



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA
AFRO-BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

FERNANDA PEREIRA DE SOUSA

**INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19**

REDENÇÃO - CE

2023

Sousa, Fernanda Pereira de.

S725i

Inteligência emocional e clima de segurança do paciente na atenção primária à saúde no contexto da pandemia de Covid-19 / Fernanda Pereira de Sousa. - Redenção, 2023.

87fl: il.

Dissertação - Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2023.

Orientadora: Prof.^ª Dr.^ª Patrícia Freire de Vasconcelos.

Co-orientadora: Prof.^ª Dr.^ª Andressa Suelly Saturnino de Oliveira.

1. Inteligência emocional. 2. Atenção Primária. 3. Covid-19. 4. Paciente. I. Título

CE/UF/BSCA

CDD 616

FERNANDA PEREIRA DE SOUSA

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Patricia Freire de Vasconcelos (Orientadora)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Profa. Dra. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira (Co-orientadora)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Profa. Dra. Edmara Chaves Costa (1º membro efetivo)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Profa. Dra. Lívia Moreira Barros (Membro suplente)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Prof. Dr. Francisco Gilberto Fernandes Pereira (Membro suplente)
Universidade Federal do Piauí

Dedico esse trabalho a Deus, que me deu a oportunidade de concretizar
mais um sonho. Toda honra, glória e louvor!
Ao meu filho, Artur por ser o motivo de todo o meu esforço.
Ao meu noivo, Denilson, pelo apoio incondicional.
Às minhas orientadoras, Patrícia e Andressa pela paciência e dedicação.
Às minhas mães, por sempre me apoiarem em tudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida e pela oportunidade de poder estudar e estar onde estou. Sem Ele eu não chegaria a lugar nenhum. Em todos os meus momentos de guerra, conflitos internos, momentos de fraqueza, em que pensei em desistir, Deus estava ali, do meu lado, enviado seus anjos para me reerguer e me colocar de pé novamente para lutar minhas batalhas.

À minha família, em especial minhas duas mães (mãe Dira e mãe Nilma). Sei que elas estavam orando por mim todos os dias para que meus sonhos fossem alcançados e permaneceram ao meu lado em cada segundo e aos meus primos, tios, irmãos, cunhadas por todo apoio de sempre.

Ao meu amado filho, Artur, que em meio a estudos, trabalho, e tantas atividades, soube entender a minha ausência, mas, acima de tudo, soube me amar diante de tantas falhas e aproveitar cada minuto que tinha ao meu lado, esperando pacientemente o dia que eu poderia voltar pra casa, para ficar ao lado dele.

Ao meu noivo, Denilson, que soube entender minha ausência, meu estresse, alegrou e alegrou os meus dias e comemora cada nova conquista junto comigo. A pessoa que mais me conhece intimamente, que já me viu desabar, mas que nunca me deixa desistir, sempre segurando minha mão, me motivando. Acima de tudo, que é meu parceiro de vida, que cresce junto comigo e me impulsiona a voar cada vez mais alto.

Aos meus amigos Marcia, Lucas, Lucileide, Aynoan, Karina, Emanuel, Rebecca e Katarina Milly. Mesmo à distância, vocês sempre estarão no meu coração. Obrigada por me apoiarem e acreditarem em mim.

À minhas duas orientadoras Prof^a Patrícia Freire e Prof^a Andressa, por todo empenho nesse projeto, em especial a Prof^a Patrícia, que tem me acompanhado desde o segundo semestre da graduação e tem apostado em mim, a senhora foi essencial na minha formação.

Por fim, agradeço a todos os participantes dessa pesquisa, sem vocês nada disso teria sido possível. Acredito que podemos juntos fazer o SUS um sistema melhor, justo, seguro e com mais valorização para os profissionais. Que juntos possamos transformar o cuidar do próximo.

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação entre a inteligência emocional e a percepção do clima de segurança do paciente de profissionais que atuaram na atenção primária à saúde (APS) durante a pandemia de Covid-19. **Método:** Trata-se de um estudo transversal e analítico, realizado de junho de 2022 a fevereiro de 2023, em municípios pertencentes a 3ª e 4ª Regionais de Saúde do Estado do Ceará, localizados nas Áreas Descentralizadas de Saúde de Baturité e Maracanaú. Foi aplicado um questionário online com itens dos seguintes instrumentos: *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS-24), domínio 2 do Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ). Participaram da pesquisa 202 profissionais da APS. Os dados foram importados para o IBM SPSS Statistics versão 25 para Mac, para análise descritiva e inferencial. Após averiguar a normalidade de distribuição das variáveis quantitativas, pelo teste Kolmogorov-Smirnov, foram utilizados os testes Kruskal-Wallis e Spearman para análise inferencial. **Resultados:** O resultado total do SAQ (média = $58,8 \pm 24,9$; mediana = 60,7) foi inferior a 75, portanto, os profissionais tiveram percepção negativa sobre a segurança do paciente durante da pandemia de Covid-19. Houve pior percepção dos profissionais sobre existir uma cultura de aprender com os erros dos outros (média = $58,8 \pm 24,9$; mediana = 50,0) e melhor percepção em relação aos profissionais se sentirem seguros se fossem tratados como pacientes nos locais em que atuavam (mediana = $68,5 \pm 34,8$; mediana = 75,0). No TMMS-24, resultados adequados foram encontrados, predominantemente, nos fatores de atenção às emoções (39,1%) e de reparação do estado emocional (46,5%). A melhor percepção do clima de segurança do paciente foi encontrada entre os profissionais com excelente compreensão de seus estados emocionais ($p=0,006$). As melhores percepções do clima de segurança foram encontradas entre os profissionais com excelente capacidade de regular os estados emocionais corretamente ($p=0,006$). **Conclusão:** Os profissionais de saúde da APS tiveram percepção negativa do clima de segurança do paciente durante a pandemia de Covid-19. Foi possível verificar que melhor percepção do clima de segurança do paciente foi encontrada entre os profissionais com excelente compreensão de seus estados emocionais. Da mesma forma, melhores percepções do clima de segurança do paciente foram encontradas entre os profissionais com excelente capacidade de regular os estados emocionais corretamente.

Descritores: Inteligência emocional; clima de segurança do paciente; atenção primária à saúde; Covid-19.

ABSTRACT

Objective: To analyze the association between emotional intelligence and the perception of the patient safety climate of professionals who worked in primary health care (PHC) during the Covid-19 pandemic. **Method:** This is a cross-sectional and analytical study, carried out from June 2022 to February 2023, in municipalities belonging to the 3rd and 4th Health Regions of the State of Ceará, located in the Decentralized Health Areas of Baturité and Maracanaú. An online questionnaire was applied with items from the following instruments: Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24), domain 2 of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). 202 PHC professionals participated in the survey. Data were imported into IBM SPSS Statistics version 25 for Mac for descriptive and inferential analysis. After checking the distribution normality of the quantitative variables, using the Kolmogorov-Smirnov test, the Kruskal-Wallis and Spearman tests were used for inferential analysis. **Results:** The total SAQ result (mean = 58.8 ± 24.9 ; median = 60.7) was less than 75, therefore, professionals had a negative perception of patient safety during the Covid-19 pandemic. There was a worse perception of professionals about the existence of a culture of learning from the mistakes of others (mean = 58.8 ± 24.9 ; median = 50.0) and a better perception of professionals feeling safe if they were treated as patients in the places in which they worked (median = 68.5 ± 34.8 ; median = 75.0). In the TMMS-24, adequate results were predominantly found in the factors of attention to emotions (39.1%) and repair of the emotional state (46.5%). The best perception of the patient's safety climate was found among professionals with an excellent understanding of their emotional states ($p=0.006$). The best perceptions of the safety climate were found among professionals with excellent ability to correctly regulate emotional states ($p=0.006$). **Conclusion:** PHC health professionals had a negative perception of the patient safety climate during the Covid-19 pandemic. It was possible to verify that a better perception of the patient's safety climate was found among professionals with an excellent understanding of their emotional states. Likewise, better perceptions of patient safety climate were found among professionals with excellent ability to regulate emotional states correctly.

Descriptors: Emotional intelligence; patient safety climate; primary health care; Covid-19.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Conceitos de cultura de segurança do paciente na Portaria MS/GM nº 529/12	24
Figura 2 – Mapa da Região de Maracanaú (3ª Regional de Saúde)	30
Figura 3 – Mapa da Região de Baturité (4ª Regional de Saúde)	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Local de trabalho e categoria profissional dos profissionais da APS que participaram do estudo. Ceará, Brasil, 2023. (n=202)	37
Tabela 2 - Características sociodemográficas e profissionais dos participantes do estudo. Ceará, Brasil, 2023. (n=202)	38
Tabela 3 - Percepção do clima de segurança do paciente durante a pandemia de Covid-19, segundo os profissionais da APS (itens 7 a 13 do SAQ). Ceará, Brasil, 2023. (n=202)	40
Tabela 4 - Resultados da avaliação da inteligência emocional dos profissionais da APS, segundo o TMMS-24. Ceará, Brasil, 2023. (n=202)	41
Tabela 5 - Resultados da percepção do clima de segurança do paciente, segundo a avaliação da inteligência emocional dos profissionais da APS. Ceará, Brasil, 2023. (n=202)	42
Tabela 6 - Resultados da percepção do clima de segurança do paciente e da avaliação da inteligência emocional, segundo as categorias dos profissionais da APS. Ceará, Brasil, 2023. (n=202)	43
Tabela 7 - Correlação entre o resultado do domínio Clima de Segurança do SAQ (questões 7 a 13) e dos fatores do TMMS-24, segundo o tempo de experiência na ESF, o tempo de vínculo com a UBS e a carga horária semanal de trabalho na UBS dos profissionais da APS. Ceará, Brasil, 2023. (n=202)	44

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Diagrama de dispersão do resultado do domínio Clima de Segurança do SAQ (questões 7 a 13), segundo o tempo de experiência na ESF, e do fator II do TMMS-24 dos profissionais da APS. Ceará, Brasil, 2023. (n=202)44

Gráficos 2 - Diagrama de dispersão do resultado do domínio Clima de Segurança do SAQ (questões 7 a 13), segundo a carga horária semanal de trabalho na UBS dos profissionais da APS. Ceará, Brasil, 2023. (n=202)45

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

CPLP - Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

OMS - Organização Mundial da Saúde

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

IE - Inteligência Emocional

UNILAB - Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

SAQ - *Safety Attitudes Questionnaire*

TMMS - *Trait Meta-Mood Scale*

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

CSP - Clima de Segurança do Paciente

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SESA - Secretaria Estadual de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ADS - Área Descentralizada de Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

UBS - Unidade Básica de Saúde

SNI - Sistema de Notificação de Incidentes

EPI - Equipamento de Proteção Individual

NASF-AB - Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

PBE - Prática Baseada em Evidências

NR - Norma Regulamentadora

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	17
2.1. Geral	17
2.2. Específicos.....	17
3. REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1. Segurança do paciente na atenção primária à saúde.....	18
3.2. Conceituando clima de segurança do paciente	20
3.3. Cultura de segurança do paciente	22
3.4. Inteligência emocional e sua relação com a segurança do paciente	24
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	29
4.1. Desenho do estudo.....	29
4.2. Local da pesquisa	29
4.3. População e amostra	31
4.3.1. Critérios de elegibilidade	32
4.3.1.1. Critérios de inclusão	32
4.3.1.2. Critério de exclusão	32
4.4. Coleta de dados.....	32
4.5. Variáveis	34
4.6. Análise de dados	34
4.7. Aspectos éticos.....	35
4.7.1. Riscos e Benefícios da pesquisa	35
5. RESULTADOS	37
6. DISCUSSÕES	46
6.1. Limitações do estudo	60
6.2. Contribuições para APS.....	60
7. CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS	63
ANEXO A.....	72
ANEXO B.....	75
APÊNDICE A.....	78
APÊNDICE B.....	83

1. INTRODUÇÃO

Em diversos sistemas de saúde do mundo, a Atenção Primária à Saúde (APS) (ou o equivalente a ela em outros países), normalmente, é o primeiro ponto de contato dos pacientes com o sistema, o que também ocorre em situações epidêmicas. Profissionais da APS estão bem empenhados para realizar um diagnóstico precoce, identificar infectados e seus contactantes e fornecer informações seguras e de qualidade durante a pandemia (FERNANDES; LOTTA; CORRÊA, 2021).

Caracteriza-se APS como um conjunto de ações realizadas em caráter individual ou coletivo de promoção e proteção da saúde e ainda de prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Seu objetivo principal é desenvolver uma atenção integral e segura de forma a impactar de forma positiva a situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2021).

Cuidados primários inseguros ou ineficazes podem aumentar a morbimortalidade evitável, e podem levar ao uso desnecessário de recursos hospitalares e especializados. No Brasil, tornar a APS mais segura é essencial quando se busca uma melhor qualidade assistencial e uma cobertura universal de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

A segurança do paciente tem sido foco de discussão por todo o mundo, devido ao aumento na ocorrência de danos ao paciente, principalmente oriundos da assistência prestada nas unidades de saúde. Essa discussão denota uma preocupação em melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde (RIBEIRO; SERVO; SILVA FILHO, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Segurança do Paciente como uma estrutura de atividades organizadas para construir culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes de cuidados de saúde que objetivam reduzir os riscos de forma consistente e sustentável, minimizar a ocorrência de danos evitáveis, tornar os erros menos prováveis e reduzir o impacto do dano caso ele ocorra (WHO, 2021).

Entende-se ainda por segurança do paciente a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Os danos podem ser doenças, lesões, sofrimento, incapacidade e morte. Por outro lado,

os incidentes de segurança são eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente (SHERMAN, 2009).

Os estudos e pesquisas sobre segurança do paciente têm sido centrados no ambiente hospitalar, devido ao entendimento da complexidade do cuidado, porém é preciso destacar que grande parte dos cuidados em saúde são prestados na APS e que pesquisas em segurança do paciente na APS evidenciaram erros variando na faixa de 0,2% a 7,6%, destes 39,3% causaram danos ao paciente (MARCHON, 2015).

Uma das dimensões da qualidade, a segurança do paciente configura-se como prioridade na produção do cuidado. Assim como vem ocorrendo mundialmente, a segurança do paciente no SUS vem despertando inquietação dada a insatisfação da sociedade relacionados aos cuidados ofertados nos diversos serviços ofertados nos pontos de atenção de atenção a saúde.

O surgimento da pandemia de Covid-19 no mundo provocou um cenário sem precedentes, que afetou vários sistemas de saúde, entre eles os países que integram a lusofonia afro-brasileira. Tal acontecimento revelou profunda desigualdade entre os países em desenvolvimento, como Guiné-Bissau, Moçambique, Angola, Brasil, entre outros, pertencentes à Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), revelando sistemas de saúde frágeis, com despreparo dos profissionais, demandas desproporcionais à estrutura e outras fragilidades no cuidado (BRASIL, 2020a).

Atrelada a isso, a Covid-19 surgiu como uma patologia nova. É uma doença viral, causada pelo SARS-CoV-2, identificada, no final de 2019, na província de Wuhan, China. O espectro clínico dessa morbidade varia desde casos leves (80% dos casos) a casos graves, que evoluem com Síndrome Respiratória Aguda Grave, na minoria dos doentes. A transmissão viral ocorre, principalmente, por via respiratória, através de gotículas, esteja o paciente sintomático ou não. O período de incubação pode durar até 14 dias, mas, geralmente, acontece entre 5 e 6 dias (BRASIL, 2020a).

O vírus SARS-CoV-2 gerou um impacto em milhares de pessoas tanto na saúde física como mental. A urgência com que os profissionais de saúde tiveram que aprender a lidar com uma doença letal e de rápido contágio trouxe uma forte preocupação e medo em ser contaminado, ou não conseguir lidar com os pacientes graves, gerando risco de adoecimento psíquico (AMESTOY, 2020).

O desgaste psicológico vivenciado pelos profissionais de saúde, desde o início da pandemia de Covid-19 sinaliza a necessidade da inteligência emocional (IE), no intuito de dar subsídios para que os cuidados necessários aos pacientes acometidos pela doença sejam garantidos, sem que o medo enfrentado pelos profissionais afete a assistência prestada. O bem-estar geral e a resiliência são aspectos importantes no gerenciamento do cuidado (AMESTOY, 2020).

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2021), pelo menos 44.441 enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem foram afastados de suas atividades por conta da Covid-19, no ano de 2020, e a quantidade de óbitos de profissionais durante o ano foi 500; um número assustadoramente superior aos registrados em anos anteriores. O COFEN registrou, no ano de 2021, uma diminuição de 71% do número de óbitos e atribuiu essa diminuição à vacinação e à maior experiência adquirida pelos profissionais com as medidas de segurança para evitar a contaminação.

De acordo com o site da *Conference on Public Health in Africa*, que ocorreu em 2021, para propor soluções ao combate à Covid-19 nos países da CPLP, os desafios oriundos da pandemia geraram impactos nos profissionais, pois foi necessária uma grande reestruturação do sistema de saúde, sem comprometer a cultura do povo, gerando desgastes. Isso tornou necessário o conhecimento sobre como os profissionais, de forma geral, estavam lidando com a situação e gerindo suas emoções (CPHIA, 2021).

A grande quantidade de óbitos e contaminação entre os profissionais contribuíram para um estado de exaustão física e mental, maior dificuldade na tomada de decisões e alto índice de ansiedade, devido o sofrimento causado pelas grandes perdas de colegas e pacientes, além da contaminação de seus familiares. Além desses fatores, a qualidade do sono dos profissionais também foi afetada, consequentemente, a capacidade de promover um cuidado seguro pode ter sido influenciada por tantos fatores estressores (BARRETO *et al.*, 2021).

Mediante esses dados, percebe-se que houve uma série de fatores que provocou inúmeras consequências para a atuação dos profissionais de saúde, que alteraram, diretamente, a forma com que realizaram seu trabalho e como se relacionaram com os usuários. Além disso, a pandemia submeteu os profissionais a situações de risco de saúde física e mental e com alta insegurança em relação ao futuro de seu trabalho (FERNANDES; LOTTA; CORRÊA, 2021).

Para além das consequências ocasionadas pela pandemia aos trabalhadores, essas condições impactaram, diretamente, na organização e funcionamento da APS. Limitaram o acesso da população a cuidados integrais, especialmente considerando as incertezas, em um cenário que fragilizou, ainda mais, o SUS e que agravou as condições de saúde da população, causado pela própria pandemia.

A dificuldade dos profissionais em reconhecer que estavam sob forte estresse pode ter interferido na busca por ajuda, ou seja, os gestores e líderes tiveram um papel importante em identificar essas condições entre seus profissionais, incluindo nas pautas de discussão a importância de cuidar de quem cuida e fortalecer o debate sobre a importância da IE no controle das emoções, tomadas de decisões e assistência segura ao paciente (PERUZZO *et al.*, 2018).

