

**UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE OS
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM
MUNICÍPIO DO CEARÁ, BRASIL**

JANETE ALVES DA SILVA

Aracaju
Agosto – 2023

**UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE OS
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM
MUNICÍPIO DO CEARÁ, BRASIL**

Dissertação de Mestrado submetida à banca examinadora para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente, na área de concentração Saúde e Ambiente.

JANETE ALVES DA SILVA

Orientador

Prof. Francisco Prado Reis, Dr.

Aracaju
Agosto - 2023

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

S586c Silva, Janete Alves da
Cultura de segurança do paciente entre os profissionais da atenção primária à saúde em um município do Ceará, Brasil / Janete Alves da Silva. – Aracaju, SE : 2023.
93 f. : il.

Orientador: Dr. Francisco Prado Reis.
Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Tiradentes, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, 2023.

1. Atenção primária à saúde. 2. Profissionais da saúde. 3. Qualidade da assistência à saúde. 4. Segurança do paciente. I. Reis, Francisco Prado, orient. II. Título.

CDU: 614.253.8(813.1)

Ficha elaborada por Marcos Breno Andrade Leal (CRB-5/2048)

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE OS PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO CEARÁ, BRASIL

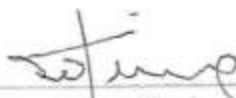
Janete Alves da Silva

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDO À BANCA EXAMINADORA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE, NA ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO SAÚDE E AMBIENTE.

Aprovada por:



Prof. Dr. Francisco Prado Reis
Orientador



Profa. Dra. Sônia Oliveira Lima
Universidade Tiradentes

Documento assinado digitalmente



FLAVIA JANOLIO COSTACURTA PINTO DA SILVA

Data: 22/12/2023 21:30:15-0300

Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Profa. Dra. Flávia Janólio Costacurta P. da Silva
Universidade Federal de Sergipe

Aracaju
Agosto – 2023

DEDICATÓRIA

Esse trabalho é dedicado ao meu esposo José Mendes Sousa Neto e meu filho Arthur Vítor Alves Sousa, pela cumplicidade, amor e acima de tudo compreensão e encorajamento.

EPÍGRAFE

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

AGRADECIMENTOS

À Deus por me reservar saúde e proteção, iluminando meu caminho e sempre me dando forças para seguir em frente, proporcionando paz e tranquilidade.

A Universidade Tiradentes e ao Programa de Pós-Graduação Saúde e Ambiente (PSA), pela oportunidade, e, particularmente, agradeço ao corpo docente destinado, empenhado e de excelência, colaborando sobretudo para minha formação.

Ao meu esposo José Mendes Sousa Neto e meu filho Arthur Vítor Alves Sousa, por compreender minha ausência, me incentivar e encorajar em todos os momentos desta trajetória.

Aos meus pais minha gratidão, pelos exemplos de dignidade, honestidade, coragem, força, dedicação, fé e amor.

De forma especial, agradeço imensamente ao meu orientador Prof. Dr. Francisco Prado Reis, pelos ensinamentos, motivação, encorajamento e lições. As professoras que compuseram a banca do Exame de Qualificação e Defesa, contribuindo de forma valiosa para a concretização do trabalho, Profa. Dra. Sônia Lima, Profa. Dra. Flávia Janólio e Profa. Dra. Margarete Zanardo.

Aos funcionários do Programa de Pós-graduação Saúde e Ambiente, em especial a Cristina Azevedo pela disponibilidade, paciência, atenção e gentileza.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	iv
LISTA DE DE QUADROS, FIGURAS E GRAFICOS.....	v
LISTA DE DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SIMBOLOS.....	vi
RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	vii
1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 Objetivo Geral.....	12
2.1 Objetivos Específicos.....	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
3.1 Contexto histórico de segurança do paciente	13
3.2 Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde.....	17
3.2.1 Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária	19
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	21
4.1 Tipo de estudo.....	21
4.2 Cenário do Estudo.....	21
4.3 População do estudo.....	22
4.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	23
4.5 Amostra do estudo.....	25
4.6 Instrumento e coleta de dados.....	26
4.7 Procedimento de Coleta de dados.....	27
4.8 Variáveis do estudo.....	27
4.9 Análise estatística.....	28
4.10 Aspectos éticos.....	28
5 RESULTADOS.....	29
5.1 Caracterização dos participantes do estudo.....	29
5.2 Perfil laboral dos participantes.....	31
5.3 Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente.....	33
5.3.1 Potencialidades e fragilidades da cultura de segurança do paciente na APS.....	35
6 DISCUSSÃO.....	36
7 CONCLUSÃO.....	41
REFERENCIAS.....	42
ARTIGO I: Cultura da segurança do paciente sob a ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.....	47

