnout;
- Profissionais com 1 ponto apresentam médio risco de desenvolver Burnout;
- Profissionais médio/baixo EE ou DE, e médio/alto RP, apresentam baixo risco de desenvolver Burnout.

Para a avaliação da cultura de segurança foi utilizado o Questionário *Medical Office Survey on Patient Safety Culture – (MOSPSC)*, desenvolvido em 2007 pela Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), traduzido e validado no Brasil (TIMM; RODRIGUES, 2016). O instrumento de avaliação é constituído de 51 perguntas que medem 12 dimensões do construto da segurança do paciente, e que basearam a interpretação dos resultados. São considerados pontos fortes (fortalecidas) aquelas com respostas positivas em 75%; que podem melhorar (potencialidades), as que foram menores que 75% e maiores que 50%; e por fim, aquelas em que as respostas positivas foram menores que 50%, foram consideradas mais frágeis (fragilizadas) (MACEDO et al., 2020).

Além disso, cada dimensão foi analisada separadamente, calculando-se o percentual de positividade em cada uma. Para tanto, foi utilizado o seguinte cálculo: [número de respostas positivas aos itens da dimensão / número total de respostas válidas aos itens da dimensão (positivas, neutras e negativas, excluindo-se os dados ausentes e respostas não se aplica ou não sei)] x 100 (adaptado de SORRA; FRANKLYN; STREAGLE, 2008 *apud* MACEDO et al., 2020).

Nas variáveis categóricas foram utilizadas frequências absolutas e relativas e as numéricas foram descritas como média, desvio padrão, mediana, valor mínimo, valor máximo e intervalo de confiança para 95% (IC 95%), quando pertinente. Para o teste de hipóteses, considerando as variáveis categóricas, foi aplicado o teste Qui-quadrado de Pearson e Teste Exato de Fisher. O nível de significância foi de 0,05 e empregou-se no processamento estatístico o software de domínio público Epi Info, versão 7.2.1.0 (CDC, Atlanta-EUA).

O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira com Parecer nº 3.128.082, e seguiu todos os preceitos éticos por ele exigidos.

3 RESULTADOS

Ao todo 78 profissionais participaram da pesquisa, dos quais 64 (82%) eram do sexo feminino, enquanto 14 (18%) do sexo masculino. Tratando-se do estado civil, 54,9% relatou ser solteiro ou divorciado (54,9%), e 45,1% declararam ser casados. A média de idade foi 34 anos. A maioria dos participantes eram técnicos de enfermagem (21), seguidos de enfermeiros (19). Grande parcela dos entrevistados exercia sua profissão de 1 a 5 anos (32%), mesmo período de tempo que a maioria trabalhava na Unidade na qual foram entrevistados (53,8%).

No que se refere à carga horária de trabalho na UBS, 63 profissionais (80,8%) trabalhavam 40 horas semanalmente. Os mesmos foram indagados se exerciam atividades laborais em outros locais, e a maior parcela (59%), respondeu que não, o que influencia diretamente no questionamento seguinte, que trata da carga horária de trabalho total, considerando-se todos os locais de serviço, que para a maioria (64,1%), é de 40 horas semanais. A tabela 1 abaixo esmiúça os percentuais obtidos em cada um dos itens do MBI-HSS.

Tabela 1 - Percentual da frequência relativa de cada item do *Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS)*, dentro da correspondente dimensão, para profissionais de saúde da atenção primária, Maciço de Baturité - CE, Brasil, 2020.