Dessa forma, a segurança do paciente, por apresentar um caráter transversal e ser um ramo do conhecimento que engloba várias disciplinas, proporciona conhecimentos que promovem as boas práticas de saúde. Entre elas, menciona-se a IE. Seu conceito foi descrito, pela primeira vez, por Salovey e Mayer, nos anos 90, que a descreviam como a capacidade que a pessoa desenvolve em monitorar seus sentimentos e dos outros e usar essa informação para orientar ações e pensamentos (WARD, 2020).

Mediante o exposto, avaliar a IE dos profissionais que prestaram cuidados diretos e vivenciaram os desafios da pandemia pode auxiliar a gestão a prever estratégias adequadas para minimizar os danos psicológicos. Além disso, avaliar a sua percepção sobre atitudes e iniciativas para a segurança do paciente, inclusive a sua disponibilidade em adotá-las, é crucial para a efetivação do cuidado seguro e de qualidade.

Nesse contexto, o estudo está alinhado às diretrizes da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). No seu Plano de Desenvolvimento Institucional (2016-2021), reforça que a produção do conhecimento deve estar comprometida com as demandas sociais. Com isso, o presente estudo torna-se pertinente devido às frequentes solicitações feitas pelos gestores da região em que a Universidade está inserida, para treinamentos que aumentem o engajamento dos seus colaboradores. Os gestores relatam a falta de motivação e fragilidades emocionais dos seus liderados.

Assim, este estudo teve como perguntas de pesquisa: Como o clima de segurança do paciente foi percebido pelos profissionais que atuaram na APS

durante a pandemia de Covid-19? A IE esteve associada a essa percepção? Para responder a esses questionamentos, foram usados dois instrumentos, a saber: o Questionário de Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire - SAQ*), validado por Carvalho (2012), que avalia a cultura de segurança do paciente, e *Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)*, para avaliação da IE, adaptada e validada para o português (QUEIRÓS *et al.*, 2005).

Os gestores têm, a partir da utilização desses instrumentos, a oportunidade de analisar a métrica da segurança do paciente e o clima de segurança, sob a percepção dos profissionais, para adotar medidas que resultem numa melhor qualidade dos serviços prestados, transformando-os em pilares para uma organização sustentável.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Analisar a associação entre a inteligência emocional e a percepção do clima de segurança do paciente de profissionais que atuaram na atenção primária à saúde durante a pandemia de Covid-19.

2.2. Específicos

- Descrever as características sociodemográficas e profissionais dos participantes do estudo;
- Avaliar a percepção do clima de segurança do paciente entre os participantes do estudo;
- Medir a inteligência emocional de acordo com a percepção dos participantes da pesquisa;
- Averiguar a existência (ou não) de correlação entre as variáveis características profissionais, a percepção do clima de segurança do paciente de acordo com o SAQ e o TMMS-24 dos profissionais da APS.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde

Quando se fala em segurança do paciente, é rápida a associação com os cuidados hospitalares, uma vez que denotam um caráter mais complexo, de procedimentos invasivos e de alto impacto. Porém é importante ressaltar que a maior interação entre profissional e paciente, levando em consideração o cuidado integral do indivíduo desde seu nascimento até a morte, ocorre na APS. Com isso, o indivíduo permanece aos cuidados das equipes por muito mais tempo ao longo da vida, sendo, portanto, indispensável que esse cuidado ocorra de forma mais segura possível, garantido assim, uma cobertura universal.

Nas últimas décadas, a ideia de que a baixa densidade tecnológica é incompatível com as atividades desenvolvidas na APS, tem se tornado mais forte (MAIA *et al.*, 2019). Isso porque diversas tecnologias leve, leve-dura e dura vêm sendo incorporadas constantemente a fim de acompanhar a evolução do cuidado.

A inquietação das lacunas referente a segurança do paciente na APS tem levado pesquisadores de todo o mundo a entender como torna-la mais segura, fato este, percebido pelo aumento do número de pesquisas nesse cenários nos últimos anos. Dados da literatura internacional apontam que apesar de acreditar-se que a APS é segura, pelo menos 2 a 3 incidentes a cada 100 consultas ocorrem em nível primário, sendo 4% destes, resultam em danos graves ao paciente. No Brasil, um estudo revela uma razão de 1,11% de incidentes relacionados à assistência prestada na APS (AGUIAR *et al.*, 2020).

Apesar dos baixos índices sem consequências drásticas conotarem a ideia de ambiente seguro, é importante perceber que a longitudinalidade do cuidado expõe um número muito grande de pessoas e uma maior chance destas de experienciar um evento adverso, em comparação ao cuidado hospitalar que ocorre de forma mais pontual (AGUIAR *et al.*, 2020).

Dai, tem-se a importância de avaliar constantemente o clima de segurança em ambientes de nível primário, que é a parte mensurável da cultura de segurança. Dentre os instrumentos que torna essa avaliação possível, o SAQ possui grande sensibilidade de avaliação (ROTTA *et al.*, 2022).

As diretrizes da APS enfatizam a necessidade de se ter serviços organizados, integrados, acessíveis e capazes de atender a maior parcela de necessidades dos indivíduos, cerca de 80%, além de desenvolver laços entre o serviço e a comunidade (MELO *et al.*, 2018).

A OMS por sua vez reforça que os serviços de saúde que possuem uma estrutura organizada e firmadas e de trabalho colaborativos, não só melhoram a qualidade do atendimento como são capazes de garantir um cuidado longitudinal, equitativo e abrangente (MAIA *et al.*, 2019).

Fernandes, Lotta e Corrêa (2021), apontam em seu estudo que em países em desenvolvimento, onde as desigualdades possuem alto nível, a APS tem sido uma forte aliada no enfrentamento de epidemias, isso porque sua principal característica é estar posicionada próxima ao indivíduo, alcançando populações marginalizadas que outros serviços nem sempre conseguem alcançar, diminuindo assim a dificuldade de acesso aos serviços de saúde dentre outros indicadores epidemiológicos.

Na crise sanitária causada pela Covid-19, a APS apresentou forte potencial no controle da doença, isso porque possui características que favorecem o cuidado com um menor custo, se comparado ao serviço hospitalar. Além disso, a aproximação do serviço com a comunidade, a capacidade de promover saúde aos assintomáticos ou sintomáticos leves, orientação com os cuidados disseminados pelas autoridades sanitárias, educação em saúde, identificação dos contaminados, vacinação entre outras ações contribuíram fortemente para que a doença fosse melhor controlada e garantindo a continuidade do cuidado aquém da pandemia (FERNANDES; LOTTA; CORRÊA, 2021).

Pensar na dimensão da APS e na capacidade de resolutividade desse nível de atenção em acompanhar pessoas com deficiência, doenças crônicas, doenças negligenciadas, idosos, crianças, comunidades tradicionais e mulheres grávidas, dentre outros, superando problemas de cobertura e barreiras geográficas para a atenção à saúde, torna necessário para melhorar a qualidade da atenção primária para que assim seja possível minimizar o impacto da multidimensionalidade da pobreza sobre grupos vulneráveis (MAIA *et al.*, 2019).

Todo esse esforço necessita do trabalho árduo das equipes de saúde que no contexto pandêmico redobram esforços para garantir o atendimento aos pacientes, mesmo em meio a um clima de inseguranças e incertezas.

Os profissionais de saúde enfrentam rotineiramente em seu trabalho situações que podem afetar seu emocional e este fenômeno abrange a postura do profissional frente ao processo de terminalidade do paciente (TOURNIER; ZAGHETTI, 2021).

Entre esses profissionais de linha de frente para controle pandêmico, destacam-se as equipes de enfermagem, agentes comunitários de saúde, médicos da família, odontólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, auxiliares de serviços gerais e atendentes que atuam na APS e possuem importante papel na saúde pública no controle e prevenção de infecção. Em todo mundo, os profissionais, tem trabalhado sob constante pressão, combatendo não apenas o vírus, mas diversas dificuldades impostas, sobretudo pelo risco de infecção e pela escassez de proteção (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Tendo em vista que a APS tem sido discutida mundialmente como uma das principais estratégias de combate a pandemia e mediante a possibilidade de um colapso na saúde devido a grande quantidade de pacientes que precisaram de atendimentos de saúde por conta do novo vírus, o tema segurança do paciente tornou-se foco de muitas discussões.

Assim, torna-se cada vez mais relevante propiciar ambientes seguros para pacientes e profissionais da APS, tendo em vista a gama de serviços ofertados, a capacidade do sistema e a estudos que incentivam a necessidade de protocolos para o cuidado seguro.

3.2. Conceituando Clima de Segurança do Paciente

A busca pela qualidade nos serviços de saúde, bem como a prática de atitudes seguras permeiam a necessidade que os gestores disseminem uma cultura avaliativa da instituição, baseando-se no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), criado em 2013 e com o objetivo o desenvolvimento de estratégias que promovam a cultura de segurança (RIBEIRO; CUNHA, 2018).

Algumas práticas inseguras ainda colocam a vida dos pacientes em risco, tal acontecimento afeta não só aos pacientes e familiares, mas aos gestores e colaboradores que sentem o impacto do dano por se sentirem responsáveis, o que por vezes gera um clima de insegurança dentro da organização (MAGALHÃES *et al.*, 2019).

Para Ribeiro e Cunha (2018), o termo “Clima de Segurança do Paciente” (CSP) é a forma mensurável de avaliar a cultura de segurança que é avaliado a partir da percepção individual e das atitudes profissionais, podendo ser vista como a medida temporal do estado da cultura da segurança em dada instituição.

Magalhães (2019) afirma que o clima de segurança reproduz a percepção dos profissionais referente ao ambiente de trabalho, ao passo que a cultura de segurança é adquirido a longo prazo e está relacionada ao conjunto de atitudes e valores individuais e coletivos.

O CSP é ainda o conjunto de atitudes, competências e valores, nos quais os profissionais de saúde assumem a responsabilidade por garantir a segurança do paciente, bem como de seus colegas e acompanhantes, identificando, notificando e prevenindo danos evitáveis mediante o cuidado (NOBRE, 2020).

A diferença entre cultura e clima é muitas vezes reduzida a uma diferença metodológica, sendo que estudos envolvendo pesquisas com os profissionais são categorizados como estudos de clima de segurança e estudos etnográficos envolvendo observações longitudinais mais detalhados categorizam-se como estudos de cultura de segurança (CASTILHO, 2018).

Considerando as atribuições da APS e o nível de cuidado gerado por estas instituições e que a apreciação de que o CSP pode ser uma estratégia definidora para a promoção de ações seguras, é de extrema valia a necessidade de identificar como os profissionais de saúde percebem sua inteligência emocional e o clima de segurança do paciente dentro de suas organizações e o impacto disso no cuidado.

Para Nobre (2020), as organizações que possuem um bom CSP, já possuem por si um diferencial, pois estas prezam, sobretudo, o diálogo, confiança, percepções baseadas na efetividade e partilha de ações preveníveis de danos, além de gerar aprendizagem na identificação de eventos adversos, o que gera confiança por parte dos profissionais para notificar os casos e aprender com eles.

Apesar de necessário, a adesão ao CSP não é algo fácil, pois requer uma (Re)organização e (Re)estruturação das instituições, o que constitui por vezes, uma barreira, pois necessita do envolvimento não apenas dos profissionais, mas da instituição como todo, em especial a alta gestão, que precisa dar o suporte necessário para que as mudanças ocorram.

Castilho (2018) menciona alguns fatores em nível de gestão que afetam o clima de segurança em uma, a saber: a administração e alocação dos recursos, a

preparação para situações de emergências e calamidades, o compromisso com a qualidade e segurança do profissionais, a comunicação entre a equipe, o ambiente de trabalho, a padronização de procedimentos, o envolvimento dos colaboradores nas decisões administrativas e o trabalho em equipe.

Além disso, o clima recebe ainda influência do modelo de gestão de pessoas, que pode ser entendido como a maneira como a instituição se organiza para lidar e orientar o comportamento humano no trabalho (CASTILHO, 2018).

Para mensurar o clima de segurança e identificar quais as estratégias são necessárias para a melhoria contínua de segurança do paciente, alguns instrumentos permitem a avaliação do CSP, dentre eles, destaca-se o SAQ e o questionário Avaliação da IE (TMMS-24) adaptado e validado por Queirós *et al.* (2005).

Para pesquisas a fim de estudar as percepções em nível de grupo utilizando questionários, o termo mais adequado a ser utilizado é o clima, por exemplo, clima de segurança ou clima de trabalho em equipe. As percepções fazem parte tanto da definição de clima como de cultura, porém, as pesquisas de clima geralmente não são capazes de medir todos os outros aspectos da cultura, como comportamento, valores e competências (CASTILHO, 2018).

Com questionários confiáveis, os gestores conseguem utilizar os resultados para realizar intervenções eficazes a fim de estabelecer um bom planejamento sobre resultados que precisam ser melhorados e assim focar os recursos de forma mais assertiva.

3.3. Cultura de Segurança do Paciente

A cultura de segurança é definida como o conjunto de ações, competências e comportamentos que definem o comprometimento com a gestão da segurança, suprimindo a punição pela chance de o profissional e a equipe aprender com as falhas e melhorar a assistência à saúde prestada (BRASIL, 2013).

Em outras palavras, significa atuar com humanização, comprometimento com a segurança de paciente e colaboradores, habilidade, responsabilidade, no intuito de garantir uma assistência segura, visando a redução de riscos ou danos e de forma mais resolutiva possível.

Para que se consiga implementar a cultura de segurança do paciente, faz-se necessário que uma instituição consiga compreender suas crenças, valores e normas que julgue importante e acima de tudo, que tipo de comportamento sobre ações para a segurança do paciente são esperados, incentivados e monitorados de seus colaboradores, gestão e clientes (RAIMOND *et al.*, 2019). Tendo feito isso, a efetivação da cultura positiva para a segurança do paciente tende a garantir um cuidado com mais qualidade aos seus usuários.

Pode-se dizer que a cultura de segurança tem um conceito multidimensional e se destaca por que reflete o compromisso dos profissionais da organização com a contínua promoção de um ambiente terapêutico seguro. Esse comprometimento influencia ações e resultados de segurança, não só para os pacientes, mas também para os colaboradores e para a própria organização (PRIETO, 2021).

Se considerado que a promoção da cultura de segurança do paciente entre os profissionais de saúde é uma forma de reduzir eventos adversos e manter a qualidade da assistência (AKOLOGO *et al.*, 2019), logo, avalia-la em uma organização de saúde, em busca de um cuidado cada vez mais seguro é um passo importante e crucial.

De forma geral, essa avaliação auxilia a organização a mensurar quais as condições que ocasionam um evento adverso, a fim de evitá-los, além de promover o desenvolvimento e a implementação de intervenções de melhorias da segurança nas organizações de saúde (KHOSHAKHLAGH *et al.*, 2019).

Com uma visão mais clara dos aspectos que precisam de adequações e ajustes e necessitam de maior atenção, a instituição é capaz de melhorar seus processos e tornar a segurança do paciente com uma prioridade institucional (KHOSHAKHLAGH *et al.*, 2019).

A cultura de segurança do paciente, considerada como uma importante estratégia para alcançar e garantir a segurança do paciente, é conceituada de forma ampla pelo PNSP. Entende-se, dessa forma, por cultura de segurança do paciente:

Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares.
Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais.
Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança.
Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional.
Cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

Figura 1 - Conceitos de cultura de segurança do paciente na Portaria MS/GM nº 529/2013

Fonte: Brasil (2013)

Embora a cultura de segurança do paciente tenha um conceito abstrato e de difícil mensuração é necessário desenvolver um entendimento das atitudes e comportamentos da equipe relacionados à segurança do paciente (ALQATTAN *et al.*, 2018).

A cultura de segurança do paciente é um subconjunto da cultura organizacional (KHOSHAKHLAGH *et al.*, 2019). Foram identificadas sete propriedades que estão presentes e são avaliadas na cultura de segurança, as quais foram definidas como: liderança (o líder reconhece o ambiente e projeta a cultura de segurança); trabalho em equipe (colaboração e compartilhamento de responsabilidades); baseado em evidências (cuidado baseado em evidências científicas); comunicação (linguagem assertiva e estruturada); aprendizagem (erros como oportunidade de melhoria); cultura justa (os erros não são individuais e sim dos processos); centrado no paciente (cuidado centrado no paciente e família). Essas subculturas mencionadas por Sanchis (2020) mostra que a cultura positiva depende de vários fatores para que seja possível alcançá-la.

Ao avaliar a cultura de segurança de uma instituição torna-se possível compreender as percepções dos colaboradores que impactam na segurança do paciente, uma vez que nos ambientes de saúde, comportamentos e atitudes moldam a cultura de cada organização (OKUYAMA; GALVÃO; SILVA, 2018).

3.4. Inteligência Emocional e sua relação com a Segurança do Paciente

A IE, à luz de Goleman, envolve a capacidade de perceber atentamente, avaliar e de expressar as próprias emoções, de gerar sentimentos enquanto eles podem facilitar o pensamento e possuir o controle das emoções em prol do crescimento emocional e intelectual. Desse modo, a pessoa é capaz de lidar com as emoções a tal ponto que promoverá seu desenvolvimento pessoal e maior qualidade de vida (PRIOR *et al.*, 2021). Para os autores, a educação emocional pode ampliar os relacionamentos, criar possibilidades de afeto entre os indivíduos, além de tornar possível o trabalho cooperativo e facilitar o sentido de comunidade.

Dentre os componentes da inteligência emocional, Ward (2020) ressalta características como: autoconsciência, autogestão, consciência social, e gestão de relacionamentos, além de conhecimento de causa, fatores fortemente vinculados à capacidade de liderança, cujos processos principais de gestão de pessoas envolvem a capacidade de negociação, de influenciar e de cativar membros das equipes de trabalho, utilizando-se de padrões linguísticos, lógico e de relacionamento interpessoal para atingir essas pessoas.

Tem sido bastante relatado pelos gestores em saúde, que mesmo com protocolos institucionais, há dificuldade de engajamento dos profissionais. Isso se torna mais desafiador no contexto de uma patologia nova, onde os protocolos são atualizados diariamente. Percebe-se o investimento nas competências cognitivas, entretanto, o mesmo não ocorre para as competências emocionais. Isso é percebido na situação a seguir: desde a graduação todos os profissionais da saúde sabem da importância e do impacto da higienização das mãos e por que não o fazem? Não é só falta de conhecimento científico, mas também de engajamento e comprometimento. Isso irá refletir diretamente na cultura de segurança na instituição: o quão seus colaboradores estão engajados para realizar boas práticas.

Diversos estudos apontam a importância de adquirir habilidades emocionais, tendo em vista que, quando colocadas em prática promovem liderança profissional, empatia, consciência organizacional e influência positiva (WARD, 2020). Enquanto o profissional de saúde não possuir domínio sobre seu bem-estar, não poderá atuar de forma a proteger os usuários do setor de atendimento. Isto ocorre devido o fato da qualidade de vida do profissional se relacionar com a qualidade dos mecanismos e condições de trabalho para desenvolver suas atividades (PRIOR *et al.*, 2021).

