

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (MESTRADO
PROFISSIONAL) - PPGSCol**

DANIELA FRANZEN VIGANO

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristiane Damiani Tomasi

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

V672c Vigano, Daniela Franzen.

Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde : visão dos profissionais de saúde / Daniela Franzen Vigano. - 2018.

54 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2018.

Orientação: Cristiane Damiani Tomasi.

1. Segurança do paciente. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde da família. I. Título.

CDD 23. ed. 362.1


DANIELA FRANZEN VIGANO

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

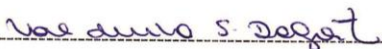
Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de Educação e Gestão do Trabalho na Saúde, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 19 de dezembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dr^ª. Cristiane Damiani Tomasi – (Orientadora)



Profa Dra Valdemira Santina Dagostin - Doutora - (Membro Externo/UNESC)



Profa Dra Fernanda de Oliveira Meller - Doutora (Membro/PPGSCCoI/UNESC)

Folha Informativa

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT.

Este trabalho foi realizado no cenário de práticas da Atenção Primária do Município de Tramandaí, Litoral Norte do Rio Grande do Sul, abordando a cultura de segurança na Atenção Primária em Saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço minha família, meu alicerce, que me apoiou em tudo o que eu quis fazer até hoje.

Minha filha Nicolý que me fez descobrir o amor verdadeiro e é meu maior incentivo para lutar por meus objetivos.

Ao meu amor Miqueias obrigada pela paciência e apoio, e por não ter desistido de me conquistar.

Agradeço a minha amiga Magda Dorr pela força e motivação, entre livros e estudos, a tua amizade é o que me motiva a ser cada vez melhor. Eu não teria conseguido sem você do meu lado.

A mestre Dra. Cristiane Damiani Tomasi toda a minha admiração, respeito e carinho, agradecer pela paciência, pela partilha de conhecimento, pelos ensinamentos para a vida.

Acredito que nenhum obstáculo é grande, quando a vontade de vencer é maior.

“Todo projeto humano é infalível, a primeira regra de segurança é pensar no impensável”

Alexander Carlisle

RESUMO

A Política Nacional de Segurança do Paciente foi promovida como meio de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, sendo eles públicos ou privados. A discussão sobre segurança do paciente no ambiente da atenção primária à saúde vem evoluindo progressivamente nos últimos anos. Comumente ocorrem eventos adversos na atenção primária em saúde, visto que é um ambiente que acolhe um considerável número de atendimentos, dessa forma, o olhar sobre a segurança do paciente vem saindo de ambientes hospitalares e ampliando-se para rede de atenção primária em saúde. Este estudo teve como objetivo analisar a cultura de segurança do paciente na atenção primária em saúde, na visão de profissionais inseridos nas Estratégias de Saúde da Família no município de Tramandaí no litoral norte do Rio Grande do Sul. Utilizou-se a abordagem quantitativa, descritiva e transversal, e fez uso de um inquérito sobre cultura de segurança do paciente utilizando instrumento validado (*Medical Office Survey on Patient Safety Culture*), com adaptação transcultural para a língua portuguesa. O estudo incluiu 48 profissionais que trabalham nas equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde). As dimensões identificadas como potencialidades nesse estudo são os *aspectos relacionados à segurança do paciente, seguimento da assistência ao paciente, aprendizagem organizacional e percepção geral de segurança do paciente e qualidade do cuidado*. As principais fragilidades sobre segurança do paciente na atenção primária em saúde tratam-se de *pressão no trabalho e ritmo, treinamento da equipe, procedimentos estabelecidos na unidade, comunicação aberta, apoio dos gestores e avaliação global da segurança do paciente*. Percebe-se uma correlação coerente entre atitudes verificadas nas dimensões *aspectos relacionados à segurança do paciente, comunicação aberta, seguimento da assistência ao paciente, aprendizagem organizacional* e respostas positivas avaliação global da segurança do paciente. Contudo, a comunicação aberta foi a dimensão mais evidenciada, apontando correlação positiva moderada entre esta e *comunicação sobre o erro e trabalho em equipe*, e melhorias na comunicação pode refletir em avanços significativos nesta dimensão, elevando a segurança do cuidado ofertado. Este estudo evidencia a comunicação como uma dimensão que merece atenção e intervenção na APS, portanto é importante que equipes de saúde e a gestão dos serviços ofertem espaços de discussão sobre segurança do paciente e assegurem princípios que coloquem a comunicação como importante norteadora de um ambiente seguro ao paciente.

Palavras-chave: Saúde da Família. Atenção Primária. Segurança do Paciente. Qualidade do cuidado.

ABSTRACT

The National Patient Safety Policy was promoted as a means of contributing to the qualification of health care in all health facilities in the national territory, whether public or private. The discussion about patient safety in the primary health care environment has been progressively evolving in recent years. Adverse events usually occur in primary health care, since it is an environment that receives a considerable number of visits, thus, the look on the patient's safety has been coming from hospital environments and expanding to a primary health care network. The purpose of this study was to analyze the patient's safety culture in primary health care, in the perspective of professionals included in the Family Health Strategies in the municipality of Tramandaí on the north coast of Rio Grande do Sul. The quantitative, descriptive approach and cross-sectional study, and made use of a patient safety culture survey using the Medical Office Survey on Patient Safety Culture, with cross-cultural adaptation to the Portuguese language. The study included 48 professionals working in family health teams (doctors, nurses, dentists, nursing technicians and community health agents). The dimensions identified as potentialities in this study are aspects related to patient safety, follow-up of patient care, organizational learning and general perception of patient safety and quality of care. The main weaknesses in patient safety in primary health care are pressure on work and pace, team training, established procedures in the unit, open communication, support of managers and overall assessment of patient safety. It is noticed a coherent correlation between attitudes verified in the dimensions aspects related to patient safety, open communication, patient care follow-up, organizational learning and positive responses global evaluation of patient safety. However, open communication was the most evident dimension, indicating a moderate positive correlation between communication and communication about error and teamwork, and improvements in communication can reflect significant advances in this dimension, increasing the security of care offered. This study highlights communication as a dimension that deserves attention and intervention in PHC, so it is important that health teams and the management of services offer spaces for discussion about patient safety and ensure principles that place communication as an important guide to a safe environment to the patient.

Keywords: Family Health. Primary Attention. Patient Safety. Quality of care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Incidentes relacionados ao cuidado de saúde	15
Figura 2 - Fluxograma descritor da inclusão de participantes no estudo	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil laboral dos profissionais na atenção primária em saúde.....	31
Tabela 2 - Potencialidades e fragilidades da cultura de segurança do paciente entre profissionais da atenção primária em saúde	31
Tabela 3 -Percepção geral dos profissionais da atenção primária em saúde sobre segurança do paciente e qualidade do cuidado de acordo com o nível de formação.....	32
Tabela 4 – Percentual de respostas positivas nas dimensões de cultura de segurança do paciente de acordo com a Avaliação Global de segurança do paciente na atenção primária em saúde	33
Tabela 5 - Correlação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente na atenção primária em saúde	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AHRQ	<i>Agency for Health Care Research and Quality</i>
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
EA	Eventos adversos
GGTES	Gerência Geral de Tecnologias em Serviços de Saúde
ICPS	Classificação Internacional de Segurança do Paciente / <i>International Classification for Patient Safety</i>
MOSPSC	<i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i>
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS/OMS	Organização Pan-Americana da Saúde /Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSP	Plano de Segurança de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 SEGURANÇA DO PACIENTE	14
1.1.1 Segurança do paciente na Atenção primária à Saúde.....	18
1.1.2 Cultura de Segurança do paciente na APS	21
1.2 JUSTIFICATIVA	22
1.3 PROBLEMA.....	22
1.3 HIPÓTESES	23
2. OBJETIVOS	24
2.1 OBJETIVO GERAL	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3 MÉTODOS.....	25
3.1 DESENHO DO ESTUDO.....	25
3.2 VARIÁVEIS	25
3.2.1 Dependente.....	25
3.2.2 Independentes	25
3.3 LOCAL DO ESTUDO.....	25
3.4 POPULAÇÃO EM ESTUDO	26
3.4.1 Critério de inclusão	26
3.4.2 Critério de exclusão	26
3.5 AMOSTRA	26
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	27
3.7 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA.....	27
3.8 INSTRUMENTO DE COLETA	28
3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	29
4 RESULTADOS	30
4.1 PERFIL LABORAL DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	30
4.2 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	31
4.3 PERCEPÇÃO GERAL DOS PROFISSIONAIS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	32
4.4 CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	34
5 DISCUSSÃO	39
6 CONCLUSÃO.....	44
ANEXO A – PESQUISA SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA -.....	54

1 INTRODUÇÃO

Ao analisar a qualidade dos cuidados em saúde é possível considerar como elemento fundamental a segurança do paciente. A cultura de segurança do paciente vem ganhando visibilidade e reconhecimento cada vez maior, já que há dedicação e cuidado dos profissionais que atuam na saúde para sempre progredir em relação a assistência. Na Atenção Primária em Saúde (APS), o acolhimento articula-se através da implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. Sendo assim, a comunidade precisa ser incentivada a conhecer e utilizar os serviços de saúde disponíveis; logo, o empoderamento da comunidade, pode ser uma opção para chamar a atenção dos pacientes quanto aos diversos aspectos que envolvem o cuidado de saúde e segurança do paciente (BRASIL, 2014).

Cabe destacar que a segurança do paciente é muito incentivada no ambiente hospitalar. No entanto, na atenção primária, os profissionais não são tão preparados para a ação, em relação aos riscos primários, ficando nítida essa carência (BRASIL, 2014).

Em 2012, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou uma equipe de trabalho para estudar as questões implicadas na segurança do paciente na APS. O parecer da OMS intitulado “Agora Mais Que Nunca”, a respeito dos cuidados de saúde primários, evidenciou que a maneira de prestar cuidados na APS não consegue reduzir as consequências dos incidentes no sistema de saúde e é incapaz de assegurar níveis de segurança e higiene suficientes (WHO, 2013).

A APS reúne ações individuais, familiares e coletivas que visam desde a promoção à saúde até a reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos, a qual deve ser desenvolvida por meio de cuidado integrado e gestão qualificada (BRASIL, 2017). O cuidado integrado e gestão qualificada deve ser realizada por uma equipe multiprofissional e dirigida a uma população definida (BRASIL, 2017). Na política nacional de atenção básica (BRASIL, 2017) a APS é apresentada como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como, ordenadora de ações e serviços disponibilizados na rede.

Em uma revisão sistemática, Marchon e Junior (2014) verificaram que os incidentes mais encontrados na APS estavam associados à medicação e diagnóstico, e os fatores que mais contribuíram foram as falhas de comunicação entre membros da equipe de saúde. Considerando a APS como principal ponto de contato entre usuário e serviço de saúde, local onde acontece um grande volume de atendimentos, levando em consideração a extensão das ações preconizadas para esse serviço, é importante compreender como é a cultura de segurança entre

os profissionais atuantes nas equipes de saúde.