Subescalas e Itens	Escores de Intensidade - % (n = 78)						
	0	1	2	3	4	5	6
Exaustão Emocional							
<i>Sentir-se decepcionado com o trabalho</i>	23,1	19,2	6,4	24,4	2,6	15,4	8,9
<i>Sentir-se esgotado após o término do trabalho</i>	16,7	14,1	12,8	20,5	9,0	15,4	11,5
<i>Sentir-se esgotado pela manhã ao pensar no trabalho</i>	37,2	12,8	10,3	17,9	6,4	6,4	9,0
<i>Sentir-se cansado ao trabalhar todo dia com pessoas</i>	46,1	16,7	9,0	10,3	7,7	5,1	5,1
<i>Sentir que o trabalho está lhe desgastando</i>	30,8	24,4	10,3	14,1	6,4	8,9	5,1
<i>Sentir-se frustrado com o trabalho</i>	56,4	25,6	5,1	3,9	1,3	3,9	3,9
<i>Sentir que está trabalhando demais</i>	38,5	20,5	5,1	12,8	2,6	15,4	5,1
<i>Sentir que trabalhar com pessoas é estressante</i>	33,3	11,5	20,5	15,4	2,6	9,0	7,7
<i>Sentir-se no limite de suas possibilidades</i>	76,9	15,4	1,3	3,8	0	0	2,6
Média Percentual dos Escores – Exaustão Emocional	39,9	16,8	9	13,7	4,3	8,8	6,5
Despersonalização							
<i>Tratar as pessoas como objetos impessoais</i>	80,8	7,7	3,9	2,5	2,5	1,3	1,3
<i>Tornou-se mais duro com as pessoas</i>	62,8	7,7	9,0	5,1	3,9	5,1	6,4
<i>O trabalho esteja o endurecendo emocionalmente</i>	56,4	11,5	3,9	9,0	3,8	0	15,4
<i>Não se importar com as pessoas que atende</i>	78,3	6,5	3,8	3,8	3,8	0	3,8
<i>Os pacientes o culpam por seus problemas</i>	58,9	14,1	6,4	2,6	5,1	10,3	2,6
Média Percentual dos Escores – Despersonalização	67,4	9,5	5,4	4,6	3,8	3,4	5,9

Realização Profissional

<i>Compreende facilmente às pessoas</i>	0	2,6	5,1	7,7	2,6	19,2	62,8
<i>Trata com eficiência os problemas das pessoas</i>	3,8	3,8	5,1	10,3	5,1	18,0	53,9
<i>Exerce influência positiva na vida das pessoas</i>	2,6	1,3	0	1,3	12,8	26,9	55,1
<i>Sentir-se vigoroso no trabalho</i>	10,3	5,1	5,1	6,4	6,4	30,8	35,9
<i>Cria um clima agradável no trabalho</i>	2,6	2,6	1,3	10,3	8,9	28,2	46,1
<i>Sentir-se estimulado após trabalhar com pessoas</i>	0	3,9	2,6	12,8	6,4	28,2	46,1
<i>Consegue realizar coisas valiosas no trabalho</i>	3,8	0	1,3	9,0	6,4	29,5	50
<i>Manobra os problemas emocionais com calma</i>	3,9	5,1	3,9	20,5	5,1	19,2	42,3
Média Percentual dos Escores – Realização Profissional	3,4	3	3	9,8	6,8	25	49

0. Nunca; 1. Algumas vezes por ano; 2. Uma vez por mês; 3. Algumas vezes por mês; 4. Uma vez por semana; 5. Algumas vezes por semana; 6. Todos os dias.

As subescalas do MBI-HSS também foram analisadas de acordo com a distribuição de frequências, bem como de acordo com o nível de risco para *Burnout*, como demonstrado na Tabela 2, abaixo:

Tabela 2 - Distribuição das frequências e medidas do nível de *Burnout* (MBI-HSS), de acordo com as dimensões do MBI-HSS entre profissionais de saúde (n=78), Maciço de Baturité-CE, Brasil – 2020.