Desse modo, a IE descrita, foi dividida em quatro aspectos, sendo eles: autoconsciência, que tem como significado a compreensão do sujeito das próprias

emoções, possibilidades, limites, valores e motivações; autogestão que pode ser entendida como capacidade de gerenciamento das próprias emoções, em forma de um processo contínuo de diálogo interno em busca da clareza mental; consciência social, com a capacidade de perceber o que se passa com o outro; administração de relacionamentos, a partir da consciência de suas emoções e saber lidar com as emoções alheias (PRIOR *et al.*, 2021).

São características de pessoas que possuem educação emocional desenvolvida, a capacidade de liderar e organizar grupos ou rede de pessoas; a capacidade de mediar acordos ou soluções, no intuito de evitar conflitos e disputas; domínio da arte do bom relacionamento, que promove um convívio positivo entre familiares, amigos e colegas de trabalho e capacidade de análise social, ao se identificar e saber lidar com os sentimentos e preocupações das pessoas (PRIOR *et al.*, 2021).

Prior *et al.* (2021) exemplifica que ser emocionalmente inteligente significa, principalmente, em compreender e conhecer as próprias emoções e as emoções alheias, além de suas consequências, intensidade e causa. Segundo o autor, se faz necessário compreender o que está por trás de um sentimento e aprender a desenvolver a capacidade de lidar com a ansiedade, ira e com a tristeza, por exemplo.

O interesse em compreender a IE é resultado, em parte, das mudanças sociais e organizacionais, tendo em vista que, o contexto organizacional tem sido uma das principais áreas que cresce aliada a eficácia da IE. O mundo do trabalho, em poucos anos, passou por profundas mudanças, incentivando as organizações se adaptarem a estas mudanças, o que afetou diretamente a qualidade de vida do trabalhador e para isso, o bem-estar geral e a resiliência são essenciais para manter respostas positivas na gestão do cuidado e evolução do paciente (AMESTOY, 2020).

Para Lacerda e Amestoy (2021), é impossível deixar as próprias emoções de lado no ambiente de trabalho. O crescimento da discussão acerca da IE sugere que esta não é exclusivamente cognitiva e que envolve aspectos subjetivos e comportamentais, conseqüentemente. Com isso, é válida a análise para o campo da enfermagem que lida diretamente com a tomada de decisões. Nas últimas décadas, a ciência provou que a inteligência emocional sustenta muitas de nossas melhores

decisões, e não somente nossa capacidade cognitiva, além de promover decisões dinâmicas e bem-sucedidas.

A satisfação no trabalho é um fator crucial para o bem-estar dos profissionais de saúde, porém de acordo com Prior *et al.* (2021), é algo difícil de se alcançar devido a situações de exaustão física e mental causados pela grande demanda de trabalho. Os profissionais por muitas vezes vivenciam uma sensação de incapacidade devido às constantes exigências e ao nível de responsabilidade laboral impostos pela profissão, necessitando assim que o profissional aprenda, dentre outras inúmeras habilidades necessárias, a lidar com suas emoções e sentimentos a fim de melhorar.

Neste contexto, por trás desses índices há os trabalhadores de saúde que prestam o cuidado e que se deparam cotidianamente com situações que podem desencadear dano à pessoa que recebe o cuidado. Logo, a sua percepção sobre atitudes e iniciativas para a promoção da segurança do paciente, inclusive a sua disponibilidade em adotá-las é crucial para a efetivação do cuidado seguro de qualidade. Isso irá refletir diretamente na cultura de segurança na instituição: o quanto seus colaboradores estão engajados para realizar boas práticas.

No entanto, antes de executar qualquer ação que promova um clima de segurança na instituição, ela deve, em primeiro lugar, ser avaliada e compreendida. Dentre as estratégias que podem ser adotadas pelas instituições de saúde para promover a segurança do paciente, estão o gerenciamento de risco, implantação de protocolos, comunicação efetiva entre as equipes e adoção de práticas que promovam um melhor clima de segurança entre usuários e profissionais, fortalecendo assim a cultura de segurança nos ambientes de saúde (MAGALHÃES *et al.*, 2019) Além disso, sabe-se também que comportamentos seguros estão associados com a diminuição dos eventos adversos.

Ao analisar a relação entre inteligência emocional e segurança do paciente, têm-se a possibilidade de promover a discussão à cerca de gestores e instituições buscarem novas possibilidades para cuidar de seus profissionais para garantir um cuidado seguro, não pensando apenas em segurança do paciente relacionado à fatores estruturais, protocolos, processos, mas pensando no colaborador como ponte entre o cuidado e a qualidade.

A construção, adaptação e validação de instrumentos de avaliação é uma área essencial de estudos no domínio da IE. Tendo por base os modelos teóricos,

surtem dois tipos de instrumento associados a cada um dos modelos: testes de desempenho que são uma avaliação da performance de determinado sujeito em tarefas específicas e cumprem critérios semelhantes aos instrumentos desenvolvidos para a avaliação clássica da inteligência e testes de autorrelato que são questionários onde o sujeito reporta as habilidades que acredita possuir, avaliando, assim, crenças que o indivíduo tem sobre a sua própria competência na área da IE (AMESTOY, 2020).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal e analítico. Os delineamentos observacionais analíticos tentam quantificar a relação entre dois fatores, ou seja, o efeito de uma exposição sobre um desfecho. O estudo analítico de corte ou transversal é um tipo de estudo no qual a relação de duas variáveis em uma população é investigada em um momento particular, fornecendo um retrato da situação naquele momento (CAPCS, 2019).

Também denominado transversal, seccional ou de prevalência, possui a vantagens de: permitir a observação direta pelo pesquisador, de realizar a coleta de informações em um menor período de tempo, sem necessidade de acompanhamento dos participantes, e de produzir resultados mais rápidos em relação a outros tipos de estudo, portanto, com um custo inferior ao dos demais desenhos (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO; ECHEIMBERG; LEONE, 2018).

4.2. Local da pesquisa

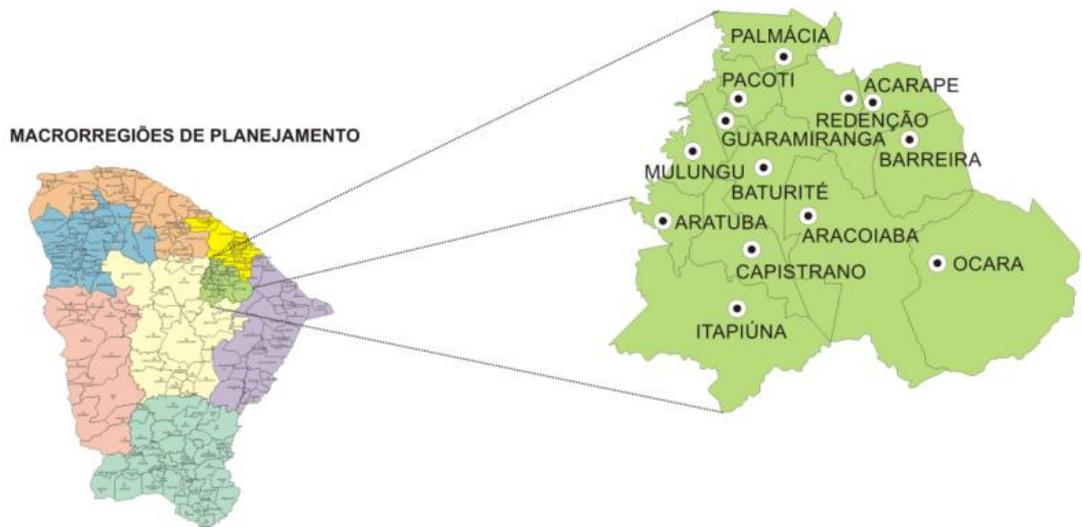
Para realização desta dissertação, foi realizada uma pesquisa junto aos profissionais de saúde que atuaram no combate à pandemia de Covid-19 da APS dos municípios pertencentes a 3ª e 4ª Regionais de Saúde do estado do Ceará, localizados nas Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS) de Baturité e Maracanaú, sendo eles: Pacatuba, Guaiúba, Acarape, Redenção e Barreira (3ª Regional de Saúde) e Aratuba, Mulungu, Guaramiranga, Baturité, Aracoiaba, Capistrano e Pacoti (4ª Regional de Saúde).

Figura 2 – Mapa da Região de Maracanaú (3ª Regional de Saúde)



Fonte: Recorte do mapa do Estado do Ceará - Regionalização (SESA, 2023)

Figura 3 – Mapa da Região de Baturité (4ª Regional de Saúde)



Fonte: IPECE

Embora a coleta de dados tenha sido online, o cenário da pesquisa foram as unidades básicas de saúde (UBS) desses municípios, que admitiram, no período de 2020 e anos seguintes, pessoas com sinais/sintomas suspeitos e pessoas com diagnóstico confirmado de Covid-19.

Os municípios foram escolhidos por estarem próximos à instituição a qual a pesquisa foi vinculada e no intuito de trazer retorno à comunidade adjacente à universidade, através da discussão a cerca da segurança do paciente. A exclusão dos demais municípios se deu pela não assinatura do termo de anuência.

4.3. População e amostra

O estudo utilizou técnica de amostragem não probabilística, do tipo intencional, para recrutar os profissionais atuantes na assistência ao paciente portador da Covid-19, suspeitos ou contatos. Foi utilizada para captação dos profissionais a técnica de cadeia de referência (indicação pelas redes sociais, bola de neve), que iniciou o recrutamento com determinados profissionais que indicaram outros e, assim, formou-se uma cadeia de outros indivíduos (VINUTO, 2014), que também foram convidados a responder o questionário de pesquisa. O primeiro contato ocorreu com enfermeiros da lista de contatos do pesquisador, que pediu que este enviasse o convite da pesquisa nos grupos de trabalho e para colegas que atuassem na APS. Também foi enviado convite direto para coordenadores da APS da região e para secretários de saúde, solicitando a divulgação da pesquisa. Assim, foi formada a primeira rede de contato. Em um segundo momento, foi realizada visita às secretarias de saúde em momentos estratégicos, como reuniões de ACSs, reuniões de APS em municípios próximos, reuniões em dias de produção para que a pesquisa fosse divulgada entre os profissionais.

De acordo com Vinuto (2014), a técnica em questão faz proveito das redes sociais e contatos para fornecer ao pesquisador uma fonte de indivíduos em potencial, com o perfil desejado a responder ao objeto de pesquisa.

Como pretendia-se avaliar o clima de segurança, o recomendado é que toda a população do estudo participasse. Contudo, no intuito de delimitar com precisão a estimativa do número mínimo de participantes a ser alcançado no estudo para obtenção de uma amostra significativa, foi realizado dimensionamento amostral com base no modelo de cálculo do tamanho da amostra para populações finitas - por

proporção (MIOT, 2011), considerando: o tamanho populacional (N) de 628 profissionais na base de dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos municípios participantes da pesquisa; a proporção esperada (p) de 50%, o valor de distribuição normal para um nível de confiança de 95% ($Z_{\alpha/2}$) de 1,96 e uma margem de erro estabelecida de 6%. A partir desse cálculo foi obtido o tamanho amostral (n) mínimo de 188 profissionais. Entretanto, alcançou-se uma amostra final de 202 profissionais.

A seleção e o recrutamento dos participantes aconteceu através do uso das redes sociais, telefone, WhatsApp, Facebook, Instagram, por permitir o alcance de um maior número de pessoas, de várias cidades, de forma rápida e acessível (COSTA, 2019).

4.3.1. Critérios de elegibilidade

4.3.1.1. Critérios de inclusão

- Ser profissional de saúde e atuar na APS;
- Atuar nos municípios selecionados para o estudo;
- Ter atuado no atendimento a pacientes com Covid-19, suspeitos ou contatos.

4.3.1.2. Critério de exclusão

- Profissionais de saúde que estiveram em licença saúde ou outro tipo de afastamento durante o período da coleta de dados.

4.4. Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de junho de 2022 a fevereiro de 2023. O instrumento de coleta de dados foi criado na plataforma Google Forms e disponibilizado aos participantes da pesquisa de forma online. Em seguida, foi enviado aos profissionais por WhatsApp. Os participantes deveriam estar com uma conta de e-mail e senha cadastrados no celular para conseguir ter acesso.

No instrumento, foram solicitadas respostas para coleta de dados sociodemográficos e profissionais. Também foi realizada aplicação do questionário de Avaliação da Inteligência Emocional (TMMS-24), adaptado e validado por Queirós *et al.* (2005). O TMMS-24 avalia a IE percebida, ou seja, a capacidade do sujeito, através de processos metacognitivos, perceber seu estado de humor, tomando consciência do nível de clareza com que os discrimina e da forma como os consegue ou não os controlar (SOUSA, 2019).

Ao processo que permite aos indivíduos pensarem em como se sentem, realizando seu monitoramento, avaliação e regulação, os autores dão o nome de meta-experiência do humor, decorrendo daí o nome da escala (SALOVEY *et al.*, 1995). Enquanto medida de autorrelato, a TMMS-24, se comparada com as medidas de desempenho, tem a vantagem de ser administrada de forma mais fácil, investigando processos conscientes e internos ligados ao pensamento emocional, sendo esses mais difíceis de aceder através de testes de aptidão (MAYER *et al.*, 2000).

A TMMS possui 24 itens, constituída por três fatores, sendo oito por fator. O questionário é subdividido em 3 subescalas ou dimensões: Atenção às emoções, Clareza de sentimentos e Reparação do estado emocional. Em relação à pontuação, cada uma dessas subescalas é classificada em três intervalos. Ao assinalar a alternativa, o participante escolhe uma resposta 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, foi necessário seguir a ordem e somá-los, ou seja, a soma da pontuação de cada item do questionário (SOUSA, 2019).

O fator I corresponde à atenção às emoções e foi representado pelos itens 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, foi necessário observar a pontuação em cada uma das tabelas disponibilizadas no questionário, no qual foi possível verificar os pontos de corte, para homens e mulheres, pois existem diferenças nas pontuações entre os sexos (SOUSA, 2019).

O TMMS-24 avalia a IE percebida, ou seja, a capacidade do sujeito, através de processos metacognitivos, perceber seu estado de humor, tomando consciência do nível de clareza com que os discrimina e da forma como os consegue ou não os controlar (SOUSA, 2019).

Outra parte do instrumento contemplou o SAQ, que classifica a percepção dos profissionais sobre as atitudes para o cuidado seguro. É composto por 41 itens, subdivididos em sete domínios: Clima de trabalho (item 1 ao 6), Clima de segurança (item 7 ao 13), Satisfação no trabalho (item 15 a 19), Percepção do estresse (item 20 a 23), Percepção da gerência (item 24 a 29), Condições de trabalho (item 30 a 32) e, por fim, Comportamentos seguros (itens 33 a 35). O último domínio foi criado durante a validação do instrumento para o português (CARVALHO, 2011).

Esse instrumento utiliza uma escala do tipo *likert* de cinco pontos: discordo totalmente (A igual a 0), discordo um pouco (B igual a 25), neutro (C igual a 50), concordo em partes (D igual a 75), concordo totalmente (E igual 100) e não se aplica (X igual a 0). O item 11 do SAQ tem valores reversos. A pontuação final pode variar de 0 a 100, em que zero indica a pior percepção do clima de segurança e 100 a melhor percepção. São considerados valores positivos quando a pontuação final é maior ou igual a 75 (CARVALHO, 2011). Para este estudo, foi utilizado exclusivamente o domínio 2 do SAQ (clima de segurança, itens 7 ao 13).

4.5. Variáveis

- Idade, sexo, situação conjugal, quantidade de filhos;
- Cidade de trabalho, categoria profissional, tempo de experiência da ESF, tempo de trabalho na UBS atual, carga horária semanal de trabalho na UBS, existência de vínculo empregatício além da APS, trabalho com plantão noturno, trabalho aos finais de semana;
- Resultado do TMMS-24;
- Resultado do SAQ;

4.6. Análise dos dados

Os dados foram importados para o IBM SPSS Statistics versão 25 para Mac para análise descritiva e inferencial. De todas as variáveis categóricas do instrumento de coleta de dados foram calculadas frequências absolutas e relativas. Das variáveis quantitativas, foram calculadas: média, desvio padrão e mediana.

O teste Kolmogorov-Smirnov foi aplicado às variáveis quantitativas para averiguar a normalidade de distribuição. Obtendo os valores de p inferiores a 0,05,

testes não-paramétricos foram aplicados às análises inferenciais. O teste Kruskal-Wallis foi utilizado para verificar as diferenças entre as medidas de tendência central dos resultados do domínio Clima de Segurança do SAQ, de acordo com as categorias dos fatores do TMMS-24. O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para averiguar a associação entre os resultados do domínio Clima de Segurança do SAQ e dos fatores do TMMS-24, com as características profissionais dos participantes. Para todos os testes estatísticos utilizados, o nível de significância adotado foi p menor ou igual a 0,05.

4.7. Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Unilab, conforme parecer de N°. 3.128.082/2019 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº. 05304818.2.0000.5576.

Ressalta-se que estudo foi realizado cumprindo a Resolução N° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), de modo que todos os participantes do estudo foram apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) online e marcaram na opção que indicava que aceitaram participar do estudo, autorizando a analisar os dados coletados.

4.7.1. Riscos e benefícios da pesquisa

Os participantes foram orientados quanto aos seguintes riscos: Os riscos inerentes à participação nesta pesquisa podem ser insatisfação relacionada a medo de eventuais repercussões, perda de tempo devido ao questionário ser longo e desgaste emocional em decorrência de relatos sobre os aspectos pessoais (de inteligência emocional), bem como, relacionados à instituição (clima de segurança).

Em casos de desconforto, o participante foi orientado quanto à desistência do preenchimento a qualquer momento ou a retomada ao questionário em momento oportuno, uma vez que as respostas ficam salvas no celular para serem preenchidas quando for conveniente. Por outro lado, orientou-se sobre os potenciais benefícios decorrentes de sua participação: reflexão contínua sobre a temática Inteligência Emocional e Clima de Segurança na prática assistencial dos enfermeiros inseridos na pesquisa; desenvolvimento técnico, científico, ético e humano da enfermagem no

âmbito da Segurança do Paciente; garantia de *feedback* ao serviço de enfermagem quanto aos indicadores de qualidade levantados e mensurados na pesquisa; e construção de técnicas assistenciais para uma prática de enfermagem segura. Vale ressaltar que a participação foi voluntária e que todas as informações obtidas nesse estudo foram mantidas em sigilo e a identidade do participante não foram e não serão reveladas em nenhuma etapa da pesquisa. Os dados foram utilizados somente para pesquisa e os resultados veiculados através de artigos científicos e congressos, sempre resguardando a identificação. Todos os participantes receberam quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa, e dúvidas quanto ao preenchimento.