1.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

O conceito de segurança do paciente, segundo a OMS, está relacionado à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. A segurança do paciente é vista como um dos atributos ou dimensões da qualidade dos serviços de saúde, pois está intimamente relacionada com o desempenho das necessidades e expectativas dos usuários desses serviços (WHO, 2013).

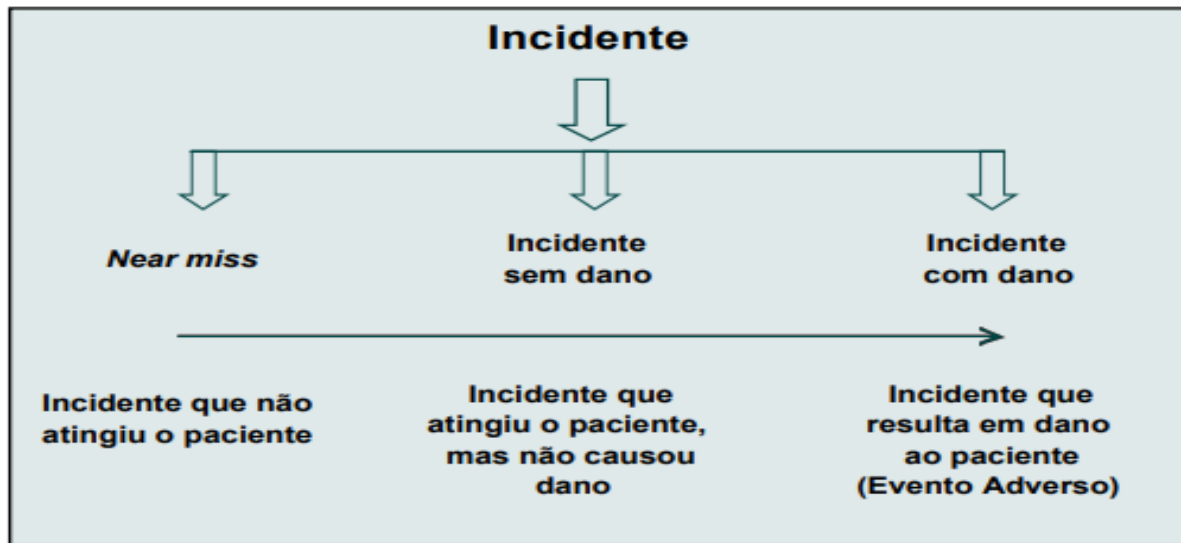
A cada ano as publicações na área de segurança do paciente se intensificam. Entretanto, por se referir a uma área nova, o entendimento dessas pesquisas tem permanecido envolto pela utilização de uma linguagem erudita. Esta ocorrência fundamentou a execução de uma classificação de segurança do paciente pela OMS, durante o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da OMS, em 2004 (ANVISA, 2017).

Guiada por um referencial explicativo, a equipe de pesquisa desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*), tendo 48 conceitos-chave. Os conceitos dominantes da ICPS, com suas respectivas definições e termos selecionados estão descritos abaixo (BRASIL, 2014):

- a) **Erro:** falha em executar um plano de ação como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto. Podem ser subdivididos em: Erro de omissão (falhar em fazer a coisa certa) e erro de ação (fazer a coisa errada)
- b) **Violações:** são atos deliberados, todavia eventualmente maliciosos, e que podem se tornar rotineiros e automáticos em certos contextos.

Incidente relacionado ao cuidado de saúde – dentro da taxonomia denominado apenas por **incidente**– é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Os incidentes classificam-se como: *near miss*, **incidente sem dano** e **incidente com dano (evento adverso)**-Figura 1.

Figura 1 - Incidentes relacionados ao cuidado de saúde



Fonte: Proqualis (2012)

Quanto aos tipos, os incidentes são agrupados em categorias de incidentes com a mesma natureza, por exemplo: processo ou procedimento clínico; documentação; infecção associada ao cuidado; medicação/fluidos; sangue e produtos sanguíneos; nutrição; oxigênio, gás e vapores; dispositivos e equipamentos médicos; comportamento; pacientes; infraestrutura e recursos/administração.

- c) **Detecção:** ação ou circunstância que resulta na descoberta de um incidente. Os dispositivos de detecção podem ser parte do sistema como por exemplo o alarme de baixa saturação no monitor multiparâmetro, ou resultar de uma postura de maior “consciência” da situação de um incidente de causar dano a um paciente.

Sendo a segurança do paciente um tema crítico para a saúde de modo geral, há necessidade de traçar estratégias que minimizem adversidades evitáveis e erros. A prática baseada em evidências (PBE) à beira do leito é um método, que sendo utilizado, pode proporcionar redução das complicações evitáveis, porém é necessário que haja colaboração entre os diferentes profissionais que realizam assistência, bem como dos gestores dos serviços de saúde (BRADLEY, 2009).

Os profissionais de saúde que prestam assistência ao paciente, são fundamentais frente ao processo de deter erros, pois são esses profissionais que podem impedir decisões ruins e assumem um papel de liderança quanto ao desenvolvimento e uso de estratégias voltadas à

segurança e qualidade do cuidado. Desse modo, é necessário se discutir sobre a prática e tornar a assistência em saúde mais segura (BRASIL, 2017).

A procura pela qualidade da atenção não é um assunto novo, sendo o documento difundido pelo *Institute of Medicine (IOM)*, intitulado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (*To err is Human: building a safer health system*), em 1999, que ampliou a preocupação por um dos fatores da qualidade: a segurança do paciente (WHO, 2009).

Em 2004, a OMS apresentou oficialmente a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) por meio de Resolução na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, sugerindo aos países uma maior atenção ao tema Segurança do Paciente. É missão da Aliança coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a segurança do paciente, sendo que em 2006 foram elencadas seis áreas-chave na assistência: identificação do paciente; comunicação entre profissionais da assistência; segurança das medicações de alta vigilância; cirurgias – local de intervenção procedimento e paciente corretos; infecção associada aos cuidados à saúde; lesões decorrentes de quedas em pacientes (WHO, 2013).

Dentre os desafios globais para a segurança do paciente, no biênio 2005-2006, as ações foram focadas na higiene das mãos e prevenção de infecções, com a campanha “Uma Assistência Limpa é uma Assistência Segura” (WHO, 2005). Em 2009 a OMS definiu o dia 5 como marco para a instalação da Campanha Mundial de higiene das mãos. Já entre 2007-2008, o foco foi promoção de segurança dos pacientes na cirurgia (WHO, 2009). Em 2017, foi lançado o terceiro desafio global “Medicação sem danos”, os erros de medicação correspondem a maioria dos erros ocorridos em hospitais e na atenção primária (WHO, 2017).

Em 25 de novembro de 2011, a Anvisa publicou a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC 63, que trata sobre as condições para as boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. No artigo 8º da RDC são descritas as estratégias e ações voltadas para Segurança do Paciente, que os serviços de saúde devem estabelecer, tais como:

- I. Mecanismos de identificação do paciente;
- II. Orientações para a higiene das mãos;
- III. Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionada à assistência à saúde;
- IV. Mecanismos para garantir segurança cirúrgica;
- V. Orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes;
- VI. Mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes;

VII. Mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão;

VIII. Orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada.

Conforme a RDC, os prestadores de serviços de saúde precisam utilizar a garantia da qualidade como instrumento de gerenciamento e produzir políticas de qualidade incluindo a tríade de gestão (estrutura, processo e resultado) (BRASIL, 2011).

Em 2013, foi lançada a portaria do MS nº 529, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em que o artigo 3º, define como objetivos específicos do PNSP:

promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde; envolver os pacientes e os familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e na pós-graduação na área da Saúde.

O PNSP tem quatro eixos: O estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema (BRASIL, 2014).

Na RDC 36 de 2013 a Anvisa institui ações para promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde, dentre as quais se estabelece a criação de Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), defino como “instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”. A RDC também define que os NSP devem ser estruturados em serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares incluindo as instituições de ensino e pesquisa (BRASIL, 2013). As principais atividades do NPS incluem: a) implantação de protocolos de segurança do paciente e monitoramento dos indicadores; b) desenvolvimento de ações para promover a integração e articulação multiprofissional no serviço de saúde; c) elaboração, implantação, divulgação e atualização do Plano de Segurança do Paciente (PSP); d) promoção de ações para a gestão do risco no serviço de saúde; e) promover mecanismos de identificação e avaliação da existência de não conformidades de processos e procedimentos; f) acompanhamento de ações relacionadas ao PSP; g) estabelecimento de barreira para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde; h) desenvolvimento, implantação e acompanhamento de programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde; i) analisar e avaliar dados decorrentes da prestação de serviço de saúde; compartilhar e divulgar à direção e profissionais

do serviços de saúde os resultados de avaliação de dados sobre incidentes relacionados à assistências à saúde decorrentes da prestação do serviço de saúde; j) notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) eventos adversos decorrentes da prestação de serviços de saúde; k) acompanhamento de alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias (BRASIL, 2016)

Para auxiliar na padronização da qualidade dos serviços de saúde, surgiram as portarias 1377 e 5085/2013 que trata sobre a implementação de seis Protocolos de Segurança do Paciente com foco nos problemas de maior incidência, estabelecendo um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, devendo ser elaborados e implantados em instituições de saúde. São eles: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais. Esses protocolos são os recomendados pela OMS tanto para enfrentamento dos desafios globais, quanto para soluções de segurança do paciente (BRASIL, 2013).

No que concerne à observação do desempenho e segurança de produtos de saúde utilizados de modo regular - tais como medicamentos, kits para exames laboratoriais, órteses, próteses, equipamentos e materiais médico-hospitalares, saneantes, sangue e seus componentes – foi implementada a Rede Sentinela em 2001. São objetivos da rede: obter informações de qualidade sobre os eventos adversos e queixas técnicas relacionados a produtos sob vigilância no período pós-uso/pós-comercialização (VIGIPÓS); promover e divulgar a Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), para consolidar a cultura de notificação; contribuir para aprimoramento do gerenciamento de risco nos serviços de saúde; desenvolver e apoiar estudos de interesse do Sistema de Saúde Brasileiro; cooperar com atividade de formação da pessoa, educação continuada e produção de conhecimento no âmbito do VIGIPÓS (BRASIL, 2013).

1.1.1 Segurança do paciente na Atenção primária à Saúde

Entende-se que a APS é uma estratégia de organização de assistência a saúde, com a maior habilidade de estimular o empoderamento, seja apenas em indivíduos como em famílias inteiras, contribuindo para o entendimento de seu direito a saúde e seu compromisso com o autocuidado. Este compromisso é visto na atualidade como ponto chave para prevenir doenças. Ainda, a APS vem enfrentando grandes desafios em todos os países, com população mais

longeva, porém com doenças crônicas, e que necessitam de apoio da comunidade, bem como almejam boa qualidade de vida. Nos seus princípios uma APS deve dispor de atribuições que propiciem a oferta e cuidados primários direcionados as pessoas, dirigido nas necessidades de saúde, com um vínculo singular que se conserva com o tempo, ampla, constante e guiada para indivíduos e famílias (PADOVEZE; FIGUEIREDO, 2014).

