

# INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E A SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: A INFLUÊNCIA DAS EMOÇÕES NO CUIDADO SEGURO

Hirlana Girão Dias<sup>1</sup>

Patrícia Freire de Vasconcelos<sup>2</sup>

## RESUMO

Objetivou-se identificar a relação entre habilidades de inteligência emocional de profissionais de saúde e o clima de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de estudo transversal e correlacional. Os participantes foram 78 profissionais das equipes de Saúde da Família de cinco municípios do interior do estado do Ceará. Foram aplicados os questionários de Características Sociodemográficas, o questionário Trait Meta-Mood Scale para avaliação da Inteligência Emocional e o Questionário *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* para avaliar a cultura de segurança do paciente. Os dados foram tabulados em planilhas, utilizando-se o software *Excel for Windows*®, e analisados estatisticamente por meio de análise descritiva e inferencial, utilizando-se o pacote estatístico EpiInfo, versão 7.2.1.0. Como resultado, respondeu ao estudo 12 categorias de profissionais sendo a maioria 64 (82%) do sexo feminino, maior concentração de participantes 55,1% a equipe de Enfermagem, houve relação das subescalas Atenção às emoções, Clareza de Sentimentos e Reparação do Estado Emocional de IE nas emoções dos profissionais da atenção básica e o clima de segurança do paciente.

**Palavras-Chave:** Inteligência emocional; Segurança do paciente; Atenção primária a saúde.

## ABSTRACT

This study aimed to identify the relationship between emotional intelligence skills of health professionals and the patient safety climate in Primary Health Care. This is a cross-sectional and correlational study. The participants were 78 professionals from the Family Health teams of five municipalities in the interior of the state of Ceará. Sociodemographic Characteristics questionnaires, the Trait Meta-Mood Scale questionnaire for emotional intelligence assessment and the Medical Office Survey on Patient Safety Culture questionnaire were applied to assess the patient safety culture. The data were tabulated in spreadsheets, using the Excel for Windows © software, and statistically analyzed by descriptive and inferential analysis, using the EpiInfo statistical package, version 7.2.1.0. As a result, answered the study 12 categories of professionals, most of which were 64 (82%) females, higher concentration of participants 55.1% in the nursing team, there was a relationship between the subscales Attention to emotions, Clarity of Feelings and Reparation of the Emotional State of EI in the emotions of primary care professionals and the patient's safety climate.

**Keywords:** Emotional intelligence; Patient safety; Primary health care.

---

<sup>1</sup> Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

<sup>2</sup> Orientadora. Doutora em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).  
Data de submissão e aprovação: 13/04/2021.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>5</b>
2.1	DESENHO DO ESTUDO.....	5
2.2	LOCAL DA PESQUISA.....	5
2.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	5
2.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	5
2.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	5
2.6	PROCEDIMENTOS.....	6
2.7	FORMA DE AVALIAÇÃO.....	7
2.8	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	7
2.9	ANÁLISE DE DADOS.....	7
2.10	ASPECTOS ÉTICOS.....	8
<b>3</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>9</b>
3.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	9
3.2	DADOS OBTIDOS POR MEIO DO QUESTIONÁRIOS DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL.....	11
3.3	RELAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E INTELIGÊNCIA EMOCIONAL.....	12
3.4	SEGURANÇA DO PACIENTE ABORDADA POR MEIO DO MOSPSC.....	13
3.5	SEGURANÇA DO PACIENTE E INTELIGÊNCIA EMOCIONAL.....	14
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>18</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>19</b>
	<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>21</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Com o declive dos processos arcaicos de prevenção no cuidado primário e avanço tecnológico das pesquisas relacionadas à saúde, conjuntamente com a preocupação de profissionais e especialistas com a diminuição de riscos, incidentes e eventos adversos, a segurança do paciente tornou-se uma temática gradativamente próspera, essencial e imprescindível para discussão nos mais diversos centros de atenção à saúde, bem como inserção no meio acadêmico (BRUM; NUNES; FERNANDES, 2015).

Consolidada como tendência global, o foco da segurança do paciente é a diminuição da incidência de erros, que segundo (GALLAGHER; MENDONÇA; HENDRYX, 2019) em seu estudo, erros médicos podem variar de 5 a 80 (cinco a oitenta) casos por 10.000 (cem mil) consultas. O quadro mais agravante é a relação do erro com sua causa, sendo conectados às prescrições de receita médica, como também relacionados à atenção prestada e a comunicação no momento do atendimento. Destes equívocos, em média, 60% sendo evitáveis.

Nesta perspectiva, é perceptível a ação humana oculta aos números apresentados, isto é, profissionais de saúde que estão, cotidianamente, vivenciando experiências sistêmicas e complexas que agregam para a sobrecarga física e psicológica, culminando na prática constante e celera de imprecisões no cuidado seguro ao paciente, situações que podem desencadear danos aos pacientes que estão sendo ofertados procedimentos (KARIMI et al., 2014). Em análise, neste panorama, é notório o vínculo da segurança do paciente com as competências emocionais do profissional, aspectos envolvidos no campo da inteligência emocional (LANDA et al., 2008).