5. RESULTADOS

Os 202 profissionais que participaram do estudo atuavam em doze municípios do Ceará, na Região Nordeste, cuja quase totalidade integra o Maciço de Baturité. Inserem-se em duas áreas descentralizadas de saúde (ADS) do estado: Maracanaú e Baturité. A maior frequência de participantes foi dos ACS (40,6%), embora dez categorias profissionais tenham sido incluídas. Daqueles com ensino superior, os enfermeiros foram os que mais participaram (16,8%); também responderam à pesquisa dois gerentes de UBS (1,0%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Local de trabalho e categoria profissional dos profissionais da APS que participaram do estudo. Ceará, Brasil, 2023. (n=202)

Variáveis	<i>f</i>	%
Cidade de trabalho na ESF		
Acarape	22	10,9
Aracoiaba	33	16,3
Aratuba	20	9,9
Barreira	6	3,0
Baturité	33	16,3
Capistrano	2	1,0
Guaiúba	17	8,4
Guaramiranga	29	14,4
Mulungu	17	8,4
Pacatuba	10	5,0
Pacoti	1	0,5
Redenção	12	5,9
Categoria profissional		
Agente comunitário de saúde	82	40,6
Agente de endemias	18	8,9
Auxiliar de enfermagem	7	3,5

Auxiliar de saúde bucal	5	2,5
Cirurgião(ã)-dentista	7	3,5
Enfermeiro(a)	34	16,8
Gerente da unidade de saúde	2	1,0
Médico(a)	6	3,0
Técnico(a) de enfermagem	37	18,3
Técnico(a) saúde bucal	4	2,0

ESF: Estratégia Saúde da Família

Em relação às características sociodemográficas, os profissionais tinham de 21 a 67 anos de idade ($38,8 \pm 10,6$ anos), a maioria era do sexo feminino (78,9%), com companheiro(a) (54,0%) e até dois filhos (87,1%) (Tabela 2). Sobre as características profissionais, o tempo de experiência na ESF e de vínculo com a UBS em que trabalhava na época da coleta de dados foi similar (cerca de 12 anos). Em ambos, o tempo máximo de atuação relatado foi de 34 anos (Tabela 2).

Tabela 2 - Características sociodemográficas e profissionais dos participantes do estudo. Ceará, Brasil, 2023. (n=202)

Variáveis	Resultados
Idade (<i>média±DP</i>)	38,8±10,6 anos
Sexo (<i>f; %</i>)	
Feminino	157; 78,9%
Masculino	42; 21,1%
Situação conjugal (<i>f; %</i>)	
Com companheiro(a)	109; 54,0%
Sem companheiro(a)	93; 43,0%
Quantidade de filhos (<i>média±DP</i>)	1,2±1,2 filhos
Tempo de experiência na ESF (<i>média±DP</i>)	12,5±9,7 anos
Tempo de vínculo com a UBS em que trabalha atualmente (<i>média±DP</i>)	11,4±9,4 anos

Carga horária semanal de trabalho na UBS (<i>f; %</i>)	
8 - 10 horas	13; 6,4%
20 horas	1; 0,5%
30 - 36 horas	5; 2,5%
40 - 44 horas	183; 90,6%
Existência de vínculo empregatício além da UBS (<i>f; %</i>)	
Sim	23; 11,4%
Não	179; 88,6%
Trabalho com plantão noturno (<i>f; %</i>)	
Sim	15; 7,4%
Não	187; 92,6%
Trabalho aos finais de semana (<i>f; %</i>)	
Sim	22; 10,9%
Não	180; 89,1%

DP: desvio padrão; ESF: Estratégia Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde

Ainda em relação aos resultados da Tabela 2, por se tratarem de profissionais da ESF, a quase totalidade (90,6%) trabalhava cerca de 40 horas semanais, mas as respostas variaram de 8 a 44 horas. Além da ESF, 11,4% dos respondentes tinham pelo menos mais um vínculo empregatício; com respostas de até 80h de carga horária semanal, considerando todos os vínculos laborais. Alguns profissionais confirmaram trabalho com plantão noturno (7,4%) e aos finais de semana (10,9%). Sobre os 22 que trabalhavam aos finais de semana, a metade o fazia todas as semanas, 22,7% era de acordo com a demanda e a mesma quantidade o fazia quinzenalmente.

A percepção sobre o clima de segurança do paciente durante a pandemia de Covid-19 foi avaliada por meio do segundo domínio do SAQ (Tabela 3). Considerando o resultado total (média = $58,8 \pm 24,9$; mediana = 60,7), como foi inferior a 75, de modo global, os profissionais da ESF tiveram percepção negativa sobre a segurança do paciente durante esse período, ou seja, a percepção foi de

necessidade de melhorar a força e a proatividade do compromisso organizacional com a segurança do paciente.

Tabela 3 - Percepção do clima de segurança do paciente durante a pandemia de Covid-19, segundo os profissionais da APS (itens 7 a 13 do SAQ). Ceará, Brasil, 2023. (n=202)

Itens do domínio Clima de Segurança do SAQ	Média±DP	IC95%	Mediana
Eu me sentiria seguro(a) se fosse tratado(a) aqui como paciente	68,5±34,8	63,6 - 73,4	75,0
Erros são tratados de forma apropriada nesta área	57,9±36,0	52,9 - 63,0	75,0
Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	58,5±37,7	53,2 - 63,8	75,0
Eu recebo retorno apropriado sobre o meu desempenho	59,5±38,4	54,1 - 64,9	75,0
Nesta área é difícil discutir sobre erros*	49,1±38,1	43,7 - 54,4	54,4
Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	62,8±36,8	57,6 - 67,9	75,0
A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	55,7±38,7	50,2 - 61,1	50,0
Total do domínio	58,8±24,9	55,3 - 62,3	60,7

SAQ: versão brasileira do *Safety Attitudes Questionnaire*; DP: desvio padrão; IC:intervalo de confiança

*Item reverso

Embora as médias de todos os itens do domínio Clima de Segurança do SAQ (Tabela 3) tenham sido inferiores a 75, os desvios-padrão altos indicam heterogeneidade das respostas dos participantes aos itens. A análise das medidas de tendência central (incluindo as medianas) apontou que houve pior percepção dos profissionais sobre existir uma cultura de aprender com os erros dos outros (média = 58,8±24,9; mediana = 50,0) e melhor percepção em relação aos profissionais se

sentirem seguros se fossem tratados como pacientes nos locais em que atuavam (mediana = 68,5±34,8; mediana = 75,0).

Na Tabela 4, foram apresentados os resultados da avaliação da inteligência emocional dos profissionais, cujas classificações dos fatores foram feitas em função do sexo. Resultados adequados foram encontrados, predominantemente, nos fatores de atenção às emoções (39,1%) e de reparação do estado emocional (46,5%). Isso parece indicar que uma boa parcela dos profissionais era capaz de sentir e expressar os sentimentos de forma adequada e de regular os estados emocionais corretamente. O fator II, entretanto, apresentou maior proporção de participantes que deveriam melhorar a sua clareza (45,5%), ou seja, com pouca compreensão sobre seus estados emocionais.

Tabela 4 - Resultados da avaliação da inteligência emocional dos profissionais da APS, segundo o TMMS-24. Ceará, Brasil, 2023. (n=202)

Itens do TMMS-24	f	%
Fator I: Atenção às emoções: sou capaz de sentir e expressar os sentimentos de forma adequada		
Deve melhorar a sua atenção: presta pouca atenção	72	35,6
Atenção adequada	79	39,1
Deve melhorar a sua atenção: presta demasiada atenção	51	25,2
Fator II: Clareza de sentimentos: compreendo bem os meus estados emocionais		
Deve melhorar a sua clareza	92	45,5
Clareza adequada	83	41,1
Excelente clareza	27	13,4
Fator III: Reparação do estado emocional: sou capaz de regular os estados emocionais corretamente		
Deve melhorar a sua reparação	45	22,3
Reparação adequada	94	46,5
Excelente reparação	63	31,2

A Tabela 5 contém resultados que respondem ao objetivo geral desta pesquisa. Os resultados do domínio Clima de Segurança do SAQ foram significativamente diferentes nos fatores clareza de sentimentos (II) e reparação do estado emocional (III) do TMMS-24. Assim, melhor percepção do clima de segurança do paciente na ESF durante a pandemia de Covid-19 foi encontrada entre os profissionais com excelente compreensão de seus estados emocionais ($p=0,006$). Da mesma forma, melhores percepções do clima de segurança do paciente foram encontradas entre os profissionais com excelente capacidade de regular os estados emocionais corretamente ($p=0,006$).

Tabela 5 - Resultados da percepção do clima de segurança do paciente, segundo a avaliação da inteligência emocional dos profissionais da APS. Ceará, Brasil, 2023. (n=202)

TMMS-24	f	%	Domínio Clima de Segurança do SAQ	
			Média±DP	p-valor*
Fator I: Atenção às emoções: sou capaz de sentir e expressar os sentimentos de forma adequada				
Deve melhorar a sua atenção: presta pouca atenção	72	35,6	55,4±23,0	0,197
Atenção adequada	79	39,1	59,6±24,9	
Deve melhorar a sua atenção: presta demasiada atenção	51	25,2	62,0±27,6	
Fator II: Clareza de sentimentos: compreendo bem os meus estados emocionais				
Deve melhorar a sua clareza	92	45,5	54,0±25,4	0,006
Clareza adequada	83	41,1	60,0±24,4	
Excelente clareza	27	13,4	71,4±20,5	
Fator III: Reparação do estado emocional: sou capaz de regular os estados emocionais corretamente				
Deve melhorar a sua reparação	45	22,3	49,1±24,5	0,006
Reparação adequada	94	46,5	59,8±22,8	
Excelente reparação	63	31,2	69,4±25,3	

TMMS-24: versão brasileira da *Trait Meta-Mood Scale-24*; SAQ: versão brasileira do *Safety Attitudes Questionnaire*; DP: desvio padrão.

* Refere-se ao Kruskal-Wallis

Na Tabela 6, apresentou-se os resultados do domínio Clima de Segurança do SAQ e do TMMS-24, segundo as categorias dos profissionais que participaram da pesquisa. Os profissionais tiveram resultados similares quanto à inteligência emocional. Entretanto, nesse período, os profissionais de ensino superior que realizavam atendimentos e os gerentes das UBS tiveram melhores resultados quanto à percepção do clima de segurança do paciente do que os profissionais de nível médio ($p=0,013$).

Tabela 6 - Resultados da percepção do clima de segurança do paciente e da avaliação da inteligência emocional, segundo as categorias dos profissionais da APS. Ceará, Brasil, 2023. (n=202)

Variáveis	Profissionais de nível médio (n=47)	Profissionais de nível superior (n=153)	Gerentes das UBS (n=2)	p-valor*
Domínio Clima de Segurança do SAQ (pontuação máxima = 100)				
Mé dia ±D P	56,2±25,6	65,6±21,0	92,8±10,1	0,013
TMMS-24 - Fator I: Atenção às emoções (pontuação máxima = 40)				
Mé dia ±D P	27,6±9,5	25,6±9,6	26,5±7,7	0,435
TMMS-24 - Fator II: Clareza de sentimentos (pontuação máxima = 40)				
Mé dia ±D P	24,6±9,1	24,3±8,7	18,0	0,688
TMMS-24 - Fator III: Reparação do estado emocional (pontuação máxima = 40)				
Mé dia ±D P	29,9±8,6	27,6±8,4	27,5±4,9	0,113

DP: desvio padrão; TMMS-24: versão brasileira da *Trait Meta-Mood Scale-24*; SAQ: versão brasileira do *Safety Attitudes Questionnaire*; UBS: unidade básica de saúde

* Refere-se ao Kruskal-Wallis

Analisou-se a correlação entre algumas variáveis profissionais e os resultados do domínio Clima de Segurança do SAQ e do TMMS-24 (Tabela 7).

Tabela 7 - Correlação entre o resultado do domínio Clima de Segurança do SAQ (questões 7 a 13) e dos fatores do TMMS-24, segundo o tempo de experiência na ESF, o tempo de vínculo com a UBS e a carga horária semanal de trabalho na UBS dos profissionais da APS. Ceará, Brasil, 2023. (n=202)

Variáveis	Domínio Clima de Segurança do SAQ	TMMS-24 Fator I: Atenção às emoções	TMMS-24 Fator II: Clareza de sentimentos	TMMS-24 Fator III: Reparação do estado emocional
rho de Spearman	-0,166	0,021	0,012	-0,015
p-valor	0,023	0,773	0,865	0,835
rho de Spearman	-0,139	0,006	-0,027	-0,037
p-valor	0,064	0,933	0,715	0,616
rho de Spearman	-0,080	-0,110	-0,222	-0,131
p-valor	0,264	0,120	0,001	0,062

TMMS-24: versão brasileira da *Trait Meta-Mood Scale-24*; SAQ: versão brasileira do *Safety Attitudes Questionnaire*; ESF: Estratégia Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde.

A correlação entre o resultado do domínio 2 do SAQ e o tempo de experiência na ESF foi negativa, fraca e significativa ($p=0,023$). Ou seja, quanto maior o tempo de experiência na ESF, pior foi a percepção do clima de segurança do paciente (Tabela 7, Gráfico 1). A correlação entre a carga horária semanal de trabalho e o resultado do fator II do TMMS-24 foi negativa, fraca e significativa ($p=0,001$). Dessa forma, quanto maior era a carga horária semanal de trabalho do profissional, menor era sua compreensão sobre seu estado emocional (Tabela 7, Gráfico 2).

Gráfico 1 - Diagrama de dispersão do resultado do domínio Clima de Segurança do SAQ (questões 7 a 13), segundo o tempo de experiência na ESF, e do fator II do TMMS-24, dos profissionais da APS. Ceará, Brasil, 2023. (n=202)

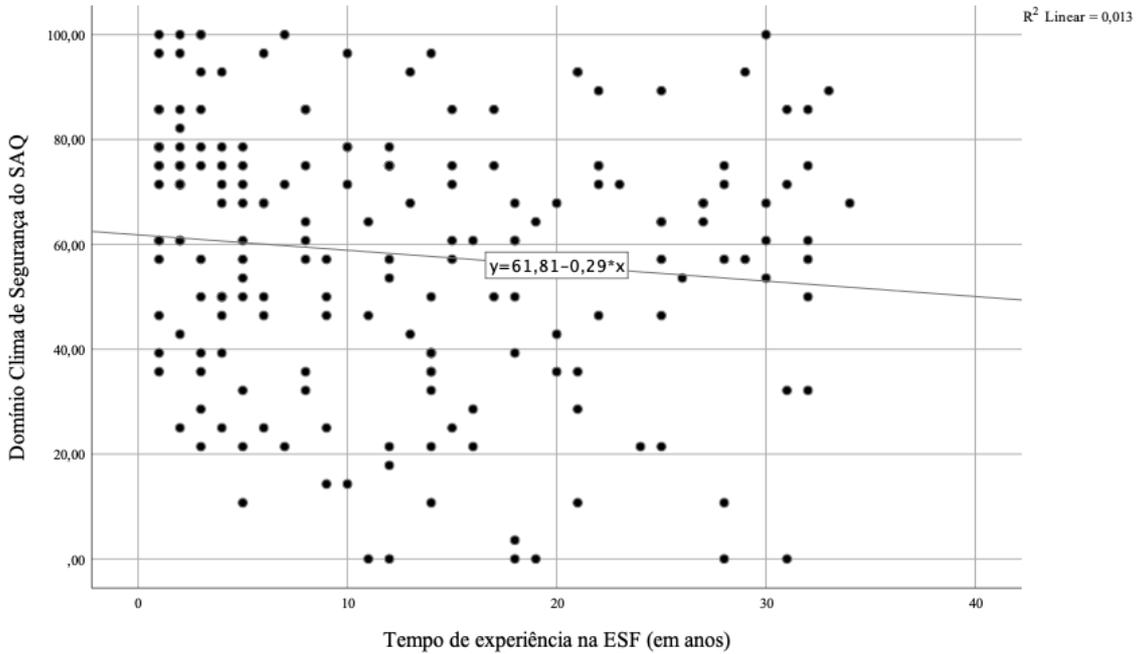
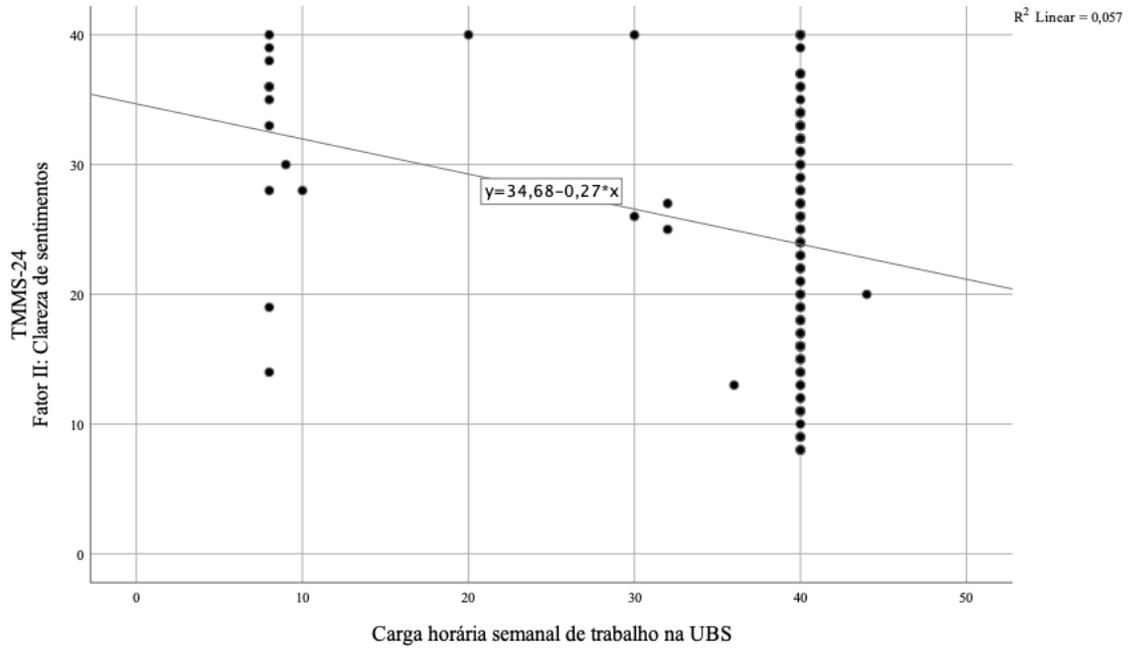


Gráfico 2 - Diagrama de dispersão do resultado do domínio Clima de Segurança do SAQ (questões 7 a 13), segundo a carga horária semanal de trabalho na UBS e do fator II do TMMS-24 dos profissionais da APS. Ceará, Brasil, 2023. (n=202)



6. DISCUSSÃO

Apesar do estudo refletir um diagnóstico situacional, tem-se como intuito trazer contribuições para a prática profissional, levando a um processo de reflexão, de modo a produzir mudanças no ambiente organizacional, fundamentadas na tomada de decisão baseada em evidências.