A incumbência pela saúde da comunidade deve cercar todos os ciclos de vida e as demandas aos determinantes das doenças, dispondo como aliados os usuários, para que possam auxiliar na gestão da sua doença e saúde da comunidade. Apesar do preceito de não causar malefício esteja inserido no papel da APS pelo intrínseco potencial deste nível de atenção para a qualidade da saúde, faz-se necessário ampliar o raciocínio de que a segurança em saúde não inicia apenas na hospitalização de um indivíduo (PADOVEZE; FIGUEIREDO, 2014).

Nos estudos realizados sobre segurança do paciente, há grande concentração na assistência no âmbito hospitalar, muito provavelmente pelo fato de nestes locais serem realizados rotineiramente cuidados mais complexos, com tecnologia dura, apresentando mais riscos. Outra cogitada explicação é o fato dos custos elevados em hospitais, acarretando em maior concentração de pesquisas. Todavia, cabe ressaltar que os dilemas com a segurança do paciente ocorrem também nos locais onde são prestados cuidados primários. E onde os pacientes recebem a maioria dos cuidados de saúde no decorrer da vida, especialmente em países como o Brasil, em que se têm modelo de atenção em saúde que pensa a APS como ordenadora da rede de atenção à saúde. Ainda, dentre as pesquisas sobre segurança do paciente, a maioria delas são voltadas para a prevenção de eventos adversos e uma pequena parcela voltada à cultura de segurança (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 1999, STARFIELD, 2002; DONALDSON, 2009; PAESE e DAL SASSO, 2013).

O cuidado em saúde é ministrado na APS, sendo que o primeiro contato dos clientes acontece no sistema de saúde. A APS exerce um papel cada vez complexo frente ao sistema de saúde, conduzindo a coordenação do ingresso a serviços especializados, assiste a uma progressiva demanda de idosos, portadores de agravos crônicos, com comorbidades, devido ao aumento da expectativa de vida. Quanto mais profundo o cuidado, maior o risco de ocorrer incidentes (MENDES, 2012).

O relatório “Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais Que Nunca”, elaborado em 2008, demonstra as fraquezas na assistência dentro das APS, rotulando o cuidado ao paciente como pouco seguro.

“Um sistema mal pensado que é incapaz de garantir níveis de segurança e higiene, levando a elevadas taxas de infecções, juntamente com erros de medicação e outros eventos adversos que são evitáveis e que constituem causas de morte e de falta de saúde, muitas vezes subestimadas” (WHO, 2008, p.14).

Em fevereiro de 2012, o Programa de Segurança do Paciente convocou uma consulta com alguns dos maiores especialistas do mundo em cuidados primários, pesquisa e segurança do paciente para formar o *Safety Primary Care Expert Working Group*. Os peritos, de dezoito Estados-Membros e das seis regiões do mundo, juntamente com altos membros da OMS, reuniram-se em Genebra durante dois dias. Juntos, eles discutiram e debateram as evidências disponíveis sobre o ônus do dano resultante de erros e a compreensão global limitada de como intervir para melhorar a segurança dos cuidados em ambientes de atenção primária (WHO, 2012). Os principais resultados do encontro foram:

- d) Reconhecimento da importância da atenção primária segura.
- e) Disposição para trabalhar em rede em torno de uma agenda comum e compartilhar instrumentos, ferramentas, dados e aprendizado.
- f) O suporte visava integrar a mensuração da linha de base com a melhoria da qualidade em ambientes de baixa e média renda.
- g) Identificação de áreas prioritárias e principais lacunas de conhecimento.
- h) Reconhecimento da necessidade de maior conhecimento e propostas práticas para preencher as principais lacunas de conhecimento.
- i) Sugestões para um roteiro de ação.

A APS atende, em sua maioria, pacientes que demandam um nível menor de complexidade. Porém, cerca de 82% dos atendimentos acabaram ocasionando algum dano ao paciente, sendo que em alguns casos a gravidade é alta (JACOBS et al, 2007; BEYER et al, 2003). A maioria dos incidentes foram verificados em pacientes idosos, com doenças crônicas e vulnerabilidade social (ROSSER et al., 2005). No estudo de Marchon, Junior e Pavão (2014) verificou-se maior frequência de incidentes em adultos, seguido de idosos; quanto à presença de doenças crônicas, também foi mais frequente a ocorrência de incidentes nessa fatia da população. Já não foi mais frequente entre aqueles com vulnerabilidade social.

As pesquisas sobre segurança do paciente na APS ainda são tímidas, mas para além de conhecer os incidentes que ocorrem nesse nível de atenção, também é importante conhecer a cultura de segurança do paciente das equipes atuantes na APS.

1.1.2 Cultura de Segurança do paciente na APS

Como mencionado anteriormente, através da portaria n° 529, de 1° de abril de 2013 se estabeleceu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e considerando os quatro eixos (estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema) o cultura de segurança deve perpassar todos os eixos. Sendo esta de tamanha importância que a portaria se dedica também a conceituar a cultura de segurança de acordo com a OMS (BRASIL, 2013):

- a) 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.
- b) Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais.
- c) Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança.
- d) Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional.
- e) Cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

A cultura de segurança é um movimento de grupo, principalmente um fenômeno organizacional, o qual se dá de diferentes modos nos diferentes níveis e organizações de cuidado (GULDENMUND, 2000; TOMOLO et al., 2011). A OMS define cultura de segurança como conjunto de atitudes, valores, percepções, competências e comportamento (WHO, 2009). De acordo com a *Agency for Healthcare Research and Quality* (2014) para avaliar a cultura de segurança do paciente é necessário compreender valores, atitudes, crenças e normas que são importantes para a instituição de saúde, bem como quais atitudes e comportamentos são adequados e esperados para a segurança do paciente.

Em uma revisão sistemática publicada em 2018, foram incluídos treze estudos que abordam cultura de segurança e instrumentos para avaliação da mesma (LAWATI et al, 2018). A maioria dos estudos adotou como definição para cultura de segurança similar a proposta da OMS.

No Brasil, em 2013, Paese e Figueiredo, utilizaram o *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)* para avaliar as atitudes de segurança de paciente na atenção primária no Brasil. Os dois principais estudos incluídos nessa revisão sistemática de Lawati et al (2018) usaram os *Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)* e *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, sendo que o último possui uma análise psicométrica que indica o instrumento como adequado para analisar a cultura de segurança do paciente em diferentes ambientes, incluindo a atenção primária à saúde (SORRA e DYER, 2010).

Em 2016 foi traduzido, adaptado e validado para avaliar a cultura de segurança na APS no Brasil o *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC)*, desenvolvido em 2007 pela *Agency for Health Care Research and Quality – AHRQ* (TIMM e RODRIGUES, 2016). Este instrumento apresentou alta confiabilidade, além de ser considerado de fácil compreensão pela população estudada. Este é o instrumento de escolha nessa proposta de pesquisa.

1.2 JUSTIFICATIVA

Considerando que grande parte dos cuidados de saúde ocorre em situações extra hospitalares e muitos incidentes classificados nos hospitais acabam por ter início em outros ambientes de saúde, como na atenção primária à saúde, por exemplo, é de grande importância abordar a cultura de segurança do paciente dentro desse ambiente. A partir do reconhecimento da cultura de segurança na APS será possível mobilizar equipes e gestores no sentido de melhorar a qualidade do serviço de saúde no que concerne a segurança no cuidado ofertado ao usuário do sistema de saúde.

1.3 PROBLEMA

Diante influência dos processos organizacionais e técnicos das instituições sobre os profissionais, a revisão dos processos de trabalho é uma ferramenta imprescindível para o conhecimento dos problemas existentes e posterior implementação de impedimentos para o surgimento de novos problemas relacionados à segurança (COSTA et al., 2018). Partindo dessa premissa chega-se a seguinte problematização: Qual a cultura de segurança do paciente entre profissionais atuantes em Estratégias de Saúde da Família do Município de Tramandaí, Litoral Norte do Rio Grande do Sul?

1.3 HIPÓTESES

As hipóteses norteadoras do estudo compreendem:

H1 – A maioria dos profissionais trabalha na atenção primária à saúde por pelo menos 2 anos, com carga de trabalho semanal de 25 a 32 horas.

H2 – Comunicação sobre erro, troca de informações, procedimentos estabelecidos na unidade de saúde são dimensões com menores escores, indicando fragilidade da cultura de segurança. Já o trabalho em equipe é uma dimensão apontada como potencialidade na cultura de segurança.

H3 – A percepção geral dos profissionais da atenção primária à saúde sobre segurança do paciente é muito boa, já quanto a qualidade do cuidado é avaliada como boa.

H4 – Os profissionais da atenção primária à saúde têm uma percepção positiva em relação a aprendizagem organizacional, porém não em relação ao apoio dos gestores.

H5 – Há uma correlação positiva entre segurança do paciente e trabalho em equipe e treinamento da equipe, ou seja, quanto melhor a percepção de trabalho e treinamento da equipe melhor será a percepção de segurança do paciente. Já a percepção de segurança do paciente e pressão no trabalho tem correlação negativa.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a cultura de segurança do paciente na atenção primária de acordo com a visão de profissionais inseridos nas Estratégias de Saúde da Família no município de Tramandaí no litoral norte do Estado do Rio Grande do Sul.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil profissional dos profissionais atuantes na atenção primária à saúde, em relação ao tempo de trabalho, ocupação e carga horária;
- b) Verificar a fragilidades e potencialidades da cultura de segurança a partir das dimensões comunicação, troca de informações, procedimentos estabelecidos na unidade, treinamento da equipe, trabalho em equipe e pressão no trabalho e ritmo na atenção primária à saúde;
- c) Identificar a percepção geral dos profissionais de saúde sobre segurança do paciente, qualidade do cuidado e seguimento da assistência ao paciente;
- d) Descrever a percepção dos profissionais da atenção primária à saúde sobre a aprendizagem organizacional e apoio dos gestores na segurança do paciente;
- e) Correlacionar as diferentes dimensões de segurança do paciente.

3 MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Esta pesquisa utilizou o tipo de estudo transversal com abordagem quantitativa, e fez uso de um inquérito sobre cultura de segurança do paciente utilizando instrumento validado, com adaptação transcultural realizada por Timm e Rodrigues (2016).

3.2 VARIÁVEIS

3.2.1 Dependente

Avaliação global da segurança do paciente (positiva, neutra ou negativa); formação dos profissionais (com ou sem nível superior); população atendida na unidade de saúde (menor ou maior que 3500); classificação da unidade de saúde no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB (Regula ou Bom).