ARTIGO II: Percepção da equipe multiprofissional acerca da cultura de segurança do paciente e qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde.....	60
ANEXO A: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	82
ANEXO B: Formulário da Pesquisa.....	84
ANEXO C: Questionário da Pesquisa.....	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos profissionais nas UBSF localizadas na zona urbana do município de Tianguá, 2022.....	22
Tabela 2: Perfil sociodemográfico dos entrevistados na APS do município de Tianguá-CE/2022.....	23
Tabela 3: Perfil laboral dos profissionais entrevistados na APS do município de Tianguá-CE/2022.....	24
Tabela 4: Média e desvio padrão para instrumento <i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i> (MOSPSC) por grupos, nível médio (GM) e nível superior (GS).....	25
Tabela 5: Medidas de tendência central e de variabilidade instrumento <i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i> (MOSPSC) no grupo nível médio (GM).....	26
Tabela 6: Medidas de tendência central e de variabilidade instrumento <i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i> (MOSPSC) no grupo nível superior (GS).....	28
Tabela 7: Proporção média de repostas positivas para <i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i> (MOSPSC) por grupo.....	29

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E GRÁFICOS

Quadro 1: Composição do instrumento traduzido e adaptado, “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária” - Dimensões e questões pesquisadas por seção.....18

Figura 1: Fluxograma descritor dos participantes no estudo no município de Tianguá-CE/2022.....22

Gráfico 1: Avaliação global dos profissionais de saúde (GM) participantes no estudo no município de Tianguá-CE/2022.....31

Gráfico 2: Avaliação global dos profissionais de saúde (GM) participantes no estudo no município de Tianguá-CE/2022.....31

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

aC	<i>alfa de Cronbach</i>
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AHRQ	<i>Agency for Health Care Research and Quality</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária a Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
EAs	Eventos adversos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GM	Grupo Médio
GS	Grupo Superior
IBEAS	Estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICPS	<i>International Classification for Patient Safety</i>
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MOSPSC	<i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i>
NASF-AB	Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NSP	Núcleos de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAEN	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SP	Segurança do paciente
RIENSP	Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
WHO	<i>World Health Organization</i>

