

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NATHALIA MALAMAN GALHARDI

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO
PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

São Carlos - SP

2017

NATHALIA MALAMAN GALHARDI

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO
PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
São Carlos (SP).

Área de concentração: Cuidado e Trabalho
em Saúde e Enfermagem. Inserida na linha
de pesquisa: Trabalho e gestão em saúde e
enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosely Moralez de
Figueiredo.

São Carlos – SP
2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Nathalia Malaman Galhardi, realizada em 24/10/2017:

Profa. Dr. Rosely Moralez de Figueiredo
UFSCar

Profa. Dr. Thalyta Cardoso Alux Teixeira
UNIP

Profa. Dr. Márcia Niituma Ogata
UFSCar

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho...

A todos os profissionais que trabalham na Atenção Primária à Saúde e que apesar das dificuldades buscam sempre realizar uma assistência de qualidade. Que todos possam usufruir dessa pesquisa e buscar atualização e capacitação profissional a fim de garantir um cuidado seguro.

Também a todos os pacientes que confiam nas unidades de atenção primária à saúde e que buscam por uma assistência humanizada e segura.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir realizar esse trabalho ofertando sabedoria, paciência, dedicação e me fortificando nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, José Roberto e Kátia, por me proporcionarem a possibilidade de continuar estudando, sempre me incentivando e impulsionando, além dos ensinamentos com muito amor e carinho.

Ao Tullio, pelo companheirismo, fidelidade, paciência e apoio em mais esta etapa da minha vida.

Aos colegas de trabalho da Universidade Paulista, os quais me incentivaram a fazer este trabalho e me apoiaram durante todo o percurso.

À minha querida orientadora Rosely, pela oportunidade de realizar este trabalho, pela confiança, ensinamentos e conselhos, os quais contribuíram muito para meu crescimento pessoal e profissional.

À profa. Fabiana, pela disponibilidade, ajuda e paciência com a análise dos dados.

Aos amigos do grupo de pesquisa, pelo apoio e colaborações.

À Secretaria de Saúde da cidade de Limeira, por abrir as portas das unidades para a realização deste trabalho.

A todos os profissionais que aceitaram participar deste estudo, pois somente assim pôde-se concretizá-lo.

Aos membros da banca examinadora, pelas contribuições para o enriquecimento desta pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo incentivo às pesquisas no Brasil inclusive essa.

Enfim, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

Muito obrigada!

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”

(Cora Coralina)

RESUMO

GALHARDI, N.M. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. 100f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.

A segurança do paciente como dimensão fundamental para a qualidade em saúde tem seu foco voltado para a melhoria da prestação de cuidados na prevenção de erros, no aprendizado a partir dos mesmos e no envolvimento de todos os profissionais de saúde. É mais comum ouvir falar sobre o tema nos serviços hospitalares, porém, sabe-se que na Atenção Primária à Saúde (APS) os erros e conseqüentemente os eventos adversos também ocorrem e comprometem a segurança do paciente. Apesar das iniciativas de promover a segurança do paciente por parte das organizações, a adesão por parte dos serviços ainda é baixa, justamente por não terem uma cultura voltada para a segurança do paciente. Entende-se que a cultura de uma organização e a atitude das equipes podem influenciar diretamente na qualidade dos resultados e por esse motivo viu-se a necessidade de estudar este tema neste local de trabalho. O objetivo deste estudo foi avaliar a percepção dos profissionais a cerca da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. Tratou-se de uma pesquisa quantitativa, transversal, descritiva e correlacional do tipo enquete. O trabalho foi realizado no período de dezembro de 2016 a março de 2017, nos Centros de Saúde da Família (CSF) de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, onde trabalham 564 profissionais. Foi utilizado o questionário “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária” que avalia doze dimensões da cultura de segurança do paciente e a qualidade do cuidado prestado. A taxa de respostas foi de 52%. Das doze dimensões avaliadas sete apresentaram alta confiabilidade nas respostas e foram analisadas. Para as dimensões “percepção geral de segurança do paciente e qualidade”, “aprendizagem organizacional”, “troca de informações com outras instituições”, “trabalho em equipe”, “acompanhamento do cuidado do paciente”, “segurança do paciente e problemas de qualidade”, os profissionais demonstraram uma percepção positiva para a cultura de segurança do paciente. Já a dimensão “suporte da liderança” demonstrou-se como área fraca para a cultura de segurança do paciente. Na avaliação geral da segurança do paciente e da qualidade do cuidado, o serviço foi classificado pelos participantes como “Bom”. Na comparação das variáveis tempo de serviço e categoria profissional com a média das porcentagens de respostas positivas houve diferença

significativa, sendo que para o tempo de serviço quanto menor o tempo maior a percepção positiva e quanto a categorial profissional, o profissional médico demonstrou percepção mais positiva. Concluiu-se que a maioria das dimensões apresentadas obtiveram escores positivos na avaliação da cultura de segurança do paciente e que a dimensão que mais necessita de melhorias e ações voltadas à segurança do paciente são às voltadas principalmente para as lideranças. É necessário apoiar uma cultura justa, onde o profissional não se sinta ameaçado a partir da ocorrência do erro. A participação da liderança na segurança do paciente estimula um ambiente seguro e de ações seguras.

Palavras-chaves: Segurança do paciente, Cultura organizacional, Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

GALHARDI, N.M. **Assessment of patient safety culture in primary health care.** 100f. Dissertation (Master) – Graduate Program in Nursing at the Federal University of São Carlos - SP, 2017

The patient safety as a fundamental dimension for health quality is focused on improvement provides care in the prevention of errors, in learning from them and in the involvement of all health professionals. It is more common heard about this subject in the hospital services, however, it is known that errors and consequently adverse events also occur in the Primary Health Care (PHC) compromising the patient safety. Despite the initiative of the organizations in promote the patient safety, the adherence on the services is still low, precisely because they does not have a culture focused on patient safety. It is understood that the organization culture and team attitudes can influence directly the quality of the results and for this reason it is necessary study this subject in this work place. The aim of this study was to evaluate the perception of professionals about the culture of patient safety in primary health care. This was a quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational study of the type of survey. It was did in the period from December 2016 to March 2017 at the Family Health Centers (CSF) in a city in the interior of the State of São Paulo, where 564 professionals work. It was used the questionnaire "Patient Safety Culture for Primary Care" that evaluates twelve dimensions of the patient safety culture and the quality of care provided. The response rate was 52%. Seven of the twelve dimensions evaluated presented high reliability in the responses and were analyzed. For the dimensions "overall perception of patient safety and quality", "organizational learning", "information exchange with other settings", "teamwork", "patient care tracking", "patient safety and quality issues", the practitioners demonstrated a positive perception of the patient's safety culture. The "leadership support" dimension has proven to be a weak area for the patient's safety culture. In the overall assessment of patient safety and quality of care, the service was rated by the participants as "Good". In the comparison of the variables of service time and professional category with the average of the percentages of positive responses there was a significant difference. For service time the lower the time the greater the positive perception for the dimensions "organizational learning" and "leadership support" and as for professional category, the physician showed more positive perception for the dimensions "overall perception of patient safety" and "teamwork". It was concluded that most of the dimensions presented had positive scores in the assessment of the patient safety culture and that the dimension that most needs improvement and actions focused on patient

safety are mainly to the leadership. It is necessary to support a just culture, where the professional does not feel threatened from the occurrence of the error. Leadership involvement in patient safety encourages a safe and secure environment.

Keywords: Patient Safety, Organizational Culture, Primary Health Care.

Lista de ilustrações

- Figura 1** – Fluxograma de representação da seleção dos participantes da pesquisa.
.....35
- Figura 2** – Fluxograma de representação da seleção dos questionários válidos.
.....38
- Quadro 1** – Representação dos valores atribuídos e o significado de cada valor por seção do questionário “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária”.....39
- Quadro 2** – Representação da organização dos itens por dimensão avaliada do questionário “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária”.
.....40
- Gráfico 1** – Média das porcentagens de respostas positivas por dimensão da cultura de segurança do paciente a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.....60
- Gráfico 2** – Frequência da porcentagem de respostas para “avaliação global da qualidade de cuidados de saúde” a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.
.....61
- Gráfico 3** – Frequência da porcentagem de respostas para “avaliação geral da segurança do paciente” a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.
.....62

Lista de tabelas

- Tabela 1** – Caracterização quanto perfil profissional dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.44
- Tabela 2** – Valores obtidos do Alfa de Cronbach para cada dimensão a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.46
- Tabela 3** – Distribuição da porcentagem de respostas que indicam a percepção positiva para a dimensão segurança do paciente e qualidade do cuidado a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.47
- Tabela 4** – Distribuição da porcentagem de repostas que indicam a percepção positiva quanto à ocorrência dos problemas de troca de informação a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.48
- Tabela 5** – Frequência de respostas da dimensão “trabalho em equipe” na avaliação da cultura de segurança do paciente a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.49
- Tabela 6** - Frequência de respostas da dimensão “acompanhamento do cuidado” na avaliação da cultura de segurança do paciente a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.50
- Tabela 7** - Frequência de respostas da dimensão “suporte da liderança” na avaliação da cultura de segurança do paciente a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.51
- Tabela 8** - Frequência de respostas da dimensão “aprendizagem organizacional” na avaliação da cultura de segurança do paciente a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.52
- Tabela 9** – Frequência de respostas da dimensão “percepção geral de segurança do paciente e da qualidade do cuidado” na avaliação da cultura de segurança do paciente a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.53

Tabela 10 – Frequência de respostas da dimensão “pressão e ritmo de trabalho” na avaliação da cultura de segurança do paciente a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.54

Tabela 11 – Frequência de respostas da dimensão “treinamento da equipe” na avaliação da cultura de segurança do paciente a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.55

Tabela 12 – Frequência de respostas da dimensão “padronização dos processos” na avaliação da cultura de segurança do paciente a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.56

Tabela 13 – Frequência de respostas da dimensão “comunicação aberta” na avaliação da cultura de segurança do paciente a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.57

Tabela 14 – Frequência de respostas da dimensão “comunicação sobre o erro” na avaliação da cultura de segurança do paciente a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.58

Tabela 15 – Valores do teste de Kruskal Wallis para comparação das dimensões x tempo de serviço, Brasil, 2017.63

Tabela 16 – Valores do teste de Kruskal Wallis para comparação das dimensões x categoria profissional, Brasil, 2017.63

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde.....	20
2.3 Cultura Organizacional e a Cultura de Segurança.....	26
3. OBJETIVOS	31
3.1 Objetivo Geral	31
3.2 Objetivos Específicos	31
4. MÉTODO	33
4.1 Tipo de estudo	33
4.2 Local de estudo.....	33
4.3 População de estudo	34
4.4 Aspectos Éticos	35
4.5 Coleta de dados.....	35
4.6 Instrumento para coleta de dados	36
4.7 Organização dos dados	38
4.8 Análise dos dados	41
5. RESULTADOS	43
5.1 Caracterização dos profissionais	44
5.2 Confiabilidade dos resultados.....	45
5.3 Análise das dimensões de cultura de segurança do paciente.....	46
5.3.1 Dimensão segurança do paciente e a qualidade do cuidado.....	47
5.3.2 Dimensão troca de informação com outras instituições	48
5.3.3 Dimensão trabalho em equipe	48
5.3.4 Dimensão acompanhamento do cuidado	49
5.3.5 Dimensão suporte da liderança.....	50
5.3.6 Dimensão aprendizagem organizacional	52
5.3.7 Dimensão percepção geral de segurança do paciente e da qualidade do cuidado .	53
5.3.8 Dimensão pressão e ritmo de trabalho.....	54
5.3.9. Dimensão treinamento da equipe	55
5.3.10 Dimensão padronização dos processos.....	56
5.3.11 Dimensão comunicação aberta	57
5.3.12 Dimensão comunicação sobre o erro.....	58
5.3.13 Composição da cultura de segurança do paciente	59
5.4 Avaliação geral.....	60

5.4.1 Avaliação global da qualidade de cuidados de saúde.....	60
5.4.2 Avaliação geral da segurança do paciente.....	61
5.5 Análise comparativa.....	62
6. DISCUSSÃO	65
7. CONCLUSÃO	74
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
9. REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	87
ANEXOS	89

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O tema segurança do paciente ganhou mais relevância a partir do ano 2000 quando foi publicado o relatório *To Err is Human* feito pelo *Institute of Medicine* (IOM), onde a segurança do paciente passou a ser vista como um domínio de preocupação para a qualidade em saúde. Antes considerada apenas como um atributo do pilar eficácia, entre os sete pilares da qualidade de Donabedian (1990), a segurança do paciente é agora reconhecida como dimensão fundamental para a qualidade em saúde (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

No primeiro relatório divulgado pelo IOM, foi apontado que pelo menos 44 mil e talvez até 98 mil pessoas morrem em hospitais a cada ano vítimas de eventos adversos (EAs) nos Estados Unidos da América (EUA) (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A partir daí o tema segurança do paciente passou a ser assunto estudado entre pesquisadores e, além disso, iniciativas como criação de institutos, associações e organizações, mostraram que vários outros países além dos EUA passaram a olhar com mais atenção para esta questão (CASSIANI, 2005).

Considerando a prioridade dada à segurança do paciente, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, criou a *World Alliance for Patient Safety* que teve como objetivos organizar os conceitos e definições da segurança do paciente e identificar e definir as prioridades na área em diversas partes do mundo (OMS, 2004; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A criação desta aliança gerou um movimento nos países membros para o compromisso de desenvolver políticas públicas e práticas voltadas para a segurança do paciente, inclusive o Brasil (CAPUCHO; CASSIANI, 2013).

O lançamento de desafios como o *Clean Care is Safer Care*, que visa à prevenção e controle de infecções focando principalmente na higiene das mãos e o *Safe Surgery Saves Lives* que tem por objetivo melhorar a assistência cirúrgica definindo um conjunto de normas de segurança, são atividades que atingem um aspecto importante e significativo para os pacientes que recebem cuidados de saúde (OMS, 2005; OMS, 2008).

Recentemente, em março de 2017, foi lançado o terceiro desafio *Medication Without Harm*, cujo objetivo é reduzir em 50% os danos graves e evitáveis associados a medicamentos em todos os países nos próximos cinco anos. A iniciativa visa estabelecer

maneiras de melhorar a forma como os medicamentos são prescritos, distribuídos e consumidos, incluindo a conscientização dos pacientes sobre os riscos associados ao uso indevido de medicações (OMS, 2017).

Outro passo importante que ocorreu em 2009 foi o desenvolvimento de uma taxonomia específica para a segurança do paciente. Foi publicado a *International Classification for Patient Safety (ICPS)* e traduzido para o português em 2011 (OMS, 2011). Essa classificação traz conceitos chave com uma terminologia própria e suas aplicações práticas. A seguir alguns desses conceitos que foram considerados mais relevantes para esta pesquisa (OMS, 2011):

- Segurança do paciente: redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.

- Dano: prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante. Inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte.

- Risco: probabilidade de ocorrência de um incidente.

- Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

- Quase evento (*near miss*): incidente que não alcançou o paciente.

- Evento adverso (EA): incidente que resulta em dano para o paciente

Concomitante com as ações adotadas pela OMS, a criação da *International Patient Safety Goals (IPSG)* pela *Joint Commission International (JCI)* em 2011 foi outra iniciativa importante para chamar a atenção ao tema. Trata-se de seis metas internacionais que os serviços de saúde devem almejar para garantir a segurança do paciente (JCI, 2011):

1. Identificar pacientes corretamente.
2. Melhorar a comunicação eficaz.
3. Melhorar a segurança de medicamentos de alerta máximo.
4. Assegurar na cirurgia, sítio correto, procedimento correto, paciente correto.
5. Reduzir o risco de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).
6. Reduzir o risco de dano ao paciente decorrente de quedas.

No Brasil, órgãos e serviços de transfusão de sangue, controle e prevenção de IRAS e serviços de anestesia já se preocupavam em promover a segurança do paciente e garantir a qualidade do cuidado (BRASIL, 2014). Destaca-se a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 1999 e a criação de programas que visavam a qualidade e indiretamente a segurança do paciente, como o Programa

Brasileiro da Qualidade e Produtividade em 1995 e o Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar, em 1998 (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Nos anos 2000, se destacavam algumas iniciativas, ainda que indiretamente relacionadas à segurança do paciente, como o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (Notivisa), com o objetivo de promover a identificação precoce de problemas relacionados com os serviços e produtos sob vigilância sanitária. Já outras, diretamente relacionadas à segurança do paciente, como a iniciativa da Rede Sentinela onde instituições começam a trabalhar com gerenciamento de risco (BRASIL, 2014).