3.2.2 Independentes

Perfil laboral profissional (tempo de trabalho, ocupação, carga horária), dimensões de segurança: comunicação aberta, comunicação sobre o erro, troca de informações, processo de trabalho e padronização, aprendizagem organizacional, apoio dos gestores na segurança do paciente, seguimento da assistência ao paciente, questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade, treinamento da equipe, trabalho em equipe, pressão no trabalho e ritmo.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

O município de Tramandaí/RS, o local do estudo, situa-se no litoral norte do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil. a população estimada do município, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2018 é de 50.760 mil habitantes (IBGE, 2018).

O município de Tramandaí possui uma zona rural denominada Estância Velha, local onde são cultivados variados tipos de hortaliças, frutas, mel, pequenos rebanhos de gado. A zona rural é a maior produtora de grama jardim do Estado. O município dispõe de pequenas indústrias privadas, microempresas, no setor de esquadrias, vidraçarias, móveis e confecções; destacando a “indústria sem chaminé”, o turismo. O comércio é diversificado, com lojas de

confeção, calçados, artesanatos, perfumaria, jogos eletrônicos, imobiliárias, restaurantes, postos de combustíveis, mercados, etc. (IBGE, 2018).

O estudo foi realizado nas cinco (05) unidades de Estratégia em Saúde da Família do município de Tramandaí/RS. A estrutura de saúde do município de Tramandaí/RS é composta por: 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 01 Centro de Especialidades, 01 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 05 ESF, 03 UBS e 01 Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

3.4 POPULAÇÃO EM ESTUDO

O estudo envolveu a participação dos profissionais que trabalham nas equipes de saúde da família do município de Tramandaí/RS, incluindo médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Toda população conta com 57 profissionais de saúde.

3.4.1 Critério de inclusão

Atuar na Estratégia de Saúde da Família (mínimo de 03 meses);

3.4.2 Critério de exclusão

Ter menos de 18 anos;

Não aceitar participar da pesquisa.

3.5 AMOSTRA

O estudo partiu de uma população com 57 profissionais que atuam nas equipes de saúde da família do município de Tramandaí/RS. A partir dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra ficou constituída de 48 profissionais na pesquisa. Foram excluídos 08 profissionais (01 com nível superior e 07 de nível técnico) por atuar há menos de 03 meses na unidade de saúde e 01 profissional (nível superior) estava em afastamento no período da pesquisa.

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise quantitativa de dados, os mesmos foram inseridos em planilha eletrônica após a coleta e a análise estatística foi calculada pelo *software* estatístico SPSS.

A formação dos profissionais e os itens referentes à percepção geral de segurança e avaliação global da segurança foram analisados utilizando teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, conforme indicado.

As variáveis contínuas (dimensões da segurança do paciente) foram apresentadas utilizando média \pm desvio padrão. Quando analisada a associação das diferentes dimensões de segurança do paciente com avaliação global de segurança e qualidade, população atendida na unidade de saúde e classificação no terceiro ciclo de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, as análises realizadas utilizando o teste U de Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis, conforme indicado.

A correlação entre as dimensões da segurança do paciente foi analisada por teste de Spearman. Para a qual considerou uma correlação muito fraca quando ρ 0,00-1,19; fraca quando ρ 0,20-0,39; moderada quando ρ 0,4-0,69; forte quando ρ 0,7-0,89; muito forte quando ρ 0,9-1,00.

Para todas as análises considerou-se diferença estatisticamente significativa quando $p \leq 0,05$. A análise estatística foi desenvolvida no software SPSS, versão 23.0.

3.7 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA

Essa pesquisa foi coordenada pelo Grupo de Pesquisa em gestão do cuidado, integralidade e educação na saúde (GECIES) e Núcleo de Saúde Coletiva da Unesc. A coleta de dados foi realizada nas através de visita às unidades de saúde, por uma pesquisadora treinada, a qual aplicou o instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) - ANEXO A - para avaliação da cultura de segurança na atenção primária à saúde.

A pesquisa foi organizada em diferentes momentos, destacados abaixo:

1º Momento: Obtenção da Carta de Aceite do local de pesquisa (ANEXO B);

2º Momento: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC (ANEXO C);

3º Momento: Início da coleta de dados (após autorização do comitê de ética);

4º Momento: Organização do banco de dados;

5º Momento: Elaborar a análise estatística

6º Momento: Construção da dissertação e apresentação para a banca examinadora.

7º Momento: Construção de um artigo, bem como sua submissão e aceite para publicação.

3.8 INSTRUMENTO DE COLETA

Para avaliar a cultura de segurança do paciente foi utilizado o instrumento MOSPSC, desenvolvido em 2007 pela *Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)*, traduzido e adaptado para a versão brasileira, em 2016, por Timm e Rodrigues.

O MOSPSC, em sua versão traduzida para o português, é composto de 51 perguntas que avaliam 12 dimensões da segurança do paciente (TIMM; RODRIGUES, 2016), como descrito no quadro 1.

Quadro 1 - Seções, dimensões e questões correspondentes

Seções e Dimensões	Questões
<i>Seção A: Questões sobre segurança do paciente e qualidade</i>	
Questões sobre segurança do paciente e qualidade	A1 - A10
<i>Seção B: Troca de informações com outras instituições</i>	
Troca de informações com outras instituições	B1 – B5
<i>Seção C: Trabalho neste serviço de saúde</i>	
Trabalho em equipe	C1, C2, C5, C13
Pressão no trabalho e ritmo	C3, C6, C11, C14
Treinamento da equipe	C4, C7, C10
Procedimentos estabelecimentos na unidade	C8, C9, C12, C15
<i>Seção D: Comunicação e Acompanhamento</i>	
Comunicação aberta	D1, D2, D4, D10
Comunicação sobre o erro	D7, D8, D11, D12
Seguimento da assistência ao paciente	D3, D5, D6, D9
<i>Seção E: Apoio dos Gestores</i>	
Apoio dos Gestores	E1 – E4
<i>Seção F: Seu serviço de saúde</i>	
Aprendizagem organizacional	F1, F5, F7
Percepção geral de segurança do paciente e qualidade	F2, F3, F4, F6
<i>Seção G: Avaliação global da segurança do paciente e qualidade</i>	
	G1a-G1e, G2
<i>Seção H: Prática profissional</i>	
	Perfil profissional
<i>Seção I: Seus comentários</i>	
	Observações

Um modo de apresentar os resultados é apresentar frequência de respostas de cada item do MOSPSC, para facilitar a observação das respostas sugere-se a combinação das duas respostas mais altas (ou positivas) – *concordo* e *concordo totalmente* ou *maioria das vezes* ou *sempre* – e as mais baixas (ou mais negativas) – *discordo* e *discordo totalmente* ou *nunca* e *raramente*. Os pontos intermediários são vistos em outra categoria – *não concordo nem discordo* ou *algumas vezes* (AHQR, 2018).

Nas seções A e B são utilizadas escalas de frequência de seis pontos, o manual do MOSPSC sugere combinar as categorias de resposta: *nenhum problema nos últimos 12 meses/ um ou dois problemas nos últimos 12 meses/ vários problemas nos últimos 12 meses*. Não são calculados percentuais negativos e neutros nessas seções.

Os resultados desse instrumento podem ser calculados por dimensão, apresentando a média de percentual positivo de respostas. Por exemplo, no caso de uma pergunta com 52 respostas, e destas 24 são positivas, o percentual de respostas positivas será dado pela divisão das 24 repostas positivas pelas 52 respostas obtidas, multiplicadas por 100, totalizando 46%. Para a média de percentual positivo da dimensão foram somados os percentuais positivos de cada item e divididos pelo total de itens da respectiva dimensão (AHQR, 2018).

Para verificar as potencialidades e fragilidades da cultura de segurança foram considerados os percentuais de respostas positivas de cada dimensão avaliada, sendo considerada uma potencialidade quando o percentual de respostas positivas é maior que 75% e fragilidade quando o percentual de respostas negativas era maior que 50%, conforme Romero et al, 2017.

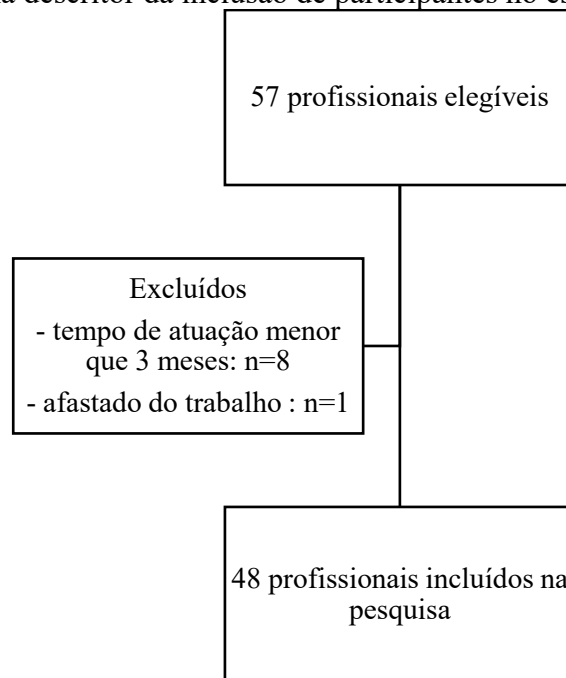
3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi iniciada após autorização do local onde foi realizada por meio da Carta de aceite (ANEXO B) aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (parecer número 2.700.816/2018). A pesquisa foi guiada pelos preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos participantes. Somente foram utilizados dados dos participantes que concederam seu aceite por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

4 RESULTADOS

Este trabalho foi conduzido na APS de um município do litoral do Rio Grande do Sul, dos 57 profissionais elegíveis para o estudo, foram excluídos 8 por atuarem há menos de 3 meses na unidade de saúde, e 1 por estar em afastamento, totalizando uma amostra de 48 profissionais (Figura 2).

Figura 2 - Fluxograma descritor da inclusão de participantes no estudo



4.1 PERFIL LABORAL DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dentre os profissionais incluídos no estudo, a maior parte dos profissionais (25%) trabalham na APS há 11 anos ou mais, o que demonstra um longo tempo de atuação na área. A maioria dos profissionais (85,4%) de tem carga horária de 33 a 40 horas por semana. As equipes são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo que maior parte da amostra é de profissionais que tem formação até o nível técnico (agentes comunitários e técnicos de enfermagem), conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1 - Perfil laboral dos profissionais na atenção primária em saúde

Características	n (%)
Tempo de trabalho na APS	
De 2 meses a menos de 1 ano	10 (20,8)
De 1 ano a menos de 3 anos	10 (20,8)
De 3 anos a menos de 6 anos	11 (22,9)
De 6 anos a menos de 11 anos	5 (10,4)
Há 11 anos ou mais	12 (25,0)
Carga horário semanal na APS	
17 a 24 horas por semana	2 (4,2)
25 a 32 horas por semana	4 (8,3)
33 a 40 horas por semana	41 (85,4)
41 horas por semana ou mais	1 (2,1)
Ocupação	
Médico	4 (8,3)
Enfermeiro	5 (10,4)
Dentista	4 (8,3)
Agente comunitário de saúde	25 (52,1)
Técnico de Enfermagem	10 (20,8)

Dados apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%). APS = Atenção Primária em Saúde.