A inteligência emocional é a capacidade de autoavaliação das expressões sentimentais e sua utilização facilitada e favorável ao momento presente. Desta forma, com as habilidades desenvolvidas, profissionais de saúde potencializam o controle das emoções, promovendo o desenvolvimento pessoal/técnico, maior qualidade de vida, e principalmente, resultando na adequação dos procedimentos do cuidado primário, reduzindo a possibilidade de erros, e conseqüentemente, oferecendo uma maior segurança ao paciente (SILVA, 2019).

Para Wong (2002) as habilidades emocionais são conjuntos de qualidades que um determinado indivíduo desenvolve ao longo de sua trajetória de vida para aprimorar seu desenvolvimento intelectual, psicológico, social e afins. Sendo caracterizada por exemplo por: autoconfiança, autocontrole, autoconhecimento, tolerância, adaptabilidade, colaboração coletiva, entre outros (HONG; LEE, 2016).

Estudos apontam a importância de adquirir habilidades emocionais, tendo em vista que, quando colocadas em prática, promovem liderança profissional, melhora no trabalho da equipe multidisciplinar, assim como, podem gerar satisfação no ambiente de trabalho (AKERJORDET; SEVERINSSON, 2010).

Nesse contexto, o objetivo do estudo foi identificar a relação entre habilidades de inteligência emocional de profissionais de saúde e o clima de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. Logo a hipótese do estudo era que as equipes de Saúde da Família com maior índice de IE possuem melhor nível de Cultura de Segurança do Paciente.

## **2 MÉTODO**

### **2.1 DESENHO DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo transversal, correlacional.

### **2.2 LOCAL DA PESQUISA**

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em 5 municípios de interior do Ceará. Os municípios foram escolhidos por relatos frequentes de erros na prestação do cuidado aos pacientes desta região durante acompanhamento de alunos em campo de prática nas instituições de saúde.

### **2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população geral totalizou em 164 participantes cadastrados, divididos em 18 equipes dos 5 municípios que se realizou a pesquisa. A amostra totalizou em 78 profissionais de saúde das UBS. A coleta dos dados ocorreu de forma não probabilística com os profissionais de saúde presentes na unidade, segundo a anuência e colaboração dos gestores e profissionais. Dentre as categorias profissionais que participaram da pesquisa estão: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem, Médico, Cirurgião Dentista, Auxiliar de Dentista, Técnico de saúde bucal, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Educador Físico, Gerente, Técnico de Farmácia.

### **2.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Ser profissional de saúde atuante na Atenção Primária à Saúde há pelo menos 06 meses na equipe de Saúde da Família. Estar cadastrado como profissional da UBS de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

### **2.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Foram excluídos da pesquisa um total de 86 profissionais de saúde, pois estavam de licença saúde e/ou outro tipo de afastamento no período da coleta de dados e por recusa de participação.

## 2.6 PROCEDIMENTOS

Ao início da pesquisa foi avaliado o perfil dos profissionais por meio do questionário de dados sociodemográfico e características laborais. Continham questões relacionadas à profissão, tempo de trabalho, carga horária semanal, carga de trabalho entre outras. Sendo características capazes de influenciar na Inteligência Emocional e consequentemente, na segurança dos pacientes.

Foi realizada aplicação do questionário Avaliação da Inteligência Emocional (Trait Meta-Mood Scale) adaptada e validada por Queirós et al. (2005). O questionário é composto por 24 itens que estão subdivididos em 3 subescalas ou dimensões: Atenção as emoções, Clareza de sentimentos e Reparação do estado emocional. Em relação a pontuação, em cada uma dessas subescalas é classificada em três intervalos. Ao assinalar a alternativa, o participante deve assinalar numa escala tipo Likert com 5 pontos que podem ir desde o “discordo totalmente” (1); até “concordo plenamente (5). Para corrigir e obter uma pontuação em cada um dos fatores, se faz necessário seguir a ordem e soma-los, ou seja, a soma da pontuação de cada item do questionário.

O fator I corresponde a atenção às emoções e está sendo representado pelo item 01 a 08; o fator II, clareza de sentimentos, itens 09 a 16; e fator III reparação do estado emocional 17 a 24. Em seguida, é necessário observar a pontuação em cada uma das tabelas disponibilizadas no questionário, onde é possível observar os pontos de corte, para homens e mulheres, pois existem diferenças nas pontuações entre os sexos.

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, que incluem: (1) comunicação aberta; (2) comunicação sobre o erro; (3) troca de informações com outros setores; (4) processo de trabalho e padronização; (5) aprendizagem organizacional; (6) percepção geral da segurança do paciente e qualidade; (7) apoio dos gestores na segurança do paciente; (8) seguimento da assistência ao paciente; (9)

questões relacionadas a segurança do paciente e qualidade; (10) treinamento da equipe; (11) trabalho em equipe; e (12) pressão no trabalho e ritmo (TIMM; RODRIGUES, 2016).

## 2.7 FORMA DE AVALIAÇÃO

A interpretação dos resultados foi feita com base nas dimensões supracitadas. 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. Esta análise foi aplicada por dimensão do MOSPPSC, identificando o percentual de respostas positivas por indivíduo entrevistado considerando o conjunto das respostas por item (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).

## 2.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Variáveis independentes (desfechos): Escore na Avaliação da Inteligência Emocional pelo Trait Meta-Mood Scale e Escore na cultura de segurança do paciente na atenção primária Questionário Medical Office Survey on Patient Safety Culture – MOSPSC).