Subescala		NÍVEIS			Escore Médio (DP) Min - Med - Max
		Alto	Médio	Baixo	
Exaustão Emocional	n (%)	16 (20,5)	16 (20,5)	46 (59,0)	16,0 (11,4)
	IC _{95%}	[12,2 - 31,2]	[12,2 - 31,2]	[47,2 - 70,0]	0,0 – 13,5 – 46,0
	p-valor	0,000			
Despersonalização	n (%)	08 (10,3)	18 (23,1)	52 (66,7)	5,1 (5,0)
	IC _{95%}	[4,5 - 19,2]	[14,3 - 34,0]	[55,1 - 76,9]	0,0 – 5,0 – 18,0
	p-valor	0,000			
Realização Profissional	n (%)	44 (56,4)	19 (24,4)	15 (19,2)	38,8 (7,1)
	IC _{95%}	[44,7 - 67,6]	[15,4 - 35,4]	[11,2 - 29,7]	19,0 – 40,0 – 48,0
	p-valor	0,000			
Elevado Risco para <i>Burnout</i>		09 (11,5) - IC _{95%} [5,4 – 20,8]			p-valor

Moderado Risco para <i>Burnout</i>	19 (24,4) - IC _{95%} [15,4 – 35,4]	0,000
Reduzido Risco para <i>Burnout</i>	50 (64,1) - IC _{95%} [52,4 – 74,7]	

Legenda: n – valor absoluto; (%) valor relativo; IC_{95%} - Intervalo de Confiança 95%; DP - Desvio Padrão; Min – escore mínimo; Med – escore mediano; Max – escore máximo
Estatística: Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Partindo para o MOSPSC, quando analisadas as médias das dimensões da cultura de segurança do paciente, obtiveram-se os resultados expostos na Tabela 3 abaixo.

Tabela 3 - Dimensões da cultura de segurança do paciente entre profissionais da atenção primária a saúde de acordo com o percentual médio de positividade das respostas, Ceará, Brasil - 2020.

Dimensões da Cultura de Segurança	Média*	DP	IC95%	Classificação das Dimensões
<i>Seção A</i> : Questões sobre segurança do paciente	69,1	12,3	(61,4 – 76,7)	Potencialidade
<i>Seção B</i> : Troca de informações com outras instituições	60,0	7,5	(53,4 – 66,6)	Potencialidade
<i>Seção C</i> : Trabalhando neste serviço de saúde				
Trabalho em equipe	77,3	2,7	(74,7 – 79,9)	Fortalecida
Pressão no trabalho e ritmo	28,2	12,0	(16,4 – 39,9)	Fragilizada
Treinamento da equipe	55,5	3,9	(51,1 – 59,9)	Potencialidade
Procedimentos estabelecidos na unidade	51,5	15,9	(35,9 – 67,0)	Potencialidade
<i>Seção D</i> : Comunicação e Acompanhamento				
Comunicação aberta	63,2	14,1	(49,4 – 77,0)	Potencialidade
Comunicação sobre o erro	59,1	22,1	(37,4 – 80,8)	Potencialidade
Seguimento da assistência ao paciente	86,6	8,0	(78,7 – 94,4)	Fortalecida
<i>Seção E</i> : Apoio de gestores, administradores e líderes	39,2	7,9	(31,4 – 47,0)	Fragilizada
<i>Seção F</i> : Seu serviço de saúde				
Aprendizagem organizacional	76,5	8,6	(66,7 – 86,3)	Fortalecida
Percepção geral de segurança do paciente e qualidade	76,6	2,3	(74,3 – 78,9)	Fortalecida
<i>Seção G</i> : Avaliação global da segurança do paciente e qualidade				
Avaliação global da qualidade	47,6	11,3	(37,7 - 57,6)	Fragilizada
Avaliação global da segurança do paciente	44,9	-	(33,6 - 56,6)	Fragilizada

*Dados apresentados em média percentual de respostas positivas por dimensão do instrumento MOSPSC;

Legenda: DP - desvio padrão; IC95% - intervalo de confiança 95%.

Diante do exposto, considerou-se importante analisar a relação entre o risco para Síndrome de *Burnout*, a Qualidade do cuidado e a Segurança do paciente entre os profissionais estudados. Para tanto, as variáveis foram dicotomizadas, no sentido da aplicação do teste de Fisher para validação da análise. As Tabelas 4 e 5 demonstram as relações com a Avaliação Global da Qualidade e a Avaliação Global da Segurança, respectivamente.