O conhecimento do perfil dos profissionais pode subsidiar o redesenho dos processos de trabalho para melhor atender a população de acordo com necessidades de clientes e colaboradores e, assim, adequar o modelo da APS a partir da qualificação profissional e melhoria dos fluxos de trabalho (ALVARENGA; SOUSA, 2023). Também, a caracterização deles permite compreender especificidades da inteligência emocional e do clima de segurança percebido, que podem ser diferentes, de acordo com a formação que o profissional recebeu, por exemplo, e com papéis sociais atribuídos à cada pessoa. Essas diferenças parecem ter sido potencializadas durante a Pandemia de Covid-19.

Em análise inicial, encontrou-se que a maioria de participação foi de ACS, técnicos de enfermagem e enfermeiros. A quantidade de ACS na amostra era esperada, pois, de acordo com a estrutura da APS, admite-se um profissional para cada 750 pessoas, ou seja, a ESF pode ser composta por vários ACS, dependendo do tamanho da sua população (BRASIL, 2017). Assim, essa categoria possui mais profissionais em relação as demais, o que foi relevante no contexto pandêmico. A partir das atividades propostas aos ACS, foi possível mapear usuários de maior risco para Covid-19, registrar e analisar a distribuição dos casos e suas particularidades, para melhor definição de estratégias epidemiológicas (MACIEL *et al.*, 2020).

Um estudo realizado por Raimmond (2019) identificou que médicos, ACS e dentistas apresentaram baixa percepção sobre clima de segurança do paciente em relação a outras categorias. Isso pode ter relação com o distanciamento ou pouco tempo de permanência na UBS ou com outros membros da equipe, devido à grandes demandas de atendimento. Com isso, alguns resultados sobre clima de segurança, desta pesquisa, podem estar atrelados ao fato da maioria dos participantes serem ACS.

Destaca-se, ainda, que entre os profissionais do nível superior recrutados, os enfermeiros foram o que mais participaram. Machado (2022) revelou que a força de

trabalho em saúde, durante a Pandemia, foi majoritariamente formada por enfermeiros (58,8%), seguida pelos médicos (22,6%), fisioterapeutas (5,7%), odontólogos (5,4%) e farmacêuticos (1,6%), com as demais profissões correspondendo a 5,7%. Importante registrar que cerca de 25% deles foram infectados pela Covid-19.

Na literatura, considera-se que a maior participação de enfermeiros pode ser por que estes estão presentes por mais tempo nas unidades de saúde do que os demais profissionais de nível superior (SOUZA, 2019a), realizando atividades que não são exclusivamente de atendimento presencial aos pacientes. Planejamento e monitoramento de casos suspeitos/confirmados de Covid-19, gerenciamento de pessoal e de recursos da UBS e treinamento em serviço de alguns profissionais da equipe de saúde são exemplos de ações realizadas, por enfermeiros, que justificam sua constante presença na unidade e, portanto, maior possibilidade de captação para participar da pesquisa.

A frequência de participação feminina, nesta pesquisa, foi alta, o que corrobora com outras pesquisas similares, realizadas por Pagani, Crozeta e Crisigiovanni (2019) e Costa (2021). Estas apontam que a maior parte dos profissionais que atuam na área da saúde são mulheres. Na APS, entre os 7.308 enfermeiros participantes de um estudo nacional, 88,4% eram do sexo feminino (COFEN, 2022). Coaduna com esse resultado a maioria dos respondentes ter sido ACS, técnico (a) de enfermagem e enfermeiro (a), que são categorias compostas, majoritariamente, pelo sexo feminino. Portanto, acredita-se que esse resultado seja reflexo do trabalho em saúde e não da Pandemia de Covid-19.

Vieira, Anido e Calife (2022) afirmam que essa diferença só não é maior na medicina, na qual há predominância masculina, mas se mantém heterogênea nas demais categorias da saúde. O mesmo estudo relatou que as mulheres foram as que mais se sentiram cansadas em decorrência da pandemia, pela junção do aumento da carga de trabalho com os cuidados domésticos, que aumentaram devido ao isolamento e escolas fechadas.

Uma pesquisa mostrou que a carga de trabalho doméstico das mulheres aumentou 30 horas semanais durante a pandemia (OLIVEIRA, GINEZI, BAZZO E COSTA, 2020). A partir dessa informação e dos achados da pesquisa de Vieira, Anido e Calife (2022), acredita-se que um maior nível de cansaço, estresse e

suscetibilidade ao adoecimento mental pela classe feminina pode ter influenciado alguns achados desta pesquisa.

Em relação ao tempo de experiência na ESF e de vínculo com a UBS (cerca de 12 anos), pode representar consolidação nas atividades desenvolvidas na APS, fortalecimento do vínculo entre o profissional e a comunidade e facilidade no reconhecimento das demandas em saúde nos territórios adscritos aos quais estes profissionais estão inseridos (KRUG *et al.*, 2021). Além da ESF, alguns respondentes tinham, pelo menos, mais um vínculo empregatício. Encontrou-se respostas de até 80h de carga horária semanal, considerando todos os vínculos laborais. Podem ser explicadas pelo fato de que médicos, enfermeiros e dentistas, frequentemente, atuam em mais de um local, em escala de plantão, corroborando com outros resultados desta pesquisa, em que alguns trabalhavam à noite e aos fins de semana.

Durante a pandemia, alguns desses profissionais atuavam, além da APS, no âmbito hospitalar, pois havia-se dificuldade de contratação de profissionais para a linha de frente nos hospitais de referência. O mesmo se afirma por Rezer e Camargo (2022): muitos gestores relataram problemas de dimensionamento de pessoal e houve necessidade de realizar novas contratações de profissionais da saúde. Mesmo assim, não se sabe se o segundo vínculo ainda está atrelado à situação epidemiológica, ou se era anterior à pandemia.

É importante destacar que o acúmulo de vínculos pode ter impacto sobre na inteligência emocional e na percepção de segurança do paciente, conforme encontrou-se nos resultados na presente pesquisa. Tal resultado será discutido mais adiante, embora seja importante abordar, agora, a sobrecarga implícita nessas respostas dos participantes. Sobre isso, Machado (2022) mostrou, em sua pesquisa, que 60% dos entrevistados trabalhavam em hospitais públicos de referência para a Covid-19 ou em unidades da APS e que a maioria absoluta possuía jornada de até 60 horas semanais e se sentiam sobrecarregados. Nessa pesquisa, houve participação de 21.480 trabalhadores de 2.395 municípios de todas as regiões do Brasil. Verificou-se que muitos trabalhadores relataram trabalhos extras para "cobrir" algum outro colega que faltou ou que foi afastado por sintomas da doença ou morte de algum familiar, tendo, muitas vezes, que exercer a sua função e a de outro profissional.

Embora alguns participantes tenham confirmado mais de um vínculo, a maioria tinha dedicação exclusiva à APS. A presença de um único vínculo de trabalho pode ser considerada um fator favorável à segurança do paciente, uma vez que a sobrecarga de trabalho interfere negativamente na assistência prestada, favorecendo a ocorrência de eventos adversos (MAGALHÃES *et al.*, 2019).

A percepção sobre o clima de segurança do paciente durante a pandemia de Covid-19 foi avaliada como negativa, apontando para a necessidade de implementação de ações que fortaleçam a cultura de segurança na APS. Na medida em que a cultura organizacional pode gerar sentimentos de unidade e ajudar a equipe a lidar com mudanças complexas e dinâmicas (COSTA *et al.*, 2021), preocupa a baixa percepção de clima de segurança durante o contexto pandêmico. Essa preocupação se justifica por se tratar de um período que requer unidade da equipe, apoio mútuo e por ser um momento em que os trabalhadores estão em situação de forte estresse, pelo medo de serem contaminados, e, portanto, suscetíveis a erros e desatenção (PORTUGAL *et al.*, 2020).

Ademais, podem ser elencados alguns pontos que podem corroborar com essa percepção negativa dos profissionais. Estudo realizado por Pessoa *et al.* (2022) traz que a pandemia deu maior notoriedade à estrutura e capacidade instalada dos serviços de saúde (infraestruturas carentes); segurança (referente ao risco de contaminação, inclusive no próprio serviço); colapso dos serviços de saúde; baixa disponibilidade de equipamentos tecnológicos; escassez de elemento humano (ou com pouca experiência de trabalho), dentre outros.

Na APS, onde a autora desta dissertação pôde atuar na gestão e na assistência, em uma cidade do interior do Ceará, notava-se que o clima de incerteza era constante, pois os municípios da região tinham mais dificuldades em receber ou comprar equipamentos, EPIs, oxigênio, realizar capacitações. Como exemplo, em uma das primeiras barreiras sanitárias realizadas pelo município, os únicos EPIs disponíveis eram máscara cirúrgica, luvas e gorros descartáveis, ou seja, os profissionais estavam fazendo orientações para pessoas vindas de todos os municípios da região e capital, com o mínimo de proteção necessária. Inclusive, houve muitos relatos de contágio de Covid-19 durante essas abordagens.

A APS atende a uma quantidade numerosa de pacientes. O surgimento da Covid-19 ocasionou mudança nos fluxos de atendimentos e reorganização nos processos de trabalho. Unidades que atendiam por livre demanda passaram a

atender por agendamento, houve cancelamento de consultas e procedimentos eletivos, sendo mantidos apenas atendimentos essenciais, a fim de evitar aglomerações.

As estruturas das UBS nem sempre permitiam organizar o fluxo do atendimento para atender pacientes com Covid-19 ou com sintomas de suspeita da doença, de forma separada dos demais. Com isso, ocasionalmente, os pacientes estavam juntos em um mesmo ambiente, ou, ainda, os profissionais não conseguiam substituir os EPIs para realizar atendimentos consecutivos. Era comum profissionais compartilhando o atendimento de um paciente sem suspeita com o mesmo EPI que atendia o paciente com suspeita, pois a troca do EPI demandava tempo e o fluxo era intenso. Essas e outras questões podem ter influenciado para que o profissional não percebesse um clima de segurança positivo, pois havia uma métrica de comparação: o atendimento antes da pandemia era diferente.

Outra interpretação cabível é que embora o comportamento individual e coletivo seja essencial para segurança do paciente e almejada pela cultura dos profissionais, as organizações não podem se eximir de prover os recursos e meios necessários para que a segurança exista, o que possivelmente repercutirá na cultura organizacional em função desse objetivo (RAIMOND *et al.*, 2019).

Todos esses aspectos contribuíram para que os profissionais não percebessem um clima de segurança fortalecido, que, além da pandemia, no Brasil, esse tema ainda não se estabeleceu de forma satisfatória e ainda requer debates e ações que introduzam ou solidifiquem a segurança do paciente na APS. Torna-se válido ressaltar que ainda existe a necessidade de sensibilizar e incentivar os profissionais para a realização de cuidados seguros e de qualidade, nos quais os mesmos busquem meios de capacitações permanentes e adoção de medidas proativas que identifiquem riscos e reduzam a incidência de eventos adversos.

Quando os resultados apontam para uma percepção negativa do clima de segurança, é relevante destacar que problemas na segurança do paciente podem refletir em impactos financeiros, sociais e psicológicos importantes. Exemplos são aumento de custos e gastos em saúde, interrupção temporária ou permanente das atividades produtivas, absenteísmo, dor, sofrimento emocional e impacto na taxa de mortalidade, que atingem tanto o paciente quanto a instituição de saúde (COSTA, 2018).

Por essa razão, é importante que a instituição se empenhe em implementar ações para a cultura de segurança do paciente, pois a mesma tem papel fundamental para a definição de comportamentos e ações que visem à melhoria da qualidade institucional. É a partir da identificação de potenciais e fragilidades institucionais e profissionais que surgem oportunidades de crescimento e resultados cada vez mais positivos, para todos o elo envolvido no cuidado (COSTA, 2018).

Na análise por item do SAQ da percepção sobre o clima de segurança, encontrou-se que houve pior percepção dos profissionais sobre existir uma cultura de aprender com os erros dos outros. Entende-se por erro em saúde uma falha ao executar um plano ou ação pretendida de forma incorreta, sem intenção, porém sem atender as normas estabelecidas (SOUZA *et al.*, 2019b), sejam de protocolos, procedimento operacional padrão, plano terapêutico ou uma prescrição médica.

Um relatório publicado por Stocking (2021) mostrou alguns impactos causados pela pandemia. A forma como as pessoas passaram a fazer compras, estudar, relacionar-se, entreter-se, tudo precisou ser modificado, inclusive a forma de fazer saúde. Com todas essas mudanças, alguns impactos negativos puderam ser observados, entre eles, alguns erros e danos potenciais associados diretamente ao evento sanitário ao qual o mundo enfrentava.

Diagnósticos tardios ou incorretos, seja por sintomas comuns, atrasos por superlotação ou sistemas colapsados, erros por associar tudo ao novo vírus, quando o paciente precisava de um outro tipo de cuidado, podem ter sido um problema. Tais situações podem ter levado muitos pacientes a terem diagnósticos errados ou atrasados, causando danos e riscos a segurança do paciente (STOCKING, 2021).

Outro erro foi o fator humano, com a sobrecarga de trabalho, estresse, medo e outros males físicos e mentais enfrentados pelos profissionais. Entre os erros ocorridos durante a pandemia, muitos estavam associados ao fator humano e a identificação desse fator foi capaz de minimizar os riscos, através de estratégias que contribuíssem para prevenir a ocorrência dos eventos adversos (STOCKING, 2021).

Diversas atividades foram implementadas durante a pandemia para apoiar e contribuir para o atendimento dos pacientes acometidos pela doença ou casos suspeitos. São exemplos: atendimento *online* e o teleatendimento; monitoramento dos casos suspeitos; testagem dos casos suspeitos, implementação de novas ferramentas de coleta de dados e capacitações para o enfrentamento da pandemia (GERALDO; FARIAS; SOUSA, 2021). Muitos profissionais não acompanharam as

tecnologias implementadas e isso pode ter gerado desgaste mental e possíveis erros pela não familiaridade com o novo processo de trabalho.

A dificuldade em seguir protocolos de prevenção e controle de infecção também foi um fator causador de erros e danos, principalmente no início da pandemia, quando ainda não haviam muitas informações de como evitar a contaminação e muitos dos profissionais ainda não estavam treinados, por exemplo, para paramentação e desparamentação dos EPIs. Foi um desafio para os profissionais cumprir todas as exigências e diversas mudanças de protocolos que surgiam ao longo da crise e, com isso, muitos pacientes e profissionais foram expostos, colocando a segurança do paciente em risco (STOCKING, 2021).

Ao se analisar criticamente, todos os pontos mencionados provavelmente eram discutidos internamente pelos profissionais, como vivenciado pela autora desta dissertação em diversos momentos. Os mesmos sabiam quem cumpria corretamente os protocolos e quem colocava a segurança do paciente em risco, com práticas não seguras. Porém, os profissionais não perceberam a existência de uma cultura de aprender com os erros dos outros. É válido questionar se esses erros eram discutidos, analisados em equipe e com a gestão, para que houvesse a possibilidade do erro não se repetir, ou se essa prática não era adotada nos serviços de saúde desses municípios.

Um estudo publicado por Souza *et al.* (2019b), que analisou reportagens referentes a erros de medicações, divulgadas pelas mídias televisivas brasileiras, constatou que em todas as notícias tinha-se a intenção de culpabilizar o profissional envolvido, gerando na população uma sensação de insegurança relacionada aos serviços de saúde. Assim, aprender com o erro parece não ser algo sólido em todas as unidades de saúde, sendo difícil dialogar sobre isso, embora seja uma oportunidade de aprendizado para minimizar a ocorrência de novos eventos.

Costa *et al.* (2018) trazem que alguns profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem se voltar contra eles. Essa visão torna o erro difícil de ser trabalhado, uma vez que o profissional não terá coragem para relatá-lo e que a cultura punitiva ainda pode estar muito arraigada nas instituições de saúde. Dessa forma, a comunicação é um elo que precisa ser fortalecido entre gestores e profissionais, para que os erros sejam discutidos e consiga-se aprender com eles, evitando danos futuros e fomentando a melhoria do clima de segurança.

Smits *et al.* (2018), em um estudo realizado na Holanda, identificaram que a discussão sobre cultura de segurança pode atuar como uma intervenção para melhorar a comunicação entre a equipe, através de relatórios conhecidos como livres de culpa, ou seja, não punitivos e confidenciais, nos quais os colaboradores de saúde podem relatar os erros para que sejam discutidos, avaliados e resolvidos em equipe.

Costa *et al.* (2018) corroboram com esse discurso, ao afirmar que, em um ambiente de saúde, o profissional deve se sentir seguro para relatar os erros, conversar sobre eles, analisar quais as causas preditoras ao fato, identificar os pontos fracos no processo, então, corrigi-los. Não há como aprender com os erros dos outros se não são discutidos em grupo ou notificados. O primeiro passo para a prevenção do erro na saúde é admitir que ele é possível e está presente no cuidado. A partir disso, os profissionais da saúde necessitam compreender os tipos de eventos, suas causas, consequências e fatores contribuintes.

Se os profissionais já demonstravam medo ao relatar seus erros ou dos colegas por medo de punição antes da pandemia, durante ela, esse medo talvez pode ter sido maior, devido a grande visibilidade da mídia sobre os profissionais de saúde, diante dos diversos protocolos sanitários que surgiam. Souza *et al.* (2019b) afirmam há pouca instrumentalização e cultura de discussão de erros entre os profissionais.

Vale ressaltar, que se tratando da realidade em que essa pesquisa foi implementada, ou seja, no interior do Ceará, e em municípios do interior e de pequeno porte, a autora percebeu que, nesses locais, o erro ainda é visto como inaceitável, passível de demissões, exposição do profissional e que há uma forte influência política nas ações dos profissionais e gestores, o que pode sugerir esse sentimento nos participantes do estudo. Isso pode ser diferente em outras regiões do país ou em outro cenário epidemiológico. Portanto, sugere-se que devido a heterogeneidade brasileira, esses dados sejam interpretados dentro de um contexto regional, o que não impede que se possa atuar para melhorar o clima de segurança do paciente nas cidades do interior.