RESUMO

A avaliação da cultura de segurança do paciente na perspectiva de equipes multiprofissionais no ambiente da Atenção Primária à Saúde (APS) é imprescindível e urgente. A história das políticas de segurança do paciente revelou que esta questão é mais complexa do que inicialmente percebida sendo pertinente a todos os serviços de saúde. O objetivo do estudo foi analisar a cultura de segurança do paciente entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Tianguá no estado do Ceará. Tratou-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. Utilizou-se um instrumento validado *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC)*, com adaptação transcultural para a língua portuguesa, para avaliação da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária. Foi aplicado aos profissionais de saúde atuantes na APS da zona urbana do município em estudo. A análise estatística descritiva foi apresentada através da distribuição absoluta e relativa, pelas medidas de tendência central e de variabilidade. As distribuições contínuas foram avaliadas pelo teste de Shappiro Wilk e Teste t de Student, para o tratamento estatístico utilizou-se o software SPSS 20.0, o nível de significância adotado foi de 5%. O estudo incluiu 183 profissionais de saúde que trabalham nas equipes de saúde da família. Os resultados apresentados na amostra constituíram-se por dois grupos independentes de profissionais caracterizados como grupo nível médio, 131 (71,6%) e grupo nível superior, 52 (28,4%). A análise que contemplou as dimensões da escala MOSPSC, comparada entre os grupos, apontou que na *dimensão troca de informações com outras instituições* houve diferença estatística significativa ($t_{(180)} = 3,324$; $p=0,021$), apontando média maior entre os profissionais do grupo superior. Já na *dimensão trabalhando neste serviço de saúde*, ocorreram resultados representativos em todas as suas subdimensões. No *trabalho em equipe*, a média se mostrou significativamente elevada entre os profissionais do grupo superior ($t_{(180)} = -3,230$; $p=0,001$). No entanto, as comparações que envolveram o *ritmo e carga de trabalho* ($t_{(180)} = 5,957$; $p<0,001$); *treinamento de pessoal* ($t_{(180)} = 2,201$; $p=0,029$); e *procedimentos estabelecidos no centro* ($t_{(180)} = 5,237$; $p<,001$), os escores no grupo médio se mostraram mais elevados, quando comparados as do grupo superior. Contudo, percebeu-se diferença na *dimensão seu serviço de saúde*, em que a *percepção geral sobre segurança do paciente e local de trabalho* teve escores médio maior no grupo superior ($t_{(180)} = 5,949$; $p<0,001$). Portanto, conclui-se que houve potencialidades na segurança do paciente nos serviços da Atenção Primária nas dimensões: segurança do paciente e a qualidade da assistência, troca de informações, procedimentos estabelecidos no centro, seguimento de atenção ao paciente e aprendizado organizacional. Já as fragilidades sobre segurança do paciente foram evidenciadas nas dimensões: treinamento de pessoal, ritmo e carga de trabalho, comunicação franca e apoio dos gestores/líderes constituindo-se pontos com potencial para intervenções e melhoria.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente; Atenção Primária à Saúde; Qualidade da assistência à saúde; Profissionais de saúde.

ABSTRACT

The evaluation of the patient safety culture from the perspective of multidisciplinary teams in the Primary Health Care (PHC) environment is essential and urgent. The history of patient safety policies has revealed that this issue is more complex than initially perceived and is pertinent to all health services. The objective of the study was to analyze the patient safety culture among Primary Health Care (PHC) professionals in the municipality of Tianguá in the state of Ceará. It was a descriptive study with a quantitative approach. A validated Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) instrument was used, with cross-cultural adaptation to Portuguese, to assess the patient safety culture in Primary Care. It was applied to health professionals working in PHC in the urban area of the municipality under study. Descriptive statistical analysis was presented through absolute and relative distribution, by measures of central tendency and variability. Continuous distributions were evaluated using the Shapiro Wilk test and Student's t test. SPSS 20.0 software was used for statistical treatment, with a significance level of 5%. The study included 183 health professionals working in family health teams. The results presented in the sample consisted of two independent groups of professionals characterized as a medium level group, 131 (71.6%) and a higher level group, 52 (28.4%). The analysis that included the dimensions of the MOSPSC scale, compared between the groups, pointed out that in the dimension exchange of information with other institutions there was a statistically significant difference ($t(180) = 3.324$; $p=0.021$), indicating a higher mean among professionals in the group higher. In the dimension working in this health service, there were representative results in all its sub-dimensions. In teamwork, the average was significantly higher among professionals in the superior group ($t(180) = -3.230$; $p=0.001$). However, comparisons involving pace and workload ($t(180) = 5.957$; $p<0.001$); personnel training ($t(180) = 2.201$; $p=0.029$); and procedures established at the center ($t(180) = 5.237$; $p<0.001$), the scores in the middle group were higher when compared to the higher group. However, a difference was noticed in the dimension your health service, in which the general perception of patient safety and workplace had higher average scores in the superior group ($t(180) = 5.949$; $p<0.001$). Therefore, it is concluded that there was potential for patient safety in Primary Care services in the dimensions: patient safety and quality of care, exchange of information, procedures established at the center, follow-up of patient care and organizational learning. The weaknesses regarding patient safety were evidenced in the dimensions: staff training, rhythm and workload, frank communication and support from managers/leaders, constituting points with potential for interventions and improvement.

KEYWORDS: Patient safety; Primary Health Care; Quality of health care; Health professionals.