Variáveis dependentes (exposição): Variáveis relacionadas ao perfil sócio demográfico (sexo, idade, estado civil, escolaridade e renda) e laboral (formação, tempo de atuação profissional, atuar ou não em mais de um serviço) dos profissionais.

## 2.9 ANALISE DE DADOS

Os dados foram compilados em planilhas, utilizando-se o software *Excel for Windows*®, e analisados estatisticamente por meio de análise descritiva e inferencial, utilizando-se o pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 23.

Na análise descritiva, foram utilizadas frequências absolutas (n) e relativas (%), intervalos de confiança de 95% (IC95%), média e desvio padrão (DP). Na estatística inferencial, para dados contínuos, avaliou o coeficiente de correlação de Pearson para variáveis com distribuições normais e Spearman para aquelas sem normalidade dos dados. Para a comparação de médias, utilizou o teste de normalidade de resíduo, inicialmente, seguido pela ANOVA unidirecional, com diferenças entre as médias indicadas pelos testes de Tukey Post Hoc e Duncan. Quando a normalidade dos dados foi alcançada, utilizou a ANOVA, enquanto os casos de não normalidade foram analisados com o teste de Kruskal-Wallis, com diferenças entre as médias indicadas pelo teste de Mann-Whitney. O nível de significância adotado foi de 5% para todos os testes.

## 2.10 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à apreciação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) com número de parecer nº 3.128.082.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Ao todo responderam aos questionários 78 profissionais da atenção primária de saúde, distribuídos em 18 equipes. A média de idade prevaleceu, 28 (35,9%) até 29 anos, e 50 (64,1%) com 30 anos ou mais, destes 64(82%) dos participantes foram do sexo feminino, em relação ao estado civil, 34 (47,9%) se declararam solteiros, 33 (46,5%) casados ou estão em união estável e 04 (5,6%), divorciados A maior concentração de participantes foi pertencente a equipe de Enfermagem 43 (55,1%), praticam atividade física 52 (66,7%), conforme tabela a seguir.

**Tabela 1** – Características sociodemográficas de profissionais de saúde da atenção básica (n=78) de municípios do Maciço de Baturité-CE, Brasil, 2020.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>p-valor</b>
<b>Idade [categorias]</b>			<b>0,013</b>
Até 29 anos	28	35,9	
30 anos ou mais	<b>50</b>	<b>64,1</b>	
Masculino	14	17,9	
Feminino	<b>64</b>	<b>82,1</b>	
<b>Estado civil (n=71)</b>			<b>*0,000</b>
Casado(a)/União estável	33	46,5	
Solteiro(a)	<b>34</b>	<b>47,9</b>	
Divorciado	<b>04</b>	<b>5,7</b>	
<b>Profissão</b>			<b>**0,000</b>
Enfermeiro	<b>19</b>	<b>24,4</b>	
Técnico de Enfermagem	<b>21</b>	<b>26,9</b>	
Auxiliar de Enfermagem	<b>03</b>	<b>3,8</b>	
Médico	11	14,1	
Cirurgião Dentista	11	14,1	
Auxiliar de Dentista	04	5,1	
Técnico de Saúde Bucal	01	1,3	
Fisioterapeuta	02	2,6	
Fonoaudiólogo	01	1,3	
Educador Físico	01	1,3	
Gerente	02	2,6	
Técnico de Farmácia	02	2,6	
<b>Prática de atividade física</b>			<b>0,003</b>
Sim	<b>52</b>	<b>66,7</b>	
Não	26	33,3	

Fonte: Levantamento de dados da pesquisa. Legenda: n – valores absolutos, (%) – valores relativos, [IC95%] – Intervalo de Confiança de 95%. Estatística: Teste Qui-Quadrado de Pearson para Homogeneidade.

\*considerando a variável como dicotômica: até cinco anos / mais de cinco anos, p-valor = 0,113 (sem diferença estatisticamente significativa);\*\*Mais de 20,0% das células com contagem esperada menor que 5.

A prevalência do sexo feminino se assemelha ao estudo realizado por (LANES et al., 2019), no qual 81,1% dos participantes foram do sexo feminino variando as idades entre

22 e 39 anos (53, 6%), variáveis que coincidem com os dados deste estudo. Assegurando maior participação de profissionais mulheres atuante na atenção básica (HERNANDES; VIEIRA, 2020).

Para a relação de características laborais, ao tempo de exercício da profissão, 25 (32 %) exerciam a profissão no parâmetro de 1-5 anos concentrou esta a maior frequência de resposta. Entre os profissionais de saúde entrevistados, 79,1% não exerciam plantão noturno e 33,3% trabalhavam aos finais de semana. Contou-se com um total de 18 equipes distribuídas nos cinco municípios nos quais foram realizadas a pesquisa, sendo que as Equipes de Saúde 01 e 15 concentraram o maior número de participações, mas não houve diferença estatisticamente significativa entre o número de participantes por equipe ( $p=0,771$ ), conforme apresentado na tabela 3 a seguir.

**Tabela 2** - Características relacionadas ao exercício laboral dos profissionais de saúde da atenção básica (n=78) de municípios do Maciço de Baturité-CE, Brasil, 2020.