Para que isso seja possível nas UBS, faz-se necessário que alguns processos sejam corrigidos, inclusive, que adote-se uma postura gerencial não punitiva aos erros, uma vez que estes ocorrem após uma sequência de eventos e nunca um ato isolado (RIBEIRO *et al.*, 2019). Com isso, as organizações, em

especial a APS, devem encorajar seus profissionais a conversar sobre erros, identificá-los, discuti-los e notificá-los, para que, assim, seja possível alcançar um aprendizado organizacional que favoreça a segurança do paciente (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Também foi resultado que houve uma melhor percepção em relação aos profissionais se sentirem seguros se fossem tratados como pacientes nos locais que atuavam. Carvalho *et al.* (2018) apontaram os profissionais que confiam nos próprios colegas de equipe sentem-se mais amparados, têm melhor comunicação e prestam uma melhor assistência. A partir dessa informação, verifica-se que a confiança na equipe também promove segurança para que os profissionais saibam como sua equipe atua e, com isso, sintam-se seguros também para serem atendidos como pacientes, uma vez que esse vínculo já está bem estabelecido na rotina de trabalho.

Fernandes *et al.* (2021) apontam que quando compreende-se as funções e competências uns do outros, os integrantes das equipes tendem a desenvolver respeito mútuo, cooperação e confiança. Nos casos dos profissionais que estavam expostos aos riscos de contaminação pela Covid-19, havia constante medo de adoecimento e morte, então a confiança em serem atendidos em seus locais de trabalho foi essencial para o enfrentamento desse medo. Além disso, a relação interpessoal adquirida, no dia-a-dia, pode ter favorecido essa relação de confiança, uma vez que os profissionais da APS possuem uma rotina de trabalho juntos. A interprofissionalidade, embora nem sempre encontrada nesses serviços, favorece esse resultado.

Continuando as análises desta, a avaliação da IE dos profissionais, segundo o TMMS-24, teve resultados adequados nos fatores de atenção às emoções e de reparação do estado emocional. Um estudo realizado na Espanha, por Giménez-Espert e Prado-Gascó (2017), reforçam que a IE é uma habilidade fundamental, pois traz benefícios não só para o profissional, como para o paciente e está diretamente relacionada ao bem-estar, diminuição de estresse no ambiente de trabalho, menores níveis de cansaço e lideranças mais efetivas.

Goleman (2018) afirma que as emoções podem contribuir para que o indivíduo tome boas decisões pessoais. Entretanto, além dessa aptidão, segundo o autor, precisa-se desenvolver dois conjuntos de competências. As Competências Pessoais (Habilidades Intrapessoais) são agrupadas em três grupos: Auto percepção, Autorregulação e Motivação. Quanto às Competências Sociais

(Habilidades Interpessoais), são divididas em: Empatia, Aptidões sociais/ Habilidade de relacionamento (GOLEMAN, 2018).

Neste estudo, o fator II do TMMS-24, entretanto, apresentou maior proporção de participantes que deveriam melhorar a sua clareza, ou seja, com pouca compreensão sobre seus estados emocionais, refletindo, assim, a ausência de conhecimento sobre seu verdadeiro estado emocional e mental mediante a realidade vivenciada.

Uma análise a partir da experiência da autora desta dissertação para esse resultado se dá pelo fato que, durante a pandemia, a sobrecarga de trabalho, o volume de informações e a pressão sobre os profissionais em dar respostas à sociedade (em especial aos pacientes mais afastados, sem acesso à internet ou outras mídias), fez com que os profissionais se sentissem mais esgotados, física e emocionalmente. Uma possibilidade de causa para esse esgotamento foi à demanda de tempo e esforço, dos profissionais, para a vacinação contra a Covid-19.

O estudo realizado por Souza *et al.* (2021) mostrou que a educação permanente direcionada às vacinas foi insuficiente e os profissionais precisaram aprender os protocolos no decorrer da campanha. Além disso, o quantitativo de profissionais destinados à vacinação era insuficiente, levando em consideração a quantidade de pessoas idosas, acamadas, domiciliadas ou em estado de vulnerabilidade (no caso das primeiras etapas) que precisavam ser vacinadas, em curto espaço de tempo, para que as metas fossem cumpridas e, assim, mais vacinas fossem enviadas ao município.

Para dar conta dessa e de outras demandas, muitos profissionais chegavam a trabalhar no terceiro turno, vacinando (para não precisar descartar os frascos que já estavam abertos), fazendo visita domiciliares aos pacientes sintomáticos (que não tinham condições de chegar até as unidades de saúde), alimentando sistemas e produções e realizando capacitações *online* para conseguir orientar os pacientes. Todas essas demandas podem ter confundido o sentimento dos profissionais, e, portanto, os mesmos não conseguiam distingui-los ou nomeá-los. Assim, muitos profissionais podem não ter dado tanto foco aos sentimentos e emoções quanto deveriam, o que justificaria os relatos de ansiedade e depressão de profissionais que se diziam exaustos.

No contexto da APS, os profissionais da linha de frente precisavam estar próximos aos pacientes, manter os acompanhamentos, as visitas domiciliares, mas

sem se contaminarem ou contaminá-los e realizar os atendimentos com todos os cuidados recomendados. Esse pode ter sido um momento estressor e que causou incertezas, relacionadas ao desempenho dos profissionais e perspectivas em relação ao futuro.

Uma pesquisa realizada com um grupo de ACS analisou alguns sentimentos dos profissionais durante a pandemia e a forma como eles conciliavam as emoções de sofrimento psíquico e otimismo. O estudo revelou uma combinação de sentimentos, ora positivos, ora negativos, durante o trabalho de linha de frente (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021). Alguns relatos dos ACS pesquisados demonstraram que esses profissionais tinham sentimento de solidão por não estarem realizando visitas domiciliares, da forma como faziam antes da pandemia, sem toque, abraço, conversa mais próxima. As visitas eram realizadas peridomicílio, o que causou distanciamento das famílias e quebra de vínculos, além dos sentimentos negativos por parte dos profissionais (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021).

Por outro lado, uma parcela de profissionais apresentou visões otimistas e positivas sobre dias melhores e volta à normalidade (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021). Esse dinamismo de conciliar os sentimentos positivos e negativos foi outro desafio aos profissionais e a IE foi fundamental para o equilíbrio dessas emoções. Nesse sentido, no cenário de pandemia, a IE pôde ser utilizada como forma de mitigar reflexos danosos causados por medo da morte, estresse, cansaço de longas jornadas de trabalho e ansiedade, causada por todas as mudanças dos hábitos de vida, provocadas pelo cenário caótico que se instaurou.

Em relação ao objetivo geral do estudo, os resultados demonstraram que as respostas das perguntas, foco do estudo, foram respondidas, isso porque observou-se que o clima de segurança do paciente na APS foi melhor percebido por profissionais com excelente compreensão de seus estados emocionais e por profissionais com excelente capacidade de regular os estados emocionais corretamente.

Goleman (2018) diz que a IE é a capacidade que um indivíduo possui de se automotivar, persistir em um objetivo, apesar das dificuldades encontradas, controlar impulsos, manter-se em bom estado de espírito e não permitir que a ansiedade interfira na sua capacidade de raciocínio, além de manter a autoconfiança e a empatia. Durante a pandemia, essas características foram imprescindíveis para que

os profissionais conseguissem equilibrar as emoções diante de um contexto estressor, que exigia alta concentração e tomada de importantes decisões, além da exaustão física e mental.

A APS precisou se reorganizar e readequar para atender a novas demandas que surgiam todos os dias. A forma de cuidar, de visitar, consultar, de medicar foi alterada e os profissionais tiveram que aprender a conciliar seus medos à necessidade de atender as demandas da população (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021). O que antes era realizado com cuidado e assepsia, passou a ser feito com mais zelo e atenção, pois todos os procedimentos e ações poderiam ser uma fonte de contaminação. Atos simples e involuntários, como tocar o rosto, antes ou após algum procedimento, precisaram ser evitados.

Cada ação realizada precisava ser pensada, planejada e executada sem causar dano ao profissional, paciente e família e todo esse esforço exigiu muita energia e concentração. A IE foi essencial para o enfrentamento desses processos e profissionais que a tinham, conseguiram se sobressair em relação aos outros, uma vez que conseguiam identificar formas adequadas de executar suas atividades e controlar suas emoções. Uma vez que o profissional é capaz de compreender suas próprias emoções através da IE e a partir disso detectar, interpretar e lidar corretamente com as emoções dos outros, torna-se possível identificar as necessidades dos pacientes, trabalhar melhor em equipe e fornecer uma atenção individualizada e de qualidade (GIMÉNEZ-ESPERT; PRADO-GASCÓ 2017).

Goleman (2018) afirma que a compreensão das emoções permite transformações que permeiam não só o ambiente familiar, mas o profissional, pois o indivíduo utiliza-se das suas habilidades para promover uma mudança cultural e social no meio em que estão inseridos.

A IE é um fator de relevância na relação entre o paciente e o profissional. Considerá-la faz muitos pacientes se sentirem mais seguros e confiantes, além de trazer vantagens para todos no processo. Um dos componentes de maior importância em sua busca é a empatia (GOLEMAN, 2018). A partir dessas atitudes, os pacientes ficam mais satisfeitos e os demais colaboradores também passam a perceber um ambiente mais seguro e, portanto, o clima positivo de segurança torna-se mais concreto dentro da instituição, cabendo aos gestores fortalecê-lo, através de ações que mantenham a harmonia entre a tríade gestão, cliente, profissional.

Diante de um contexto estressor como a pandemia, distanciamento social, uso constante de EPIs e medo de contaminação, têm-se exemplos de situações que requerem tolerância e habilidade para lidar com emoções que podem ser desconfortáveis. Borba (2015) afirma que as pessoas que não conseguem desenvolver habilidades de regulação emocional podem experimentar emoções excessivas, capazes de interferir na qualidade de vida e busca por objetivos e metas.

Pires (2014) apontam que o problema não é sentir medo, ansiedade, raiva, e, sim, saber reconhecer esses sentimentos, aceitá-los e lidar com eles de forma a minimizar o impacto que causam no cotidiano, sem permitir que sentimentos negativos atrapalhem a rotina e a vida de modo geral. É entender que sentimentos como esses fazem parte da vida e podem afetar o indivíduo, desde que não sejam bem regulados.

Assim, as emoções desempenham papel importante nas respostas comportamentais, na tomada de decisões e na facilidade de interação interpessoal (GROS, 2002). Por essa razão, profissionais que possuíam a habilidade de regular seus sentimentos conseguiram perceber melhor suas emoções e, assim, lidar melhor com a situação da pandemia.

Nesta pesquisa, os profissionais de ensino superior e os gerentes das UBS tiveram melhores resultados quanto à percepção do clima de segurança do paciente do que os profissionais de nível médio. Nota-se, portanto, que a maior escolaridade pode ser considerada um fator positivo para a percepção do clima de segurança do paciente. Para Magalhães (2019), a qualificação profissional contribui para uma assistência mais coordenada, articulada e de qualidade, com vistas a minimizar riscos decorrentes de fatores estressores que interferem no cuidado prestado.

Quanto maior o nível de escolaridade dos profissionais, mais facilmente eles conseguem distinguir fatores estressores, que interferem na execução da assistência prestada, logo, quanto mais rápido identificados, mais facilmente esses estressores podem ser minimizados, reduzido o risco de erros na assistência, tornando o ambiente mais seguro.

Essa percepção pode estar atrelada ao fato desses profissionais terem tido mais acesso a treinamento, durante esse período, do que as demais categorias, como já apresentado anteriormente. Outra análise é que profissionais de nível

superior têm mais acesso a tecnologias, internet e a informações de prevenção contra à Covid-19, o que pode fortalecer a confiança quanto ao cuidado prestado.

Entre os resultados associados à percepção do clima de segurança do paciente na APS, nesta pesquisa, quanto maior o tempo de experiência na ESF, pior foi a percepção do clima, assim como quanto maior era a carga horária semanal de trabalho do profissional, menor era sua compreensão sobre seu estado emocional.

A relação da experiência e a baixa percepção do clima de segurança do paciente não eram esperadas e divergiu de outros estudos semelhantes (SOUZA, 2018). O tempo de experiência na APS pode favorecer o planejamento, a organização, o conhecimento da área adscrita, os usuários cadastrados, o fortalecimento do vínculo, colaborando para um melhor clima de segurança. Assim, profissionais mais experientes podem ajudar na rotina de trabalho e contribuir no desempenho de colegas mais novos na equipe (SOUZA, 2018). Nesse caso, novos estudos devem ser realizados para avaliar se o cansaço, a desmotivação pelos baixos salários, a carga de trabalho, entre outros fatores, estão associados a esse resultado.

A análise baseada na percepção da experiência vivenciada pela autora desta dissertação é que muitos profissionais puderam comparar diversos acontecimentos ocorridos ao longo da carreira com o que aconteceu no período da pandemia. A indisponibilidade de EPIs para os profissionais, a sobrecarga de trabalho, o volume de informações injetadas que precisavam ser compartilhadas, as mudanças estruturais nos seus locais de trabalho, novos fluxos de trabalho e mudanças acontecendo com muita velocidade podem ter contribuído para esse resultado diante desse cenário.

No que tange à correlação entre a carga horária semanal de trabalho na UBS e o resultado do fator II do TMMS-24, a alta carga horária de trabalho interferiu diretamente no estado emocional do profissional devido à exaustão, medo e incertezas sobre o futuro. Esse resultado corrobora com o estudo de Lacerda e Amestoy (2021), em que se observou a correlação entre o medo da Covid-19 com a sobrecarga física, mental, e que a pandemia aumentou os níveis de exaustão, ansiedade, depressão e estresse. Isso confirma os achados desta pesquisa, que mostram que a carga horária aumentada diminui a compreensão do estado emocional, devido a confusão de múltiplos sentimentos.

Como já mencionado, a pandemia trouxe um novo cenário, que exigiu maior doação de todos os que atendiam, direta ou indiretamente, os pacientes com Covid-19. Muitos profissionais possuíam, em seu contrato de trabalho, carga horária semanal de 40 horas, mas a verdade é que, vivenciando a APS, pôde-se observar profissionais que ultrapassavam às 80 horas semanais, trabalhando à noite, finais de semana, principalmente no período em que as vacinas foram liberadas.

Diante da insuficiência de infraestrutura, principalmente de leitos hospitalares, foram erguidos hospitais de campanha, que apontou a necessidade de contratação imediata de pessoal. Muitos profissionais da APS revezavam suas escalas entre a UBS e esses hospitais, para atender a demanda e a falta de pessoal (TEIXEIRA, 2020).

A legislação para os profissionais da ESF, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde Nº 2.488 (21 de outubro de 2011), determina que o regime deve ser de 40 horas para todos os profissionais, com exceção dos médicos. Ela também prevê uma dedicação mínima de até 32 horas para atividades na ESF. O restante das horas pode ser utilizada em atividades relacionadas ao serviço ou para educação permanente (STURMER, 2020).

Porém no contexto pandêmico, foi possível notar a exaustão e a diferença da carga de trabalho dos profissionais estatutários e contratados, que precisavam manter os empregos, principalmente aqueles recém-formados e recém-contratados, que se submetiam a horas ininterruptas, para que todos os pacientes fossem atendidos de forma adequada. Esse cenário pode explicar o resultado de profissionais com mais tempo de experiência e com maior carga horária, que estavam mais cansados. Isso pode ter corroborado para a percepção negativa do clima de segurança, embora não signifique dizer que essa percepção possa ser diferente em outro cenário.

6.1. Limitações do estudo

Entre as limitações deste estudo, pode ser citada a que os resultados podem não ser representativos para todas as categorias profissionais que atuam na ESF. A maior parte dos participantes foi de ACS, técnicos de enfermagem e enfermeiros. Dessa forma, não é possível afirmar que a percepção desses profissionais seja similar a outros profissionais que atuam na APS.

Outra limitação está associada ao desenho do estudo (transversal). Não há como garantir que os resultados de percepção do clima de segurança do paciente e da IE sejam atribuídos exclusivamente ao período de Pandemia. Essas características podem ou não ser as mesmas no período pré-pandemia, inerentes, por exemplo, ao próprio processo de trabalho na APS de município do interior do Ceará.

6.2. Contribuições para a APS

Analisar a associação entre a inteligência emocional e a percepção do clima de segurança dos profissionais de saúde que atuaram na APS durante a pandemia de Covid-19 permitiu entender como os profissionais conseguiram lidar com uma situação epidemiológica atípica e como essa relação pode contribuir para a segurança do paciente na APS.

A partir dos resultados encontrados nessa pesquisa, nota-se a necessidade de fortalecer a discussão entre os profissionais da APS sobre aprendizagem a partir dos erros para que estes sejam minimizados e não sejam tratados de forma punitiva. A educação permanente também deve ser entendida pela gestão como uma constante necessária, para que os profissionais sintam-se seguros em realizar o cuidado, independente do contexto pandêmico. O treinamento de protocolos existentes na APS é essencial para a construção do clima positivo de segurança do paciente.

Quanto à percepção negativa do clima de segurança do paciente pelos profissionais, nota-se que a pandemia trouxe à tona fragilidades pré-existentes no sistema de saúde brasileiro e mundial. Pode ser citada a pouca discussão acerca da temática e a importância que a segurança do paciente tem demonstrado para a melhoria da qualidade da assistência nesse nível de atenção.

Outro aspecto a ser levado em consideração, a partir dos resultados desta pesquisa, é que as emoções e os sentimentos dos profissionais interferem na percepção do clima de segurança, sendo importante que sejam considerados dentro do contexto gerencial. Não foi objeto deste estudo analisar a saúde mental dos profissionais, mas faz-se necessário que os gestores considerem trabalhar essas

questões, para minimizar os impactos que a pandemia pode ter causado na saúde do trabalhador.

Tem-se na APS um importante pilar para situações de emergência de saúde pública, como foi o caso da pandemia de Covid-19. Fazem-se necessárias ações de fortalecimento às atividades desse âmbito, como territorialização, construção de vínculos, monitoramento das famílias vulneráveis. Essas estratégias devem ser permanentes e priorizadas, para que a APS possa assumir, verdadeiramente, seu papel como ordenadora do cuidado.

7. CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde da APS tiveram percepção negativa do clima de segurança do paciente durante a pandemia de Covid-19. Nesse sentido, faz-se necessária a adoção de medidas que fortaleçam o clima de segurança do paciente nos municípios do interior do Ceará que tiveram profissionais participantes. Isso pode ser feito através de protocolos, planejamentos, treinamentos em ambientes de equipes de cuidados primários.

Foi possível verificar que melhor percepção do clima de segurança do paciente na ESF, durante a pandemia de Covid-19, foi encontrada entre os profissionais com excelente compreensão de seus estados emocionais. Da mesma forma, melhores percepções do clima de segurança do paciente foram encontradas entre os profissionais com excelente capacidade de regular os estados emocionais corretamente. Essa relação pode favorecer as unidades de saúde, de forma a garantir melhores cenários para a segurança do paciente, desde que bem trabalhados pela gestão, fortalecendo vínculos e melhorando o cuidado.