1 INTRODUÇÃO

A temática sobre segurança do paciente no estado do conhecimento atual, tem sido bastante discutido em âmbito mundial (SORRA, 2019). É um campo emergente de pesquisa com uma base de evidências crescente nas principais organizações internacionais de saúde, e em alguns países desenvolvidos como a Austrália, Reino Unido, Estados Unidos e Portugal o tema segurança do paciente foi introduzido na atenção primária à saúde (LAWATI ET AL, 2018).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) os danos causados aos pacientes pela insuficiência dos cuidados de segurança tem sido um grande e crescente desafio global de saúde pública se constituindo em uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo. A septuagésima quarta Assembleia Mundial da Saúde, em 2021, aprovou a Decisão, WHA74, ampliando e adotando o Plano de Ação Global para a segurança do paciente 2021-2030 (WHO, 2021).

O marco das discussões sobre segurança do paciente teve início com a publicação do relatório pelo Institute of Medicine” - IOM da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos “*To err is human: building a safer health system*” que significa, “*Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro*” (KOHN et al, 2000).

No âmbito de países da América Latina, o tema foi exposto no Estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos (IBEAS), coordenado pela Espanha e realizado com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Programa de Segurança do Paciente. Houve a participação de 58 instituições pertencentes a cinco países (Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru) (WHO, 2013).

No Brasil, a atuação em redes é relativamente recente e a temática ganhou maior visibilidade a partir da implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria no 529/2013, juntamente com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 que previam o desenvolvimento de seis protocolos básicos sobre segurança do paciente e a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP). O sentido era atingir os objetivos propostos pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (BRASIL, 2013).

Cumprindo o referido regulamento técnico, os Núcleos de Segurança do Paciente dos serviços de saúde do Brasil vêm realizando, a notificação de eventos adversos relacionados à assistência a saúde por meio do módulo Assistência à Saúde do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTVISA). Dentre os tipos de incidentes notificados com maior frequência no estado do Ceará no período de junho do ano de 2022 a junho de 2023 foram, falhas envolvendo cateter venoso, falhas durante a assistência à saúde, lesão por pressão, falhas envolvendo sondas e falha na identificação do paciente (ANVISA, 2023).

Nesse sentido, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) caracteriza a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território. Esse serviço oferta um atendimento abrangente e acessível podendo resolver de 80 a 90% dos problemas de saúde da população, através de ações de prevenção e promoção do cuidado e não apenas tratando doenças ou condições específicas (BRASIL, 2017; OPAS, 2021).

Para o estabelecimento de uma assistência segura torna-se necessário debater sobre a cultura de segurança estabelecida no ambiente de trabalho. O alcance da segurança do paciente é um conteúdo complexo, pois envolve uma remodelação institucional e não pode ser definido apenas como um problema centrado em um indivíduo ou vinculado somente à uma classe profissional, mas de um processo que abrange uma transformação institucional de forma interdisciplinar (TIMM; RODRIGUES, 2016).

Depreende-se, dessa maneira, tratar-se de um tema, que dentro do estado atual do conhecimento, está a necessitar de estudos e investigações numa perspectiva de questionar e buscar compreender a respeito da percepção que os profissionais atuantes na atenção primária têm sobre cultura da segurança do paciente no seu ambiente de trabalho.

Dessa forma, visando contribuir para avanços na qualidade do cuidado nos serviços de saúde, este trabalho destinou-se a analisar a percepção sobre a cultura de segurança do paciente entre os profissionais da APS no município de Tianguá no estado do Ceará, caracterizando o perfil sociodemográfico e laboral desses profissionais, além de investigar as fragilidades e potencialidades sobre a cultura de segurança do paciente entre os referidos profissionais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a cultura de segurança do paciente entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde entre grupos de profissionais no município de Tianguá-CE.

2.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico e laboral dos profissionais atuantes na APS.
2. Descrever a percepção dos profissionais sobre cultura de segurança do paciente e qualidade do cuidado a partir das dimensões investigadas na escala *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC)* por grupos, nível médio e superior.
3. Identificar as fragilidades e potencialidades da cultura de segurança do paciente na rede de Atenção Primária do município em estudo por grupos de profissionais

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Contexto histórico de segurança do paciente

O tema segurança do paciente ainda é fonte inquietação no cenário atual de saúde e preocupação global de saúde pública. As práticas de saúde tiveram seu início no século V a.C. e se estenderam até os primeiros séculos da era cristã, este período foi marcado pelos progressos da ciência, pelo estudo da filosofia e pela evolução das práticas de saúde. Nesse momento a experiência, o raciocínio lógico e o conhecimento da natureza permitiram se estabelecer a relação de causa e efeito, baseada em investigações e observações dos fenômenos (SANTOS et al, 2016 ; BRASIL, 2014).