Variáveis	N	(%)	[IC <sub>95%</sub> ]	p-valor
<b>Tempo de exercício da profissão</b>				<b>*0,000</b>
Menos de um ano	07	9,0	[3,68 – 17,62]	
01-05 anos	<b>25</b>	<b>32,0</b>	[21,93 – 43,58]	
<b>Trabalha em plantão noturno</b>				<b>0,000</b>
Sim	16	20,5	[12,20 – 31,16]	
Não	<b>62</b>	<b>79,5</b>	[68,84 – 87,80]	
<b>Trabalha nos fins de semana</b>				<b>0,003</b>
Sim	26	33,3	[23,06 – 44,92]	
Não	<b>52</b>	<b>66,7</b>	[55,08 – 76,94]	
<b>Equipe de saúde</b>				<b>**0,771</b>
ES-1	07	<b>9,0</b>	[3,68 – 17,62]	
ES-2	04	5,1	[1,41 – 12,61]	
ES-3	02	2,6	[ 0,31 – 8,96 ]	
ES-4	04	5,1	[1,41- 12,61 ]	
ES-5	05	6,4	[2,11 – 14,33]	
ES-6	03	3,8	[ 0,80 - 10,83]	
ES-7	05	6,4	[2,11 – 14,33]	
ES-8	03	3,8	[ 0,80- 10,83]	
ES-9	06	7,7	[2,88 – 15,99]	
ES-10	05	6,4	[2,11 – 14,33]	
ES-11	03	3,8	[0,80 – 10,83]	
ES-12	03	3,8	[0,80 – 10,83]	
ES-13	02	2,6	[0,31 – 8,96 ]	
ES-14	05	6,4	[2,11 – 14,33]	
ES-15	09	<b>11,5</b>	[5,41 - 20,78 ]	
ES-16	04	5,1	[1,41 – 12,61]	
ES-17	03	3,8	[0,80 - 10,83]	
ES-18	05	6,4	[2,11 - 14,33]	

Fonte: Levantamento de dados da pesquisa. Legenda: n – valores absolutos, (%) – valores relativos, [IC<sub>95%</sub>] – Intervalo de Confiança de 95%. Estatística: Teste Qui-Quadrado de Pearson para Homogeneidade. \*considerando a variável como dicotômica: até cinco anos / mais de cinco anos, p-valor = 0,113 (sem diferença estatisticamente significativa);\*\*Mais de 20,0% das células com contagem esperada menor que 5.

Diferente do estudo realizado por Marsiglia (2011) também em unidades básicas de saúde na região sudeste, onde os profissionais entrevistados em tempo de exercício da profissão possuíam de 10-20 anos, (31,3,%) dos profissionais da atenção primária exerciam atividade em outro local e em sua maioria, as equipes de saúde possuíam maior percentual médico, seguido da Enfermagem, mostrando um contraponto da realidade entre Regiões Brasileiras.

### 3.2 DADOS OBTIDOS POR MEIO DO QUESTIONÁRIOS DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Tratando-se do questionário Trait Meta-Mood Scale foram obtidos resultados referentes à distribuição das frequências e medidas de Inteligência Emocional de acordo com as subescalas, apresentados na tabela 3 abaixo.

**Tabela 3** - Distribuição das frequências e medidas de Inteligência Emocional (TMMS-24), de acordo com as dimensões do MBI-HSS entre profissionais de saúde da atenção básica (n=78), Maciço de Baturité-CE, Brasil – 2020.

Subescalas		Classificação			p-valor <sup>1</sup>
		POUCA	ADEQUADA	DEMASIADA	
Fator 1:	n (%)	05 (6,4)	<b>48 (61,5)</b>	25 (32,1)	<b>0,000</b>
<b>Atenção às Emoções</b>					
Fator2:	n (%)	<b>MELHORAR</b> 09 (11,5)	<b>ADEQUADA</b> <b>47 (60,3)</b>	<b>EXCELENTE</b> 22 (28,2)	<b>0,000</b>
<b>Clareza de Sentimentos</b>					
Fator 3:	n (%)	<b>MELHORAR</b> 02 (2,6)	<b>ADEQUADA</b> 33 (42,3)	<b>EXCELENTE</b> <b>43 (55,1)</b>	<b>0,000</b>
<b>Reparação Emocional</b>					
<b>Escore Estratificado</b>		<b>ATENÇÃO</b>	<b>CLAREZA</b>	<b>REPARAÇÃO</b>	
Masculino	Média – DP	32,1 – 6,9	31,2 – 2,8	34,6 – 4,6	
Feminino	Média – DP	31,4 – 4,8	30,4 – 6,2	34,5 – 4,8	
	p-valor <sup>2</sup>	p = 0,264	p = 0,764	p = 0,870	

Legenda: n – valor absoluto; (%) valor relativo; IC<sub>95%</sub> - Intervalo de Confiança de 95%; DP - Desvio Padrão; Estatística: <sup>1</sup>Teste Qui-Quadrado de Pearson para Homogeneidade; <sup>2</sup>Teste Mann-Whitney.