4.2 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Neste estudo, as dimensões que apresentaram **potencialidade** foram: *Aspectos relacionados à segurança do paciente* (76,7%), *seguimento da assistência ao paciente* (82,5%); *aprendizagem organizacional* (80,5%) e *percepção geral de segurança do paciente e qualidade* (77,0%). Já as dimensões com **fragilidade** e que merecem atenção da gestão foram: *pressão no trabalho e ritmo* (39,8%), *treinamento da equipe* (40,6%); *procedimentos estabelecidos na unidade* (18,1%); *apoio dos gestores* (48,7%) e *avaliação global da segurança do paciente e qualidade* (37,4%) – tabela 2. Percebe-se o grande número de dimensões avaliadas como frágeis que precisam de atenção dos profissionais de saúde.

Tabela 2 - Potencialidades e fragilidades da cultura de segurança do paciente entre profissionais da atenção primária em saúde

Dimensões da cultura de segurança	Valor da dimensão (média percentual de respostas positivas)	Classificação das dimensões
Aspectos relacionados a segurança do paciente	76,7 (68,6 – 84,8)	Potencialidade
Troca de informações com outras instituições	74,0 (64,8 – 83,1)	
Trabalho em equipe	60,5 (53,6 – 67,5)	
Pressão no trabalho e ritmo	39,8 (29,5 – 50,1)	Fragilidade
Treinamento da equipe	40,6 (34,2 – 47,1)	Fragilidade
Procedimentos estabelecidos na unidade	18,1 (10,3 – 25,8)	Fragilidade
Comunicação aberta	49,6 (40,5 – 58,7)	Fragilidade
Comunicação sobre o erro	65,8 (54,7 – 77,0)	
Seguimento da assistência ao paciente	82,5 (75,5 – 89,5)	Potencialidade
Apoio dos Gestores	48,7 (39,0 – 58,6)	Fragilidade
Aprendizagem organizacional	80,5 (71,1 – 89,9)	Potencialidade
Percepção geral de segurança do paciente e qualidade	77,0 (68,0 – 86,1)	Potencialidade
Avaliação global da segurança do paciente e qualidade	37,4 (25,8 – 49,0)	Fragilidade

* Dados apresentados em média e intervalo de confiança de 95%.

4.3 PERCEPÇÃO GERAL DOS PROFISSIONAIS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Os itens pertinentes à segurança do paciente e qualidade do cuidado foram analisados de acordo com o nível de formação dos profissionais atuantes na APS (tabela 03).

Tabela 3 -Percepção geral dos profissionais da atenção primária em saúde sobre segurança do paciente e qualidade do cuidado de acordo com o nível de formação

Percepção geral dos profissionais, n (%)	Profissionais de nível superior	Profissionais de nível técnico	Total	Valor de p
Avaliação global da qualidade do cuidado				
Centralidade no paciente				
Ruim	1 (7,7)	0	1 (2,1)	0,437
Razoável	3 (23,1)	12 (34,3)	15 (31,3)	
Bom	4 (30,8)	12 (34,3)	16 (33,3)	
Muito bom	5 (38,5)	10 (28,6)	15 (31,3)	
Excelente	0	1 (2,9)	1 (2,1)	
Efetividade				
Ruim	1 (7,7)	0	1 (2,1)	0,154
Razoável	0	6 (17,1)	6 (12,5)	
Bom	6 (46,2)	19 (54,3)	25 (52,1)	
Muito bom	6 (46,2)	9 (25,7)	15 (31,3)	
Excelente	0	1 (2,9)	1 (2,1)	
Pontualidade				
Ruim	1 (7,7)	1 (2,9)	2 (4,2)	0,070
Razoável	2 (15,4)	10 (28,6)	12 (25,0)	
Bom	3 (23,1)	16 (45,7)	19 (39,6)	
Muito bom	5 (38,5)	8 (22,9)	13 (27,1)	
Excelente	2 (15,4)	0	2 (4,2)	
Eficiência				
Razoável	1 (7,7)	6 (17,1)	7 (14,6)	0,014*
Bom	2 (15,4)	18 (51,4)	20 (41,7)	
Muito bom	9 (69,2)	7 (20,0)	16 (33,3)	
Excelente	1 (7,7)	4 (11,4)	5 (10,4)	
Imparcialidade				
Razoável	1 (7,7)	5 (14,3)	6 (12,5)	0,443
Bom	3 (23,1)	13 (37,1)	16 (33,3)	
Muito bom	3 (23,1)	9 (25,7)	12 (25,0)	
Excelente	6 (46,2)	8 (22,9)	14 (29,2)	
Avaliação global da segurança do paciente				
Razoável	2 (15,4)	6 (17,1)	8 (16,7)	0,869
Bom	5 (38,5)	17 (48,6)	22 (45,8)	
Muito bom	4 (30,8)	7 (20,0)	11 (22,9)	
Excelente	2 (15,4)	5 (14,3)	7 (14,6)	

Dados apresentados com frequência absoluta (n) e relativa (%). *Indica significância estatística no teste do qui-quadrado de Pearson.

Na avaliação global da qualidade do cuidado, a eficiência tem diferença estatisticamente significativa, indicando que 69,2% dos profissionais de nível superior a consideram muito boa (p=0,014). Já a centralidade no paciente, efetividade, pontualidade e imparcialidade são avaliadas como boas, para a maioria dos profissionais, porém não apresentaram diferença significativa quando comparadas entre profissionais de nível técnico e

nível superior. Na avaliação global da segurança do paciente, a mesma também é vista como boa pelos profissionais, porém não apresenta diferença estatisticamente significativa quando comparada entre aqueles com nível superior e técnico (tabela 3).

Nesse estudo foi desenvolvida uma análise considerando a distribuição do percentual de respostas positivas das dimensões de cultura de segurança comparado com uma avaliação global de segurança do paciente positiva ou negativa (tabela 4). Nessa análise se verificou percentual de respostas positivas significativamente maior avaliação global positiva em relação a segurança do paciente nas dimensões *aspectos relacionados a segurança do paciente* ($p=0,022$), *comunicação aberta* ($p=0,036$) e *aprendizagem organizacional* ($p=0,005$). Ressalta-se que as dimensões são pertinentes às atitudes dos profissionais de saúde, ao associar-se com uma avaliação global positiva indica coerência entre atitudes e percepção da segurança do paciente. Contudo, apesar de não haver significância estatística, percebe-se que algumas dimensões como *troca de informações*, *treinamento da equipe*, *procedimentos estabelecidos na unidade* e *apoio dos gestores* seguem uma ordem contrária, com maior percentual de respostas positivas das respectivas dimensões quando a avaliação global de segurança é negativa.

Tabela 4 – Percentual de respostas positivas nas dimensões de cultura de segurança do paciente de acordo com a Avaliação Global de segurança do paciente na atenção primária em saúde

Dimensões da cultura de segurança	Avaliação Global de Segurança			Valor de p
	Positiva	Neutra	Negativa	
Aspectos relacionados a segurança do paciente	91 (80,4 – 101,6)	66,5 (49,8 – 83,1)	69,6 (51,4 – 87,8)	0,022*
Troca de informações com outras instituições	76,5 (57,3 – 95,7)	64,1 (46,9 -81,2)	89,6 (73 – 106,1)	0,395
Trabalho em equipe	63,6 (52,1– 75,2)	54,7 (42,6 – 66,8)	59,4 (37,2 – 81,5)	0,904
Pressão no trabalho e ritmo	60,6 (34,5 – 86,8)	27,1 (12,3 – 41,9)	29,2 (11,3 – 47)	0,075
Treinamento da equipe	37,5 (27,6 – 47,3)	39,6 (26,2 – 52,9)	39,4 (25,9 – 52,9)	0,840
Procedimentos estabelecidos na unidade	7,8 (1,3 – 14,3)	26,6 (12,4 – 40,7)	22,9 (5,6 – 51,4)	0,657
Comunicação aberta	63,7 (55 – 72,4)	30,2 (13,2 – 47,2)	58,3 (39,7 – 76,9)	0,036*
Comunicação sobre o erro	82,4 (73,6 – 91,2)	45,8 (24,4 – 67,2)	70,8 (39,5 – 102,2)	1,000
Seguimento da assistência ao paciente	93,6 (86 -101,3)	79,7 (66,6 – 92,8)	64,6 (49,3 – 79,8)	0,003*
Apoio dos Gestores	50 (33,6 – 66,4)	39,1 (23,7 – 54,4)	65,56 (40,8 – 90,4)	0,238
Aprendizagem organizacional	96,1 (90,4 – 101,8)	62,5 (45,5 – 79,5)	83,3 (53,5 – 113,1)	0,005*

Dados apresentados em média e intervalo de confiança 95% para a média, referente a média do percentual de respostas positivas. * indica significância estatística ($p>0,05$) no Teste de Kruskal-Wallis.

Adicionalmente, foram realizadas análises comparando as dimensões da cultura de segurança do paciente na APS com o tamanho da população adscrita à unidade de saúde (considerando maior e menor de 3500 pessoas), contudo não foram encontradas associações estatisticamente significativas. Acrescenta-se que em 2018 houve o terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no referido município, onde três Estratégias de Saúde da Família obtiveram classificação *regular* e duas *bom*. Pontua-se que o PMAQ também é um instrumento utilizado para avaliar a qualidade da atenção e como a segurança do paciente perpassa a qualidade do cuidado é plausível que se verifique a existência de associação entre as dimensões de segurança e a classificação no PMAQ, contudo não se observou associação significativa nesse estudo.

4.4 CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Foi analisada a correlação entre as diferentes dimensões da cultura de segurança do paciente na APS (tabela 5), nessa análise foi encontrada correlação positiva entre *segurança do paciente* e *troca de informações* (0,404; moderada), *pressão no trabalho e ritmo* (0,296; fraca), *avaliação global da segurança e qualidade* (0,383; fraca); Entre *trabalho em equipe* e *comunicação aberta* (0,617; moderada), *comunicação sobre o erro* (0,322; fraca), *aprendizagem organizacional* (0,291; fraca), *percepção geral de segurança e qualidade* (0,425; moderada); entre *pressão no trabalho e ritmo* e *comunicação aberta* (0,334; fraca), *aprendizagem organizacional* (0,451; moderada), *percepção geral de segurança e qualidade* (0,385; fraca), *avaliação global de segurança e qualidade* (0,285; fraca); Entre *treinamento da equipe* e *padronização de procedimentos* (0,399; fraca); entre *comunicação aberta* e *comunicação sobre o erro* (0,646; moderada), *aprendizagem organizacional* (0,503; moderada), *percepção geral de segurança e qualidade* (0,512; moderada), *avaliação global de segurança e qualidade* (0,317; fraca); entre *comunicação sobre o erro* e *aprendizagem organizacional* (0,347; fraca), *percepção geral de segurança e qualidade* (0,489; moderada); Entre *seguimento da assistência* e *avaliação global de segurança e qualidade* (0,529; moderada); Entre *aprendizagem organizacional* e *percepção geral de segurança e qualidade* (0,510; moderada), *avaliação global de segurança e qualidade* (0,352; fraca); e entre

percepção geral de segurança e qualidade e avaliação global de segurança e qualidade (0,319; fraca).