Tabela 4 - Relação entre a classificação de risco para esgotamento profissional (Síndrome de *Burnout*) e a Avaliação Global da Qualidade – Seção G1 expressa por profissionais de saúde, Maciço de Baturité-CE, Brasil – 2020.

Classificação de Risco	Avaliação Global da Qualidade		<i>p</i> -valor
	FORTALECIDA	POTENCIAL DE MELHORIA/FRAGILIZADA	
Elevado	01 (11,1)	08 (88,9)	0,152
Reduzido/Moderado	24 (34,8)	45 (65,2)	
Total	25 (32,1)	53 (67,9)	

*Valores expressos como absolutos e relativos – n (%);

**Teste Qui-quadrado de Pearson – 1 célula (25,0%) com uma contagem esperada menor do que 5; Teste Exato de Fisher (p = 0,258).

Tabela 5 - Relação entre a classificação de risco para esgotamento profissional (Síndrome de *Burnout*) e a Avaliação Geral em Segurança – Seção G2 expressa por profissionais de saúde, Maciço de Baturité-CE, Brasil – 2020.

Classificação de Risco	Avaliação Geral em Segurança do Paciente		<i>p</i> -valor
	POSITIVO	NEGATIVO/NEUTRO	
Elevado	01 (11,1)	08 (88,9)	0,030
Reduzido/Moderado	34 (49,3)	35 (50,7)	
Total	35 (44,9)	43 (55,1)	

*Valores expressos como absolutos e relativos – n (%);

**Teste Qui-quadrado de Pearson – 2 células (50,0%) com contagem esperada menor do que 5; Teste Exato de Fisher (p = 0,037).

4 DISCUSSÃO

Este estudo teve como limitações a amostra pequena, que não pode ser considerada como representativa da população total. Entretanto, destacam-se como pontos fortes a inovação da pesquisa, pois ainda não se tem relatos de estudos desse tipo na região estudada.

Inicialmente, analisando-se subescala Exaustão Emocional (EE), chamam atenção os itens “*Sentir-se decepcionado com o trabalho*” (24,4%) e “*Sentir-se esgotado após o término do trabalho*” (20,5%), onde a maior parcela dos participantes relatou sentir-se assim *algumas vezes por mês*. Isso torna-se preocupante pois pode indicar insatisfação profissional, que pode ser gerada por diversos motivos, como sobrecarga de trabalho, problemas com a gestão ou com os colegas de trabalho, bem como com a estrutura disponibilizada. Podem decorrer dessa insatisfação algumas consequências, como a falta de realização profissional e consequentemente a diminuição da qualidade do cuidado prestado (SÁ, 2014; GARCIA, 2018; SORATTO et al., 2017).

Tratando-se da subescala Despersonalização (DP), em todos os itens a maioria dos profissionais afirmou não passar *nunca* pelas situações sugeridas. Entretanto, merece destaque o fato de 15,4% dos entrevistados afirmar que *todos os dias* tem a sensação de que “*O trabalho esteja o endurecendo emocionalmente*”. Esse aspecto torna-se negativo quando se pensa na longitudinalidade, citada anteriormente neste estudo, pois o trato mais duro com as pessoas pode gerar a quebra ou até mesmo a não formação de vínculo com o usuário. Aqui, um paradoxo se forma, pois é subjetivo aos trabalhadores da saúde o envolvimento, o cuidado e a interação para com os pacientes (CARLOTTO; CÂMARA, 2011).

No que tange a terceira subescala, Realização Profissional (RP), neste caso com resultados considerados positivos conforme maior frequência das situações relatadas, a maior parte dos profissionais respondeu que as percebe *algumas vezes na semana* ou *todos os dias*. Porém, no item “*Manobra os problemas emocionais com calma*”, 20,5% dos entrevistados informou acontecer apenas *algumas vezes por mês*. Considerando a proximidade durante o cuidado entre os profissionais e pacientes, é possível que as emoções de um influenciem de alguma forma o outro.