Inicialmente, analisou a subescala Atenção às Emoções nos itens, “Pouca” (6,4%), “Adequada” (61,5%) e “Demasiada” (31,1%), a maioria dos participantes encontrou-se com Adequada atenção às emoções. Tratando-se da Subescala Clareza de Sentimentos nos itens “Melhorar” (11,5%), “Adequada” (60,3%), “Excelente” (28,2%), avaliou-se então 47 participantes em sua totalidade com maior percentual para clareza de sentimentos adequada, no que se refere a terceira Subescala Reparação do Estado emocional para os itens “Melhorar” (2,6%), “Adequada” (42,3%), “Excelente” (55,1%), se concentrou maior número de participantes com reparação do estado emocional excelente.

Para Worm (2016) tais competências determinam as características da Inteligência emocional sendo estas, habilidades capazes de gerar sentimentos facilitadores de pensamentos, expressões de emoções exatas e identificação de modificações de sentimentos. O presente estudo observou adequados e excelentes resultados para às subescalas de Avaliação da Inteligência emocional.

No que tange a variável sexo, não apresentou significância nas subescalas para inteligência emocional, dificultando a análise por pontuação entre os sexos, feminino e masculino ( $p= 0,264; 0,764; 0,870$ ).

### 3.3 RELAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Dentre as variáveis sociodemográficas, avaliou-se a variável profissão, na qual resultou na associação com as três subescalas de inteligência emocional apresentado na tabela 4.

**Tabela 4** - Dimensões de acordo com variáveis sociodemográficas e laborais de profissionais de saúde da atenção básica de municípios da região do Maciço de Baturité-CE, Brasil – 2020.

Variável	Atenção às Emoções			Clareza de Sentimentos			Reparação Emocional		
	POU	ADE	DE M	ME L	ADE	EXC	ME L	ADE	EXC
<b>Profissão</b>									
Enfermagem	03 (7,0)	31 (72,1)	09 (20,9)	04 (9,3)	23 (53,5)	<b>16</b> <b>(37,2)</b>	01 (2,3)	15 (34,9)	27 (62,8)
Medicina	01 (9,1)	05 (45,5)	05 (45,5)	05 (45,5)	06 (54,5)	-	01 (9,1)	07 (63,6)	03 (27,3)
Outras	01 (4,2)	12 (50,0)	11 (45,8)	-	<b>18</b> <b>(75,0)</b>	06 (25,0)	-	11 (45,8)	13 (54,2)
<i>p-valor</i>		*0,215			<b>*0,001</b>			*0,179	

Fonte: Levantamento de dados da pesquisa. Legenda: n – valores absolutos, (%) – valores relativos, [IC95%] – Intervalo de Confiança de 95%. Estatística: Teste Qui-Quadrado de Pearson para Homogeneidade. \*considerando a variável como dicotômica: até cinco anos / mais de cinco anos, p-valor = 0,113 (sem diferença estatisticamente significativa);\*\*Mais de 20,0% das células com contagem esperada menor que 5.

Avaliou a profissão Enfermagem, na dimensão atenção às emoções como adequada (72,1%), na dimensão Clareza de Sentimentos (37,2%) classificou-se em excelente, e para a dimensão Reparação do Estado emocional foi considerada também, como excelente (62,8%). No que se refere à profissão Médica, na subescala Atenção às emoções apresentou os mesmos percentuais (45,5%) para as classificações adequada e excelente, para a subescala Clareza de Sentimentos (54,5%) classificou-se como adequada, a subescala Reparação do estado emocional (63,6%) mostrou-se adequada. Em relação às outras profissões, os participantes deste estudo, foram em maior percentual classificados para a subescala, Clareza de Sentimentos (75% ) para adequada, sendo a Enfermagem a profissão que sobressaiu neste estudo com maiores percentuais. Isso ocorre devido à categoria de profissionais da Enfermagem serem em sua maior parte, os profissionais mais atuantes em unidades de atenção primária à saúde (CASTANHEIRA; CARRAPATO; PLACIDELI, 2018).

### 3.4 SEGURANÇA DO PACIENTE ABORDADA POR MEIO DO MOSPSC

Foi aplicado o Questionário *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC)*. Analisados as médias de dimensões nas seções F e G, obteve os resultados expostos na Tabela 5 a seguir.

**Tabela 5** - Dimensões da cultura de segurança do paciente entre profissionais da atenção primária a saúde de acordo com o percentual médio de positividade das respostas, Maciço de Baturité-CE, Brasil – 2020.

<b>Dimensões da Cultura de Segurança</b>	<b>IC95%</b>	<b>Classificação das Dimensões</b>
<i>Seção F: Seu serviço de saúde</i>		
Aprendizagem organizacional	(66,7 – 86,3)	Fortalecida
Percepção geral de segurança do paciente e qualidade	(74,3 – 78,9)	Fortalecida
<i>Seção G: Avaliação global da segurança do paciente e qualidade</i>		
Avaliação global da qualidade	(37,7 - 57,6)	Fragilizada

Avaliação global da segurança do paciente (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%.

Analisou quais impactos esses fatores poderiam ocasionar na segurança do paciente, nas unidades de atenção primária à saúde, estudadas. Como resultado para as dimensões Avaliação global da qualidade e Avaliação global da segurança do paciente foi fragilizadas.

De modo que ocorreu um contrassenso quando considerado que a dimensão Percepção Geral de Segurança do Paciente e Qualidade foram fortalecidas. De forma estratégica, é necessário o fortalecimento da segurança do paciente, para reduzir danos e conseqüentemente a qualidade do cuidado ofertado. Para Giroto et al. (2020) essas contradições poderiam ocorrer por divergências nas percepções dos profissionais na cultura de segurança do paciente, bem como o pouco apoio de gestores na atuação no serviço da atenção primária levando a pontos de fragilidade.