Foi encontrada correlação negativa entre *segurança do paciente e padronização de procedimentos* (-0,318; fraca); Entre *trabalho em equipe e padronização de procedimentos* (-0,472; moderada); entre *pressão no trabalho e ritmo e padronização de procedimentos* (-0,431; moderada); Entre *treinamento da equipe e aprendizagem organizacional* (-0,327; fraca); entre *padronização de procedimentos e comunicação aberta* (-0,463; moderada), *comunicação aberta* (-0,301; fraca), *aprendizagem organizacional* (-0,539; moderada), *percepção geral de segurança e qualidade* (-0,652; moderada).

Tabela 5 - Correlação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente na atenção primária em saúde

ρ de Spearman	SP	TI	TEE	PTR	TDE	PP	CA	CSE	SA	AG	AO	PGSQ	AGSQ
SP	1												
TI	0,404**	1											
TEE	0,182	0,206	1										
PTR	0,296*	0,106	0,182	1									
TDE	-0,184	-	-0,048	-0,254	1								
PP	-0,318*	-	-	-	0,399**	1							
CA	0,192	0,238	0,617**	0,334*	-0,181	0,463**	1						
CSE	-0,011	0,045	0,322*	0,225	-0,065	-0,301*	0,646**	1					
SA	0,143	-	0,119	0,183	-0,17	-0,056	0,169	0,144	1				
AG	0,103	0,238	0,218	-0,185	-0,133	-0,165	0,114	0,001	-0,124	1			
AO	0,078	0,103	0,291*	0,451**	-0,327*	-	0,503**	0,347*	0,153	0,203	1		
PGSQ	0,08	0,132	0,425**	0,385**	-0,127	-	0,512**	0,489**	0,237	-	0,510**	1	
AGSQ	0,383**	0,08	0,17	0,285*	-0,038	-0,281	0,317*	0,244	0,529**	0,019	0,352*	0,319*	1

SP – Segurança do paciente; TI – Troca de informações; TEE – Trabalho em equipe; PTR – Pressão no trabalho e ritmo; TDE – Treinamento da equipe; PP – Padronização de procedimentos; CA – Comunicação aberta; CSE – Comunicação sobre o erro; SA – Seguimento da assistência; AG – Apoio dos gestores; AO – Aprendizagem organizacional; PGSQ – Percepção geral de segurança e qualidade; AGSQ – Avaliação global de segurança e qualidade. **. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral). * A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

5 DISCUSSÃO

Neste estudo as dimensões *aspectos relacionados a segurança do paciente, seguimento da assistência ao paciente, aprendizagem organizacional e percepção geral da segurando paciente e qualidade* foram potencialidades na APS. No entanto várias são as fragilidades: *pressão no trabalho e ritmo, treinamento em equipe, procedimentos estabelecidos na unidade, comunicação aberta, apoio dos gestores e avaliação global de segurança do paciente e qualidade*. Quando analisados os itens que compõem a *percepção geral de segurança do paciente e qualidade* a eficiência entre os profissionais de nível superior.

Percebe-se uma correspondência coerente entre atitudes verificadas nas dimensões *aspectos relacionados à segurança do paciente, comunicação aberta, seguimento da assistência ao paciente, aprendizagem organizacional* e respostas positivas avaliação global da segurança do paciente. Quando analisada a correlação entre as dimensões da cultura de segurança do paciente é importante ressaltar as correlações positivas moderadas entre *comunicação aberta e trabalho em equipe e comunicação sobre o erro*, e correlação negativa moderada entre *comunicação aberta e percepção geral de segurança e qualidade*. A análise de correlação aponta para a comunicação aberta com importante fator a ser percebido dentro da segurança do paciente.

A força de trabalho da enfermagem é a principal nessa pesquisa, como verificado em demais estudos sobre o tema (COSTA et al, 2018; SIMAN e BRITO, 2016; CAVALCANTE et al, 2015; OLIVEIRA et al 2014). A carga de trabalho e o reduzido número de profissionais de enfermagem foram identificados em outros estudos como fatores que contribuem significativamente para o erro e comprometimento da segurança do paciente (SIMAN; BRITO, 2016; CAVALCANTE et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2014). Nas instituições de saúde, o enfermeiro é apontado como o profissional facilitador no processo de identificação de riscos de evento adverso, sendo assim, se configura como o elemento chave nesse processo, dado o seu protagonismo assistencial. A medida que o enfermeiro passa a assumir a função de liderança junto à equipe, evidencia-se melhoria da assistência e segurança do paciente (FRANÇOLIN et al., 2015).

No estudo desenvolvido por Costa et al. (2018), em ambiente hospitalar, a maioria dos pesquisados foram técnicos de enfermagem. Tendo em vista que a equipe de enfermagem é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares, e que essa se rata da grande massa de trabalho em saúde é necessário pensar em estratégias envolvendo fortemente esses profissionais a

construção de uma cultura de segurança do paciente positiva ou de fortalecimento da cultura já existente. Ainda, na APS, além dos técnicos de enfermagem, os agentes comunitários de saúde fazem a comunicação entre unidade de saúde e famílias. Além disso, de acordo com a atualização da PNAB (BRASIL, 2017) eles poderiam desenvolver algumas técnicas, como verificação de sinais vitais e curativos, o que, entre outras discussões, ascende a atenção à segurança do paciente na APS.

A sobrecarga de trabalho e os EAs são duas condições seriamente impactantes, e que podem trazer consequências negativas para a segurança do paciente. Costa et al. (2018) explicam que a sobrecarga de trabalho está diretamente relacionada ao insuficiente quantitativo de profissionais. Acrescentam Costa et al. (2018), Andrade et al. (2018) e Magalhães, Dall'agnol e Mark (2013) que a relação entre a segurança do paciente o quantitativo de profissionais tem implicações para o correto dimensionamento de recursos humanos, tendo em vista que as taxas de mortalidade vêm se elevando em instituições de saúde cujo dimensionamento é inadequado. Marchon, Junior e Pavão (2015), demonstraram que os incidentes também acontecem na APS, ressalta-se que à época da pesquisa a lacuna na literatura era ainda maior que a atual.

Um *survey* realizado via *web* na Holanda (SMITS et al, 2018) demonstra que os profissionais de saúde têm atitudes positivas em relação à segurança do paciente, mas a percebem de modos diferentes, sendo que essas diferenças variam de acordo com a profissão, idade e tempo de experiência. Enfermeiros, profissionais mais velhos e com mais tempo de experiência têm uma percepção melhor que clínicos gerais, profissionais mais jovens e menos experientes. Paese e Dal Sasso (2013) apontam diferenças na forma de avaliar as condições de trabalho, cultura de segurança e comunicação e gerência entre agentes comunitários de saúde e enfermeiros e técnicos de enfermagem. Os autores justificam tal diferença pelo impacto distinto em cada uma das categorias profissionais. No presente estudo se optou por comparar a percepção geral da segurança e qualidade do cuidado entre profissionais de acordo com o nível de formação, sendo que aqueles com nível superior demonstraram uma visão mais positiva em relação à eficiência do cuidado.

Para Sales et al. (2018) e Gasparino et al. (2017) afirmam que um dos atribuídos da enfermagem na articulação de um ambiente seguro esta no dever de integrar, articular e coordenar a equipe, com o propósito de organizar o trabalho, favorecer a qualidade assistencial e reduzir os riscos. Para alcançar esse objetivo esse profissional deve dispor de uma visão crítica dos processos na UBS.

A pressão no trabalho e ritmo, treinamento em equipe, procedimentos estabelecidos pela unidade, apoio dos gestores e avaliação global da segurança do paciente e qualidade foram identificados como dimensões de fragilidade nesse estudo. A fragilidade, na concepção de Andrade et al. (2018), pode ser reflexo da insatisfação com as condições de trabalho, jornada desgastante, excessiva carga de trabalho e trabalho sob pressão. Acrescentam Sales et al. (2018) que as fragilidades identificadas no estudo sobre protocolos operacionais padrão na enfermagem podem estar relacionadas à estrutura, por evidenciarem a necessidade de maior atenção com a gestão de pessoas, com a equipe e a disponibilidade de materiais, bem como a necessidade de melhoria e/ou adequação da estrutura física, por serem esses os fatores que influenciarão diretamente no cuidado e na atenção prestada ao paciente.

O estudo de Romero et al (2017) desenvolvido com médicos residentes de medicina de família e comunitária aponta, em concordância com os achados desse estudo, as dimensões *aspectos relacionados à segurança do paciente, pressão no trabalho e ritmo* como fragilidades e áreas com potencialidade para melhora. No estudo de Webair (2015), conduzido no Yemem, com médicos, enfermeiros e equipe administrativa centros de atenção primária, de modo geral apresentou percentuais positivos baixos sobre cultura de segurança do paciente. Contudo, *pressão no trabalho e ritmo* aparecem como pontos de fragilidade no estudo.

El-Jardali et al (2014), em estudo desenvolvido no ambiente hospitalar, identificaram que as dimensões *comunicação aberta e aspectos relacionados a segurança do paciente* são as dimensões com maior potencial de melhora na segurança do paciente. No presente estudo, diferentemente dos citados, a dimensão *aspectos relacionados à segurança do paciente* foi uma potencialidade encontrada. Aqui se ressaltam as diferenças entre os modelos de atenção utilizados nos diferentes países.

O treinamento em equipe, segundo Sales et al. (2018), Lemos et al. (2018) e Andrade et al. (2018), é um dos quesitos capazes de sanar um dos desafios para alcançar a segurança do paciente, por ser o mecanismo que fortalece o compartilhamento de informações. Marchon e Mendes Jr. (2014) explicam que o compartilhamento de informações entre médicos de família e demais profissionais da saúde, reforça o trabalho em equipe, a realização de reuniões regulares para discutir casos clínicos, e a explanação das práticas seguras são apontadas como uma das soluções mais relevantes para melhorar a comunicação interprofissional. Ambientes com uma cultura de segurança positiva podem facilitar o aprimoramento de práticas seguras, uma comunicação mais aberta, trabalho em equipe e compartilhamento de conhecimento (REIS, MARTINS, LAGUARDIA, et al 2013) e conseqüentemente melhorar treinamento da equipe e

aprendizagem organizacional. Vale reforçar que nessa pesquisa a comunicação aberta, comunicação sobre o erro e trabalho em equipe tiveram uma correlação positiva moderada, indicando a influencia de dessas atitudes, o que reforça os achados da literatura.