Considerado o pai da medicina, *Hipócrates* (460-377 a.C.) já mencionava que o cuidado não poderia causar algum tipo de dano. Desde então, abordava o tema que expressava em seu juramento: “Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém” (KOHN et al, 2000).

Desde então, outros personagens importantes contribuíram intensamente, com a melhoria da qualidade em saúde, como por exemplo, Florence Nightingale, Ignaz Semmelweis, Ernest Codman, Avedis Donabedian, John E. Wennberg, Archibald Leman Cochrane, entre outros (NEUHAUSER, 2003; BRASIL, 2014). Através das ações

intermediadas por eles foi evidenciado a importância da lavagem das mãos no combate da transmissão das infecções, da organização do cuidado, da criação de padrões de qualidade em saúde, da avaliação dos estabelecimentos de Saúde, da variabilidade clínica e da medicina baseada em evidência (DONABEDIAN, 2005, ANVISA, 2013).

Considerada pioneira no tratamento dos feridos na guerra da Criméia, Florence Nightingale, fundou a enfermagem e contribuiu na história do cuidado das práticas de saúde no mundo moderno com a aplicação da teoria ambientalista. Através de melhorias na higiene e nas condições sanitárias dos hospitais, houve expressivas quedas nas taxas de infecção hospitalar e estima-se que a mortalidade tenha caído de 42,7% para 2,2%, o que rendeu a ela reconhecimento internacional (CAMPOS, 2020).

A publicação do relatório *Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde Mais Seguro* (*To Err is Human: Building a Safer Health System*), emitido em 1999 pelo Instituto de Medicina dos EUA (U.S. Institute of Medicine), sensibilizou ao estimar que 44.000 a 98.000 óbitos evitáveis ocorriam por ano em hospitais dos EUA e foi considerado o marco para segurança do paciente. A publicação do relatório constitui-se como algo de grande relevância para a qualificação da assistência prestada nos serviços de saúde até os dias de hoje (KOHN *et al*, 2000; LARK *et al*, 2018).

No ano de 2004 com o advento do lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente trouxe um elemento central do trabalho da Aliança que foi a formulação de Desafios Globais para a Segurança do Paciente, sugerindo aos países uma maior atenção ao tema Segurança do Paciente. A cada dois anos um novo Desafio é formulado para fomentar o comprometimento global com a finalidade de estabelecer conceitos e diretrizes relacionadas a este campo de saberes e práticas, bem como despertar a consciência profissional e recomendar ações com o objetivo de reduzir riscos e eventos adversos e destacar temas correlacionados e direcionados para uma área de risco identificada como significativa (OMS, 2009; BRASIL, 2013).

O Primeiro Desafio Global focou as infecções relacionadas com a assistência à saúde, envolvendo: 1) higienização das mãos; 2) procedimentos clínicos e cirúrgicos seguros; 3) segurança do sangue e de hemoderivados; 4) administração segura de injetáveis e de imunobiológicos; e 5) segurança da água, saneamento básico e manejo de resíduos. Em 2007-2008, o foco foi a promoção de segurança dos pacientes na cirurgia e em 2009 a OMS definiu o dia 5 de maio como marco para a instalação da Campanha Mundial de higiene das mãos (OMS, 2009; ANVISA, 2013) .

Já o segundo Desafio Global para a Segurança do paciente dirige a atenção para os fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, que são, inquestionavelmente, componentes essenciais da assistência à saúde. Destaca-se aumentar os padrões de qualidade almejados

em serviços de saúde de qualquer lugar do mundo e contempla: 1) prevenção de infecções de sítio cirúrgico; 2) anestesia segura; 3) equipes cirúrgicas seguras; e 4) indicadores da assistência cirúrgica (OMS, 2009).