### 3.5 SEGURANÇA DO PACIENTE E INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Nas próximas tabelas 6 e 7, foram apresentados os resultados baseados nas divisões de cada subescala, cruzadas com a Avaliação Geral da Qualidade e Avaliação Geral da Segurança do Paciente. Dessa forma esses cruzamentos responderam o objetivo do estudo.

**Tabela 6** - Relação entre a classificação de Inteligência Emocional quanto a Atenção às Emoções e a Avaliação Global da Qualidade expressa por profissionais de saúde da atenção básica de municípios da região do Maciço de Baturité -CE, Brasil – 2020.

Atenção às Emoções	Avaliação Global da Qualidade			*p-valor
	FORTALECIDA	POTENCIAL DE MELHORIA	FRAGILIDADE	
Presta pouca atenção	02 (40,0)	-	03 (60,0)	<b>0,003</b>
Atenção adequada	15 (31,3)	02 (4,2)	<b>31 (64,6)</b>	
Presta demasiada atenção	08 (32,0)	09 (36,0)	08 (32,0)	

Estatística: Valores expressos em absolutos e relativos - n (%); Teste Qui-quadrado de Pearson para Independência; \*Mais de 20,0% das células com contagem esperada menor que 5.

**Tabela 7** - Relação entre a classificação de Inteligência Emocional quanto a Atenção às Emoções e a Avaliação Geral em Segurança do Paciente (Seção G2) expressa por

profissionais de saúde da atenção básica de municípios da região do Maciço de Baturité - CE, Brasil – 2020.

<b>Atenção às Emoções</b>	<b>Avaliação Geral em Segurança do Paciente</b>			<b>*p-valor</b>
	<b>POSITIVO</b>	<b>NEGATIVO</b>	<b>NEUTRO</b>	
Presta pouca atenção	01 (20,0)	01 (20,0)	03 (60,0)	0,496
Atenção adequada	<b>21</b> (43,8)	10 (20,8)	<b>17</b> (35,4)	
Presta demasiada atenção	13 (52,0)	02 (8,0)	10 (40,0)	

Estatística: Valores expressos em absolutos e relativos - n (%); Teste Qui-quadrado de Pearson para Independência. \*Mais de 20,0% das células com contagem esperada menor que 5.

Para as tabelas 6 e 7, obteve-se como resultado, a Relação da subescala Atenção às Emoções e o Clima de Segurança do paciente, por meio da associação das dimensões Avaliação Global da Qualidade e Avaliação Geral em Segurança do Paciente. Valores expressos em absolutos e relativos. Desta forma, 31 (64,3%), categorizados no item atenção adequada, consideraram a Avaliação Global da Qualidade de Fragilidade, e para a Dimensão Avaliação Geral em Segurança do Paciente, 21 (43,8%) categorizados no item atenção adequada como positivos, no entanto 17 (35,4%) classificaram como neutros, obtendo um assim, percentual aproximado, pontos de fragilidade pode se assemelhar ao modelo do queijo suíço apresentado por Reason (2017), onde uma falha pode gerar uma sequência de novas falhas, gerando incidentes danosos ao cuidado prestado ao paciente.

Prosseguindo para as tabelas 8 e 9, correspondente à Subescala Clareza de Sentimentos, associada a Dimensão Avaliação Global da Qualidade e Avaliação Geral em Segurança do Paciente.

**Tabela 8** - Relação entre a classificação de Inteligência Emocional quanto a Clareza de Sentimentos e a Avaliação Global da Qualidade expressa por profissionais de saúde da atenção básica de municípios da região do Maciço de Baturité - CE, Brasil – 2020.

<b>Clareza de Sentimentos</b>	<b>Avaliação Global da Qualidade</b>			<b>*p-valor</b>
	<b>FORTALECI DA</b>	<b>POTENCIAL DE MELHORIA</b>	<b>FRAGILIDADE</b>	
Deve melhorar sua clareza	02 (22,2)	02 (22,2)	05 (55,6)	0,409
Clareza adequada	13 (27,7)	09 (19,1)	25 (53,2)	
Excelente clareza	10 (45,5)	-	12 (54,5)	

Estatística: Valores expressos em absolutos e relativos - n (%); Teste Qui-quadrado de Pearson para Independência; \*Mais de 20,0% das células com contagem esperada menor que 5.

**Tabela 9** - Relação entre a classificação de Inteligência Emocional quanto a Clareza de Sentimentos e a Avaliação Geral em Segurança expressa por profissionais de saúde da atenção básica de municípios da região do Maciço de Baturité - CE, Brasil – 2020.

Clareza de Sentimentos	Avaliação Geral em Segurança do Paciente			<i>*p-valor</i>
	POSITIVO	NEGATIVO	NEUTRO	
Deve melhorar sua clareza	01 (11,1)	<b>05 (55,6)</b>	03 (33,3)	<b>0,011</b>
Clareza adequada	21 (44,7)	06 (12,8)	20 (42,6)	
Excelente clareza	<b>13 (59,1)</b>	02 (9,1)	07 (31,8)	

Estatística: Valores expressos em absolutos e relativos - n (%); Teste Qui-quadrado de Pearson para Independência; \*Mais de 20,0% das células com contagem esperada menor que 5.