Diante disso, surgem os conceitos de inteligência emocional e gestão das emoções, que versam sobre a capacidade de dominar e gerir suas próprias emoções (RODRIGUES, 2017; OLIVEIRA, 2019). Entretanto, esses aspectos ainda são pouco abordados nas formações profissionais e humanas da maioria dos profissionais, e ao não lidar bem com suas emoções, podem surgir sentimentos de incapacidade e insatisfação, gerando consequências que impactam diretamente no cuidado ao paciente.

De forma geral, a maioria dos profissionais apresentou baixo nível de EE (59%) e DP (66,7%), e alto nível de RP (56,4%). Entretanto, chama a atenção que 20,5% dos profissionais tenha apresentado nível alto de exaustão, ao mesmo tempo que 19,2%, nível baixo de realização. Estudo realizado na Atenção Primária do Chile obteve resultados parecidos,

também apresentando indivíduos com alta exaustão emocional (29,7%) e despersonalização (28,9%), e baixos níveis de realização (25,5%) (BURGOS et al., 2018).

Tratando-se do risco para *Burnout*, é positivo que 64,1% dos profissionais apresente reduzido risco. Porém, cabe ressaltar a presença de 9 profissionais tenham demonstrado elevado risco, e dentre estas, de acordo com a classificação utilizada, 2 já apresentariam a Síndrome. Sendo considerado um importante problema de saúde, que pode afetar diversas categorias profissionais, necessita de intervenções individuais e de apoio institucional para a prevenção de evolução e/ou resolução (MATA et al., 2016).

Partindo para aos aspectos relacionados à cultura de segurança, as dimensões identificadas como Fragilizadas, foram *Pressão no trabalho e ritmo*, *Apoio de gestores, administradores e líderes*, *Avaliação global da qualidade* e *Avaliação global da segurança do paciente*. O resultado vai de encontro ao de Vigano (2018), que ao utilizar o mesmo questionário concluiu que estas áreas apresentavam fragilidades.

No que concerne a *pressão no trabalho e ritmo*, as fragilidades podem ser fruto de diversos fatores, como carga horária de trabalho elevada, elemento identificado para a maioria dos profissionais entrevistados, através do questionário de dados sociodemográficos. Ao mesmo tempo, a alta demanda de pacientes, e muitas vezes o pequeno número de profissionais que compõem as equipes de saúde podem gerar pressão para realização das atividades (ANDRADE et al., 2018).

É preocupante que a dimensão *apoio de gestores, administradores e líderes* esta esteja fragilizada. Para a segurança adequada no cuidado prestado, é necessário o envolvimento de todos, o que se inicia em um liderança bem estruturada e que incentive as ações baseadas em aprendizados, o que requer acompanhamento e escuta dos profissionais diretamente inseridos na assistência, para melhoria contínua neste aspecto (LEMOS et al., 2018; ELMONTSRI; BANARSEE; MAJEED, 2018). Diante disso, cabe destacar que a dimensão *Trabalho em equipe* está fortalecida, o que é positivo, considerando a necessidade de participação de todos na busca de um ambiente mais seguro.

Outro ponto importante é o fato de as dimensões *Avaliação global da qualidade* e *Avaliação global da segurança do paciente* estarem fragilizadas. Ao mesmo tempo, forma-se um paradoxo quando considerado que a dimensão *Percepção geral de segurança do paciente e qualidade* está fortalecida. De toda maneira, fortalecer a segurança do paciente e a qualidade do cuidado é de grande importância, tendo em vista que quando há falhas, podem ser causados danos aos pacientes. Uma das formas de fortalecimento, seria a capacitação dos profissionais sobre o tema, sendo uma das alternativas a educação continuada, que segundo Paranaguá et al.

(2016), deve ser feita de forma sistemática, buscando analisar seus impactos frente aos profissionais, e conseqüentemente, a redução de eventos adversos, os erros que causam danos aos paciente.

É válido destacar também que as dimensões *Comunicação aberta* e *Comunicação sobre o erro* tem potencialidade para se tornarem fortalecidas. A comunicação é um dos aspectos mais importantes da segurança do paciente dentro das instituições de saúde. Marchon, Mendes Júnior e Pavão (2015), em estudo realizado também na APS, identificaram falhas de comunicação como principal contribuinte para acontecimento de eventos adversos.