Percebe-se que a assistência cirúrgica tem sido um componente essencial da assistência em saúde pelo mundo por mais de um século. À medida que as incidências de doenças crônicas não transmissíveis continuam a aumentar, o impacto da intervenção cirúrgica nos sistemas de saúde pública ainda é significativo (BRASIL, 2014).

Observa-se que os serviços ambulatoriais também são ambientes de constante notificações de incidentes relacionados a segurança do paciente. De acordo com as notificações de eventos adversos relacionados à assistência à saúde realizados através do NOTMISA, dentre os tipos de incidentes mais notificados em ambulatórios no estado do Ceará no período de julho do ano de 2022 a julho de 2023 destacamos a falhas durante a assistência à saúde, queda do paciente, falhas envolvendo o cateter venoso, lesão por pressão, falha na atividade administrativa, falha na administração da dieta e falha na identificação do paciente (ANVISA, 2023).

Entretanto, recentemente, a *National Patient Safety Foundation* (NPSF) concluiu que as melhorias no campo segurança do paciente ocorreram em um ritmo muito lento. Pesquisas recentes sobre segurança do paciente revelaram que definir e medir dano evitável vai além da mortalidade e também deve incluir métricas como morbidade, erros de diagnóstico e diminuição da qualidade de vida (MCTIERNAN, 2021).

Destaca-se que as redes de atenção à saúde organizadas podem melhorar a qualidade, os resultados sanitários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde, com repercussão na segurança dos cuidados prestados. Há evidências de que os sistemas de atenção à saúde orientados para o fortalecimento da atenção primária à saúde conseguem organizar-se com resultados de excelência a partir das necessidades de saúde da população (SOUZA et al, 2019).

Distintas agências e instituições ao redor do mundo têm como foco a segurança do paciente e exercem importante papel em busca da melhoria da segurança do paciente e qualidade dos serviços, dentre elas está a *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ), a *Joint Commission*, o *Institute of Medicine* e o *Institute for Healthcare Improvement*, este fundado em 1991 e sediado em Cambridge, Massachusetts nos Estados Unidos da América (WHO, 2016; AHRQ, 2018).

Destaca-se a criação de Redes de fortalecimento como a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP), em 2005, e a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) criada em 2008, com objetivos comuns em diminuir os eventos adversos relacionados com a assistência à saúde e prestar

cuidado seguro (REBRAENSP, 2013).

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

No Brasil o tema ganhou maior visibilidade, por meio da implementação das ações do Programa Nacional de Segurança do Paciente lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 2013 por meio da portaria 529 de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013).

O terceiro desafio global “Medicação sem danos”, foi lançado no ano de 2017, após a confirmação que os erros de medicação correspondem à maioria dos danos ocorridos em hospitais e na atenção primária (WHO, 2017). A campanha Salve vidas: higienize suas mãos estimulada pela OMS e apoiada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que trouxe como tema central “cuidado seguro para todos está nas suas mãos” foi destaque no ano de 2019 (ANVISA, 2019).

Marchon (2018) relatou que em diversas pesquisas, foram encontradas de 17 a 24 diferentes definições de erro em saúde e 14 de eventos adversos. Esses resultados motivou a OMS a desenvolver o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente, traduziu os conceitos chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*) para a língua portuguesa e trouxe importantes conceitos com suas respectivas definições Vigano (2018):

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

Incidente relacionado ao cuidado de saúde – dentro da taxonomia denominado apenas por **incidente** – é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

Os incidentes classificam-se como: **near miss ou quase erro** (incidentes que não atingem o paciente) e **evento adverso** (incidente com dano ao paciente).

Desse modo, a segurança do paciente é vista como um dos atributos ou dimensões da qualidade dos serviços de saúde, pois está intimamente relacionado com o desempenho das necessidades e expectativas dos usuários desses serviços (MENDES, 2016).

Os profissionais de saúde que prestam assistência ao paciente, são fundamentais frente ao processo de deter erros, pois são eles que podem impedir decisões negativas

e assumirem um papel de liderança quanto ao desenvolvimento e uso de estratégias voltadas à segurança e qualidade do cuidado. Desse modo, é necessário se discutir sobre a prática e tornar a assistência em saúde mais segura (BRASIL, 2017).