No que tange à subescala Clareza de Sentimentos, associada a Dimensão Avaliação Geral da Qualidade, 25 (53,3%), correspondeu à classificação clareza adequada, considerou a qualidade do serviço como de fragilidade, para a Dimensão Avaliação Geral em Segurança do Paciente 21 (44,7%), dos profissionais, categorizou para clareza adequada, considerou a segurança do paciente como positivo, no entanto, 05 (55,6%) apresentou resultado na categoria deve melhorar sua clareza e consideraram a segurança do paciente como negativa, o que torna preocupante a percepção destes, assim como Codier e Codier (2017) afirmam a necessidade da integração e discernimento entre a razão e sentimentos, pois dessa maneira as emoções farão parte do processo de raciocínio, favorecendo atitudes seguras.

A Subescala Reparação do Estado Emocional também foi associada às Dimensões de Clima de Segurança do Pacientes, correspondentes nas tabelas 10 e 11 abaixo:

**Tabela 10** - Relação entre a classificação de Inteligência Emocional quanto a Reparação do Estado Emocional e a Avaliação Global da Qualidade expressa por profissionais de saúde da atenção básica de municípios da região do Maciço de Baturité - CE, Brasil – 2020.

Reparação do Estado Emocional	Avaliação Global da Qualidade			<i>*p-valor</i>
	FORTALECIDA	POTENCIAL DE MELHORIA	FRAGILIDADE	
Deve melhorar sua reparação	-	01 (50,0)	01 (50,0)	0,278
Reparação adequada	08 (24,2)	06 (18,2)	19 (57,6)	
Reparação Excelente	17 (39,5)	04 (9,3)	<b>22 (51,2)</b>	

Estatística: Valores expressos em absolutos e relativos - n (%); Teste Qui-quadrado de Pearson para Independência; \*Mais de 20,0% das células com contagem esperada menor que 5.

**Tabela 11** - Relação entre a classificação de Inteligência Emocional quanto a Reparação do Estado Emocional e a Avaliação Geral em Segurança expressa por profissionais de saúde da atenção básica de municípios da região do Maciço de Baturité - CE, Brasil – 2020.

Reparação do Estado	Avaliação Geral em Segurança do Paciente	<i>*p-</i>
---------------------	--	------------

<b>Emocional</b>	<b>POSITIVO</b>	<b>NEGATIVO</b>	<b>NEUTRO</b>	<i>valor</i>
Deve melhorar sua reparação	-	<b>02 (100,0)</b>	-	
Reparação adequada	13 (39,4)	07 (21,2)	13 (39,4)	<b>0,014</b>
Reparação Excelente	<b>22 (51,2)</b>	04 (9,3)	17 (39,5)	

Estatística: Valores expressos em absolutos e relativos - n (%); Teste Qui-quadrado de Pearson para Independência; \*Mais de 20,0% das células com contagem esperada menor que 5.

Na subescala Reparação do Estado Emocional 22 (51,2%) participantes foram classificados com reparação excelente, considerou a Dimensão Avaliação Geral da Qualidade como de fragilidade, e para a Dimensão Avaliação Geral em Segurança do Paciente 22 (51,2%) consideraram como positivo, porém 17 (39,5%) se posicionaram como neutros, o que torna preocupante, pois como afirma (GARDNER, 2015) é primordial que o profissional seja capaz de ter leitura emocional, domínio do pensamento, expressões lógicas tornando capaz de ser um profissional habilidoso, e com posicionamentos firmes.

Bastos (2008) ressalta a importância de incentivar os profissionais a aprender sobre inteligência emocional, conhecendo modelos de habilidades que melhorarão a vida tanto profissional quanto pessoal. Dessa forma, os 3 fatores de IE, está relacionado à segurança do paciente, a terapêutica e o trabalho em equipe. No entanto no que diz respeito a avaliação global da segurança possui fragilidade dos profissionais em percepção.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nessa perspectiva, foi possível identificar a relação entre habilidades de inteligência emocional dos profissionais de saúde e o clima de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde, por meio da avaliação das subescalas do nível de inteligência emocional, para as dimensões, Atenção às emoções, Clareza de Sentimentos e Reparação do Estado Emocional, onde teve em maior concentração de participantes, classificados com habilidades emocionais adequadas e excelentes, e o clima de segurança do paciente avaliado pelas dimensões Avaliação Global da Qualidade e Avaliação Global da Segurança do Paciente estando fragilizadas, ao tempo que quando considerada a dimensão Percepção Geral de Segurança do Paciente e Qualidade estão fortalecidas. O Estudo foi limitado por amostragem considerada pequena, recusa de participantes em responder os questionários, baixa concentração de profissionais por divisão de equipes.

A melhora nas habilidades emocionais pode ser alcançada a partir da elaboração e divulgação de estratégias educativas que trabalhem o autoconhecimento sobre o estado emocional por meio capacitações que desenvolvam aptidões intrapessoal, aptidões interpessoais, adaptabilidade, administração do estresse, para um conjunto de novas competências como: autocontrole, empatia, entusiasmo, auto motivação e liderança profissional.