Considerando a relevância e magnitude que os EAs têm no mundo e no Brasil, o Ministério da Saúde através da Portaria MS/GS nº 529, de 1º de abril de 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2013a).

Destacam-se neste programa o incentivo a criação de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança e fomentar a inclusão do tema no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

Porém, apesar de o Ministério da Saúde (MS) e a ANVISA promoverem essas iniciativas, a adesão por parte dos serviços ainda é baixa, justamente por não terem uma cultura institucional voltada para a segurança do paciente (CAPUCHO; CASSIANI, 2013).

Ressalta-se que os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) sofrem nesse contexto, pois além de haver muitas lacunas do conhecimento referente a essa temática e a difícil mensuração dos tipos de incidentes ocorridos, há escassez de produções científicas relacionadas à segurança do paciente neste nível de atenção (MESQUITA et al., 2016).

2. REVISÃO DA LITERATURA

Para o embasamento deste trabalho foi realizada uma revisão da literatura utilizando os termos: Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde; Segurança do Paciente e Qualidade do Cuidado; Cultura Organizacional e Cultura de Segurança do Paciente, nas principais bases de dados de saúde disponíveis e em publicações de documentos institucionais oficiais.

2.1 Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde

A APS é considerada componente-chave da atenção à saúde por inúmeros países, é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde e, além disso, um modelo de mudança na orientação da prática assistencial de todos profissionais de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Segundo Starfield (2002), a prática assistencial da APS é orientada por atributos essenciais (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e por atributos derivados (focalização na família, orientação comunitária e competência cultural) e só haverá uma APS de qualidade se esses atributos estiverem sendo operacionalizados.

A atenção ao primeiro contato conjuga-se como a porta de entrada do sistema de saúde, implica a acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde pelos usuários conforme sua necessidade (STARFIELD, 2002).

A longitudinalidade pode ser definida como a continuidade do cuidado, porém mais do que apenas isso, implica a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, neste sentido há uma necessidade especial da criação do vínculo entre o usuário e o serviço de saúde (STARFIELD, 2002).

A integralidade é sustentada por quatro dimensões que modificam a forma de pensar as práticas dos serviços de saúde, que são: 1) Prioridade na promoção e prevenção, 2) Atenção nos três níveis de complexidade, 3) Articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e 4) Abordagem integral dos indivíduos e das famílias (STARFIELD, 2002).

A coordenação é definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, com o objetivo de ofertar ao usuário informações que atendam às suas necessidades de forma integrada. Espera-se que os serviços estejam trabalhando voltados ao alcance de um objetivo em comum (STARFIELD, 2002).

A focalização na família implica na atenção à família como o sujeito do cuidado, o que exige interação da equipe com a família como unidade social, devendo conhecer além dos seus problemas de saúde. A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades, seu contexto físico, econômico e social em que vivem. E a competência cultural refere-se a uma relação entre a equipe de saúde e a população onde há respeito às singularidades culturais e as preferências das pessoas e de suas famílias (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a APS assume o papel de reorganização do modelo assistencial para um sistema universal e integrado, porém, há grandes desafios quanto à qualificação da APS para exercer a coordenação do cuidado e organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes e capazes de assegurar que a linha do cuidado integral seja plenamente articulada (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Desde a criação do SUS, em 1988, o tema do acesso universal e equitativo é uma preocupação. O acesso tem sido fortemente marcado pelas iniquidades sociais, desfavorecendo as populações mais vulneráveis, favorecendo serviços de pior qualidade e com aumento de iatrogenias (UCHOA et al., 2016).

Além disso, atualmente o sistema público de saúde enfrenta vários desafios relacionados às exigências crescentes da população e à persistência de um agressivo setor privado (LAURELL, 2016).

Nesta perspectiva, a estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) apresenta-se como um caminho possível para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços.

As RAS propõem que ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas garantam a integralidade do cuidado, através de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2010a).

O PMAQ-AB foi lançado em 2011 pelo Governo Federal e trata-se de um programa voluntário tanto para os gestores quanto para as equipes de saúde, onde seu êxito depende da motivação e proatividade dos participantes. Deve estimular o melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e qualidade continuamente envolvendo gestão, o processo de trabalho e resultados (BRASIL, 2015a).

Savassi (2012), em uma reflexão sobre a qualidade dos serviços de saúde e os desafios da atenção primária sugere que o PMAQ-AB só trata resultados desejados se houver uma mudança no paradigma assistencial que envolva a escolha de parâmetros adequados para a avaliação e investimento do próprio governo na qualidade dos profissionais. Além de uma mudança da organização do próprio sistema de saúde brasileiro como um todo e não somente de uma parte dele.

Implementar um sistema que de fato atenda às necessidades da população não é um processo simples, é necessária uma profunda transformação na organização das unidades de atenção primária e do processo de trabalho das equipes de APS do país (BRASIL, 2015b).

Atualmente no Brasil vigoram diferentes modelos de estruturação da APS e variam de acordo com a realidade de cada município. É possível encontrar quatro modelos: o tradicional, o Semachko, o de medicina, família e comunidade e o de estratégia de saúde da família. Além das unidades mistas que articulam alguns desses diferentes modelos em uma única equipe de saúde da família (BRASIL, 2015b).

O modelo tradicional é o que os médicos e os enfermeiros são generalistas e não tem formação específica em saúde da família, atendem a uma população com ênfase em consultas médicas e de enfermagem. O Semachko é oriundo da experiência russa de organização de cuidados primários, onde há médicos especialistas: clínico, ginecologista-obstetra e pediatra (BRASIL, 2015b).

O modelo de medicina, família e comunidade segue o modelo europeu e canadense, nos quais o cuidado está centrado nas consultas médicas e são realizados por especialistas em medicina de família e comunidade. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), por sua vez, baseia-se no cuidado primário centrado em uma equipe multiprofissional, que envolvem consultas individuais e atividades em grupo (BRASIL, 2015b).

Independente do modelo de cuidado pode-se pensar que a APS, por não estar ligada diretamente a procedimentos de alta tecnologia, é um ambiente protegido e seguro, porém recentemente alguns estudos revelam que EAs também acontecem nos cuidados primários.

Uma revisão sistemática sobre os incidentes na APS encontrou apenas estudos feitos em países desenvolvidos e revelou que cerca de 45 a 76% de todos os erros eram preveníveis. Além disso, muitos estudos incluíram medidas de frequência relativa para diferentes tipos de incidentes e os principais identificados foram os de erro de diagnóstico (26 a 57%), de tratamento (7 a 52%), os envolvendo a investigação (13 a 47%), erros de administração de medicação (9 a 56%) e erros de comunicação (5 a 72%) (MAKEHAM et al., 2008).

Na Holanda, os eventos adversos relacionados à medicação no domicílio foram uma importante causa de hospitalizações, com quase 50% de internações potencialmente evitáveis (LEENDERTSE et al., 2008).

Estudo inglês identificou durante o período de estudo a incidência global de 6,0 EAs por 1.000 pessoas-ano, ou 8,0 EAs a cada 10.000 consultas. A maioria dos pacientes que tiveram um evento teve um evento adverso durante o período de estudo (TSANG et. al, 2013).

No Brasil, estudo realizado em uma unidade de ESF que avaliou a ocorrência de incidentes no paciente em relação ao tipo, a gravidade e os fatores contribuintes para a ocorrência, concluiu que embora a atenção primária à saúde atenda pacientes com menor complexidade técnica, 82% dos incidentes ocasionaram dano ao paciente sendo muitos deles com gravidade muito alta – dano permanente (25%) ou óbito (7%) (MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015).

Estudo teórico realizado por Padoveze e Figueiredo (2014) analisando a segurança do paciente no âmbito da APS como estratégia para a prevenção de IRAS destacaram a importância da prevenção e promoção da saúde, no sentido de que ambas podem evitar intervenções de saúde desnecessárias, que por sua vez, quando realizadas podem causar danos ao paciente.

Além disso, apontam oito componentes essenciais que devem fazer parte do conjunto de medidas a serem implementadas na APS para a prevenção de IRAS: precauções padrão, precauções específicas, cuidado com medicamentos e imunobiológicos, saúde ocupacional, educação permanente, auditorias, resposta rápida e engajamento do paciente (PADOVEZE; FIGUEIREDO, 2014).

A importância de se investigar mais os assuntos relacionados à segurança do paciente na APS foi reforçada pela iniciativa da OMS, em 2012, ao constituir um grupo para se estudar especificamente questões envolvidas com a segurança neste cenário de atenção à saúde. O projeto "*Safer Primary Care*" teve como objetivo promover compreensão e conhecimento sobre os riscos para os pacientes na atenção primária, a magnitude e natureza do dano evitável decorrente de práticas inseguras e os mecanismos seguros para proteger os usuários nesse nível de atenção (OMS, 2012).

Entre as conclusões desse grupo está que apesar das melhorias na segurança dos pacientes, pouco se sabe sobre a contribuição da APS para reduzir os danos evitáveis. Em geral, houve um claro consenso sobre a necessidade de se ampliar os estudos internacionalmente na área de segurança do paciente na atenção primária (OMS, 2012).

2.2 Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente

A qualidade em saúde pode ser definida pelo grau em que os serviços prestados ao paciente diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis e aumentam a probabilidade de resultados favoráveis (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Porém, além do conceito, é importante entender que a qualidade em saúde não depende de um único fator, mas sim de algumas dimensões que definirão a qualidade. A OMS considera um grupo de seis dimensões chave, que serviram de base para a criação dos indicadores para avaliação da qualidade (OMS, 2006).

São elas:

1. Segurança Ausência de lesões devido à assistência à saúde que supostamente deve ser benéfica. Sistemas de saúde seguros diminuem o risco de dano aos pacientes.
2. Efetividade Prestação de serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar-se destes, e evitar prestar serviços àqueles que provavelmente não se beneficiarão.
3. Atenção centrada ao paciente Envolve o respeitar o paciente, considerando suas preferências individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por tais valores.
4. Acesso Redução das esperas e atrasos, às vezes prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam a assistência à saúde.
5. Eficiência Prevenção do desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energias.
6. Equidade Prestação de serviços que não variam a qualidade segundo as características pessoais, tais como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico.

Fonte: (OMS, 2006)

Considerado como um fator essencial à qualidade, a segurança do paciente segundo a OMS (2009) é definida como a redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário ao cuidado de saúde. É evidenciada como dimensão da qualidade quando os efeitos indesejáveis da assistência são causados por falhas de qualidade (OMS, 2009).

Desta forma a preocupação com o tema segurança do paciente torna-se altamente relevante nas ações de melhoria de qualidade e na garantia de um cuidado com desfechos favoráveis.

Frente ao reconhecimento de que a exposição ao sistema de saúde pode gerar danos, e não só proporcionar benefícios ao indivíduo, torna-se importante conhecer os estudos com dados referentes a ocorrência dos EAs no ambiente de saúde.

Os EAs fornecem dados e geram indicadores de qualidade relacionados à segurança do paciente. Um indicador de qualidade permite que se faça o monitoramento e a realização de comparações, a fim de sugerir ações para a melhoria de qualidade a partir de dados mensuráveis (GOUVÊA; TRAVASSOS, 2010).

O número de 98 mil mortes/ano por EAs em hospitais dos EUA divulgado pelo estudo de Kohn; Corrigan; Donaldson (2000) tornou-se ainda maior a partir de estudos mais recentes.

Um estudo realizado por meio de revisão de literatura a fim de atualizar os dados referentes às mortes nos EUA por EAs encontrou publicações entre 2008 e 2011 e estimou o número de 210.000 mortes por ano por danos evitáveis em hospitais, considerando a limitação da capacidade de busca nos registros hospitalares (JAMES, 2013).

Outro estudo realizado nos hospitais dos EUA com dados analisados entre 2000 e 2008 apontou com base na admissão de 35.416.020 internações, 251.454 mortes decorriam de um erro médico. Caracterizando como a terceira maior causa de morte nos EUA (MAKARY; DANIEL, 2016).

No Brasil, por uma estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente conclui-se que ocorrem 227.225 mortes por ano no Brasil por EAs evitáveis. Sendo então a segunda maior causa de morte no Brasil, perdendo apenas para doenças cardiovasculares (INSTITUTO BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE, 2015).

Além das mortes, vale ressaltar a importância do custo do erro para as instituições e para a sociedade. Kohn, Corrigan e Donaldson (2000), classificam o custo do erro como o custo direto, que se refere as próprias despesas de saúde mais elevadas e o custo indireto, que incluem fatores como perda de produtividade, custos de deficiências e custos pessoais de cuidado acarretados pelos EAs.

Na Europa foi realizado um estudo de avaliação econômica sobre eventos evitáveis e concluiu-se que para as trinta nações membro da Rede de Ação Comum da União Europeia para a Segurança do Paciente e a Qualidade dos Cuidados, o custo com EAs evitáveis para a população estudada foi estimado, em 2015, de 17 a 38 bilhões de euros (AGBABIKA et al., 2017).

A ocorrência dos eventos adversos provoca gastos que podem ser avaliados como desnecessários e que poderiam ser utilizados para outros fins de saúde para a população.

Estudo realizado no Brasil que estimou o volume de recursos financeiros gastos com pacientes com EAs internados em dois hospitais públicos de ensino do estado do Rio de Janeiro em 2003, constatou que nesses pacientes o valor gasto foi 200,5% superior ao dos pacientes sem EAs. Além disso, ao comparar o tempo de permanência no hospital, os pacientes com EAs ficaram uma média de 28,3 dias a mais do que os paciente sem (PORTO et al., 2010).

Um ambiente de cuidados seguro deve permanentemente garantir que os tratamentos e os serviços prestados não causem danos, lesões ou complicações, aos pacientes, além dos consequentes ao natural da sua doença. Desta forma, podemos referir que as questões relacionadas com a segurança do paciente são essenciais às da qualidade dos cuidados de saúde.

Há atualmente uma real necessidade de buscar melhorias na prestação de cuidados de saúde voltados à prevenção de erros, aprendizado a partir do erro e o envolvimento de todos os profissionais de saúde para uma promoção da cultura justa (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

2.3 Cultura Organizacional e a Cultura de Segurança

O destaque à “cultura de segurança” deve-se pela importância que a incorporação deste termo tem no alcance das metas e desafios globais propostos pela OMS (2005) sobre a segurança do paciente.

Este termo teve sua primeira aparição no relatório do acidente nuclear de Chernobyl em 1986, onde foi atribuído como uma das principais causas, uma fraca cultura de segurança. Este primeiro relatório que foi revisado em 1992, manteve a cultura de segurança como um ponto importante a ser discutido (INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY, 1992).

A partir daí outros acidentes grandes e com impacto importante na sociedade relacionaram causas organizacionais, administrativas e falhas humanas à falha na cultura de segurança em seus relatórios. Desde então o conceito foi abraçado por várias organizações, principalmente as organizações de alta confiabilidade, por exemplo, a

aviação. Que hoje são conhecidas por ser de alto risco, porém extremamente seguras (FLIN et al., 2000).

Recentemente o foco na construção de uma cultura de segurança moveu-se para as organizações de saúde. Nieva e Sorra (2003) afirmam que a mesma definição de cultura de segurança utilizada pelos analistas de segurança nuclear, pode ser facilmente adaptada para o contexto de segurança na área da saúde. Desta forma, a cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização de saúde com a gestão da segurança do paciente (NIEVA; SORRA, 2003).

Desenvolver a cultura de segurança do paciente requer uma compreensão dos valores, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização e quais atitudes e comportamentos relacionados à segurança são apoiados (NIEVA; SORRA, 2003).

A pesquisa sobre cultura de segurança é necessária para aumentar a conscientização sobre o papel da cultura na promoção de um ambiente seguro. Além disso, a cultura de segurança do paciente examina como as percepções, comportamentos e competências de indivíduos e grupos determinam o compromisso de uma organização de saúde para melhorar a segurança do paciente (DOWERI et al., 2015).

Neste sentido, a cultura de segurança é compreendida por diferentes dimensões entendidas como aspectos que podem influenciar na segurança do paciente. Tais dimensões fazem parte dos questionários usados para avaliação de cultura de segurança e algumas áreas como o comprometimento da liderança para a segurança, a comunicação aberta baseada na confiança, o aprendizado organizacional, abordagem não punitiva para notificação de eventos e análise, o trabalho em equipe e a crença compartilhada na importância da segurança, são comumente usadas para tal finalidade (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011).

Sorra, et. al, (2016) descrevem algumas das dimensões que são consideradas por eles importantes para a avaliação da cultura de segurança:

- a) Comunicação aberta: funcionários falam livremente se vêem algo que pode afetar negativamente um paciente, e sentem-se livres para questionar aqueles com mais autoridade.
- b) Feedback e comunicação sobre o erro: funcionários são informados sobre os erros que acontecem, é dado retorno sobre mudanças executadas, e são discutidas maneiras de prevenir erros.