A segurança do paciente é um elemento essencial à qualidade da assistência à saúde, pois compreende ações que objetivam gerenciar e prevenir riscos aos quais os pacientes estão expostos. Deste modo, a segurança se configura como redução estratégica e contínua do potencial danoso no processo assistencial (ANVISA, 2017).

Assim, a segurança do paciente é fundamental nos três níveis de atenção à saúde: primária, secundária e terciária, uma vez que o cuidado envolve a promoção e prevenção dos incidentes e Eventos Adversos (EA), o levantamento das causas desses acontecimentos, a gestão dos recursos humanos, a efetiva liderança organizacional e o fortalecimento da cultura de segurança (VINCENTI; AMALBERTI, 2018).

Assim a procura pela qualidade da atenção não é um assunto novo, e a cada ano se intensificam as publicações na área de segurança do paciente. Entretanto, ainda se refere a uma área nova (ANVISA, 2017). A Septuagésima quarta Assembleia Mundial da Saúde (em 2021) aprovou a Decisão WHA74 para adotar o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030, que fornece uma estrutura para ação de sete objetivos estratégicos (OEs) elucidado por meio de 35 estratégias, cinco em cada um dos objetivos, e tem por finalidade reduzir os danos evitáveis relacionados aos cuidados inseguros de forma global (OMS, 2021).

Nesse sentido a OMS ampliou o conceito de segurança do paciente, pautado na premissa que todo dano ao paciente é evitável e, assim conceituou o termo segurança do paciente como sendo:

[...] uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde que reduz riscos de forma consistente e sustentável, diminui a ocorrência de dano evitável, torna os erros menos prováveis e reduz o impacto quando este ocorrer (WHO, 2021).

A compreensão do cenário atual na prática da segurança do paciente envolve ação coordenada para prevenir danos aos pacientes causados pelos próprios processos de cuidados em saúde. Esse dinamismo é o ponto de partida de uma estratégia prioritária para o cuidado da saúde moderna e é fundamental para os esforços em trabalhar no sentido da cobertura universal de saúde com ações direcionadas à segurança do paciente (OMS, 2021).

3.2 Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde

A segurança dos pacientes é uma questão pertinente a todo sistema de saúde, em qualquer país e que impacta as fases de desenvolvimento do sistema de saúde (RAIMONDI, 2019). A investigação sobre segurança dos pacientes nos cuidados primários revela que, globalmente, milhões de pessoas sofrem de deficiências, lesões ou morte, devido a práticas inseguras (WHO, 2018).

Em estudos recentes foi demonstrado que os erros na APS podem ser influenciados por comunicação ineficaz, gestão ineficiente, problemas com espaço físico e formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2017). Marchon et al (2016) relataram que os erros mais comuns foram os de medicação e de diagnóstico, pois é na APS que geralmente ocorre o primeiro contato, oferecendo atendimento abrangente, acessível, que pode atender no mínimo 80% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida.

Baseado nessas estimativas, a questão da segurança do paciente passou a ser um foco central na agenda da OMS, que já reconheceu sua importância enquanto dimensão da qualidade dos serviços e como um alvo estratégico a ser trabalhado em todas as dimensões dos serviços de saúde (WHO, 2016). Em vista disso, a atenção à saúde ocorre em diversos locais da rede de atenção à saúde (RAS) e a APS que é um dos níveis principais que promove cuidado ao paciente que apesar de não utilizar procedimentos de alta tecnologias, logo pressupõe que trata de um ambiente seguro (RAIMONDI et al, 2019).

Pesquisas recentes apontam que os casos mais frequentes de erros estão relacionados com a prescrição de medicamentos, em que até 40% desses casos poderiam ser considerados evitáveis. Além disso, uma taxa de erro de prescrição de 7,5% foi encontrada no contexto da APS (AGUIAR, LIMA, et al, 2020).

No sentido de atingir os objetivos propostos pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, foi instituído no Brasil em 2013 pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529/2013 juntamente com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 que previam o desenvolvimento de seis protocolos básicos sobre SP e a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) (SILVA, DIAS et al, 2021). Nessa perspectiva, o programa pode ser considerado como marco do comprometimento com a qualidade e o cuidado seguro (GRECO, SOUSA, et al 2021).