Assim, a partir dessas reflexões compreende-se a necessidade de trabalhar e incentivar estudos críticos e relevantes sobre a temática em unidades básicas, para o bom funcionamento do serviço e assistir a comunidade em boa qualidade de serviços de saúde, englobando o contexto, físico, psíquico e emocional.

## REFERÊNCIAS

- AKERJORDET, K.; SEVERINSSON, E. The state of the science of emotional intelligence related to nursing leadership: an integrative review. **Journal of nursing management**, England, v. 18, n. 4, p. 363-382, 2010.
- BASTOS, C. **Inteligência Emocional, Liderança e Desempenho - Qual a relação?** Um caso na Administração Pública Local. 2008. Dissertação - Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, 2008.
- BRUM, A. K. R.; NUNES, P. S. R.; FERNANDES, M. S. T. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórico Aplicada à Prática. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 3, 2015.
- CASTANHEIRA, L. R. E.; CARRAPATO, L. F. J.; PLACIDELI, N. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 2, 2018.
- CODIER, E.; CODIER, D. D. Could Emotional Intelligence Make Patients Safer? **The American journal of nursing**, Philadelphia, v. 117, n. 7, p. 58-62, 2017.
- GALLAGHER, T.; MENDONÇA, V.; HENDRYX, N. Erro médico: conceito, caracterização e gestão. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 255-266, 2019.
- GARDNER, H.; PARA CADA PESSOA, UM TIPO DE EDUCAÇÃO. Direção e produção: **Telos Cultural**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2015.
- GIROTTI, E. *et al.* A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: Distinções entre categorias profissionais. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, Rio de Janeiro, 2020.
- HERNANDES, C. S. E.; VIEIRA, L. A guerra tem rosto de mulher: Trabalhadoras da saúde no enfrentamento à COVID-19. **Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental**, 17 abr. 2020. Disponível em: <http://anesp.org.br/todas-as-noticias/2020/4/16/a-guerra-tem-rosto-de-mulher-trabalhadoras-da-sade-no-enfrentamento-covid-19>. Acesso em: 10 abr. 2021.
- HONG, E.; LEE, Y. S. The mediating effect of emotional intelligence between emotional labour, job stress, burnout and nurses' turnover intention. **International journal of nursing practice**, Australia, v. 22, n. 6, 2016.
- KARIMI, L. *et al.* Emotional rescue: The role of emotional intelligence and emotional labour on well-being and job-stress among community nurses. **Journal of advanced nursing**, England, v. 70, n. 1, p. 86-176, 2014.
- LANDA, J. A. *et al.* The Relationship between emotional intelligence, Occupational Stress and health in nurses: A questionnaires survey. **International journal of nursing studies**, v. 45, n. 1, p. 888-901, 2008.

LANES, C. T. *et al.* Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 1, 2019.

MACEDO, S. M. K.; BARBOZA, A. R. C. A.; BORGES, F. *et al.* Cultura de seguridad del paciente: evaluación de los enfermeros en la atención primaria a la salud. **Enfermería Global**, v. 18, n. 4, p. 365-97, 2019.

MARSIGLIA, G. M. R. Perfil dos trabalhadores da atenção básica em saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 900-911, 2011.

QUEIRÓS, M. M. *et al.* Validação e fiabilidade da versão portuguesa modificada da Trait Meta-Mood Scale. **Revista de Psicologia, Educação e Cultura**, n. 1, v. 9, p. 199-216, 2005.

REASON, J. Human error: models and management. *The BMJ*, Março, 2017.

SILVA, F. P. A. *et al.* Segurança do Paciente na Atenção Primária: Concepção de Enfermeiros da Estratégia de saúde da Família. **Revista Gaúcha enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, 2019.

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.

WONG, C.; LAW, K. The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. **The Leadership Quarterly**, v. 13, n. 3, p. 243-274, 2002.

WORM, K. O. B. J. **Inteligência Emocional, Satisfação com a vida e Desempenho Acadêmico dos Estudantes de Medicina: um estudo em Portugal**. 2016. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) - Universidade de Lisboa, Dissertação, Lisboa, 2016.

## AGRADECIMENTOS

A Deus por ser meu porto seguro, por me fortalecer, por ser meu abrigo e o meu sustento em todas as horas

A minha mãe Oclaudiana Girão em especial, por tornar meu sonho um sonho dela, por ter sido minha base, meu incentivo, meu maior ponto de apoio, meu exemplo de determinação e força.

Ao meu José Maria que sempre deu os melhores exemplos de superação, foco e esperança para dias melhores.

Aos meus irmãos Joyce e Sávio que estiveram sempre ao meu lado compartilhando a vida, e tantos momentos lindos vivenciados.

Ao meu grande amor, meu irmão caçula Álvaro a quem dedico todo meu coração, ao meu riso fácil, ao meu denago mais querido.

A minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patrícia Freire de Vasconcelos, por todas as oportunidades, pela confiança, palavras de força e coragem. Por ser um grande exemplo de Enfermeira e mulher.

A Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, por ter sido minha segunda casa, lugar que me acolheu, e desenvolveu em mim conhecimentos aprofundados.

Ao corpo Docente pelo ensino e oportunidades nunca tidas antes. São profissionais exemplares.

A todos familiares e amigos que contribuíram para esse sonho ser realizado com êxito.