Em relação ao clima de segurança, os gestores da APS precisam viabilizar estratégias para melhorar a qualidade do serviço, de forma a favorecer profissionais, pacientes e gestão. Fortalecer as medidas que foram implementadas durante a pandemia e que deram bons resultados, como o uso correto dos EPIs, protocolos de cuidado seguro, protocolos de higienização das mãos, educação permanente e outras ações de melhoria do cuidado pode contribuir com esse processo.

REFERÊNCIAS

1ST INTERNATIONAL Conference on Public Health in Africa. [S. l.]: **African Union**, 2021. Disponível em: <https://cphia2021.com/>. Acesso em: 01 dez. 2021.

AGUIAR, Tatiane Lima *et al.* Incidentes de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) de Manaus, AM, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, p. e190622, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190622>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/b4nMn6pWH7PLFDTdG4jFk6K/?lang=pt>. Acesso em: 01 dez. 2022.

AKOLOGO, Alexandre; ABUOSI, Aaron Asibi, ANABA, Emanuel Aanongeba. A cross-sectional survey on patient safety culture among healthcare providers in the Upper East region of Ghana. **PLoS One**, San Francisco, v. 14, n. 8, p. e0221208, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221208>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0221208>. Acesso em: 15 dez. 2022.

ALQATTAN, Hamad; CLELAND, Jennifer; MORRISSON, Zoe. An evaluation of patient safety culture in a secondary care setting in Kuwait. **Journal of Taibah University Medical Sciences**, [S. l.], v. 13, n. 3, p. 272-280, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2018.02.002>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1658361218300192?via%3Dihub>. Acesso em: 13 jul. 2022.

ALVARENGA, José da Paz Oliveira; SOUSA, Maria Fátima de. Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba – Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão assistencial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 135, p. 1077-1092, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213509>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/fHpCjcKMpLwVQWpGVThG9SC/?lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2023.

AMESTOY, Simone Coelho. Inteligência emocional: habilidade relacional para o enfermeiro-líder na linha de frente contra o novo Coronavírus. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 10, n. 4, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i4.18993>. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18993/11578>. Acesso em: 20 maio 2022.

BARRETO, Claudio Manoel da Silva *et al.* Covid-19 e seus impactos a profissionais de saúde atuantes a pandemia: um estudo teórico reflexivo. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 8, p. e17610817169, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17169>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/17169/15355/219337>. Acesso em: 20 maio 2023.

BORBA, Lidiane. Regulação Emocional: Compreendendo as emoções e a importância de equilibrar suas manifestações. [S. l.]: **Portal Comporte-se**, 2015.

Disponível em: <https://comportese.com/2015/09/01/regulacao-emocional-compreendendo-as-emocoes-e-a-importancia-de-equilibrar-suas-manifestacoes/>. Acesso em: 21 maio 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 18 maio 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **O enfrentamento da Covid-19 nos países da Comunidade dos Países de Língua Brasileira – CPLP**. Brasília: CONASS, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf. Acesso em: 02 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 02 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao Covid-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em: https://www.saudedafamilia.org/coronavirus/informes_notas_oficios/recomendacoes_adequacao_acs_versao-001.pdf. Acesso em: 19 maio 2023.

CADASTRO Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília: **Ministério da Saúde**, 2022. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 25 jan. 2022.

CARVALHO, Paloma Aparecida *et al.* Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p.1041-48, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0669.2647>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/MJkrBpBLFXdkL3g5bctXqGf/?lang=pt>. Acesso em: 01 maio 2022.

CASTILHO, Dayse Edwiges Carvalho. **Clima de segurança do paciente em um hospital de urgências**. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2018. Disponível em <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/8372>. Acesso em: 01 maio 2022.

COFEN registra 10 mil casos de Covid-19 entre profissionais de enfermagem. Brasília: **Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)**, 2020. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/cofen-registra-10-mil-casos-de-covid-19-entre-profissionais-de-enfermagem/>. Acesso em: 05 dez. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Relatório - Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos**. Brasília: Universidade de Brasília. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-Final-Web-1.pdf>. Acesso em: 02 maio 2023.

COSTA, Bárbara Regina Lopes. Bola de neve virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. **Revista Interdisciplinar de Gestão Social**, Salvador, v. 7, n. 1, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/rigs/article/view/24649>. Acesso em: 12 dez. 2021.

COSTA, Cassia Janne Nonato da *et al.* Clima de Segurança em saúde no contexto de pandemia da Covid-19 em um hospital universitário. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, Montes Claros, v. 10, n. 2, p. 47-56, 2021. DOI: <https://doi.org/10.46551/rnm23173092202100206>. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/4330>. Acesso em: 04 maio 2023.

COSTA, Daniele Bernardi da *et al.* Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 3, p. e2670016, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ZWcDcxB9zC5KzbdMPZQrWYF/?lang=pt#>. Acesso em: 3 maio 2023.

FERNANDES, Samara Fontes *et al.* Interprofessional work in health in the context of the Covid-19 pandemic: a scoping review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, p. e20210207, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0207>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Q5xzBG8qVcZcbWMpGktLXQq/>. Acesso em: 05 maio 2023.

FERNANDEZ, Michelle; LOTTA, Gabriela; CORRÊA, Marcela. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, p. e00321153, 2021, DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/qDg6fnxcSZbgtB9SYvnBK8w>. Acesso em: 05 maio 2023.

GERALDO, Sindeide Martins; FARIAS, Shirley Jackllany Martins de Farias; SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva. A atuação da Atenção Primária no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 8, e42010817359, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17359>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/17359/15633/221590>. Acesso em: 05 maio 2023.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIMÉNEZ-ESPERT, María del Carmen; PRADO-GASCÓ, Vicente Javier. Inteligência emocional em enfermeiros: a escala Trait Meta-Mood Scale. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 204-209, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700031>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/c8xwvCbvCNWkJsPFSNZY3Rr/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 05 maio 2023.

GOLEMAN, Daniel. **Inteligência emocional: a teoria revolucionária que define o que é ser inteligente**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

GOLEMAN, Daniel; BOYATZIS, Richard; MCKEE, Annie. **O poder da inteligência emocional: como liderar com sensibilidade e eficiência**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2018.

GROSS, James J. Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. **Psychophysiology**, [S. l.], v. 39, n. 3, p. 281-291, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1017/s0048577201393198>. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychophysiology/article/abs/emotion-regulation-affective-cognitive-and-social-consequences/552536BD5988D0D2079A7E0CC82E1ED8>. Acesso em: 19 maio 2023.

KHOSHAKHLAGH, Amir Hossein *et al.* Analysis of affecting factors on patient safety culture in public and private hospitals in Iran. **BMC Health Services Research**, [S. l.], v. 19, n. 1009, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4863-x>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4863-x>. Acesso em: 03 fev. 2023.

KRUG, Suzane Beatriz Frantz *et al.* Saúde e segurança de trabalhadores da atenção primária durante o período de pandemia do Covid-19: Rio Grande do Sul/Brasil. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 19, n. 70 p. 221-234, 2021. DOI: <https://doi.org/10.13037/2359-4330.7945>. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/7945. Acesso em: 18 maio 2023.

LACERDA, Mariane Valesca de Menezes; AMESTOY, Simone Coelho. Inteligência emocional entre estudantes de enfermagem na pandemia por Covid-19: estudo reflexivo. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 3, e22410313269,

2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13269>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13269>. Acesso em: 18 maio 2023.

MACHADO, Maria Helena *et al.* Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de covid-19: a realidade brasileira. *In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. (Eds). Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022. p. 283-295. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0019>. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/kymhj/pdf/portela-9786557081587-21.pdf>. Acesso em: 18 maio 2023.

MACIEL, Fernanda Beatriz Melo *et al.* Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 4185-4195, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XsyXgfVksPRS38tgfYppqBb/#>. Acesso em: 18 maio 2023.

MAGALHÃES, Felipe Henrique de Lim *et al.* Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. esp, p. e20180272, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180272>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/rh39BPw7dDGvpVNzWDrfqCH/?lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2022.

MAIA, Ludmila Grego *et al.* Hospitalizations due to primary care sensitive conditions: an ecological study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 1-10, 2019. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000403>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/154068>. Acesso em: 14 jun. 2022.

MARCHON, Simone Grativol. **A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde.** 2015. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/12823/ve_Simone_Grativol_ENSP_2015?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 14 jun. 2022.

MAYER, Jhon; CARUSO, David; SALOVEY, Peter. Selecting a measure of emotional intelligence: The case for ability scales. *In: BAR-ON, R.; PARKER, J. D. A. (Eds.). The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace.* [S. l.]: Jossey-Bass/Wiley, 2000. p. 320–342 Disponível: <https://psycnet.apa.org/record/2001-00355-015>. Acesso em: 23 jan. 2022.

MELO, Eduardo Alves *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 38-51, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2022.

MIOT, Hélio Amante. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **Jornal Vascular Brasileiro**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 275-278, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1677-54492011000400001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jvb/a/Dxg84WBMPnNrVcpKMXyVfHd/?lang=pt>. Acesso em: 26 nov. 2022.

MOREIRA, Amanda Sorce; LUCCA, Sergio Roberto de. Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de enfermagem no combate à Covid-19. **Enfermem em Foco**, Brasília, v. 11, n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3590>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3590>. Acesso em: 02 maio 2023.

NOBRE, Lize Maria Alencar; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; SALLES, Dafne Lopes. Cultura e clima de segurança do paciente: revisão integrativa de questionários avaliativos. **Brazilian Journal of Development**, São José dos Pinhais, v. 6, n. 9, p. 64852-64870, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n9-065>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/16099>. Acesso em: 02 jan. 2023.

NORMA Regulamentadora No. 32 (NR-32). Brasília: **Ministério do Trabalho e Previdência**, 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/norma-regulamentadora-no-32-nr-32#:~:text=A%20NR%2D32%20tem%20como,assist%C3%AAncia%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20em%20geral>. Acesso em: 02 maio 2022.

OKUYAMA, Julia Hiromi Hori; GALVÃO, Tais Freire; SILVA, Marcus Tolentino. Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Hindawi**, [S. l.], v. 18, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1155/2018/9156301>. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/tswj/2018/9156301/>. Acesso em: 26 nov. 2022.

OLIVEIRA, Daniel Roberto Carnecine de *et al.* **Emergências Sanitárias – O caso da Covid-19 na capacitação de profissionais da saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso (IV Programa Latino-Americano em Governabilidade, Gerência Política e Gestão Pública) - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/30141>. Acesso em: 26 nov. 2022.

PAGANI, Silvana; CROZETA, Karla; RAZEIRA, Alexandra Berndt. Cultura de segurança do paciente: avaliação de enfermeiros. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 20, p. e39782, 2019. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192039782>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3240/324058874023/movil/>. Acesso em: 05 mar. 2023.

PERFIL Municipal 2017. Fortaleza: **Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE)**, 2017. Disponível em: <https://www.ipece.ce.gov.br/perfil-municipal-2017/>. Acesso em: 03 fev. 2023.

PERUZZO, Hellen Emília *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. e20170372, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0372>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/z3wYmgZ93bGtBMD8HVKRtVt/?lang=pt>. Acesso em: 21 maio 2023.

PESSOA, Graça Rocha *et al.* Segurança do paciente em tempos de pandemia: reflexão a partir dos atributos de qualidade do cuidado. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e20220109, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0109pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/3JzPkZkDhBxWtrymP53ysVD/?lang=pt>. Acesso em: 21 maio 2023.

PIRES, Jeferson. Regulação Emocional em Psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental. **Psico-USF**, Campinas, v. 19, n. 2, p. 355-357, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712014019002016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/qKwzLcdRDZyysVXqB7XJ6Vr/#ModalHowcite>. Acesso em: 21 maio 2023.

PORTUGAL, Jéssica Karoline Alves *et al.* Percepção do impacto emocional da equipe de enfermagem diante da pandemia de Covid-19: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 46, n. 46, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e3794.2020>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3794>. Acesso em: 21 maio 2023.

PRIETO, Marcela Moreira do Nascimento. **Cultura de segurança do paciente em hospital universitário durante a pandemia da Covid-19**. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/13907?show=full>. Acesso em: 06 jul. 2022.

PRIOR, Ana Inês Santos *et al.* Avaliação de um Programa de Inteligência Emocional em profissionais de saúde do contexto hospitalar. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 4, n. 2, p. 8801-8818, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-391>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/28494>. Acesso em: 17 jul. 2022.

QUEIRÓS, Maria Manuela Lima de Figueredo *et al.* Validação e fiabilidade da versão portuguesa modificada da Trait Meta-Mood Scale. **Revista de Psicologia, Educação e Cultura**, [S. l.], n. 1, v. 9, p. 199-216, 2005. Disponível em: https://mypages.unh.edu/sites/default/files/jdmayer/files/valid_e_fiabilidade_da_vers_portuguesa_modificada_da_tmms.pdf. Acesso em: 17 jul. 2022.

RAIMONDI, Daiane Cortêz *et al.* Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, p. e20180133, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180133>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/ZQY357fz6cmbgCK9Mjpp4bK/?lang=pt>. Acesso em: 19 maio 2023.

REGIONALIZAÇÃO. Fortaleza: **Secretaria de Saúde do Estado do Ceará**, 2023. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/>. Acesso em: 03 fev. 2023.

REZER, Fabiana; CAMARGO, Letícia Batista. Atuação dos gestores de enfermagem durante a pandemia da doença do coronavírus de 2019. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 22, n. 87, p. e313, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.87.313>. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/313/464>. Acesso em: 19 maio 2023.

RIBEIRO Rogério; SERVO, Maria Lúcia Silva; SILVA FILHO, Aloísio Machado da. Perfil da cultura de segurança do paciente em um hospital público. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 12, n. 3, p. 504-511, 2021. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4240>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4240>. Acesso em: 02 fev. 2023.

RIBEIRO, Ana Carolina *et al.* Cultura de segurança do paciente: percepção dos enfermeiros em um centro de referência em cardiopneumologia. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, p. e20180118, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0118>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/L5gbd8bygwdFszMnbpdqgd/?lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2023.

RIBEIRO, Isabelle Caldas Amorim; CUNHA, Karinne Cristinne da Silva. Avaliação do clima de segurança do paciente em um hospital cirúrgico oftalmológico. **Enfermeria Global**, Murcia, n. 52, p. 333-349, 2018. ISSN 1695-6141. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.310741>. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/pt_1695-6141-eg-17-52-316.pdf. Acesso em: 02 fev. 2023.

ROTTA, Ana Laura Olsefer *et al.* Análise da convergência do Safety Attitudes Questionnaire e do Hospital Survey on Patient Safety Culture. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 76, n. 1, p. e20210379, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0379pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wGWWzP6kWpgrbtjWtdZ6YqQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2023.

SALOVEY, Peter *et al.* Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. *In*: PENNEBAKER, J. W. (Ed.). **Emotion, disclosure, & health**. [S. l.]: American Psychological Association, 1995. p. 125-154. DOI: <https://doi.org/10.1037/10182-006>. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1995-98769-006>. Acesso em: 03 maio 2023.

SANCHIS, Desirée Zago *et al.* Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 5, p. e20190174, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/m4g7LphXYPgZdpPxR4fw4yD/>. Acesso em: 03 maio 2023.

SANTOS, José Luis Silda dos *et al.* Enfrentamento a Covid-19: importância da educação permanente em serviços de saúde. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, [S. l.], v.13, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAEnf.e8669.2021PDF>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/8669>. Acesso em: 01 maio 2021.

SHERMAN Heather *et al.* Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. **International Journal for Quality in Health Care**, Kidlington, v. 21, n. 1, p. 2-8, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1093%2Fintqhc%2Fmzn054>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2638753/>. Acesso em: 14 set. 2022.

SOUSA, Bruna Catarina Alves de. **Validação da Trait Meta-Mood Scale-24**: Estudo com estudantes universitários. 2019. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) - Universidade Portucalense Infante D. Henrique, [S. l.], 2019. Disponível em: <http://repositorio.uportu.pt:8080/bitstream/11328/2947/1/TMPS%20141.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2023

SOUZA, Diego Oliveira. As dimensões da precarização do trabalho em face da pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, p. e00311143, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00311>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/7rJ6TkW8Cs88QkbNwHfdkxb#>. Acesso em: 02 maio 2023.

SOUZA, Jeane Barros de *et al.* Covid-19 vaccination campaign: dialogues with nurses working in Primary Health Care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, p. e20210193, 2021 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0193>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/3zKLzKtWGChx7ZMGdJjNMgd/?lang=en>. Acesso em: 18 maio 2023.

SOUZA, Marina Mazzuco de *et al.* Patient safety culture in the Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 1, p. 27–34, 2019a. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0647>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NcKsSHnLrQv4WhF9GDf5cKd/#>. Acesso em: 18 maio 2023.

SOUZA, Verusca Soares de *et al.* Desdobramentos judiciais do erro na enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 700-706, 2019b. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900096>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ape/a/GsntmLmcXhZyCqWQstBXFck/?lang=pt>. Acesso em: 18 maio 2023.

STOCKING, Jaqueline *et al.* AHRQ PSNet Annual Perspective: Impact of the COVID-19 Pandemic on Patient Safety. **PSNet: Patient Safety Network**, 2021. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/perspective/ahrq-psnet-annual-perspective-impact-Covid-19-pandemic-patient-safety>. Acesso em: 02 maio 2023.

STURMER, Giovani *et al.* Perfil dos profissionais da atenção primária à saúde, vinculados ao curso de especialização em saúde da família UNA-SUS no Rio Grande do Sul. **Revista Conhecimento Online**, Novo Hamburgo, v. 1, p. 4-26, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25112/rco.v1i0.1639>. Disponível em: <https://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/article/view/1639/2453>. Acesso em: 02 maio 2023.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza *et al.* A Saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia por Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/>. Acesso em: 02 mar. 2022.

TIPOS de estudos epidemiológicos. Rio de Janeiro: **Centro de Apoio à Pesquisa no Complexo de Saúde (CAPCS) da UFRJ**, 2022. Disponível em: <http://www.capcs.uerj.br/tipos-de-estudos-epidemiologicos/>. Acesso em: 02 fev 2022.

TOURNIER, Lucas Everton Leite; ZAGHETTI, Janete de Lima. **Análise da relação entre inteligência emocional e síndrome de burnout nos servidores da saúde no município de Itapema-SC**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Administração Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Itapema, 2021. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/225484/TCC_JANETE%20E%20LUCAS%20ASSINADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 02 mar. 2022.

VIEIRA, Julia; ANIDO, Isabela; CALIFE, Karina. Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 47-62, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213203>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3trZqtP9WXBcJ5WYzPzbKJ/>. Acesso em: 02 mar. 2022.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, n. 44, p. 203-220, 2014. DOI: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>. Disponível em <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 03 mar. 2021.