Marchon, Mendes Jr e Pavão (2015) ressaltam que a comunicação é essencial para uma prática mais integradora, multiprofissional e humanizada. Ainda, nesse mesmo estudo, que foi desenvolvido na APS, os autores indicam a comunicação como fator que mais frequentemente contribuiu para a ocorrência de EA, sendo que são incluídas aqui falhas na comunicação na rede de atenção, com o paciente e interprofissional. Gomes et al. (2017) e Siman, Cunha e Brito (2017) pontuam que é imprescindível que haja uma efetiva comunicação entre os profissionais de saúde, com o objetivo de esclarecer dúvidas diante de um procedimento que será realizado, com o desígnio de esse seja executado em conformidade evitando a ocorrência de EAs.

Em estudo desenvolvido na APS, as falhas na comunicação interprofissional contribuíram em 10% na ocorrência de incidentes e reforçam algumas dificuldades encontradas, como: relacionamento da equipe, visão profissional, formação acadêmica, comportamento, segurança do paciente, escolaridade, hierarquização profissional e de responsabilização com paciente (MARCHON, MENDES JR E PAVÃO, 2015). Esses fatores surgem também na presente pesquisa, sendo que profissionais com formação de nível superior têm uma percepção mais positiva em relação a eficiência do cuidado. Contudo, em concordância com os autores citados, há que se ponderar a formação, especialmente na APS, que incluem os agentes comunitários de saúde, os quais não têm uma formação prévia para o trabalho na área da saúde. Desse modo, é importante ressaltar a valia da educação permanente no campo de atuação da saúde, em que o esse profissional esteja incluído.

Há que se ponderar que a APS é a porta de entrada do usuário no SUS, e deve atuar com base no cuidado centrado na pessoa, deve ser resolutiva, pressupõe continuidade do cuidado além de ser a ordenadora da rede de atenção (BRASIL, 2017), e considerando sua característica as dimensões da segurança do paciente avaliadas nessa pesquisa contribuem para o cumprimento do papel da APS.

Paranaguá et al (2016) sugerem que o desenvolvimento de ações educacionais sobre segurança do paciente deveriam ser avaliadas mais sistematicamente nas instituições de saúde, não somente como modo de contornar as diferenças de aprendizagem sobre o tema, mas também para analisar a reação do profissional de saúde e o impacto da ação no ambiente de trabalho, como forma de redução de EA.

Para que se tenha uma cultura de segurança positiva, é importante que o trabalho em equipe seja estimulado e motivado, o que corresponde ao apoio que os profissionais oferecem uns aos outros, trabalhando em conjunto em prol de uma meta, e com respeito (LEMOS et al., 2018).

O apoio dos gestores, as trocas de informações são falhas decorrentes da ineficiência do trabalho, e tem como consequência, o desperdício de recursos e pressão no ritmo de trabalho. Neste sentido, as dificuldades e a carência na discussão multiprofissional, seja por incidente ou por falhas no planejamento assistencial ao paciente, se constituem um paradigma que precisa ser superado na cultura dos serviços de saúde (LEMOS et al., 2018; SALES et al., 2018).

A mudança cultural é um desafio e demanda de tempo para ser inserido na rotina das instituições de saúde (BURSTRÖM et al., 2014; JAHROMI, PARANDAVAR, RAHMANIAN, 2014). A educação permanente vem como uma ferramenta que permite a reflexão sobre as inúmeras questões que permeiam a segurança do paciente (FIGUEIREDO et al., 2018). Nesta perspectiva, ressaltam Lemos et al. (2018) que, para aprimorar a cultura de segurança do paciente é necessário que haja um esforço de todos os envolvidos, por envolver uma gama de ações que objetivam melhoria dos processos, segurança ambiental e gestão de risco.

Emontsri, Banarsee e Majeed (2018) afirmam que a segurança do paciente em países em desenvolvimento requer um olhar holística, que inicia com uma clara visão da liderança política. Somente é possível melhorar através de uma abordagem integrada, com base no aprendizado e evolução contínuo. Reforçando a necessidade de encorajar a comunicação aberta, o trabalho em equipe e uma liderança forte que apoie a segurança do paciente. Por outro lado, os resultados apontam a *comunicação aberta* e *apoio dos gestores* como fragilidades, ou seja, pontos que têm potencial para melhora.

Dentre as limitações do estudo, aponta-se para a amostra reduzida dificulta as análises que representa a realidade local, contudo uma possibilidade é a reprodutibilidade em outras realidades, além de apontar um diagnóstico para o serviço de saúde local, ao que concerne à cultura de segurança, apontando alguns caminhos que podem ser seguidos pela gestão dos serviços de saúde. O estudo também utiliza o instrumento recomendado pela AHRQ (AHRQ, 2018) e fará parte do banco de dados sobre segurança do paciente na atenção primária sem saúde da referida agência. Além disso, há e se considerar a existência de uma lacuna de conhecimentos sobre segurança do paciente na APS e este estudo pode colaborar para ampliação de conhecimento na área.

6 CONCLUSÃO

Este estudo apontou as principais fragilidades da segurança do paciente na APS, sendo pontos com potencial de melhora *pressão no trabalho e ritmo, treinamento da equipe, procedimentos estabelecidos na unidade de saúde, apoio dos gestores, avaliação global da segurança do paciente e comunicação aberta*. Sendo a última mais evidente no decorrer da análise dos resultados.

Há muito que se caminhar acerca da cultura de segurança na APS, e a comunicação parece um ponto inicial a se trabalhar fortemente nesse campo. No estudo, a comunicação se mostrou correlacionada positivamente com outras dimensões como *comunicação sobre o erro, trabalho em equipe* e negativamente com a *percepção geral de segurança*. Sugere-se que um avanço no que concerne a comunicação pode refletir em avanços também nessas dimensões, elevando a segurança do cuidado ofertado. Este estudo coloca a comunicação como uma dimensão que merece atenção e intervenção na APS, portanto é importante que equipes de saúde e a gestão dos serviços ofertem espaços de discussão sobre segurança do paciente e assegurem princípios que coloquem a comunicação como importante norteadora de um ambiente seguro ao paciente.

Para que se observem essas mudanças na comunicação é necessária uma mudança de cultura entre os profissionais que ofertam cuidado diretamente e do modo de gestão, em macro e microespaços, portanto, entende-se esse como mais um desafio a ser trilhado na APS.

REFERÊNCIAS

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

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety Culture: User's Guide**. Jul, 2018. Disponível em: <www.ahrq.gov>.

BRADLEY, D.; DIXON, J. Staff nurses creating safe passage with Evidence-Based Practice. **Nursing Clinics of North America**, v.44, p.71-81, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos de Atenção Básica; n.28, v.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. 2013b. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e>. Acesso em: 19 de out., 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 20 de nov., 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017**. estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2457>. Acesso em: 10 de nov., 2018.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Informativo - Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília, n.1, v.1, jan./julh., 2011.

BURSTRÖM, Lena et al. The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean principles: a repeated cross-sectional study. **BMC health services research**, v. 14, n. 1, p. 296, 2014

CAVALCANTE, A.K.C.B. et al. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Revista Cubana de Enfermagem**, São Paulo, v.31, n.4, p.1-13, 2015.

COSTA, D.B. et al. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de

enfermagem. **Texto Contexto em Enfermagem**, Londrina, v.27, n.3, pe2670016, 2018.

EL-JARDALI, F. et al. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. **BMC Health Services Research**, v.14, p.122, 2014.

FIGUEIREDO, Mirela Lopes de et al. Analysis of incidents notified in a general hospital. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 111-119, 2018.

FRANÇOLIN, L. et al . Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem, USP**, São Paulo, v.49, n.2, p.0277-0283, abr., 2015.

GASPARINO, R.C. et al. Percepção da enfermagem frente ao clima de segurança do paciente em instituições públicas e privadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v.38, n.3, e68240, 2017.

GOMES, A.T.L. et al. A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v.70, n.1, p.146-54, jan./fev., 2017.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Município de Tramandaí/RS**. 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/tramandai/panorama>>. Acesso em: 2 de dez., 2018.

ILHA, P. et al. Segurança do paciente na percepção de acadêmicos de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v.21, n.5, ago., 2016.

JAHROMI, Zohreh Badiyepymaie; PARANDAVAR, Nehleh; RAHMANIAN, Saeedeh. Investigating factors associated with not reporting medical errors from the medical team's point of view in Jahrom, Iran. **Global journal of health science**, v. 6, n. 6, p. 96, 2014.

KIRK, S.P.D. et al. Patient Safety Culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. **Quality Saf Health Care**, v.16, n.4. p.313-3, 2007.

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

MARCHON, S.G; MENDES Jr., W.V. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.7, p.1395-1402, jul., 2015.

_____; _____. PAVÃO, A.L.B. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, m.11, p.2313-30, nov., 2015.

_____; _____. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.9, p.1815-1835, 2014.

_____. **A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde**. Tese (Doutorado em Enfermagem). 2015. 78f. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2015.

MAGALHÃES, A.M.M.; DALL'AGNOL, C.M.; MARK, P. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.21, p.1-9, jan./fev., 2013.

MASCARENHAS, N.B.; MELO, C.M.M.; FAGUNDES, N.C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n.6, p.991-9, nov./dez., 2012.

MENDES, W.; REIS, C.T.; MARCHON, S.G. Segurança do paciente na APS. In: **Programa de atualização da enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 3**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2014.

MESQUITA, K.O. et al. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v.21, n.2, jun., 2016.

MONTSERRAT-CAPELLA, D.; CHO, M.; LIMA, R.S. A segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde no contexto da América Latina e Caribe. In. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, Anvisa, 2017, p.13-17.

OLIVEIRA, R.M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.122-9, 2014.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Saúde. **Atenção Primária em Saúde: Agora Mais do Que Nunca**. 2008. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/31_03_2010_9.22.37.70fbb6ffd32f6598e4de044a8feeacdc.pdf>. Acesso em: 23 de nov., 2018.

PAESE, F.P.; DAL SASSO, G.T.M. Cultura da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.3, p.302-10, abr./junh., 2013.

PADOVEZE, M.C.; FIGUEIREDO, R.M.. The role of primary care in the prevention and control of healthcare associated infections. **Revista da Escola de Enfermagem, USP**, São Paulo, v.48, n.6, p.1137-1144, dez., 2014.

PREFEITURA DE TRAMANDAÍ. **A cidade**. 2018. Disponível em: <http://www.tramandai.rs.gov.br/index.php?acao=conteudo&conteudos_id=12>. Acesso em: 2 de dez., 2018.

REIS, C.T.; MATRINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.7, p.2029-36, 2013.

RIBAS M.J. Eventos Adversos em Cuidados de Saúde Primários: promover uma cultura de segurança. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Portugal, v.26, p.585-9, 2010.