- c) Frequência de eventos reportados: erros dos seguintes tipos são relatados:
 - 1) erros percebidos e corrigidos antes de afetar o paciente, 2) erros sem potencial para prejudicar o paciente, e 3) erros que poderiam prejudicar o paciente, mas não prejudicaram.
- d) Transição do cuidado e passagem de plantão: informações importantes sobre cuidados com o paciente são transferidas entre as unidades hospitalares e durante as mudanças de turno.
- e) Apoio da gestão para a segurança do paciente: o gerenciamento hospitalar fornece um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e mostra que a segurança do paciente é uma prioridade.
- f) Resposta não punitiva ao erro: os funcionários sentem que seus erros e relatos de eventos não são mantidos contra eles, e que os erros não são mantidos em seu arquivo de pessoal.
- g) Aprendizagem organizacional: existe uma cultura de aprendizagem em que os erros levam a mudanças positivas e as mudanças são avaliadas quanto à eficácia.
- h) Percepções gerais da segurança do paciente: os procedimentos e sistemas são bons na prevenção de erros e há uma falta de problemas de segurança do paciente.
- i) Pessoal: há pessoal suficiente para lidar com a carga de trabalho e o número de horas trabalhadas é adequado para oferecer o melhor cuidado aos pacientes.
- j) Expectativas e ações do supervisor/gerente na promoção de segurança: os supervisores/gestores consideram as sugestões da equipe para melhorar a segurança dos pacientes, elogiam o pessoal que seguem os procedimentos de segurança do paciente e não negligenciam os problemas de segurança do paciente.
- k) Trabalho em equipe entre unidades: as unidades hospitalares cooperam e coordenam umas com as outras para prestar o melhor atendimento aos pacientes.
- l) Trabalho em equipe dentro das unidades: o pessoal se apoia, trata-se com respeito e trabalha em equipe.

Instrumentos com diferentes características e diferentes variáveis estão disponíveis para avaliação da cultura de segurança do paciente. Existem instrumentos

exclusivos para aplicação em instituições hospitalares, outros para ambientes extra-hospitalares e ainda outros que podem ser utilizados em ambos os ambientes.

Para o ambiente hospitalar o questionário intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), tem sido amplamente utilizado nos Hospitais nos EUA, Reino Unido, Bélgica, China, Holanda, Turquia, Arábia Saudita, Espanha e Líbano. Ele é considerado um instrumento válido, confiável e eficiente (THE HEALTH FOUNDATION, 2011).

Para medidas de cultura de segurança do paciente em instituições extra-hospitalares, a AHRQ patrocinou o desenvolvimento de outras ferramentas de avaliação de cultura de segurança. *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (ambulatórios e atenção primária), *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture* (instituições de longa permanência) , *Community Pharmacy Survey on Patient Safety Culture* (farmácias comunitárias) e *Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture* (centros de cirurgia ambulatorial) (AHRQ, 2017).

Compreende-se que a cultura de uma organização e as atitudes das equipes influenciam os resultados de segurança do paciente e de qualidade do cuidado. Além disso, essas medidas podem ser usadas para monitorar a mudança ao longo do tempo (THE HEALTH FOUNDATION, 2011).

Frente ao exposto entende-se que avaliar a cultura de segurança do paciente na APS é um passo importante visto a abrangência desse cenário de atenção à saúde, a necessidade de melhorias da qualidade do cuidado e da necessidade de garantir o cuidado seguro nesta área de atenção.

Assim, objetivou-se neste estudo responder a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a percepção dos profissionais sobre cultura de segurança do paciente no ambiente da Atenção Primária à Saúde?

OBJETIVO

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

1. Avaliar a cultura de segurança do paciente na atenção primária em município do interior do Estado de São Paulo.

3.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar os profissionais estudados, segundo o tempo de serviço, carga horária e categoria profissional.
2. Avaliar as percepções dos profissionais da atenção primária acerca das dimensões da cultura de segurança do paciente.
3. Correlacionar as dimensões da cultura de segurança do paciente na percepção dos profissionais da APS com as variáveis, tempo de serviço e categoria profissional.

MATERIAIS E MÉTODOS

4. MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa quantitativa, transversal, descritiva e correlacional do tipo *enquete*.

A escolha pelo tipo *enquete* permite a coleta de informações sobre ações, conhecimentos, intenções, opiniões, atitudes e valores dos indivíduos por meio do autorrelato, com o objetivo de obter informação sobre a prevalência, distribuição e relação dos fenômenos dentro de uma população (POLIT; BECK, 2011).

As *enquetes*, que geram principalmente dados quantitativos, podem ser transversais ou longitudinais e os dados obtidos são usados principalmente em estudos correlacionais não experimentais (POLIT; BECK, 2011). Os delineamentos transversais são apropriados para descrever a situação, o *status* do fenômeno ou a relação entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

4.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido em um município localizado no interior do Estado de São Paulo, com população estimada de 298.701 habitantes para 2016 (BRASIL, 2016).

A rede de Atenção Primária à Saúde é composta por 32 Centros de Saúde da Família (CSF) sendo 17 dessas unidades mistas, ou seja, atendem como Unidade Básica de Saúde (UBS) e como Estratégia Saúde da Família (ESF). Além dessas, há uma Unidade de Saúde sobre Rodas que atende à população rural.

No município estudado as CSF são compostas por 42 equipes com diferentes composições. As equipes mínimas possuem os profissionais:

- médico;
- enfermeiro;
- técnico ou auxiliar de enfermagem;
- agente comunitário;
- cirurgião dentista;
- auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

E além desses, algumas unidades possuem farmacêutico, auxiliar de farmácia, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo e auxiliar administrativo.

O estudo foi desenvolvido em todos os CSF e abordou todos os profissionais das UBS e das unidades de ESF. A Unidade de Saúde sobre Rodas foi excluída pelo número de funcionários ser inferior a cinco.

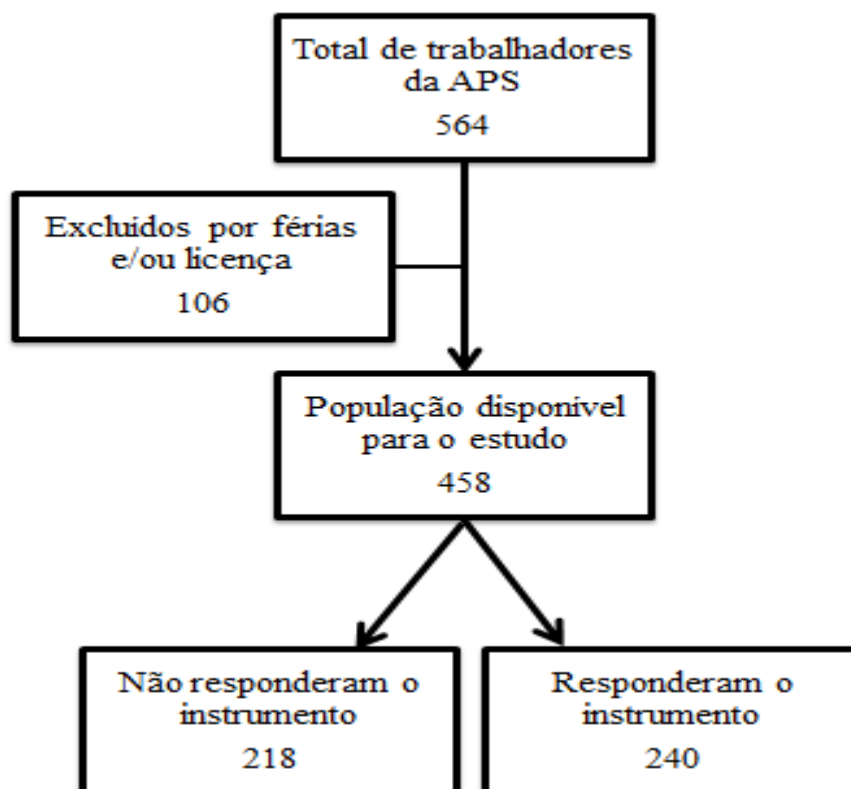
4.3 População de estudo

De acordo com dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do município, o número total de trabalhadores na APS é 564.

A população alvo foi constituída por todos os profissionais que desempenham funções assistenciais nas CSF. Foram excluídos aqueles que estavam de férias ou afastamento durante a coleta de dados.

Dos 564 profissionais que trabalham na APS do município estudado, 106 foram excluídos por estarem em férias e/ou licença durante o período de coleta de dados, reduzindo a população para 458 profissionais. Destes 240 participaram efetivamente da pesquisa, respondendo ao instrumento disponibilizado. Portanto a taxa de resposta foi de 52%.

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.



4.4 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos sob o parecer número 1818070/2016 (ANEXO 1) e seguiu as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Todos profissionais foram esclarecidos sobre a pesquisa e os que se dispuseram a participar receberam duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2) e um questionário. Para preservar o anonimato ficou disponível em cada unidade uma pasta exclusiva da pesquisa onde os participantes após responderem depositavam o questionário e o TCLE assinado.

4.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados, no período de dezembro de 2016 a março de 2017, por meio da aplicação do questionário intitulado “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do

Paciente para Atenção Primária”, conforme (ANEXO 2). Sendo sua utilização autorizada pelas autoras por e-mail (APÊNDICE 2).

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do CEP e autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município. De forma a organizar a coleta, a pesquisadora fez contato via telefone com os coordenadores de cada unidade para agendar o melhor dia para a apresentação da pesquisa.

No dia agendado a pesquisadora apresentou a pesquisa aos profissionais e entregou o envelope com o TCLE e o questionário. Nessa oportunidade também foi acordado o prazo de uma semana para a devolução, sendo que houve necessidade de prorrogação deste para mais uma semana em algumas unidades.

4.6 Instrumento para coleta de dados

No presente estudo, o instrumento utilizado foi o MOSPSC, desenvolvido pela AHRQ em 2007. Este enfatiza questões relacionadas à segurança do paciente e a qualidade do cuidado prestado (SORRA; FRANKLIN; STREAGLE, 2008). Para sua elaboração os autores revisaram a literatura relativa à segurança do paciente, qualidade dos cuidados, cuidados ambulatoriais, erros médicos, cultura organizacional e clima e cultura de segurança. Posteriormente consultaram mais de duas dúzias de especialistas dos campos de segurança do paciente e de cuidados ambulatoriais para auxiliar na identificação dos tópicos e questões chave para a criação do instrumento. Desta forma os pesquisadores identificaram uma lista potencial de dimensões e incluíram na pesquisa (SORRA; FRANKLIN; STREAGLE, 2008).

O instrumento foi testado em mais de 200 serviços de saúde dos EUA, os quais os participantes variaram por número de funcionários, especialidade (atenção primária, outra especialidade ou multiespecialidade) e localização geográfica. No final da coleta de dados, foram recebidas mais de 4.100 pesquisas. Os analistas examinaram as estatísticas dos itens e a confiabilidade e validade das dimensões da cultura de segurança. Foram realizadas análises fatoriais exploratórias e de confirmação para examinar a estrutura dos fatores da pesquisa. Com base nessas análises, a pesquisa foi revisada de modo que os itens e dimensões finais possuem propriedades psicométricas sólidas (SORRA; FRANKLIN; STREAGLE, 2008).

A ARHQ possui um banco de dados que possibilita comparações entre estudos que utilizaram este instrumento. O último banco de dados divulgado foi o de 2016 e é

composto por dados de pesquisa de 1.528 serviços de saúde com um total de 25.127 questionários respondidos (FAMOLARO et al., 2016).

A ferramenta tem alcance internacional e tem se demonstrado útil, sendo que a adaptação transcultural e validação foi realizada para diversos idiomas, como o espanhol (TORIJANO-CASALENGUA et al., 2013), árabe utilizado em países do Oriente Médio. (WEBAIR et al., 2015), português de Portugal (MARCELINO, 2016) e para o Brasil (TIMM; RODRIGUES, 2016).

Para o Brasil, o MOSPSC foi recentemente adaptado transculturalmente e validado. Foram realizadas a tradução, validação de conteúdo por avaliação de especialistas e análise de semântica e também foi realizado um pré-teste para avaliar se o questionário era compreensível para a população-alvo e verificar a confiabilidade do instrumento, o qual obteve um coeficiente alfa de *Cronbach* de 0,95 expressando alta confiabilidade (TIMM; RODRIGUES, 2016).

O instrumento pode ser usado para avaliar o estado da cultura de segurança do paciente em serviços de saúde; como uma intervenção para sensibilizar os profissionais sobre questões de segurança do paciente; como um mecanismo para avaliar o impacto das iniciativas de melhoria da segurança do paciente ou como forma de acompanhar as mudanças na cultura de segurança do paciente ao longo do tempo (SORRA; FRANKLIN; STREAGLE, 2008).

O instrumento adaptado para o Brasil é composto de 52 questões, que medem 12 dimensões do constructo da segurança do paciente, que incluem:

1. Comunicação aberta (4 itens)
2. Comunicação sobre o erro (4 itens)
3. Troca de informações com outras instituições (4 itens)
4. Padronização dos processos (4 itens)
5. Aprendizagem organizacional (3 itens)
6. Percepção geral de segurança do paciente e qualidade (4 itens)
7. Suporte da liderança para segurança do paciente (4 itens)
8. Acompanhamento do cuidado do paciente (4 itens)
9. Segurança do paciente e problemas de qualidade (10 itens)
10. Treinamento da equipe (3 itens)
11. Trabalho em equipe (4 itens)
12. Pressão e ritmo de trabalho (4 itens)

Além disso, também há uma seção de questões sobre a prática profissional (tempo de trabalho, carga horária e cargo ocupado) e uma seção aberta para comentários. O questionário é de auto-preenchimento, levando-se em média até 15 minutos para isso.

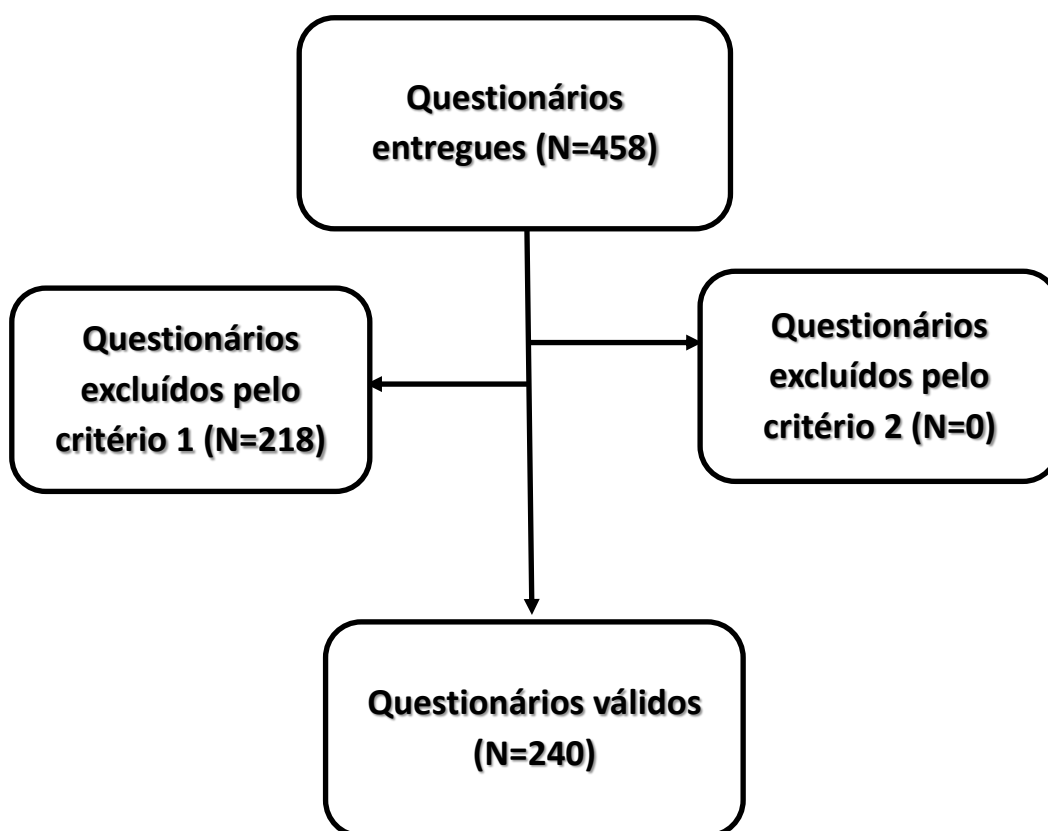
4.7 Organização dos dados

Ao recolher os questionários preenchidos foram adotados os critérios de exclusão para remover os questionários inválidos. Foram utilizados dois critérios de exclusão conforme sugerido pela AHRQ (SORRA; FRANKLIN; STREAGLE, 2008).