WARD, Heather Burrell. Resident Leadership in the Era of COVID-19: Harnessing Emotional Intelligence. **Academic medicine**, Philadelphia, v. 95, n. 10, p. 1521-

1523, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000003558>. Disponível em: https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2020/10000/resident_leadership_in_the_era_of_covid_19_22.aspx. Acesso em: 03 jul. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030**: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. [S. l.]: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/11/document.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2023.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, Juliana; ECHEIMBERG, Jorge de Oliveira; LEONE, Claudio. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 356-360, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822018000300017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 03 jul. 2023.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Pesquisador: PATRÍCIA FREIRE DE VASCONCELOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 05304818.2.0000.5576

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DA INTEGRACAO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.128.082

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa apresentado tem como foco o estudo da inteligência emocional e segurança do paciente na atenção primária.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a Inteligência Emocional do profissional e a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais das unidades de saúde.

Objetivos Secundários:

identificar fatores que corroboram em atitudes inseguras no ambiente de trabalho, identificar a prevalência da síndrome de burnout entre os profissionais da ESF;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador estima o risco e os desconfortos inerentes ao estudo e apresenta formas de minimizá-los. Estão inclusos benefícios para o [individual/coletivo].

Foi feita a descrição/análise crítica dos riscos e benefícios (individuais e coletivos) e das medidas

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

UF: CE

Município: REDENCAO

CEP: 62.790-000

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: cep@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 3.128.082

destinadas a redução de possíveis desconfortos e de proteção de risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa demonstra relevância visto ser uma proposta que tem como finalidade avaliar a inteligência emocional e prevalência da síndrome de Burnout em profissionais da ESF, além de avaliar a cultura de segurança praticada pelos profissionais das unidades de atendimento. Baseando-se no pressuposto que as emoções e a qualidade de vida estão fortemente ligadas à atitude e conduta profissional. Nessa perspectiva, busca-se, com este estudo identificar a relação entre a segurança do paciente e IE no cuidado prestado por profissionais da saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Carta de Encaminhamento do Projeto ao CEP está presente.

O Termo de Anuência/Autorização do responsável pelo setor/instituição na qual será realizada a pesquisa está presente e adequada tendo em vista que está assinada e carimbada OU em papel timbrado do local onde o estudo será realizado.

A Folha de Rosto está presente e assinada pelo pesquisador responsável, bem como assinada e carimbada pelo responsável pela instituição proponente.

Recomendações:

Modificar o nome "Termo de Anuência de Ônus" para "Declaração de Ausência de Ônus".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1257117.pdf	26/12/2018 19:49:11		Aceito
Outros	declaracao_ausencia.pdf	26/12/2018 19:47:29	PATRICIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	Carta_CEP.pdf	26/12/2018 19:37:42	PATRICIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito

Endereço: Avenida da Abolição, 3
Bairro: Centro Redenção **CEP:** 62.790-000
UF: CE **Município:** REDENCAO
Telefone: (85)3332-1381 **E-mail:** cep@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 3.128.082

Outros	EQUIPE_LISTA.pdf	26/12/2018 19:33:38	PATRICIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	26/12/2018 15:28:04	PATRICIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	Lattes.pdf	26/12/2018 15:26:49	PATRICIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	26/12/2018 15:25:02	PATRICIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	26/12/2018 15:22:13	PATRICIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Cronograma	cronograma_oficial.pdf	26/12/2018 12:38:30	PATRICIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	ANEXO.pdf	29/11/2018 14:12:36	PATRICIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	Apendice.pdf	29/11/2018 14:11:54	PATRICIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	anexo_2_TMMS_24.pdf	29/11/2018 13:57:25	PATRICIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	anexo_1.pdf	29/11/2018 13:56:51	PATRICIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Outros	cartas_de_anuencia.pdf	29/11/2018 11:02:13	PATRICIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_TCLE_PROFSSIONAL.pdf	29/11/2018 11:00:36	PATRICIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	29/11/2018 10:50:37	PATRICIA FREIRE DE VASCONCELOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

REDENCAO, 31 de Janeiro de 2019

Assinado por:
EMANUELLA SILVA JOVENTINO MELO
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida da Abolição, 3
Bairro: Centro Redenção **CEP:** 62.790-000
UF: CE **Município:** REDENCAO
Telefone: (85)3332-1381 **E-mail:** cep@unilab.edu.br

ANEXO B - TRAIT META-MOOD SCALE – TMMS-24

➤ *TMMS-24*

INSTRUÇÕES

Neste questionário encontrará algumas afirmações sobre as suas emoções e sentimentos.

Leia atentamente cada frase e indique, por favor, o grau em que está de acordo ou desacordo com cada uma delas marcando com **X** o número que mais se aproxima das suas preferências.

Tenha sempre presente que não há respostas certas ou erradas, nem respostas boas ou más. Não gaste muito tempo a pensar em cada resposta.

	1	2	3	4	5
	Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo plenamente
1. Presto muita atenção aos meus sentimentos.					1 2 3 4 5
2. Preocupo-me muito com os meus sentimentos.					1 2 3 4 5
3. Acho que é útil pensar nas minhas emoções.					1 2 3 4 5
4. Vale a pena prestar atenção às minhas emoções e estados de espírito.					1 2 3 4 5
5. Deixo que os meus sentimentos se intrometam com os meus pensamentos.					1 2 3 4 5
6. Penso constantemente no meu estado de espírito.					1 2 3 4 5
7. Penso muitas vezes nos meus sentimentos.					1 2 3 4 5
8. Presto muita atenção àquilo que sinto.					1 2 3 4 5
9. Normalmente sei o que estou a sentir.					1 2 3 4 5
10. Muitas vezes consigo saber aquilo que sinto.					1 2 3 4 5
11. Quase sempre sei exactamente aquilo que sinto.					1 2 3 4 5
12. Normalmente conheço os meus sentimentos sobre as pessoas ou qualquer assunto.					1 2 3 4 5
13. Tenho, muitas vezes, consciência do que sinto sobre qualquer assunto.					1 2 3 4 5
14. Consigo dizer sempre o que sinto.					1 2 3 4 5
15. Às vezes, consigo dizer o que sinto.					1 2 3 4 5
16. Consigo perceber aquilo que sinto.					1 2 3 4 5
17. Embora, por vezes, esteja triste tenho, quase sempre, uma atitude optimista.					1 2 3 4 5
18. Mesmo que me sinta mal, tento pensar em coisas agradáveis.					1 2 3 4 5
19. Quando me aborreço, penso nas coisas agradáveis da vida.					1 2 3 4 5
20. Tento ter pensamentos positivos mesmo que me sinta mal.					1 2 3 4 5
21. Se sinto que estou a perder a cabeça, tento acalmar-me.					1 2 3 4 5
22. Preocupo-me em manter um bom estado de espírito.					1 2 3 4 5
23. Tenho sempre muita energia quando estou feliz.					1 2 3 4 5
24. Quando estou zangado procuro mudar a minha disposição.					1 2 3 4 5

O *TMMS-24* está baseado no *Trait Meta-Mood Scale (TMMS)* do grupo de investigação de Salovey e Mayer. A escala original é uma escala que avalia o metaconhecimento dos estados emocionais mediante 48 itens. Em concreto, as destrezas através das quais podemos tomar consciência das nossas próprias emoções assim como, da nossa capacidade para as regular.

O *TMMS-24* contém três dimensões chave da inteligência emocional percebida com 8 itens cada uma. Atenção às emoções, Clareza de sentimentos e Reparação do estado emocional. Na tabela seguinte são apresentadas as três componentes.

Tabela 1. Componentes da IEP no teste

		Definição	
	Atenção	Sou capaz de sentir e expressar os sentimentos de forma adequada	
	Clareza	Compreendo bem os meus estados emocionais	
	Reparação	Sou capaz de regular os estados emocionais correctamente	

		Homens	Mulheres
	Deve melhorar a sua atenção: presta pouca atenção	< 21	< 24
Atenção	Atenção adequada	22 a 32	25 a 35
	Deve melhorar a sua atenção: presta demasiada atenção	> 33	> 36

		Homens	Mulheres
	Deve melhorar a sua atenção: presta pouca atenção	< 21	< 24
Atenção	Atenção adequada	22 a 32	25 a 35
	Deve melhorar a sua atenção: presta demasiada atenção	> 33	> 36

(continuação - instruções)

Tabela 3.2. Pontuações do *TMMS-24*

	Homens	Mulheres
Clareza	Deve melhorar a sua clareza	Deve melhorar a sua clareza
	< 25	< 23
	Clareza adequada	Clareza adequada
	26 a 35	24 a 34
	Excelente clareza	Excelente clareza
	> 36	> 35

Tabela 3.3. Pontuações do *TMMS-24*

	Homens	Mulheres
Reparação	Deve melhorar a sua reparação	Deve melhorar a sua reparação
	< 23	< 23
	Reparação adequada	Reparação adequada
	24 a 35	24 a 34
	Excelente reparação	Excelente reparação
	> 36	> 35

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS NO FORMATO QUE FOI APRESENTADO AOS PARTICIPANTES NO GOOGLE FORMS

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAL)

Caro (a) Profissional:

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19**, cujo objetivo é avaliar a correlação entre inteligência emocional e o clima de segurança entre profissionais da atenção primária que atuam na assistência de enfermagem no período pandêmico ocasionado pela COVID-19. Os riscos inerentes à participação nesta pesquisa podem ser insatisfação relacionada a medo de eventuais repercussões, perda de tempo devido ao questionário ser longo e desgaste emocional em decorrência de relatos sobre os aspectos pessoais (de inteligência emocional), bem como, relacionados à instituição (clima de segurança). Nesse caso, estaremos preparadas para intervir sugerindo a desistência do preenchimento a qualquer momento ou o participante poderá retomar ao questionário em momento oportuno. Por outro lado, benefícios potenciais decorrerão diante de sua participação: reflexão contínua sobre a temática Inteligência Emocional e Clima de Segurança na prática assistencial dos enfermeiros inseridos na pesquisa; desenvolvimento técnico, científico, ético e humano da enfermagem no âmbito da Segurança do Paciente; garantia de *feedback* ao serviço de enfermagem quanto aos indicadores de qualidade levantados e mensurados na pesquisa; e construção de técnicas assistenciais para uma prática de enfermagem segura. Vale ressaltar que a participação é voluntária e que todas as informações obtidas nesse estudo serão mantidas em sigilo e a identidade do participante não será revelada. O (a) Sr. (a) poderá, a qualquer momento, deixar de participar deste estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa, e dúvidas quanto ao preenchimento. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, pode entrar em contato com os pesquisadores através dos seus telefones: Mestrando Fernanda Pereira de Sousa (85) 99956 0396; orientadora da pesquisa Patrícia Freire de Vasconcelos: (85) 99905 0578.

O Comitê de Ética da Unilab em Pesquisa (CEP) encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (085) 3332-6197 – Endereço: Unidade Acadêmica dos Palmares, Rodovia CE 060, km 5. CEP: 62.785-000, Acarape-Ceará- Brasil.

Ressaltamos que esse termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

VOCÊ ACEITA PARTICIPAR DESSA PESQUISA?

() SIM

() NÃO

DIGITE ABAIXO O SEU E-MAIL E TELEFONE

E-mail: _____

Telefone: () _____

CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL

1. Escreva o nome da cidade que você trabalha na Estratégia Saúde da Família – ESF

2. Escreva aqui sua idade (em anos completos. Ex 32)

3. Qual a sua nacionalidade?

Brasileiro (a)

Internacional

4. Qual a sua identidade de gênero?

Homem

Mulher

Outro

Prefiro Não Declarar

5. Qual o seu estado civil?

Solteiro (a)

Casado (a)

Viúvo (a)

Divorciado (a)

União estável

6. Quantos filhos você tem?

7. Qual a categoria profissional que você atua na ESF?

Médico (a)

Enfermeiro (a)

Cirurgião (ã)-dentista

- Técnico (a) de enfermagem
- Auxiliar de enfermagem
- Técnico (a) de saúde bucal
- Auxiliar de saúde bucal
- Agente comunitário de saúde
- Agente de endemias

8. Escreva seu tempo de experiência na ESF (em anos ou em meses, se tempo inferior a 1 ano (ex 1 ano ou 06 meses)

9. Há quanto tempo está vinculada como profissional na Unidade de Saúde que trabalha atualmente (escreva em anos ou em meses, se tempo inferior a 1 ano, ex 1 ano ou 06 meses)

10. Qual a sua carga horária de trabalho semanal na Unidade de Saúde, em horas? (Ex 20 horas, escreva 20)

11. Você possui outro vínculo empregatício?

() SIM

() NÃO

12. Você faz plantão noturno?

() SIM

() NÃO

13. Você trabalha nos fins de semana?

() SIM

() NÃO

14. Se respondeu SIM para a resposta anterior, com que frequência trabalha aos finais de semana?

15. Se marcou SIM na resposta anterior, qual é a sua carga horária semanal incluindo outros vínculos? (Escreva apenas números, ex: 30).

TRAIT META-MOOD SCALE – TMMS-24

INSTRUÇÕES:

Neste questionário você encontrará algumas afirmações sobre suas emoções e sentimentos. Leia atentamente cada frase e indique, por favor, o grau em que está de acordo ou desacordo com cada uma delas, marcando com um X o número que mais se aproxima das suas preferências.

Tenha sempre em mente que não há resposta certa ou errada, nem respostas boas ou más. Escolha apenas uma opção.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo plenamente

1.	Durante a pandemia prestei muita atenção aos meus sentimentos	1	2	3	4	5
2.	Durante a pandemia preocupei-me muito com os meus sentimentos	1	2	3	4	5
3.	Durante a pandemia achei que é útil pensar nas minhas emoções	1	2	3	4	5
4.	Durante a pandemia vi que valia à pena prestar atenção nas minhas emoções e estado de espírito	1	2	3	4	5
5.	Durante a pandemia deixei que os meus sentimentos se intrometam nos meus pensamentos	1	2	3	4	5
6.	Penso constantemente no meu estado de espírito	1	2	3	4	5
7.	Penso muitas vezes nos meus sentimentos	1	2	3	4	5
8.	Presto muita atenção aquilo que eu sinto	1	2	3	4	5
9.	Normalmente sei o que estou a sentir	1	2	3	4	5
10.	Muitas vezes consigo saber aquilo que sinto	1	2	3	4	5
11.	Quase sempre sei exatamente aquilo que sinto	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conheço os meus sentimentos sobre qualquer pessoa ou assunto	1	2	3	4	5
13.	Tenho, muitas vezes, consciência do que sinto sobre qualquer assunto	1	2	3	4	5
14.	Consigo dizer sempre o que eu sinto	1	2	3	4	5
15.	Às vezes, consigo dizer o que eu sinto	1	2	3	4	5
16.	Consigo perceber aquilo que eu sinto	1	2	3	4	5
17.	Embora, por vezes eu esteja triste, tenho, quase sempre, uma atitude otimista	1	2	3	4	5
18.	Mesmo que me sinta mal, tento pensar em coisas agradáveis	1	2	3	4	5
19.	Quando me aborreço, penso nas coisas agradáveis da vida	1	2	3	4	5
20.	Tento ter pensamentos positivos, mesmo que me sinta mal	1	2	3	4	5

21.	Se sinto que estou a perder a cabeça, tento acalmar-me	1	2	3	4	5
22.	Preocupo-me em manter um bom estado de espírito	1	2	3	4	5
23.	Tenho sempre muita energia quando estou feliz	1	2	3	4	5
	Quando estou zangado, procuro mudar a minha disposição	1	2	3	4	5

QUESTIONÁRIO DE ATITUDE SEGURA – SAQ										
Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado										
Por favor, responda os itens seguintes, relativos à sua Unidade ou área específica. Selecione sua resposta usando a escala abaixo:										
	A	B	C	D	E	X				
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	Não se aplica				
CLIMA DE TRABALHO										
1.	As sugestões do enfermeiro (a) são bem recebidos nessa 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) trabalham juntos como uma equipe bem coordenada				A	B	C	D	E	X
CLIMA DE SEGURANÇA										
7.	Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente				A	B	C	D	E	X
8.	Erros são tratados de forma apropriada 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 o 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
SATISFAÇÃO NO TRABALHO										
14.	Minhas opiniões sobre seguranças 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

PERCEPÇÃO DE ESTRESSE		
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 e hostis	A B C D E X
23	O cansaço prejudica meu desempenho em situações de emergência	A B C D E X
PERCEPÇÃO DA GERÊNCIA		
24	A administração apoia meus esforços diários	A B C D E X
25	A administração não compromete conscientemente a Segurança do Paciente	A B C D E X
26	A administração está fazendo um bom trabalho	A B C D E X
27	Profissionais problemáticos na equipe são tratados de maneira construtiva por nossa administração	A B C D E X
28	Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho	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
CONDIÇÕES DE TRABALHO		
30	Esta Unidade 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
COMPORTEMENTOS SEGUROS		
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 os (as) médicos (as) nesta área	A B C D E X
35	Eu vivencio boa colaboração com os (as) farmacêuticos (as) 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

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro (a) Profissional:

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19**, cujo objetivo é avaliar a correlação entre inteligência emocional e o clima de segurança entre profissionais da atenção primária que atuam na assistência de enfermagem no período pandêmico ocasionado pela Covid-19. Os riscos inerentes à participação nesta pesquisa podem ser insatisfação relacionada a medo de eventuais repercussões, perda de tempo devido ao questionário ser longo e desgaste emocional em decorrência de relatos sobre os aspectos pessoais (de inteligência emocional), bem como, relacionados à instituição (clima de segurança). Nesse caso, estaremos preparadas para intervir sugerindo a desistência do preenchimento a qualquer momento ou o participante poderá retomar ao questionário em momento oportuno. Por outro lado, benefícios potenciais decorrerão diante de sua participação: reflexão contínua sobre a temática Inteligência Emocional e Clima de Segurança na prática assistencial dos enfermeiros inseridos na pesquisa; desenvolvimento técnico, científico, ético e humano da enfermagem no âmbito da Segurança do Paciente; garantia de *feedback* ao serviço de enfermagem quanto aos indicadores de qualidade levantados e mensurados na pesquisa; e construção de técnicas assistenciais para uma prática de enfermagem segura. Vale ressaltar que a participação é voluntária e que todas as informações obtidas nesse estudo serão mantidas em sigilo e a identidade do participante não será revelada. O (a) Sr. (a) poderá, a qualquer momento, deixar de participar deste estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa, e dúvidas quanto ao preenchimento. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, pode entrar em contato com os pesquisadores através dos seus telefones: Mestrando Fernanda Pereira de Sousa (85) 99956 0396; orientadora da pesquisa Patrícia Freire de Vasconcelos: (85) 99905 0578.

O Comitê de Ética da Unilab em Pesquisa (CEP) encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (085) 3332-6197 – Endereço: Unidade Acadêmica dos Palmares, Rodovia CE 060, km 5. CEP: 62.785-000, Acarape-Ceará- Brasil.

Ressaltamos que esse termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____
Tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.