Quando analisada a relação entre os dados encontrados nos dois questionários, de forma geral, a Qualidade foi avaliada como fragilizada ou com potencial de melhoria. Entretanto, é perceptível a maior relação entre o elevado risco para Burnout, com a avaliação negativa. Dewa et al. (2017), identificaram em uma revisão sistemática que ainda não existem evidências fortes na literatura entre a qualidade do cuidado e a Síndrome. No ano anterior, um estudo de metanálise havia demonstrado, que embora com efeitos moderados, o desgaste do profissional de saúde, afetaria a satisfação do paciente (SALYERS et al., 2016).

A segurança do paciente obteve avaliações parecidas entre os indivíduos com reduzido ou moderado risco para Burnout. Porém, também é importante observar que a maior parte dos participantes com elevado risco a avaliou como negativa ou neutra. Destaca-se aqui a relação entre o estresse, e incidentes envolvendo a segurança, bem com sua influência no baixo profissionalismo e na satisfação dos pacientes (PANAGIOTI et al., 2018).

5 CONCLUSÃO

Considerando que a segurança do paciente é uma das dimensões da qualidade, as relações demonstradas entre esta e o risco elevado para Burnout, indicam a necessidade de intervenções efetivas, buscando evitar que isto influencie de forma direta no cuidado ao paciente. Sendo a APS a principal porta de entrada para o Sistema de Saúde, e o vínculo de seus usuários com os profissionais de saúde, a promoção de um atendimento de qualidade, que não gere prejuízo para os sujeitos envolvidos deve ser priorizada.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. E. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p. 161-72, 2018.

BARROS, D. S. *et al.* Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout. **Revista brasileira de terapia intensiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 235-240, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

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

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 13 abr. 2019.

BURGOS, A. L. V. *et al.* Bienestar psicológico y burnout en profesionales de atención primaria de salud en la región de Los Lagos, Chile. **Acta Universitaria**, Guanajuato, v. 28, n. 3, p. 56–64, 2018.

CÂNDIDO, J.; SOUZA, L. R. Síndrome de burnout: as novas formas de trabalho que adoecem. **Psicologia.pt**, [S. l.], 2017.

CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout em professores: prevalência e fatores associados. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 27, n. 4, p.403-10, 2011.

CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, mai./jun., 2012.

COLLA, J. B. *et al.* Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Quality and Safety in Health Care**, Oxford, v. 14, n. 5, p. 364-366, 2005.

DEWA, C. S. *et al.* The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: A systematic review. **BMJ Open**, Londres, v. 7, 2017.

EBISUI, C. T. N. **Trabalho docente do enfermeiro e a Síndrome de Burnout**: desafios e perspectivas. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

ELMONTSRI, M.; BANARSEE, R.; MAJEED, A. Improving patient safety in developing countries – moving towards an integrated approach. **Journal of The Royal Society of Medicine**, Londres, v. 9, n. 11, p. 1-5, 2018.

FERREIRA, A. P. Satisfação, sobrecarga de trabalho e estresse nos profissionais de serviço de saúde mental. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 91-99, 2015.

GARCIA, G. P. A.; MARZIALE, M. H. P. Indicadores de esgotamento profissional em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 2334-2342, 2018.

KOLANKIEWICZ, A. C. B. *et al.* Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n.5, p. 531-537, 2017.

LEMOS, G. C. *et al.* A Cultura de Segurança do Paciente no Âmbito da Enfermagem: Reflexão Teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Belo Horizonte, v. 8, p. e2600, 2018.

MACEDO, L. L. *et al.* A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: distinções entre categorias profissionais. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2020.

MARCHON, S. G; MENDES JÚNIOR, W. V.; PAVÃO, A. L. B. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, p.2313-30, 2015.

MATA, C. *et al.* Estudo PreSBurn: prevalência de síndrome de burnout nos profissionais dos cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, Lisboa, v. 32, n. 3, p. 179–186, 2016.