- Critério 1: excluir questionários que retornaram completamente em branco ou aqueles com apenas perguntas demográficas respondidas.

- Critério 2: questionários onde o respondente marcou exatamente a mesma opção de resposta para todas as perguntas respondidas .

Figura 2 – Fluxograma da seleção dos questionários válidos, Brasil, 2017.



Desta forma os 240 questionários considerados válidos foram utilizados para dar prosseguimento às análises. Para evitar possíveis erros de digitação foi realizada uma segunda revisão de todos os 240 questionários digitados na planilha.

Os dados foram organizados e armazenados em planilhas do programa *Microsoft Excel*. Cada questionário recebeu um número correspondente e uma cor para cada unidade. As questões foram organizadas por letras maiúsculas que correspondiam à seção e por números que se referiam ao item (exemplo: seção A, questão 1: A1).

Para as respostas de cada item das seções foram atribuídos valores (números) que correspondem à percepção de cada respondente sobre as dimensões de segurança do paciente. Os valores variaram de acordo com a seção conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1 – Valores atribuídos e o significado de cada valor por seção do questionário “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária”.

Seção	Valores atribuídos	Significado dos valores	
Seção A	1 a 6 e 9	Diariamente	1
		Pelo menos 1 vez na semana	2
		Pelo menos 1 vez ao mês	3
		Várias vezes nos últimos 12 meses	4
		1 ou 2 vezes nos últimos 12 meses	5
		Não aconteceu nos últimos 12 meses	6
		Não se aplica/Não sei	9
Seção B	1 a 6 e 9	Problemas diariamente	1
		Problema pelo menos 1 vez na semana	2
		Problema pelos menos 1 vez no mês	3
		Vários problemas nos últimos 12 meses	4
		1 ou 2 problemas nos últimos 12 meses	5
		Nenhum problema nos últimos 12 meses	6
		Não se aplica/Não sei	9
Seção C	1 a 5 e 9	Discordo totalmente	1
		Discordo	2
		Não concordo nem discordo	3
		Concordo	4
		Concordo totalmente	5
		Não se aplica/Não sei	9
Seção D	1 a 5 e 9	Discordo totalmente	1
		Discordo	2
		Não concordo nem discordo	3
		Concordo	4
		Concordo totalmente	5

		Não se aplica/Não sei	9
Seção E	1 a 5 e 9	Discordo totalmente	1
		Discordo	2
		Não concordo nem discordo	3
		Concordo	4
		Concordo totalmente	5
		Não se aplica/Não sei	9
Seção F	1 a 5 e 9	Discordo totalmente	1
		Discordo	2
		Não concordo nem discordo	3
		Concordo	4
		Concordo totalmente	5
		Não se aplica/Não sei	9
Seção G	1 a 5	Ruim	1
		Razoável	2
		Bom	3
		Muito bom	4
		Excelente	5

Para organização dos dados os itens foram agrupados por dimensão. Para os itens em que as perguntas foram formuladas de forma negativa, foi realizado a forma reversa da questão e estas aparecem com a letra “R”. Esta organização pode ser vista no quadro a seguir.

Quadro 2 – Organização dos itens por dimensão avaliada do questionário “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária”.

Dimensões	Itens
1. Comunicação aberta	D1, D2, D4R, D10
2. Comunicação sobre o erro	D7R, D8, D11 e D12
3. Troca de informações com outras instituições	B1, B2, B3, B4
4. Padronização dos processos	C8R, C9, C12R, C15
5. Aprendizagem organizacional.	F1, F5, F7
6. Percepção geral de segurança do paciente e qualidade	F2, F3R, F4R, F6R
7. Suporte da liderança para segurança do paciente	E1R, E2R, E3, E4R
8. Acompanhamento do cuidado do	D3, D5, D6, D9

paciente	
9. Segurança do paciente e problemas de qualidade	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10
10. Treinamento da equipe	C4, C7, C10R
11. Trabalho em equipe	C1, C2, C5, C13
12. Pressão e ritmo de trabalho	C3R, C6R, C11, C14

4.8 Análise dos dados

O tratamento e análise dos dados foram feitos pelo programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0, no qual se utilizou da estatística descritiva e dos testes de comparação.

Para análise descritiva dos dados, foi utilizado a frequência de resposta para cada item conforme orientação da AHQR:

Nas seções A e B, para o cálculo das porcentagens positivas foram agrupadas as respostas: Várias vezes nos últimos 12 meses/Vários problemas nos últimos 12 meses, com uma ou duas vezes nos últimos 12 meses/Um ou dois problemas nos últimos 12 meses, com não aconteceu nos últimos 12 meses/Nenhum problema nos últimos 12 meses.

Para as seções C, D, E, F foi realizado o agrupamento das respostas obtidas em três categorias: a) respostas positivas: concordo totalmente/concordo/sempre/frequentemente; b) respostas negativas: discordo totalmente/discordo/nunca/raramente e c) respostas neutras: não concordo nem discordo/às vezes (SORRA; FRANKLIN; STREAGLE, 2008).

O escore de cada dimensão foi calculado por meio da média do percentual das respostas de cada item, por dimensão.

Assim foram avaliadas as porcentagens de respostas positivas e classificadas como fortes as dimensões que 75% dos participantes responderam concordo totalmente/concordo ou frequentemente/sempre para as perguntas formuladas positivamente; e discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente para as perguntas formuladas negativamente (SORRA; FRANKLIN; STREAGLE, 2008).

As dimensões fracas, ou críticas, foram classificadas quando 50% ou mais dos sujeitos responderam negativamente optando por discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente para perguntas formuladas positivamente, ou usando concordo

totalmente/concordo, sempre/ frequentemente para perguntas formuladas negativamente (SORRA; FRANKLIN; STREAGLE, 2008).

Para a Seção G, a qual faz uma avaliação geral da segurança do paciente e da qualidade do serviço de saúde, foi realizada a porcentagem de resposta para cada item a fim de classificá-lo como ruim, razoável, bom, muito bom ou excelente quanto aos aspectos:

- a. **Centrado no paciente:** é sensível às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes.
- b. **Efetivo:** é baseado no conhecimento científico.
- c. **Pontual:** minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais.
- d. **Eficiente:** garante um cuidado de bom custo-benefício (evita o desperdício, uso excessivo e incorreto de serviços).
- e. **Imparcial:** fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independentemente de gênero, etnia, status socioeconômico, idioma, etc.

Para testar a confiabilidade do questionário quanto a sua consistência interna foi calculado o Alfa de Cronbach para cada dimensão e para o instrumento como um todo.

Para as análises de comparação, foi avaliada a distribuição normal dos dados, através do Teste de Kolmogorov-Smirnov para definir o uso de testes paramétricos ou não paramétricos. Verificou-se ausência de normalidade dos dados, optando então por realizar teste não paramétrico.

Utilizou-se o Teste de Kruskal-Wallis para avaliação da comparação das médias das porcentagens de respostas positivas por dimensão segundo as variáveis categoria profissional e tempo de serviço.

Para o teste estatístico foi adotado o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

5. RESULTADOS

Os resultados deste estudo foram descritos em três etapas. A primeira etapa constitui-se do resultado dos dados relacionados à caracterização profissional quanto ao tempo de serviço, carga horária e categoria profissional dos participantes da pesquisa. A segunda etapa é composta pelo teste de Alfa de Cronbach a fim de testar a confiabilidade das respostas do instrumento. E a terceira etapa compõe-se pelos resultados descritivos advindos das doze dimensões da cultura de segurança do paciente, dos resultados da avaliação global da qualidade do serviço e da segurança, bem como pelos resultados dos testes de correlações.

5.1 Caracterização dos profissionais

A tabela a seguir apresenta o perfil profissional dos participantes da pesquisa. Tais itens derivaram da Seção H do questionário.

Tabela 1 – Caracterização quanto perfil profissional dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.

Variáveis	N	%
Tempo de serviço na unidade		
Menos de 2 meses	3	1
De 2 meses a 3 anos	87	36
De 3 anos a 11 anos	80	33
Há 11 anos ou mais	41	17
Não responderam	29	12
Carga horária (horas/semana)		
1 4	0	0
5 16	17	7
17 24	7	3
25 32	12	5
33 40	158	6
41 ou mais	14	6
Não responderam	32	13

Categoria profissional

ACS*	83	35
Técnico de Enfermagem	28	12
Equipe Administrativa	20	8
Médico	18	7
Gerência	15	6
Enfermeiro	14	5
Auxiliar Enfermagem	9	4
Auxiliar Farmácia	6	3
Odontólogo	6	3
Farmacêutico	4	2
Psicólogo	2	1
Assist. Social	2	1
Fisioterapeuta	1	0,4
Fonoaudiólogo	1	0,4
Técnico em Saúde Bucal	1	0,4
Não responderam	30	12

Nota: *ACS = Agente Comunitário de Saúde.

Este instrumento permite que todos os profissionais, independente da sua escolaridade, possam participar da pesquisa. Desta forma, é possível observar na Tabela 1 a participação de 15 diferentes categorias profissionais.

A categoria com maior participação foi a de ACS (35%) e em seguida a equipe de enfermagem (auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro) representando (21%).

Referente ao tempo de serviço na unidade observou-se equilíbrio no número de profissionais novos e mais antigos. Frente às respostas viu-se que 35% dos profissionais estão de 1 a 3 anos na unidade, 33% estão nas unidades de 3 a 11 anos e 17% desses profissionais estão a mais de 11 anos na unidade.

No que tange a carga horária de trabalho, a maioria dos profissionais (76%), trabalham de 33 a 40 horas semanais.

5.2 Confiabilidade dos resultados

O teste estatístico Alfa de Cronbach foi utilizado para testar a confiabilidade das respostas para cada dimensão. O valor da amplitude varia entre zero e um, e quanto mais próximo de um, maior a confiabilidade e consistência interna do instrumento. Para

este estudo, o limite de aceitação de consistência interna adotado foi de 0,7 (PASQUALI, 2009).

Com relação à confiabilidade do conjunto das respostas do instrumento, o valor geral do Coeficiente Alfa de Cronbach obtido foi de 0,93, sendo este considerado satisfatório. Em análise individual, as dimensões comunicação aberta ($\alpha=0,17$), comunicação sobre o erro ($\alpha=0,48$), padronização dos processos (0,55), treinamento da equipe ($\alpha=0,56$) e pressão e ritmo de trabalho ($\alpha=0,59$) apresentaram baixa confiabilidade nas respostas, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Valores obtidos do Alfa de Cronbach para cada dimensão a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.

Dimensões	Alfa de Cronbach
Comunicação aberta	- 0,173
Comunicação sobre o erro	0,488
Troca de informações com outras instituições	0,901
Padronização dos processos	0,559
Aprendizagem organizacional.	0,702
Percepção geral de segurança do paciente e qualidade	0,726
Suporte da liderança para segurança do paciente	0,712
Acompanhamento do cuidado do paciente	0,754
Segurança do paciente e problemas de qualidade	0,842
Treinamento da equipe	0,562
Trabalho em equipe	0,670
Pressão e ritmo de trabalho	0,593

5.3 Análise das dimensões de cultura de segurança do paciente

Neste momento serão apresentados os dados provenientes das dimensões da cultura de segurança do paciente. Cabe destacar que para todos os resultados obtidos tanto os números absolutos quanto o cálculo das porcentagens foram feitos em cima das respostas consideradas válidas.

5.3.1 Dimensão segurança do paciente e problemas de qualidade

Nesta dimensão foram abordadas situações relacionadas à segurança do paciente e problemas relacionados à qualidade do serviço prestado. Os temas investigados foram: “Acesso ao cuidado”; “Identificação do paciente”; “Prontuários/Registros”; “Equipamento” e “Diagnósticos e testes”.

Tabela 3 – Distribuição da porcentagem de respostas que indicam a percepção positiva para a dimensão segurança do paciente e qualidade do cuidado a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.

	Situações que afetam a segurança do paciente e a qualidade do cuidado	Percepção positiva (%)
Acesso ao cuidado	Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48h para um problema sério	77
Identificação do paciente	No atendimento de um paciente foi utilizado o prontuário de outro	89
Prontuários/Registros	O prontuário de um paciente não estava disponível quando necessário	82
	Informações clínicas de um paciente foram arquivadas no prontuário de outro paciente	90
Equipamento	Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente	82
Medicamento	O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição	72
	Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante a consulta	90
Diagnósticos e testes	Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário	82
	Os resultados de exames laboratoriais não estavam disponíveis quando necessário	78
	Um resultado anormal de um exame não foi avaliado em tempo hábil	90

Observa-se na Tabela 2 que apenas o item “O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição” teve escore abaixo de 75%.

Mas, cabe ressaltar que apesar da percepção positiva relacionada a essa dimensão, alguns profissionais relataram, por menor que seja a frequência, a ocorrência das situações citadas.

5.3.2 Dimensão troca de informação com outras instituições

Nos serviços de APS a troca de informação com outras instituições são situações que ocorrem frequentemente. Essa dimensão visa compreender a frequência com que ocorrem problemas relacionados à troca de informações completas, precisas e pontuais com os serviços de centros de imagem, laboratórios, farmácias, hospitais e outros serviços da rede de atenção à saúde.

Tabela 4 – Distribuição da porcentagem de repostas que indicam a percepção positiva quanto à ocorrência dos problemas de troca de informação a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.

Problemas de troca de informação referente às instituições	Percepção positiva (%)
Centros de Imagem/Laboratório da rede	78
Outros serviços de saúde da rede de atenção	76
Farmácias	79
Hospitais	82

A Tabela 4 demonstra o escore de respostas positivas para cada item, logo, observa-se que todos os itens obtiveram escore a cima de 75 caracterizando então que os problemas relacionados à troca de informações ocorrem com pouca frequência na percepção dos profissionais.

5.3.3 Dimensão trabalho em equipe

A dimensão “trabalho em equipe” corresponde a quatro itens da seção C denominada “Trabalhando neste serviço de saúde”. Foi avaliada a frequência das respostas e sua porcentagem correspondente para cada item desta dimensão conforme mostra a Tabela 5.

Nos itens “Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam”, “Há uma boa relação entre os médicos e demais profissionais” e “Neste

serviço tratamos uns aos outros com respeito" a soma do percentual das respostas “concordo” e “concordo totalmente” foi de 80%, 87% e 79% respectivamente, demonstrando uma percepção positiva dos profissionais frente a esses itens dessa dimensão. O item "Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes", apresentou escore de 72% para as respostas “concordo” e “concordo totalmente” (Tabela 5).

Tabela 5 – Frequência de respostas da dimensão “trabalho em equipe” na avaliação da cultura de segurança do paciente a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
C1: "Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam".	5(2)	16(7)	26(11)	102(43)	89(37)
C2: "Há uma boa relação entre os médicos e demais profissionais".	0(0)	8(3)	24(10)	113(48)	92(39)
C5: "Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito".	3(1)	11(5)	35(15)	107(45)	81(34)
C13: "Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes".	17(8)	22(10)	26(12)	112(50)	49(22)

5.3.4 Dimensão acompanhamento do cuidado

A dimensão “acompanhamento do cuidado” está inserida na seção D do questionário e é representada por quatro itens.

Conforme demonstrado na Tabela 6, os itens “Os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta de rotina ou cuidados preventivos” e “Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento”, as respostas “quase sempre”

e “sempre” corresponderam a 90% e 89% respectivamente, demonstrando que esses são pontos fortes para esta dimensão.

Os itens “Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço” e “Este serviço registra a maneira como os pacientes crônicos seguem o plano de tratamento”, também apresentaram escore elevado para as respostas “quase sempre” e “sempre”, 75% e 66% respectivamente, porém mais baixos que os anteriores (Tabela 6).

Tabela 6 - Frequência de respostas da dimensão “acompanhamento do cuidado” na avaliação da cultura de segurança do paciente a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
D3: "Os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta de rotina ou cuidados preventivos"	2(1)	2(1)	18(8)	47(20)	161(70)
D5: "Este serviço registra a maneira como os pacientes crônicos seguem o plano de tratamento"	12(6)	9(4)	30(14)	43(20)	117(55)
D6: "Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço"	9(5)	22(12)	34(18)	37(20)	86(46)
D9: "Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento"	3(1)	3(1)	19(8)	61(27)	139(62)

5.3.5 Dimensão suporte da liderança

A dimensão “suporte da liderança” faz parte da seção E denominada “Apoio de gestores/administradores/líderes”. Exclusivamente nesta seção os profissionais que tem cargos de gestão ou liderança não respondem às questões. No presente estudo, 15 participantes tinham cargos de liderança no serviço.