- ROMERO, Manuel Portela; GONZÁLEZ, Rosendo Bugarín; CALVO, María Sol Rodríguez. La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia. **Atención Primaria**, v. 49, n. 6, p. 343-350, 2017.
- SALES, C.B. et al. Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v.71, n.1, p.126-34, 2018.
- SANTOS, M.C. et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, p.47-57, 2010.
- SEQUEIRA, A.M.; MARTINS, L.; PEREIRA, V.H. Natureza e frequência dos erros na actividade de Medicina Geral e Familiar Geral num ACES- Estudo descritivo. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Portugal, v.26, p.572-84, 2010.
- SILVA, A.T. et al. Assistência em enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.40, n.11, p.292-301, out.,dez., 2016.
- SIMAN, A.G.; BRITO, M.J.M. Mudanças nas práticas de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v.37, esp.e:682771.
- _____; _____. CUNHA, S.G.S. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v.51, e03243, 2017.
- SMITS, Marleen et al. Patient safety culture in out-of-hours primary care services in the Netherlands: a cross-sectional survey. **Scandinavian journal of primary health care**, v. 36, n. 1, p. 28-35, 2018.
- TIMM, M.; RODRIGUES, M.C.S.. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, [s.l.], v.29, n.1, p.26-37, fev., 2016.
- TRAVASSOS, C.; CALDAS, B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, Anvisa, 2017, p.19-27.
- TOFFOLETTO, M.C. et al. Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v.69, n.6, p.1039-45, nov.,dez., 2016.
- WEBAIR, Hana H. et al. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. **BMC family practice**, v. 16, n. 1, p. 136, 2015.
- WHO - World Health Organization. **Patient Safety- Programme áreas**. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/about/programmes/en/index.html>>. Acesso em: 16 jun. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: visão dos profissionais de saúde

Objetivo: Analisar a cultura de segurança do paciente na atenção primária na visão de profissionais inseridos nas Estratégias de Saúde da Família no município de Tramandaí no litoral norte do Rio Grande do Sul

Período da coleta de dados: 01/06/2018 a 31/10/2018

Tempo estimado para cada coleta: 30 minutos por participante

Local da coleta: Estratégias e Saúde da Família de Tramandaí

Pesquisador/Orientador: Cristiane Damiani Tomasi Telefone: (48) 996275585

Pesquisador/Acadêmico: Daniela Franzen Viganó Telefone: (51) 99876-4033

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional

O (a) Sr (a) está sendo convidado (a) para participar voluntariamente da pesquisa e objetivo acima intitulados. Aceitando participar do estudo, poderá desistir a qualquer momento, bastando informar sua decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como o (a) senhor (a) não terá despesas para com a mesma. Os dados referentes à sua pessoa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde, podendo o (a) senhor (a) solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Para tanto, esclarecemos também os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
--

Para participar dessa pesquisa o(a) senhor(a) precisará apenas responder um questionário com perguntas sobre o seu trabalho. O pesquisador fará as perguntas o(a) senhor(a) apenas responderá os questionamentos.

RISCOS

Os riscos são mínimos. A pesquisa pode gerar algum desconforto ou constrangimento que será minimizado ao se aplicar o questionário em local tranquilo em que o participante se sinta confortável em respondê-lo,
--

BENEFÍCIOS

<p>Como benefícios a pesquisa proporcionará uma avaliação da cultura de segurança da atenção primária, sendo que a partir dos resultados poderão ser pensadas ações que elevem a qualidade do cuidado oferecido, bem como a segurança dos pacientes que usam os serviços ofertados pela atenção primária em saúde.</p>
--

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidos, sendo que para tanto, firmo ao final a presente declaração em duas vias de igual teor e forma ficando na posse de uma e outra sido entregue ao pesquisador responsável.

Em caso de dúvidas, sugestões ou denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431-2723 ou pelo e-mail cetica@unesc.net.

ASSINATURAS

Voluntário/Participante	Pesquisador Responsável
<p>_____</p> <p>Assinatura</p>	<p><i>Cristiane Damiani Tomasi</i></p> <p>Assinatura</p>
<p>Nome:</p> <p>_____</p> <p>CPF: _____._____._____ - ____</p>	<p>Nome: Cristiane Damiani Tomasi</p> <p>CPF: 047.981.899-10</p>

APENDICE



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
 Pró-Reitoria Acadêmica
 Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - (Mestrado Profissional)

PARECER DO AVALIADOR PARA O EXAME DE QUALIFICAÇÃO DO MESTRADO

Identificação

Mestrando (a): DANIELA FRANZEN VIGANO
Orientador (a): CRISTIANE DAMIANI TOMASI
Co-orientador (a): -
Título do projeto: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
Data da emissão do parecer: 23/10/2018

Parecer Final

Primeiramente, gostaria de agradecer à mestranda Daniela e sua orientadora Cristiane pelo convite para ser banca do trabalho de vocês. O tema do projeto é bastante relevante e visa contribuir para melhoria da qualidade do serviço de saúde.

Costumo utilizar o controle de alterações e fazer comentários diretamente no projeto para tentar colaborar de forma mais detalhada, sendo assim, abaixo destaco os pontos que merecem mais atenção, na minha opinião. Demais contribuições, sugestões e questionamentos estão no corpo do texto.

Na metodologia, no item “Procedimentos e logística”, não está claro como a pesquisa será desenvolvida. Por exemplo, quem aplicará o questionário? Onde será aplicado? Se for autoaplicado, também precisa estar descrito no texto.

Ainda na metodologia, o item Desenho do estudo precisa ser revisto também, pois não está claro no projeto qual é o desenho do trabalho.

Além disso, o cronograma merece especial atenção, pois não está atualizado.

Por fim, destaco que o item referências precisa seguir uma norma de apresentação.

APROVADO APROVADO COM ALTERAÇÕES REPROVADO

Avaliador – Fernanda Meller

ANEXOS

**ANEXO A – PESQUISA SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE
PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA -
INSTRUMENTO *MEDICAL OFFICE SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE*
(*MOSPSC*) ADAPTADO E VALIDADO**

INSTRUÇÕES DA PESQUISA

Pense sobre a maneira como as coisas são feitas no serviço de saúde onde você trabalha e dê sua opinião sobre questões que afetam a segurança e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes.

Se uma questão não se aplica a você ou se você não sabe a resposta, por favor, marque “Não se aplica ou não sei”.

Se você trabalha em mais de um serviço de saúde, ao responder esta pesquisa, responda apenas sobre o local onde você a recebeu; não responda sobre sua prática de forma geral.

Se você trabalha em um local que possui outros serviços de saúde, responda somente em relação ao seu próprio local de trabalho.

SEÇÃO A: Lista de questões sobre segurança do paciente e qualidade

Os itens a seguir descrevem situações que podem ocorrer em serviços de saúde, afetando a segurança do paciente e a qualidade do cuidado. Pelos seus cálculos, com que frequência os fatos listados abaixo aconteceram em seu local de trabalho NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Acesso ao cuidado	Diariamente	Pelo menos uma vez na semana	Pelo menos uma vez ao mês	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não aconteceu nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
1. Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Identificação do paciente							
2. No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Prontuários/registros							
3. O prontuário/registro de um paciente não estava disponível quando necessário.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
4. Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Equipamento							
5. Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

SEÇÃO A: Lista de questões sobre segurança do paciente e qualidade (continuação)

Com que frequência os fatos listados abaixo aconteceram em seu local de trabalho NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Medicamento	Diariamente	Pelo menos uma vez na semana	Pelo menos uma vez ao mês	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não aconteceu nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
6. O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
7. Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Diagnósticos & testes							
8. Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
9. Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
10. Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

SEÇÃO B: Troca de informações com outras instituições

Nos últimos 12 meses, com que frequência *este* serviço de saúde apresentou problemas relacionados à troca de informações completas, precisas e pontuais com:

	Problemas diariamente	Problema pelo menos uma vez na semana	Problema pelo menos uma vez ao mês	Vários problemas nos últimos 12 meses	Um ou dois problemas nos últimos 12 meses	Nenhum problema nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
1. Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
2. Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
3. Farmácias?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
4. Hospitais?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Outros? Por favor, especifique: _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

SEÇÃO C: Trabalhando neste serviço de saúde

Quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica ou não sei
1. Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

4. Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
13. Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
14. Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
15. A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SEÇÃO D: Comunicação e Acompanhamento

Com que frequência os fatos a seguir ocorrem neste serviço?	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica ou não sei
1. Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SEÇÃO E: Apoio de gestores/administradores/líderes

A. Você é gestor/administrador ou tem algum cargo de liderança com responsabilidade para tomar decisões financeiras pelo serviço?

1 Sim → *Vá para Seção F*

2 Não → *Continue abaixo*

Quanto você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre os gestores/líderes do seu serviço?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica ou não sei
1. Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SEÇÃO F: Seu serviço de saúde

Quanto você concorda ou discorda das seguintes afirmações?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica ou não sei
1. Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SEÇÃO G: Avaliação global

Avaliação global da qualidade

1. No geral, como você classificaria este serviço de saúde em cada uma das seguintes áreas de qualidade de cuidados de saúde?

	Ruim	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente
a. Centrado no paciente: É sensível às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Efetivo: É baseado no conhecimento científico.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Pontual: Minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Eficiente: Garante um cuidado de bom custo-benefício (evita o desperdício, uso excessivo e incorreto de serviços).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. Imparcial: Fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independentemente de sexo, etnia, status socioeconômico, idioma etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Avaliação geral em segurança do paciente

2. No geral, como você classificaria os sistemas e processos clínicos que este serviço utiliza para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham o potencial de afetar pacientes?

Ruim	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ANEXO B – CARTA ACEITE



AUTORIZAÇÃO COLETA DE DADOS



Ilmo. Sr.
 Luciano Von Saltiel
 Secretário Municipal de Saúde
 Prefeitura Municipal de Tramandaí - RS
 Criciúma, Março de 2018.

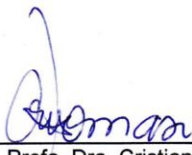
Eu, Daniela Franzen Vigano, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSCol, sob a orientação da Profa. Dra. Cristiane Tomasi, venho solicitar a Vossa Senhoria a autorização para coleta de dados nessa instituição, com a finalidade de desenvolver o projeto de Pesquisa de Dissertação de Mestrado intitulada: **Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: visão dos profissionais de saúde**, cujo objetivo é "Analisar a cultura de segurança na atenção primária na visão de profissionais inseridos nas Estratégias de Saúde da Família no município de Tramandaí no litoral norte do Rio Grande do Sul". Diante a utilização do roteiro para coleta de dados (Anexo B), que consta em anexo a esta solicitação.

Igualmente, assumo o compromisso de utilizar os dados obtidos somente para fins científicos, bem como de disponibilizar os resultados obtidos para esta instituição.

Agradecemos antecipadamente e esperamos contar com a sua colaboração.

Atenciosamente,


 Daniela Franzen Vigano
 Mestranda


 Profa. Dra. Cristiane Tomasi
 Orientadora


 Luciano Von Saltiel
 Secretário Municipal de Saúde
 Prefeitura Municipal de Tramandaí – RS

ANEXO C – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Parecer nº: 2.700.816

CAAE: 89834918.9.0000.0119

Pesquisador (a) Responsável: Cristiane Damiani Tomasi

Pesquisador (a): DANIELA FRANZEN VIGANO

Título: “CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE”

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 08 de junho de 2018.



Renan Antônio Ceretta
Coordenador do CEP