OLIVEIRA, K. S. **Inteligência Emocional dos enfermeiros: contributos da supervisão clínica.** 2019. Dissertação (Mestrado em Gestão em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2019.

PANAGIOTI, M. *et al.* Association between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 178, 2018.

PARANAGUÁ, T. T. B. *et al.* Suporte para aprendizagem na perspectiva da segurança do paciente na atenção primária em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. e2771, 2016.

REIS, G. A. X. *et al.* IMPLANTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS GESTORES. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, 2017.

ROCHA, M. P.; VIANA, I. S.; VIEIRA, I. G. Patient Safety in Primary Health Care in a Brazilian municipality. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, 2021.

RODRIGUES, P. A. R. **Determinantes da Competência Emocional de Profissionais em Saúde na abordagem ao Doente Crítico.** 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) - Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, 2017.

SÁ, A. M. S.; MARTINS-SILVA, P. O.; FUNCHAL, B. Burnout: o impacto da satisfação no trabalho em profissionais de enfermagem. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 664-74, 2014.

SALYERS, M. P. *et al.* The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. **Journal of General Internal Medicine**, Filadélfia, v. 32, n. 4, p. 475–482, 1 abr. 2017.

SANTOS, A. A.; NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. Revisão sistemática da prevalência da Síndrome de Burnout em professores do ensino fundamental e médio. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 2, 2011.

SORATTO, J. *et al.* Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. e2500016, 2017.

TIMM, M; RODRIGUES, M. C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 26-37, 2016.

TRIGO, T. R. **Validade fatorial do Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) em uma amostra Brasileira de auxiliares de enfermagem em um hospital universitário: influência da depressão.** 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

TRIGO, T.R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Santiago, v. 34, n. 5, p. 223-233, 2007.

VIGANO, D. F. **Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde.** 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2018.

VILLAR, V. C. F. L.; MARTINS, M.; RABELLO, E. T. Incidentes e eventos adversos de segurança do paciente notificados pelos cidadãos no Brasil: estudo descritivo, 2014-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 4, 2021.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente aos meus pais, por todo o apoio e incentivo durante toda a vida. Sem eles, nada disso seria possível. A caminhada foi difícil, mas tudo tem valido a pena e logo poderemos dizer que tudo deu certo. Aqui incluo também minhas irmãs, que fazem parte do grande motivo para a caminhada continuar.

Agradeço a todos os professores que cruzaram meu caminho ao longo da minha trajetória escolar e acadêmica. Deixo meu agradecimento especial à professora Vanessa Sousa, minha primeira orientadora, grande inspiração e incentivadora ao longo dos últimos anos. Em especial, agradeço à professora Patrícia Vasconcelos, que me fez voar e descobrir possibilidades antes inimagináveis. Sua luz me inspira e incentiva. Obrigada por tanto!

Agradeço também aos meus amigos. Nanty, que desde o ensino médio é a presidente do meu fã-clube e a melhor tia que o mundo já conheceu. Da graduação, Camila, Andressa e Hévila, que estiveram comigo nos momentos mais difíceis e são o maior presente que eu poderia ganhar. E não menos importante, Rayssa, Janiel e Nathanael, que iluminaram meu caminho. Amo vocês!

Agradeço à UNILAB, que por meio da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação permitiu que meu desenvolvimento na pesquisa acontecesse. Agradeço também ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo fomento a esta pesquisa. Além disso, agradeço ao Grupo de Pesquisa e Extensão em Qualidade dos Serviços de Saúde, pelo acolhimento e apoio por todos esses anos.

Deixo meu agradecimento especial a todos e todas que contribuíram com o meu desenvolvimento por toda a vida. A contribuição de cada um de vocês permitiu que eu me tornasse quem sou hoje, e sou imensamente grata por isso.

Como disse o Luan, “só quem sonha consegue alcançar”, e nada me deixa mais feliz do que dizer que eu consegui. Obrigada, obrigada e obrigada!