Para os participantes que responderam a esta seção, 51% “concordam” e “concordam totalmente” que "Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço". “Discordo” e “discordo totalmente” foi representado por apenas 26%, ou seja, este é um item que demonstra uma percepção negativa dos participantes a respeito desta dimensão (Tabela 7).

Os outros itens E2R, E3 e E4R apresentaram maior porcentagem de respostas para uma percepção positiva, 58%, 59% e 46% respectivamente, porém não foram suficientes para afirmar que esses são itens fortes para a avaliação da cultura de segurança do paciente (Tabela 7).

Tabela 7 - Frequência de respostas da dimensão “suporte da liderança” na avaliação da cultura de segurança do paciente a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
E1R: "Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço"	17(8)	35(17)	45(22)	67(33)	37(18)
E2R: "Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes"	43(22)	70(36)	40(20)	29(15)	11(6)
E3: "Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes"	10(5)	27(13)	47(23)	76(37)	43(21)
E4R: "Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes"	34(18)	55(28)	51(26)	39(20)	15(8)

5.3.6 Dimensão aprendizagem organizacional

A dimensão “aprendizagem organizacional” faz parte da seção F do questionário e avalia a percepção dos profissionais sobre a importância de aprender com os erros.

As questões que norteiam esta dimensão são relacionadas às atitudes frente a um problema, se há avaliação da necessidade de mudança, se o serviço é eficiente em modificar processos para prevenir que os problemas ocorram novamente e se há avaliação dessas mudanças a fim de verificar se elas funcionaram.

A porcentagem de respostas “concordo” e “concordo totalmente” para os itens “Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas” e “Após realizarmos mudanças para melhorar o processo, avaliamos se elas funcionam” foi de 86% e 72% respectivamente. Já o item “Este serviço é eficiente em modificar processos para prevenir que problemas ocorram” obteve um escore inferior de 63% (Tabela 8).

Tabela 8 - Frequência de respostas da dimensão “aprendizagem organizacional” na avaliação da cultura de segurança do paciente a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
F1: "Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas".	2(1)	6(3)	21(10)	122(59)	57(27)
F5: "Este serviço é eficiente em modificar processos para prevenir que problemas se repitam".	4(2)	24(11)	49(24)	102(49)	28(14)
F7: "Após realizarmos mudanças para melhorar o processo, avaliamos se elas funcionam".	7(3)	18(9)	32(16)	108(54)	37(18)

5.3.7 Dimensão percepção geral de segurança do paciente e da qualidade do cuidado

Incluso na seção F do instrumento, a dimensão “percepção geral da segurança do paciente e da qualidade” é composta por quatro itens, os quais três são relacionadas a erros e um a qualidade do cuidado prestado.

Em relação ao erro, nos itens “Acontecem erros com mais frequência do que deveriam” e “É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes”, apenas 17% e 15%, respectivamente, concordaram com essa afirmação (Tabela 9).

Em “Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros” 70% dos participantes concordaram com essa afirmação, ou seja, acreditam que os processos de trabalho previnem o erro e quanto a qualidade o item “A quantidade de atividades realizadas é mais importante do que a qualidade do cuidado prestado”, 67% discordaram dessa afirmação e apenas 15% concordaram (Tabela 9).

A partir desses resultados foi possível afirmar que há uma percepção positiva quanto esta dimensão.

Tabela 9 – Frequência de respostas da dimensão “percepção geral de segurança do paciente e da qualidade do cuidado” na avaliação da cultura de segurança do paciente a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
F2: "Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros".	3(1)	23(11)	37(18)	111(53)	35(17)
F3R: "Acontecem erros com mais frequência do que deveriam".	35(17)	102(50)	31(15)	26(13)	9(4)
F4R: "É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes".	54(27)	94(47)	24(12)	21(11)	7(4)

F6R: "A quantidade de atividades realizadas é mais importante do que a qualidade do cuidado prestado".	34(17)	97(49)	36(18)	23(12)	6(3)
---	--------	--------	--------	--------	------

5.3.8 Dimensão pressão e ritmo de trabalho

Esta dimensão está inserida na seção C e é composta por quatro itens. Estes itens avaliam situações como o número de profissionais para a quantidade de pacientes e atendimentos, além de avaliar se o profissional se sente apressado ao realizar os atendimentos.

Nos itens “A quantidade de paciente é muito alta em relação ao número de médicos” e “Há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente”, respectivamente 59% e 50% concordaram com essa afirmação. E no item “A quantidade de profissionais é suficiente para atender os pacientes” a maioria dos profissionais (60%) discorda dessa informação. Para o item “Frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente” 48% dos participantes concordaram com essa afirmação. Todos os itens demonstraram uma percepção negativa para esta dimensão (Tabela 10).

Tabela 10 – Frequência de respostas da dimensão “pressão e ritmo de trabalho” na avaliação da cultura de segurança do paciente a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
C3R: “Frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente”.	14(17)	67(29)	39(17)	74(32)	38(16)
C6R: "A quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos".	8(13)	58(25)	29(13)	64(28)	70(31)
C11: "A quantidade de	57(24)	83(36)	17(7)	58(25)	18(7)

profissionais é suficiente para atender os pacientes".

C14R: "Há um número maior de pacientes do que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente".	19(16)	60(26)	37(16)	66(29)	49(21)
--	--------	--------	--------	--------	--------

5.3.9. Dimensão treinamento da equipe

A dimensão “treinamento da equipe” também está inserida na seção C e é composta por três itens.

As questões abordam o tema no sentido de avaliar se as equipes são treinadas e atualizadas sempre que novos processos são implantados. Além disso, também avalia se os profissionais realizam atividades mesmo sem treinamento.

Para o item “Os profissionais são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados” o percentual de participantes que concordaram com esta afirmação foi de 51%, ou seja, a maioria respondeu que são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados (Tabela 11).

Para os outros itens “Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados” e “Este serviço garante que sua equipe receba atualizações” o percentual de respostas “concordo” e “concordo totalmente” foi de 57% e 52% respectivamente, são valores elevados, porém não suficiente para considerá-los como uma percepção positiva (Tabela 11).

Tabela 11 – Frequência de respostas da dimensão “treinamento da equipe” na avaliação da cultura de segurança do paciente a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
C4: "Este serviço treina a equipe sempre	21(9)	50(22)	30(13)	90(39)	41(18)

que novos processos são implantados".					
C7: "Este serviço garante que sua equipe receba atualizações".	13(6)	45(20)	52(23)	87(38)	32(14)
C10R: "Os profissionais são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados".	19(8)	58(25)	35(15)	68(30)	49(21)

5.3.10 Dimensão padronização dos processos

A dimensão “padronização dos processos” é composta por quatro itens. Esses itens avaliam questões relacionadas à organização do serviço, se as atividades são executadas de forma padronizada pelos profissionais e se há problemas com o fluxo de trabalho.

Na avaliação desta dimensão foi identificado que 70% dos participantes discordam com o item “Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável”. Em relação à questão “A equipe deste serviço segue os processos padronizados para realizar suas atividades” 65% dos participantes concordaram com a afirmação (Tabela 12).

A percepção dos profissionais sobre a supervisão da realização dos processos corretamente (C9) foi positiva, com 53% e sobre os problemas com o fluxo de trabalho (C12R) também foi positiva 46%, porém não suficiente para afirmar que esses são itens fortes para a avaliação da cultura de segurança do paciente (Tabela 12).

Tabela 12 – Frequência de respostas da dimensão “padronização dos processos” na avaliação da cultura de segurança do paciente a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
C8R: "Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável".	37(17)	119(53)	38(17)	21(9)	8(4)
C9: "Há	11(5)	47(21)	46(21)	79(35)	40(18)

procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente".						
C12R: "Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho".	30(13)	74(33)	43(19)	58(26)	22(10)	
C15: "A equipe deste serviço segue os processos padronizados para realizar suas atividades".	14(6)	28(12)	38(16)	104(45)	47(20)	

5.3.11 Dimensão comunicação aberta

A dimensão “comunicação aberta” está inserida na seção D do questionário denominada “Comunicação e Acompanhamento”. É compreendida por quatro itens que visam avaliar se as equipes são ouvidas e se são incentivadas a expressar suas opiniões e ideias, além de avaliar o receio e a dificuldade dos profissionais em expressar opiniões diferentes.

A Tabela 13 traz as frequências de respostas para cada item desta dimensão. Através do item “Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes” foi possível evidenciar uma percepção negativa da equipe quando 51% dos participantes concordaram com esta afirmação.

Apesar disso, quanto ao item D4 a maioria dos profissionais referiu não ter dificuldades em perguntar quando algo parece errado (58%) e quanto às questões “A equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista” e “Os médicos são abertos para as ideias dos demais sobre melhorar os processos de trabalho”, 62% e 58% dos participantes respectivamente concordaram com a afirmação, demonstrando uma percepção positiva.

Tabela 13 – Frequência de respostas da dimensão “comunicação aberta” na avaliação da cultura de segurança do paciente a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
--	--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
D1: "Os médicos estão abertos para as ideias dos demais sobre melhorar os processos de trabalho".	18(8)	16(7)	60(27)	55(25)	74(33)
D2: "A equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista".	4(2)	19(8)	64(28)	46(20)	97(42)
D4R: "A equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto".	74(33)	57(25)	51(23)	20(9)	22(10)
D10: "Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes".	65(29)	47(21)	54(24)	33(15)	22(10)

5.3.12 Dimensão comunicação sobre o erro

Esta dimensão também está inserida na seção D e é composta por quatro questões na avaliação da cultura de segurança.

A partir dos resultados da Tabela 14 observa-se que para os itens “A equipe fala abertamente sobre os problemas”, “Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente” e “Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço”, responderam “sempre” ou “quase sempre” 70%, 78% e 72% respectivamente para as afirmações, demonstrando então uma percepção positiva dos profissionais ao falar sobre os erros.

Apesar disso, quanto ao item “A equipe deste serviço acredita que os erros possam ser usados contra si”, 49% dos participantes responderam que “sempre” ou “quase sempre”, demonstrando uma percepção negativa sobre a punição ao erro.

Tabela 14 – Frequência de respostas da dimensão “comunicação sobre o erro” na avaliação da cultura de segurança do paciente a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
D7R: "A equipe deste serviço acredita que os	23(12)	26(14)	45(24)	28(21)	52(28)

erros possam ser usados
contra si"

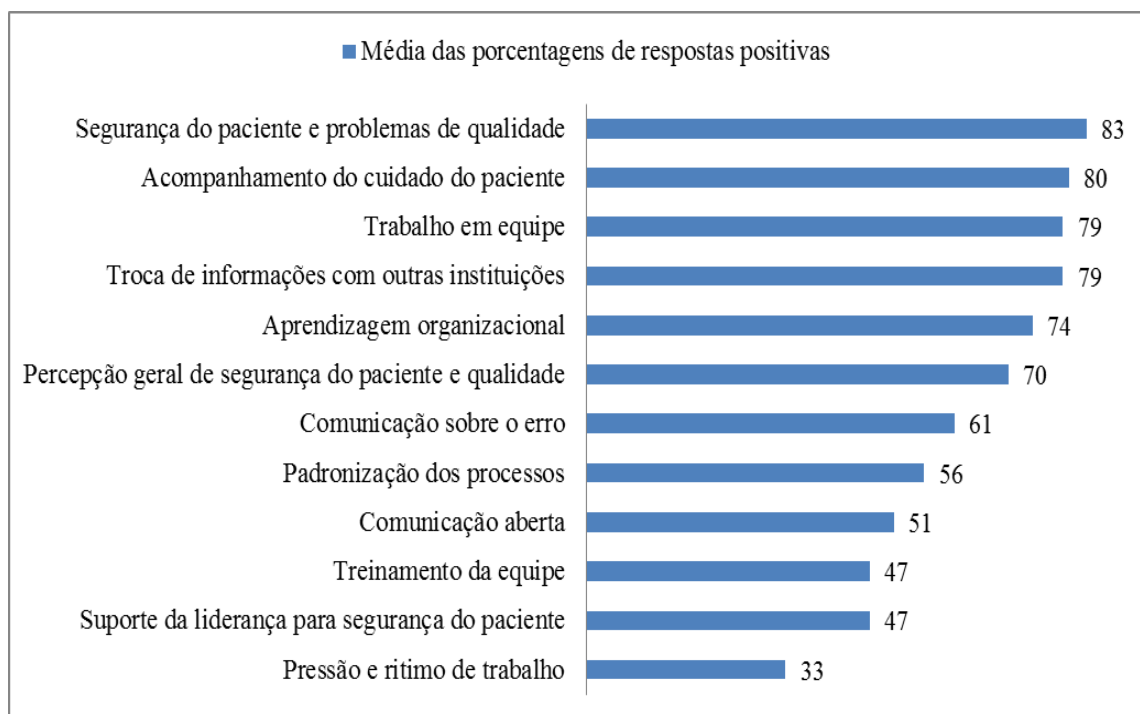
D8: "A equipe fala abertamente sobre os problemas"	4(2)	22(10)	44(19)	54(24)	104(46)
D11: "Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente"	4(2)	7(3)	39(17)	54(24)	123(54)
D12: "Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço"	2(1)	23(10)	40(18)	67(30)	95(42)

5.3.13 Composição da cultura de segurança do paciente

Para avaliar o composto geral de cada dimensão da cultura de segurança do paciente foi realizada a média das porcentagens das respostas positivas.

As dimensões “segurança do paciente e problemas de qualidade”, “acompanhamento do cuidado do paciente”, “trabalho em equipe” e “troca de informações com outras instituições” atingiram escore suficiente para afirmar que estas são fortes. Já a dimensão “suporte da liderança para segurança do paciente” atingiu escore suficiente para afirmar que esta é uma dimensão fraca e que necessita de melhorias (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Média das porcentagens de respostas positivas por dimensão da cultura de segurança do paciente a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.



5.4 Avaliação geral

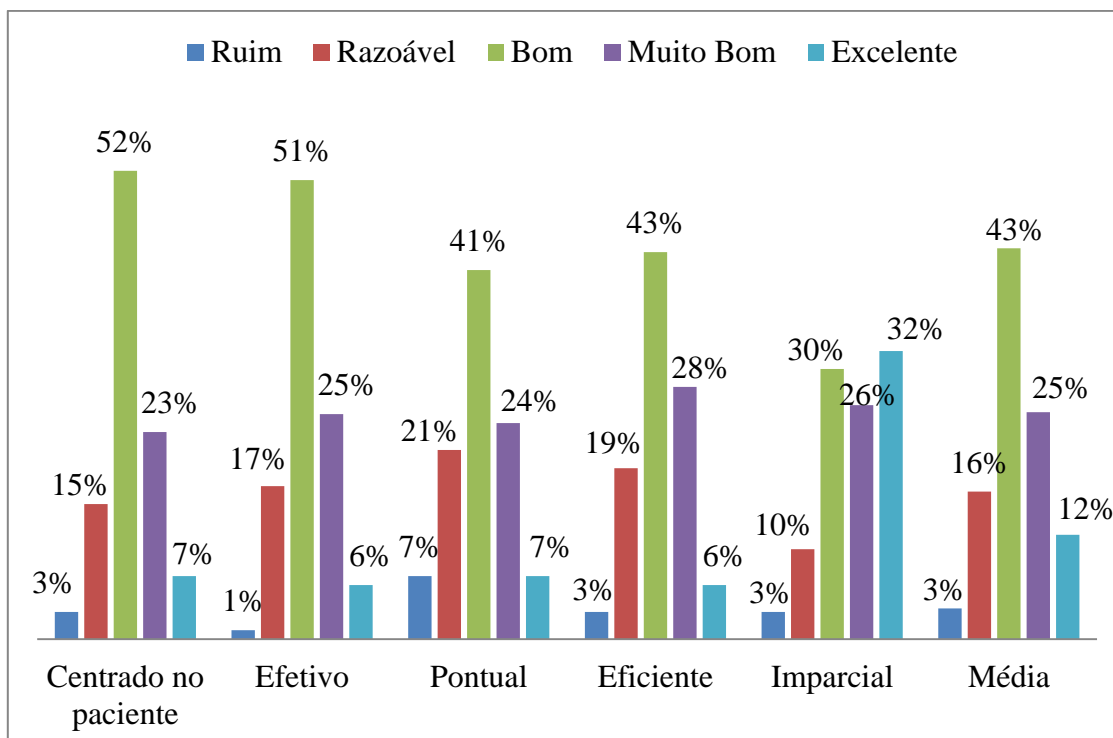
O questionário aplicado na sua penúltima seção faz uma avaliação global dos temas qualidade e segurança do paciente, onde os participantes da pesquisa devem classificar o serviço de saúde como Ruim, Razoável, Bom, Muito Bom e Excelente.

5.4.1 Avaliação global da qualidade de cuidados de saúde

Na avaliação global da qualidade de cuidados de saúde cinco áreas foram julgadas pelos participantes atribuindo notas que variavam de ruim a excelente, conforme apresentado no Gráfico 2.

Em todas as áreas avaliadas a maioria dos participantes avaliou o seu serviço de saúde como bom. A área com melhor nota foi a imparcial.

Gráfico 2 – Frequência da porcentagem de respostas para “avaliação global da qualidade de cuidados de saúde” a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.

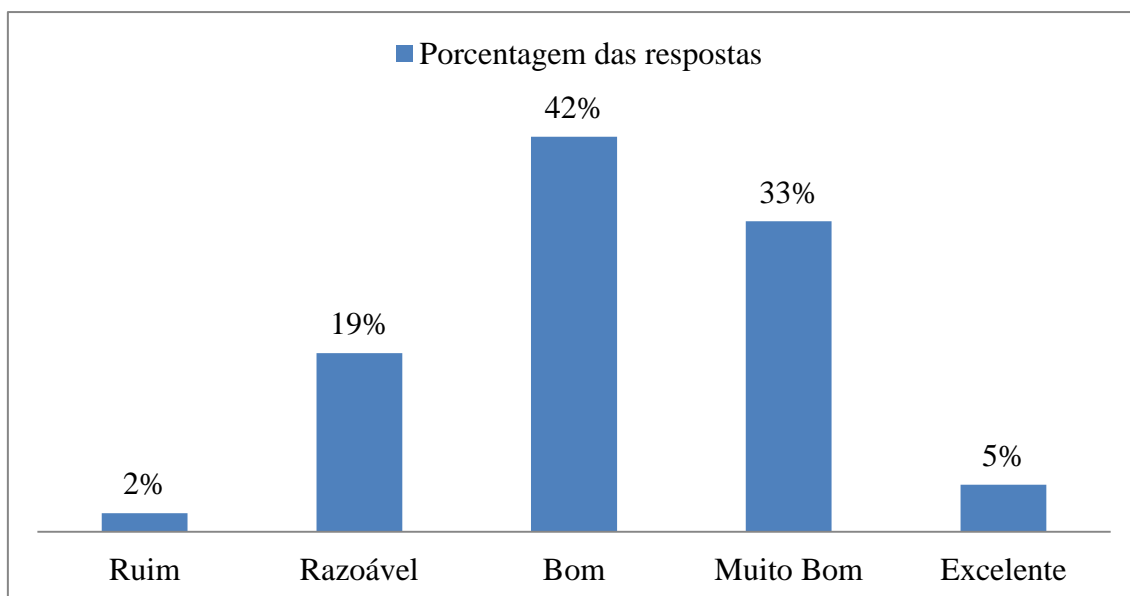


5.4.2 Avaliação geral da segurança do paciente

Para a avaliação geral da segurança do paciente foi feita a seguinte pergunta aos participantes: “No geral, como você classificaria os sistemas e processos clínicos que este serviço utiliza para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham potencial de afetar os pacientes?”

A maioria dos profissionais classificou como bom (42%) e muito bom (33%) às relações entre o serviço e a preocupação com questões relacionadas à segurança do paciente (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Frequência da porcentagem de respostas para “avaliação geral da segurança do paciente” a partir da resposta dos participantes da pesquisa, Brasil, 2017.



5.5 Análise comparativa

Para verificar a comparação da percepção da cultura de segurança do paciente dos profissionais e às variáveis tempo de serviço e categoria profissional, foi aplicado o teste de análise de variância de Kruskal-Wallis.

O teste permitiu observar que as dimensões “aprendizagem organizacional” ($p=0,031$) e “suporte da liderança” ($p=0,033$) apresentaram diferença significativa quanto a variável tempo de serviço (Tabela 15). Para a dimensão “aprendizagem organizacional” se observou diferença entre as categorias “de 2 meses a menos de 3 anos” e “de 3 a menos de 11 anos”. Para “suporte da liderança” a diferença foi entre as categorias “de 3 a menos de 11 anos” e “11 anos ou mais”.

Quanto a categoria profissional, apresentaram diferença significativa as dimensões “segurança do paciente e problemas de qualidade” (SP) ($p=0,008$) e “trabalho em equipe” (TE) ($p=0,001$) (Tabela 16). Na dimensão “segurança do paciente e problemas de qualidade”, houve diferença entre a categoria “médico” e “outros”. Para “trabalho em equipe”, houveram várias diferenças identificadas, que foram entre “médico” e “equipe de enfermagem”, entre “médico” e “gerência”, entre “médico” e “equipe administrativa” e entre “médico” e “ACS”.

Tabela 15 – Comparação da percepção das dimensões da cultura de segurança do paciente para a APS segundo o tempo de serviço. Limeira, SP, Brasil, 2017.

	CA	CE	TI	PP	AO	PG	SL	AC	SP	TN	TE	PR
Menos de 2 meses	50,00	75,00	25,00	41,67	100,00	62,50	87,50	75,00	50,00	66,67	91,67	50,00
2 meses a menos de 3 anos	55,79	63,41	75,42	66,55	83,79	74,01	58,80	75,29	68,52	64,80	81,18	45,26
3 a menos de 11 anos	52,31	63,43	73,25	56,25	69,14	74,19	60,56	76,35	63,42	62,24	78,25	46,94
11 anos ou mais	54,05	71,43	78,23	64,10	82,94	74,26	45,00	81,41	70,00	66,70	83,97	53,45
Valor de p*	0,815	0,235	0,250	0,083	0,031	0,829	0,033	0,756	0,535	0,893	0,643	0,532

Notas: CA: Comunicação aberta; CE: Comunicação sobre o erro; TI: Troca de informações; PP: Padronização dos processos; AO: Aprendizagem organizacional; PG: Percepção geral da segurança do paciente e qualidade; SL: Suporte da liderança; AC: Acompanhamento do cuidado; SP: Segurança do paciente e problemas de qualidade; TN: Treinamento da equipe; TE: Trabalho em equipe; PR: Pressão e ritmo de trabalho. *teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 16 – Comparação da percepção das dimensões da cultura de segurança do paciente para a APS segundo a categoria profissional. Limeira, SP, Brasil, 2017.

	CA	CE	TI	PP	AO	PG	SL	AC	SP	TN	TE	PR
Médico	62,50	75,00	75,00	69,44	85,17	76,39	61,11	82,35	80,00	70,71	100,00	58,33
Equipe de Enfermagem	52,78	67,22	78,29	63,30	78,08	79,88	47,30	76,02	71,84	65,85	81,12	52,27
Gerência	55,36	69,23	91,67	57,14	80,07	70,00	75,00	67,86	74,29	73,30	71,67	40,91
Equipe Administrativa	46,88	60,94	77,50	64,06	78,57	65,63	65,91	73,53	55,63	64,36	70,83	46,88
ACS	54,61	62,99	70,42	63,03	80,22	70,96	60,38	80,18	67,72	59,04	77,47	48,61
Outros	51,47	59,38	73,08	51,19	75,67	76,56	59,09	64,47	48,18	62,65	83,70	34,38
Valor de p*	0,377	0,147	0,234	0,417	0,831	0,445	0,169	0,193	0,008	0,474	0,001	0,122

Notas: ACS: Agente comunitário de saúde; CA: Comunicação aberta; CE: Comunicação sobre o erro; TI: Troca de informações; PP: Padronização dos processos; AO: Aprendizagem organizacional; PG: Percepção geral da segurança do paciente e qualidade; SL: Suporte da liderança; AC: Acompanhamento do cuidado; SP: Segurança do paciente e problemas de qualidade; TN: Treinamento da equipe; TE: Trabalho em equipe; PR: Pressão e ritmo de trabalho. *teste de teste de Kruskal-Wallis.

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Uma verdadeira cultura de segurança é aquela em que cada pessoa na organização reconhece suas responsabilidades para a segurança do paciente e trabalha para melhorar os cuidados oferecidos. Dentro das propostas de segurança do paciente há o reconhecimento de que erros e incidentes acontecerão e que os cuidados de saúde têm seus riscos. Assim, entende-se que para melhorar a segurança do paciente há necessidade de mudanças em diferentes áreas (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2006).

Neste sentido destaca-se a importância da participação de toda a equipe de saúde para a promoção de uma cultura de segurança positiva. As organizações com cultura de segurança positiva são caracterizadas por ter uma comunicação baseada na confiança mútua, por ter percepções compartilhadas da importância da segurança e por confiar na eficácia das medidas preventivas (NIEVA E SORRA, 2003).

É recomendado pela AHRQ que obtenha-se o máximo possível de participação dos profissionais nas avaliações de cultura, pois quanto maior a taxa de resposta mais adequada é a representação (SORRA et al., 2016).

Considerando a falta de tradição no Brasil em avaliação de cultura de segurança, particularmente na APS, pode-se considerar muito boa a taxa de respostas de 52% obtida. Porém, ainda inferior quando comparado ao banco de dados fornecidos pela AHRQ, onde a média da taxa de respostas foi de 78% (FAMOLARO et al., 2016).

A participação nesta investigação envolveu 15 diferentes categorias profissionais assegurando que a avaliação da cultura de segurança atingiu à todos. Kurcgant e Massarolo (2015) afirmam que o desempenho dos recursos humanos constitui o elemento determinante do sucesso ou insucesso de propostas institucionais e por isso é preciso reconhecer a cultura da organização.

No presente estudo a variável categoria profissional mostrou diferença significativa quanto às dimensões “segurança do paciente e problemas de qualidade” ($p=0,008$) e “trabalho em equipe” ($p=0,001$), sendo o profissional médico aquele com o escore mais elevado (Tabela 16). Da mesma forma outro estudo que faz essa comparação encontrou que o profissional médico também apresenta maiores escores para as dimensões “comunicação aberta” ($p<0,01$) e “comunicação sobre o erro” ($p<0,01$) (BODUR; FILIZ, 2008). Na investigação de Tabrizchi e Sedaghat (2012) o

gerente da unidade foi o que apresentou os escores mais elevados para todas as dimensões ($p < 0,001$).

Quanto à comparação das dimensões com o tempo de serviço, observou-se neste estudo que os profissionais com menos tempo de trabalho na unidade obtiveram os escores positivos mais elevados para as dimensões “aprendizagem organizacional” ($p = 0,031$) e “suporte da liderança” ($p = 0,033$) (Tabela 5). Estudo de Tabrizchi e Sedaghat (2012) não encontrou relação entre tempo de trabalho e as dimensões de segurança do paciente. Já em estudo que avaliou os residentes de medicina familiar e comunitária encontrou que os residentes do primeiro ano apresentam os escores mais elevados para as dimensões “troca de informações com outras instituições” ($p = 0,007$), “comunicação aberta” ($p = 0,01$), “treinamento de pessoal” ($p = 0,009$) e “percepções gerais sobre segurança do paciente e a qualidade” ($p = 0,02$) (RODRÍGUEZ-COGOLLO et al., 2014).

As dimensões para avaliação da cultura de segurança do paciente neste estudo foram: comunicação aberta, comunicação sobre o erro, troca de informações com outras instituições, padronização dos processos, aprendizagem organizacional, percepção geral de segurança do paciente e qualidade, suporte da liderança para segurança do paciente, acompanhamento do cuidado do paciente, segurança do paciente e problemas de qualidade, treinamento da equipe, trabalho em equipe e pressão e ritmo de trabalho, assemelhando-se aos outros instrumentos utilizados para medir cultura de segurança (THE HEALTH FOUNDATION, 2011).

No presente estudo, apenas as dimensões, suporte da liderança, percepção geral de segurança do paciente e qualidade, aprendizagem organizacional, troca de informações com outras instituições, trabalho em equipe, acompanhamento do cuidado do paciente, segurança do paciente e problemas de qualidade demonstraram alta confiabilidade nas respostas, Tabela 2, e por isso foram mantidas para a discussão.

O trabalho em equipe consiste na modalidade de trabalho coletivo que se contrapõe ao modo independente e isolado com que os profissionais de saúde usualmente executam seu trabalho (PEDUZZI; CIAMPONE, 2010). Além disso, espera-se que o trabalho em equipe seja construído dentro da prática interdisciplinar, na qual o diálogo deva propiciar a aproximação entre os diferentes atores, tendo-se a clareza de que todo o conhecimento parcial só ganha significado quando compartilhado no coletivo (SANTOS et. al, 2016).

O trabalho em equipe surge com um potencial para construção de novas práticas de saúde de modo que a lógica que orienta o trabalho em saúde considere a integralidade, a democratização das relações de trabalho e a ação comunicativa (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).

Porém, autores apontam a existência de algumas dificuldades no processo de trabalho, tais como: falta de infraestrutura, falta de planejamento e a falta de interação entre os trabalhadores (SANTOS et. al, 2016). A falta de interação entre os trabalhadores onde cada área trabalha de forma isolada e independente está fortemente relacionado à formação profissional. Diante disso, defende-se que a modalidade de educação interprofissional é capaz de promover o trabalho em equipe integrado e colaborativo entre profissionais de diferentes áreas, com foco nas necessidades de saúde de usuários e população, a fim de melhorar a qualidade da atenção à saúde (PEDUZZI et. al, 2013).

A dimensão “trabalho em equipe” foi avaliada como forte para a cultura de segurança do paciente, atingindo a média de porcentagens de respostas positivas de 79%. Rodríguez-cogolloa et al. (2014) utilizando o mesmo instrumento de avaliação, obteve resultado semelhante, com 70% de respostas positivas para esta dimensão. Além disso, na base de dados de comparação de resultados disponibilizada pela AHRQ também foi evidenciado resultado semelhante, com média de 87% (FAMOLARO et al.,2016).

Outras investigações que avaliaram o trabalho em equipe dentro das unidades e entre as unidades, também obtiveram escores positivos elevados (TABRIZCHI; SEDAGHAT, 2012; GHOBASHI et al., 2014; BODUR; FILIZ, 2009).

Ter uma cultura positiva para o trabalho em equipe significa existir respeito mútuo e relações de trabalho estreitas entre profissionais e provedores (FAMOLARO et al.,2016).

Revisão realizada sobre o trabalho em equipe e a segurança do paciente identificou que diante dos fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes críticos e eventos adversos, o trabalho em equipe desempenha um papel importante na causalidade e na prevenção desses eventos (MANSER, 2009).

Diante a ocorrência dos erros, outro aspecto da cultura de segurança do paciente é a aprendizagem organizacional. Segundo Edwards (2017), há quatro modos de aprendizagem dentro das organizações, aprender com os outros, a partir dos erros, a partir da medida e do inesperado.

Aprendendo com os outros se dá através das experiências reveladas em conversas ou em publicações. Aprendendo a partir dos defeitos, ou erros, acontece na identificação e análise dos mesmos. Aprender com o uso da medida é aproveitar os resultados para fornecer *feedback* e conduzir o desempenho da organização. Já aprender a partir do inesperado se dá pela constante vigilância e prevenção aos acontecimentos (EDWARDS, 2017).

Em cima disso, o autor acredita que dando maior atenção aos modos menos desenvolvidos de aprendizagem organizacional é possível promover um progresso mais rápido na segurança do paciente.

Na avaliação de cultura de segurança do paciente na APS a dimensão “aprendizagem organizacional” obteve escores elevados de respostas positivas, sendo 74% neste estudo, 75% em GHOBASHI et al. (2014) e 72% em TABRIZCHI; SEDAGHAT (2012).

Apesar da percepção positiva dos profissionais a respeito da aprendizagem organizacional, quando o tema é a não culpabilidade pelo erro, os estudos demonstram resultados diferentes. Os escores positivos para “resposta não punitiva ao erro” foram muito baixos evidenciando fragilidade nesse aspecto. (GHOBASHI et al., 2014; TABRIZCHI; SEDAGHAT, 2012 e BODUR; FILIZ, 2009).

Embora a dimensão “comunicação sobre o erro” não tenha atingido confiabilidade satisfatória, o item “a equipe deste serviço acredita que os erros possam ser usados contra si”, destaca-se, pois 49% dos participantes concordaram com a afirmação, revelando que a cultura do medo relacionado ainda está presente.

Desta forma, é possível identificar que o modo aprendizagem a partir do erro necessita de melhorias. É preciso trabalhar nas equipes que a ocorrência do erro e a culpa podem ser alternativas para transformá-lo em oportunidade de discutir, melhorar o cuidado e evitar que novos eventos relacionados à mesma causa aconteçam (PAESE; SASSO, 2013).

A dimensão “acompanhamento do cuidado do paciente” deve ser compreendida como uma área de destaque para a APS. Para Cunha e Giovanella (2011) em estudo de revisão conceitual sobre a longitudinalidade, o acompanhamento do paciente ao longo do tempo por profissionais da equipe de APS é característica central deste nível assistencial. Neste sentido as autoras sugerem para a realidade brasileira utilizar o termo vínculo longitudinal, que se traduz no reconhecimento e utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo.

Reconhece-se que já existem avanços como o reconhecimento dos fatores socioeconômicos no processo de adoecimento dos indivíduos e a presença de vínculo entre usuários e profissionais da equipe de APS, porém, fatores como a busca de outras unidades de saúde para atendimento de rotina, rotatividade do profissional médico e problemas de qualidade dos registros em saúde ainda dificultam o atendimento do vínculo longitudinal (CUNHA, 2009).

Na presente investigação a dimensão “acompanhamento do cuidado” obteve escore de 80% de respostas positivas e sendo classificada como área forte para cultura de segurança. Resultado semelhante comparado aos resultados da base de dados da AHRQ que obteve média de 86% (FAMOLARO et al., 2016) e no estudo feito por Rodríguez-Cogolloa et al. (2014), onde sua taxa de respostas positivas foi de 71%. Apenas um resultado diferente foi encontrado por Webair (2015) que identificou fragilidade nesta área e concluiu que os pacientes da cidade de Al-Mukala – Yemen, não eram acompanhados e nem monitorizados quando necessário.

Uma organização que faz o acompanhamento do cuidado é capaz de comunicar os pacientes sobre seus compromissos na unidade, documenta o quanto o paciente segue os cuidados e acompanha quem necessita de monitoramento (SORRA et. al, 2016).

Outra característica importante para garantir o bom funcionamento do cuidado na APS é a troca de informações com outras instituições. Neste caso, é fundamental que as informações trocadas sejam completas, precisas e pontuais.

Para a avaliação de cultura de segurança, esta foi considerada como uma dimensão forte no presente estudo e em Marcelino (2016), com 79% e 84% de respostas positivas respectivamente. Já em outros dois estudos esta característica foi classificadas como fragilidades atingindo apenas 47% de respostas positivas (GHOBASHI et. al, 2014; RODRÍGUEZ-COGOLLO et. al, 2014).

Quanto à lista de situações que afetam a segurança do paciente e a qualidade, 83% dos profissionais tiveram a percepção positiva ao tema e acreditam que ocorrem poucos problemas relacionados ao acesso, identificação do paciente, prontuários e registros, equipamentos, medicamentos e diagnósticos em suas unidades.

Apesar da percepção dos profissionais ser de baixa ocorrência de problemas, vale ressaltar que mesmo em menor frequência eles ainda foram apontados. Desta forma viu-se a necessidade de discorrer um pouco mais sobre esse tema e identificar quais são os principais problemas relatados em literatura.

No que tange ao acesso, estudo realizado em Pernambuco para avaliar a percepção dos usuários, identificou que os principais problemas sobre o acesso são: deficiente sistema de referência e contra referência; demora no retorno dos resultados dos exames laboratoriais; excessivo número de famílias por equipe; dificuldades para marcar consultas e despesas com medicamentos (AZEVEDO; COSTA, 2010).

Outro estudo sobre a percepção do usuário feito por Lima et. al (2006) no Espírito Santo - Brasil, levantou que tempo de espera prolongado pelo atendimento foi bastante referido pelos usuários. Também uma investigação realizada em três capitais do Nordeste – Brasil por Souza et. al, (2008), identificou que houve ampliação do acesso, porém com desproporções entre oferta potencial, atendimento à demanda e dificuldades de referência.

Ainda sobre os problemas, oposto a percepção dos profissionais desta pesquisa, estudos identificaram que os tipos de incidentes mais comuns na APS foram associados a erros de medicamentos e erros de diagnósticos (MAKEHAM et al, 2008; MARCHON e MENDES JUNIOR, 2014).

Diante disso, cabe a reflexão de que os resultados positivos, obtidos no presente estudo, possam estar relacionados aos baixos índices de reportagem de eventos. Estudos que perguntaram a frequência de relatório de eventos identificaram que apenas 12%, 32% e 27% dos profissionais mencionaram que os erros foram relatados (BODUR; FILIZ, 2009; GHOBASHI et al., 2014; TABRIZCHI; SEDAGHAT, 2012).

Richter et. al (2014) aponta que alguns fatores organizacionais podem estar associados ao problema da notificação. O estudo revela que mesmo sem ter ciência, a falta de apoio pelos gestores à segurança pode levar os profissionais a notificar menos erros do que os ocorridos.

Neste sentido, os resultados dessa pesquisa corroboram com essa afirmação. A dimensão de “suporte da liderança” para a segurança do paciente foi considerada crítica e que necessita de melhorias com urgência. Apenas 47% dos participantes tiveram percepção positiva a respeito do tema.

Tsai (2011) em seu estudo sobre a relação entre cultura organizacional, comportamento da liderança e satisfação com o emprego encontrou significativa correlação positiva entre esses três aspectos e concluiu que quando há uma boa interação entre as lideranças e os profissionais, estes contribuirão mais e se sentirão mais estimulados a cumprir a missão e os objetivos definidos pela instituição.

Uma liderança que apóia ativamente a qualidade e a segurança do paciente, coloca uma alta prioridade no processo de melhoria do atendimento, não negligencia os erros e toma decisões baseadas no que é melhor para o paciente (SORRA et. al, 2016).

Outro aspecto levantado foi a dimensão “percepção geral de segurança do paciente e a qualidade”. Foi avaliado se a qualidade do atendimento ao paciente é mais importante do que a quantidade, se os processos são bons para evitar erros e se os erros acontecem mais do que deveriam.

Para a percepção geral a porcentagem média das respostas positivas para este estudo foi de 70%, semelhante ao encontrado em WEBAIR et al. (77%), RODRÍGUEZ-COGOLLOA et. al (66%), GHOBASHI et. al (61%), BODUR; FILIZ (59%), TABRIZCHI; SEDAGHAT (58%), onde todos obtiveram maior porcentagem de respostas positivas.

Sobre a ocorrência dos erros, em estudo sobre as características dos eventos adversos na APS no Brasil, Marchon; Mendes Junior e Pavão (2015) encontraram que a taxa geral de incidência foi de 1,11%. A taxa de incidentes que não atingiram os pacientes foi de 0,11%, os que atingiram os pacientes, mas não causaram danos foi de 0,09% e os que atingiram os pacientes e causaram evento adverso foi de 0,9%.

Além disso, os mesmos autores destacam a importância de considerar o impacto que um incidente na atenção primária à saúde pode provocar nos pacientes quando atendidos nos demais níveis assistenciais (MARCHON; MENDES JUNIOR E PAVÃO, 2015).

Tão importante isso é que um dos indicadores de qualidade da APS é o de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que representa um conjunto de condições de saúde cujas internações poderiam ter sido evitadas mediante a ação oportuna e efetiva da atenção primária (ALFRADIQUE, 2009).

Estudo brasileiro que avaliou o perfil e a prevalência de ICSAP em um hospital universitário revelou que a prevalência de internações por condições sensíveis foi de 20,8% e que as internações por condições sensíveis foram elevadas, sobretudo por doenças do aparelho circulatório, respiratório, digestivo e geniturinário (SOUZA et al., 2017).

Para o Brasil, a última divulgação feita em 2013 da taxa de internação hospitalar (SUS) por condições sensíveis à atenção primária foi de 113,81 por 10.000 habitantes, incluídas às condições sensíveis apresentadas nos 19 grupos definidos pela Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2013b).

Ainda sobre a avaliação da qualidade dos serviços da APS destaca-se a medida da presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, para isto, existe o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). Este instrumento é de utilização internacional e já foi adaptado e validado para o Brasil (BRASIL, 2010b; HARZHEIM et. al, 2013).

Revisão sistemática realizada por Paula et. al (2016) sobre os estudos que utilizaram o PCATool evidenciou que existem estudos de avaliação dos atributos da APS feita por usuários de unidades básicas de saúde brasileiras. Os resultados apontaram bom desempenho nos atributos longitudinalidade, integralidade e coordenação e pior desempenho nos atributos acesso de primeiro contato, orientação familiar e a orientação comunitária, mesmo nas unidades de Estratégia de Saúde da Família.

Questões como a qualidade e a segurança do paciente na APS são temas extremamente relevantes e tem se tornado imprescindível para a garantia da satisfação do usuário, porém apontam-se desafios a serem superados.

CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos foi possível concluir que houve participação de 52% dos profissionais da APS do município estudado. Essa população é composta por 15 categorias profissionais, incluindo médico (18), enfermeiro (14), odontólogo (6), assistente social (2), psicólogo (2), farmacêutico (4), fisioterapeuta (1), fonoaudiólogo (1), gerente (15), equipe administrativa (20), ACS (83), auxiliar de enfermagem (9), auxiliar de farmácia (6) e auxiliar odontológico (1).

Quanto ao tempo de serviço na unidade 36% são profissionais que estão a pouco tempo de 2 meses a 3 anos, 33% já estão de 3 a 11 anos e 17% já estão a 11 anos ou mais. Além disso, conclui-se que maioria 76% tem carga horária de trabalho dentro da unidade de 33 a 40 horas semanais.

O presente estudo permitiu avaliar a percepção dos profissionais acerca das dimensões de cultura de segurança do paciente. A esse respeito evidenciou-se como dimensões fortes, ou seja, com mais de 75% de respostas positivas, “segurança do paciente e problemas de qualidade” (83%); “acompanhamento do cuidado” (80%); “trabalho em equipe” (79%) e “troca de informações com outras instituições” (79%).

As dimensões “aprendizagem organizacional” (74%) e “percepção geral da segurança do paciente e qualidade” (70%) também obtiveram escores positivos altos, sendo a única dimensão considerada como crítica, e que necessita de melhorias com urgência, o “suporte da liderança para a segurança do paciente” (47%).

Outro achado foi o de que para as dimensões “aprendizagem organizacional” ($p=0,031$) e “suporte da liderança” ($p=0,033$) houve diferença significativa quanto a variável tempo de serviço e quanto à categoria profissional, apresentaram diferença significativa às dimensões “segurança do paciente e problemas de qualidade” ($p=0,008$) e “trabalho em equipe” ($p=0,001$).

Desta forma, evidenciou-se que quanto menor o tempo de serviço maior foi a percepção positiva para “aprendizagem organizacional” e “suporte da liderança”. Além disso, foi possível observar que a equipe médica teve maior percepção positiva para as dimensões “segurança do paciente e problemas de qualidade” e “trabalho em equipe”.

O estudo também revelou que na avaliação geral da qualidade do serviço prestado, todas as áreas avaliadas foram classificadas como “bom”. A área com melhor nota foi a imparcialidade do serviço prestado, desta forma conclui-se que na visão dos profissionais esse serviço de saúde fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os

indivíduos, independentemente de gênero, etnia, status socioeconômico, idioma, entre outros. Também foi classificado como bom (42%) e muito bom (33%) às relações entre o serviço e a preocupação com questões relacionadas à segurança do paciente.

De uma maneira geral os resultados mostraram que os profissionais da APS tiveram mais percepções positivas quanto às dimensões da cultura de segurança do paciente e qualidade do serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação de diferentes profissionais é muito importante para a transformação da cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde, entende-se que para uma instituição oferecer serviços seguros e de qualidade deve haver o envolvimento de todos.

Diante disso, ficou evidente que os principais atores para o envolvimento de todos são os líderes e os gestores. Cabe a estes demonstrar apoio à segurança do paciente assim como estimular nas equipes uma cultura positiva para a segurança.

Assim, faz-se necessário que os gestores se conscientizem desta problemática e desenvolvam ações que fortaleçam a segurança do paciente, bem como em melhorias nos processos e nas condições de trabalho.

Também é importante que os gestores ofereçam aos profissionais suporte para que se sintam seguros para aprender a partir dos erros, moldando assim suas atitudes e comportamentos com vistas à segurança do paciente, desmitificando o medo de se sentirem ameaçados e, conseqüentemente, omitirem tais acontecimentos.

Entende-se que uma instituição com cultura de segurança positiva é pautada por ter uma cultura de reporte, ou seja, que notifica seus incidentes; ter uma cultura justa, que não pune uma pessoa pelo erro e ter cultura do aprendizado, que analisa o acontecimento e toma providencias para que ele não ocorra novamente.

Neste sentido, os resultados positivos desta investigação podem significar que neste nível de atenção já existem avanços quanto à cultura de segurança e qualidade, mas por outro lado pode significar que ainda existem falhas, mas que ainda não são percebidas pelos profissionais. Assim, sugere-se que mais pesquisas sejam feitas nesta área a fim de confirmar as impressões deixadas por esta investigação.

Quanto às limitações do estudo, entende-se que foi utilizada apenas a percepção do profissional envolvidos, não incorporando avaliações técnicas, por exemplo. Somado a isso foi feito apenas a avaliação na visão do profissional. Acredita-se importante também avaliar a percepção do usuário.

Em relação à coleta de dados compreende-se que trabalhar cultura de segurança do paciente no Brasil e na APS é algo ainda incipiente e os profissionais não estão habituados a pesquisas dessa natureza. Acredita-se que isso possa, em alguns casos, levar à respostas com pouca reflexão prévia sobre o tema.

REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

AGBABIKA, T. B. et al. A literature-based economic evaluation of healthcare preventable adverse events in Europe. **International journal for quality in health care** v.29, n.1, p.9–18, 2017. Acesso: 15 set 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw143>>

AHRQ. Surveys on Patient Safety Culture, 2017. Acesso em 4 maio 2017. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/index.html>>..

ALFRADIQUE, M. E et al. Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance. **Cad. Saúde Pública**. [online]. 2009, vol.25, n.6, pp.1337-1349. Acesso 15 set 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>>.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. The narrow entrance door of Brazil's National Health System (SUS): an evaluation of accessibility in the Family Health Strategy. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.35, p.797-810, 2010. Acesso 15 set 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000029>>

BODUR, S.; FILIZ, E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. **International Journal for Quality in Health Care**. v. 21, n. 5, p. 348–355, 2009. Acesso: 15 set 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp035>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial União, Brasília, 30 dez. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário Oficial da União, Brasília, 1 de abril de 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde/SE/Datasus - **Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS. D.32 Taxa de internação hospitalar (SUS) por condições sensíveis à atenção básica**, 2013b. Disponível em: <http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2013/d32.def> Acesso em: 30 de ago de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. **Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Diário Oficial da União, Brasília, 5 de outubro de 2015a .

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2015b. 127 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.: il.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=352690>> Acesso em 4 de maio de 2017.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. D. B. The need to establish a national patient safety program in brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 47, n. 4, p. 791–798, 2013. Acesso em 4 de maio de 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004402>>.

CASSIANI, S. H. D. B. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 3, p. 95–99, 2005. Acesso em 15 set 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000100019>>.

CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L. Longitudinality/continuity of care: identifying dimensions and variables to the evaluation of Primary Health Care in the context of the Brazilian public health system. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16 n. (Supl. 1) p.1029-1042, 2011. Acesso em 15 set 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>>.

CUNHA, E.M.. Vínculo longitudinal na atenção primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS. 150p. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, Northfield, v. 114, p. 115-1118, nov., 1990.

DOWERI, H. F. AL. et al. Patient's Safety Culture : Principles and Applications : Review Article. **European Scientific Journal**, v. 11, n. 15, p. 83–94, 2015. Acesso em 15 set 2017. Disponível em: <<http://eujournal.org/index.php/esj/article/viewFile/5617/5408>>.

EDWARDS, M. T. An Organizational Learning Framework for Patient Safety. **American Journal of Medical Quality**. v. 32, n 2, p. 148-155, 2017. Acesso em 15 set 2017. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1062860616632295>>.

FAMOLARO, T et al. **Medical Office Survey on Patient Safety Culture 2016 User Comparative Database Report**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2016.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul. Enfer.**, v. 18, n. 2, p. 213–

219, 2005. Acesso em 15 set 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000200015>>.

FLIN, R. et al. Measuring safety climate: Identifying the common features. **Safety Science**, v. 34, n. 1–3, p. 177–192, 2000. Acesso em 15 set 2017. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00012-6](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00012-6)>.

THE HEALTH FOUNDATION. **Evidence scan: Measuring safety culture**. The Health Foundation. February, 2011. 42p.

GHOBASHI, M. M. et al. Assessment of Patient Safety Culture in Primary Health Care Settings in Kuwait. **Epidemiology Biostatistics and Public Health**. v. 11, n. 3, 2014. Acesso em 15 set 2017. Disponível em: <<http://ebph.it/article/viewFile/9101/8676>>.

GOUVÊA, C. DE; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1061–1078, 2010. Acesso em 15 set 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600002>>.

HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Quality & Safety**, v. 20, n. 4, p. 338–43, 2011. Acesso em 15 set 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040964>>.

HARZHEIM, E et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 8, n. 29, p.274-84, 2013. Acesso em 15 set 2017. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)829](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829)>.

INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY. **"IAEA Report INSAG-7 Chernobyl Accident: Updating of INSAG-1"**, Safety Series, No.75-INSAG-7. Vienna: International Atomic Energy Agency. 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE. Eventos Adversos no Brasil: Número de Mortes. 2015. Disponível: <http://www.segurancadopaciente.com.br/central_conteudo/editoriais/na-ponta-do-lapis-numero-atual-de-mortes-por-eventos-adversos-no-brasil/>. Acesso em 04 de maio de 2017.

JAMES, J. T. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. **J Patient Saf**, v. 9, n. 3, p. 122–8, 2013. Acesso 15 set 2017. Disponível em; <http://journals.lww.com/journalpatientsafety/Fulltext/2013/09000/A_New,_Evidence_based_Estimate_of_Patient_Harms.2.aspx>.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **International Patient Safety Goals**, 2011. Disponível em: <<http://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>> Acesso em: 04 de maio de 2017.

KOHN, L. T, CORRIGAN, J. M, DONALDSON ,M. C. Committee on Quality of

Health Care; Institute of Medicine. **To Err is Human: building a safer health system**. Washington (DC): National Academy Press; 2000. Acesso em 04 maio 2017 Disponível em: <<http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>>.

KURCGANT, P.; MASSAROLO, M. C. K. B. **Cultura e Poder nas Organizações de Saúde**. In: KURCGANT, P. Gerenciamento em Enfermagem. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 23-33, 2015.

LAURELL, A. E. C. Competing health policies: insurance against universal public systems. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 24, p. e2668, 2016. Acesso em 15 set 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1074.2668>>.

LEENDERTSE, A. J. et al. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. **Archives of internal medicine**, v. 168, n. 17, p. 1890–1896, 2008. Acesso em 15 set 2017. Disponível em: <<http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/414486>>.

LIMA, E. F. A. et al. Evaluación de la Estrategia de Salud de la Familia en la Perspectiva de Profesionales de Salud. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 275-280, June 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200275&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Set. 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160037>.

MAKARY, M. A.; DANIEL, M. Medical error—the third leading cause of death in the US. **BMJ Quality & Safety**, v. 353, p. i2139, 2016. Acesso em 15 set 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>>.

MAKEHAM, M. et al. Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research: Results of a literature review. **Better knowledge for safer care**, p. 1–50, 2008. Acesso em 15 set 2017. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/makeham_dovey_full.pdf>.

MANSER, T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. **Acta Anaesthesiol Scand**. n°. p. 143–151, 2009. Acesso em 15 set 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/23496448_Teamwork_and_patient_safety_in_dynamic_domains_of_healthcare_A_review_of_the_literature>.

MARCELINO, L. M. M. M. DOS S. Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários. Março de 2016. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) - Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, 2016.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V.; PAVÃO, A. L. B. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 11, p. 2313–2330, 2015. Acesso em 15 set 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00194214>>.

MARCHON, S.G; JUNIOR, W.V.M. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**. v. 30, v.9, p.1-21, 2014. Acesso em 15 set 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00114113>>.

MESQUITA, K. O. DE et al. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 2, p. 1–8, 2016. Acesso em 15 set 2017. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/684/45665-182025-1-pb.pdf>>.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). **Seven steps to patient safety for primary care**. National Patient Safety Agency. May, 2006. Acesso em 15 set 2017. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59804>

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**, v. 12, n. 2, p. 17-23, 2003. Acesso em 15 set 2017. Disponível em: <<http://www.iqg.com.br/uploads/biblioteca/Cultura%20da%20Seguranca.pdf>>.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos Essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 158–164, 2013. Acesso em 15 set 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Alliance for Safer Health Care**.. Geneva: OMS, 2004. Disponível: <http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf> Acesso: 4 maio. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Alliance for Safer Health Care. Global Patient Safety Challenge: 2005-2006**. Geneva: OMS, 2005. Disponível: <http://www.who.int/entity/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf?ua=1>. Acesso: 4 maio. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Safe Surgery Save Lives**. Geneva: OMS, 2008. Disponível: <http://www.OMS.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf> Acesso: 4 de maio. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety**. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?ua=1&ua=1>> Acesso: 03 de agosto de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Quality of care: a process for making strategic choices in health systems**. Geneva: OMS, 2006. Disponível: <http://apps.OMS.int/iris/bitstream/10665/43470/1/9241563249_eng.pdf> Acesso: 4 de maio. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The Conceptual Framework for the**

International Classification for Patient Safety. Geneva: OMS, 2009. Disponível: <http://www.OMS.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf> Acesso: 4 de maio. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente.** 2011. Disponível: <<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>> Acesso: 4 de maio. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The Safer Primary Care Expert Working Group** Geneva: OMS, 2012. Disponível: <http://www.OMS.int/patientsafety/summary_report_of_primary_care_consultation.pdf> Acesso: 4 de maio. 2017.

PAESE, F.; SASSO, TMD. Patient safety culture in primary health care **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 2, p. 302-10, 2013. Acesso em 15 set 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/en_v22n2a05.pdf>.

PADOVEZE, M. C.; FIGUEIREDO, R. M. DE. O papel da atenção primária na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 1137–1144, 2014. Acesso em: 15 set 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1137.pdf>.

PAULA, W. K. A. S; SAMICO, I. C; CAMINHA, M. F. C; BATISTA FILHO, M; SILVA, S. L. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. **Rev Esc Enferm USP**. v. 50, n.2, p.335-45, 2016. [online]. [acesso em 2015 Ago 31] Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0335.pdf

PEDUZZI, M; CIAMPONE, M.H.T. **Trabalho em equipe e processo grupal.** In: KURCGANT, P. Gerenciamento em Enfermagem. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 105-120, 2011.

PASQUALI, L. **Psicometria : teoria dos testes na psicologia e na educação.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, p. 397, 2009.

PEDUZZI, M et al . Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013. Acesso em: 15 set 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>>.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.45, p.327-40, 2013. Acesso em: 15 set 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000006>>.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação das evidências para a prática da enfermagem.** 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669p.

POLIT, D. F.; BECK, C. T., HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p.

PORTO, S. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 10, n. 10, p. 74–80, 2010. Acesso em: 15 set 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/228506531_A_magnitude_financeira_dos_eventos_adversos_em_hospitais_no_Brasil>.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029–2036, 2013. Acesso em: 15 set 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>>.

RICHTER, J. P.; MCALEARNEY, A. S.; PENNELL, M. L. Evaluating the effect of safety culture on error reporting: a comparison of managerial and staff perspectives. **American Journal of Medical Quality**. v. 30, nº 6, p. 550-558, 2014. Acesso em: 15 set 2017. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1062860614544469>>.

RODRÍGUEZ-COGOLLOA, R. et. al. Cultura de seguridad del paciente en residentes de medicina familiar y comunitaria de Aragón. **Rev Calid Asist**. v. 29, n. 3, p. 143-149, 2014. Acesso em: 15 set 2017. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-cultura-seguridad-del-paciente-residentes-S1134282X14000037>>.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Rev Bras med fam comunidade**, v. 7, n. 23, p. 69–74, 2012. Acesso em: 15 set 2017. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/392/460>>.

SANTOS, R. R., et. al. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. v. 18, n.1, p. 130-139, 2016. Acesso em: 15 set 2017. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/15144/10725>>.

SORRA, J. et al. **AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety Culture: User's Guide**. (Prepared by Westat, under Contract No. HHS290201300003C). AHRQ Publication No. 15(16)-0051-EF (Replaces 08(09)-0059). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; June 2016.

SORRA, J.; FRANKLIN, M.; STREAGLE, S. **Medical Office Survey on Patient Safety Culture**. (Prepared by Westat, under Contract No. 233-02-0087). AHRQ Publication No. 08(09)-0059. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; December 2008.

SOUZA, E. C. F. de, et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Sept. 2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015>.

SOUZA L. A; RAFAEL R. M. R; MOURA A. T. M. S., NETO M. Profile of hospitalizations and prevalence of conditions sensitive to primary care in a university hospital. **Rev Rene**. v. 18, n.4, p.491-8, 2017. DOI: 10.15253/2175-6783.2017000400010. Acesso em 20 set. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia** / Bárbara Starfield. – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. S. Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care **Acta Paul Enferm**, v. 29, n. 1, p. 26–37, 2016. Acesso em: 15 set 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n1/en_1982-0194-ape-29-01-0026.pdf>.

TORIJANO-CASALENGUA, M. L. et al. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España. **Atención Primaria**, v. 45, n. 1, p. 21–37, 2013. Acesso em: 15 set 2017. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validacion-un-cuestionario-evaluar-cultura-S0212656712003447>>.

TABRIZCHI, N; SEDAGHAT, M. The First Study of Patient Safety Culture in Iranian Primary Health Centers. **Acta Medica Iranica**, v. 50, n. 7, 2012. Acesso em: 15 set 2017. Disponível em: <<http://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/viewFile/3938/3913>>.

TSAI, Y. Relationship between Organizational Culture, Leadership Behavior and Job Satisfaction. **BMC Health Serv Res**. v. 11 p.98, 2011. Acesso em: 15 set 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3123547/pdf/1472-6963-11-98.pdf>>.


TSANG C, BOTTLE A, MAJEED A, AYLIN P. Adverse events recorded in English primary care: observational study using the General Practice Research Database. **The British Journal of General Practice**. v. 63, n.613, p. e534-e542, 2013. doi:10.3399/bjgp13X670660. Acesso em: 15 set 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722830/>>.

UCHOA, S. A. DA C. et al. Acesso potencial à Atenção Primária à Saúde: o que mostram os dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Brasil? **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 24, p. e2672, 2016. Acesso em: 15 set 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-02672.pdf>.

WEBAIR, H. 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. Acesso em: 15 set 2017. Disponível em: <<http://ebph.it/article/viewFile/9101/8676>>.



APÊNDICES

APÊNDICE 1

 **Marcia Timm**
qua 22/06, 20:04
Você: Maria Cristina Soares Rodrigues (sr.mariacristina@gmail.com) ↕

mestrado

Documentos

 Instrumento de Pesquis... 79 KB	 Instrumento de Pesquis... 327 KB
--	---

2 anexos (406 KB) Baixar tudo Salvar tudo no OneDrive - Pessoal

Boa noite!

Prezada Nathalia segue em anexo o instrumento de pesquisa.

Atenciosamente

Em 20 de junho de 2016 15:19, Nathalia Malaman <nathymalaman@hotmail.com> escreveu:
Boa tarde!

Sem prolemas, agradeço muito a disponibilização, fico aguardando.

Estimo melhoras.

Abraços
Nathalia

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro _____ você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “*Avaliação de Cultura de Segurança na Atenção Primária à Saúde*”, que tem como objetivo avaliar o estado da cultura de segurança na Atenção Primária à Saúde e identificar pontos fortes e fracos de atividades relacionadas à segurança do paciente.

Você foi selecionado, por ser profissional de saúde e trabalhar na Atenção Primária em Saúde do município de Limeira. Sua participação não é obrigatória e consistirá em responder a um questionário estruturado, o qual visa compreender aos objetivos da pesquisa. Isso levará em média entre 10 e 15 minutos.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a unidade de saúde onde você trabalha.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

Os riscos presentes em sua participação são mínimos, e frente a qualquer desconforto o questionário poderá deixar de ser respondido, sem nenhum prejuízo ou perda para você, e posteriormente retomado, caso seja de seu interesse.

Você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Contudo, destaca-se que sua participação possibilitará benefícios como a identificação de áreas fracas e/ou críticas que podem direcionar estudos de intervenção posteriores a fim de melhorar a cultura de segurança do paciente assegurando um cuidado de melhor qualidade.

Você receberá uma via deste termo, no qual consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nathalia Malaman Galhardi
Mestranda do Programa de Pós-graduação da UFSCar
Telefone para contato: 19-982555734
Endereço: Rua Santa Cruz, 1150, Limeira - SP.

Aprovado pelo: Comitê de Ética em Pesquisa UFSCar
Endereço: Rodovia Washington Luis s/n, km 235, São Carlos - SP
Telefone para contato: (16) 3351-8028

Declaro que entendi o objetivo, os riscos e benefícios de minha participação no estudo e concordo em participar.

Participante da pesquisa

ANEXOS

ANEXO 1

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da cultura de segurança na Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: Nathalia Malaman Galhardi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61775816.0.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.818.070

Apresentação do Projeto:

Estudo transversal, descritivo, de natureza quantitativa, voltado à cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde, mais especificamente junto aos profissionais que desempenham funções assistenciais nos 32 Centros de Saúde da Família do município de Limeira - SP.

Objetivo da Pesquisa:

Aponta como objetivo geral: avaliar a cultura de segurança do paciente para a atenção primária em município do interior do Estado de São Paulo. E, como objetivos específicos: classificar e quantificar percepções positivas e negativas relacionadas a cultura de segurança do paciente para cada dimensão avaliada; caracterizar os profissionais estudados segundo aspectos sociodemográficos e profissionais; avaliar e correlacionar percepções negativas, papel do profissional e tempo de trabalho e entre as Unidades.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão adequadamente descritos no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo será desenvolvido em 3 etapas: divulgação do estudo nas instituições potenciais, verbalmente e por meio de folders; diante dos profissionais que aceitarem, aplicará um questionário na propositura de TIMM; RODRIGUES, 2016, com utilização já autorizado pelas

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 1.818.070

proponentes do mesmo; e o recolhimento dos mesmos junto às urnas nas quais deverão ser depositados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Contempla as exigências.

Recomendações:

--

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou observações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Estudo segue integralmente as recomendações éticas em pesquisas com seres humanos e atende todas as exigências diante do material apresentado. Recomento aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_789510.pdf	25/10/2016 22:03:45		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicao.pdf	25/10/2016 15:35:45	Nathalia Malaman Galhardi	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	25/10/2016 15:33:57	Nathalia Malaman Galhardi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/10/2016 15:31:20	Nathalia Malaman Galhardi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Nathalia_Malaman.pdf	25/10/2016 15:27:34	Nathalia Malaman Galhardi	Aceito
Folha de Rosto	digitalizar0001.pdf	16/09/2016 11:10:20	Nathalia Malaman Galhardi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683 E-mail: cephumanos@ufscar.br

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 1.818.070

proponentes do mesmo; e o recolhimento dos mesmos junto às urnas nas quais deverão ser depositados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Contempla as exigências.

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 1.818.070

SAO CARLOS, 10 de Novembro de 2016

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador)

ANEXO 2**Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária****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?

	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 ▼
Acesso ao cuidado							
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/registo 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/registo 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/registo 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
Medicamento							
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 e 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	Problemas a pelo menos uma vez na semana	Problemas a 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	<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 | <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 | <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*. ₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₉

SEÇÃO D: Comunicação e Acompanhamento

	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 <i>esperado</i> 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.

 1 2 3 4 5 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 deveriam. | <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 gênero, etnia, status socioeconômico, idioma, etc... 1 2 3 4 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

SEÇÃO H: Questões sobre a prática profissional

1. Há quanto tempo você trabalha neste serviço?

- a. Há menos de 2 meses d. De 3 anos a menos de 6 anos
b. De 2 meses a menos de 1 ano e. De 6 anos a menos de 11 anos
c. De 1 ano a menos de 3 anos f. Há 11 anos ou mais

2. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste serviço?

- a. 1 a 4 horas por semana d. 25 a 32 horas por semana
b. 5 a 16 horas por semana e. 33 a 40 horas por semana
c. 17 a 24 horas por semana f. 41 horas por semana ou mais

3. Qual é o seu cargo neste serviço? Marque UMA categoria que melhor se aplica ao seu trabalho.

- a. Médico
b. Enfermeiro
c. Gerência
Administrador
Gerente de Enfermagem
Gerente de laboratório
Outro gerente _____
- d. Equipe administrativa
Registros médicos Encarregado dos agendamentos (consultas, exames, cirurgia, etc.),
Recepção Outro cargo administrativo: _____
Recepcionista
- e. Técnico de Enfermagem
f. Outro pessoal clínico:
Técnico de Laboratório

Técnico em Saúde Bucal

 Odontólogo Fisioterapeuta Nutricionista Farmacêutico
Ocupacional Psicólogo Terapeuta Assistente Social Agente Comunitário de Saúde Outra função. Por favor, especifique: _____**SEÇÃO I – Seus comentários**

Por favor sinta-se à vontade para fazer os comentários que você queira sobre segurança e qualidade assistencial no serviço onde você trabalha.

OBRIGADO POR COMPLETAR ESTA PESQUISA.