Os objetivos propostos no artigo 3º da referida Portaria são:

[...] promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde; envolver os pacientes e os familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a inclusão do tema

segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e na pós-graduação na área da Saúde (BRASIL, 2013).

Após a implantação do PNSP, a segurança do paciente foi oficialmente incluída na Atenção Primária à Saúde (APS) após a atualização e publicação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria nº 2.436/2017. Esta Portaria destaca a necessidade da implantação de ações de segurança do paciente no âmbito da APS, para a promoção de cuidados seguros e ao incentivo da cultura de segurança do paciente entre profissionais que compõem e atuam na APS (BRASIL, 2017).

O SUS, criado pela Constituição Federal brasileira, em 1988, tem suas ações reguladas pela Lei Orgânica da Saúde, sancionada em 1990, e está organizado a partir das diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da sociedade (BRASIL, 2015). Destaca-se a APS como porta de entrada ao Sistema, e o primeiro ponto de contato dos pacientes com o serviço, sendo responsável por resolver até 80% dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2017).

Um estudo brasileiro identificou três incidentes por 1.000 (mil) atendimentos no trimestre do ano de 2018. Assim, muitas das complicações que chegaram ao ambiente hospitalar eram procedentes de outros estabelecimentos de saúde, como a APS (AGUIAR, LIMA, et al, 2020). Neste estudo, prevalece os erros de diagnósticos no cuidado primário, e estima-se que esteja associado a doenças comuns e/ou potencialmente fatais, como pneumonia, celulite infecciosa, insuficiência cardíaca descompensada, insuficiência renal aguda e câncer primário e são classificados como eventos adversos ocorridos na Atenção Primária (AGUIAR et al, 2020).

Nesse sentido, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB 2017) traz como quesito XIV na seção referente às atribuições dos profissionais, a responsabilidade em instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos. A implantação do SUS levou à expansão da rede de atenção primária, em que, pelo processo de descentralização foram ampliados os serviços e fortalecidas as Redes de Atenção à Saúde (PAESE, SASSO, 2017).

Para Hubert (2018), entende-se que há uma diversidade de situações de saúde a serem solucionadas no nível primário de atenção à saúde que exigem do profissional habilidade, conhecimento técnico e atitudes de empatia, e envolvem a escuta qualificada e a personalização do atendimento, entre outras. À vista disso, devem ser buscadas iniciativas e novos estudos afim de mitigar os danos e fortalecer as políticas públicas para a segurança do paciente.

3.2.1 Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde

Cultura pode ser definida como a “identificação pessoal, linguagem, pensamentos, comunicações, ações, costumes, crenças, valores e instituições que são frequentemente específicos de grupos étnicos, raciais, religiosos, geográficos ou sociais”. O conceito de cultura de segurança teve origem fora da área da saúde, em estudos de organizações de alta confiabilidade, organizações que consistentemente procuram minimizar os eventos adversos. Este compromisso estabeleceu uma “cultura de segurança” (AHRQ, 2020).

Silva (2018), definiu cultura de segurança como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, com vistas a substituir a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

Por meio da portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 que estabeleceu o PNSP e considerando os quatro eixos (estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema), a cultura de segurança deve perpassar todos os eixos. Daí a tamanha importância que a portaria dedica à conceituação da cultura de segurança, de acordo com a OMS (BRASIL, 2013):

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

Assim, a compreensão do cenário de uma instituição de saúde a partir da análise da cultura de segurança é o ponto de partida para se traçar ações em prol de mudanças para a redução dos incidentes e a garantia de cuidados de saúde seguros. Existe uma falsa percepção de que na APS o usuário está menos suscetível a práticas não seguras (VASCONCELOS, 2019).

Nesse sentido, a avaliação da cultura de segurança do paciente na perspectiva de equipes multiprofissionais da APS é imprescindível e urgente. A compreensão do cenário de uma instituição de saúde a partir da análise da cultura de segurança é o ponto de partida para se traçar ações em prol de mudanças para a redução dos incidentes e a garantia de cuidados

de saúde seguros. Motivo pelo qual, o interesse pelos fatores relacionados à segurança do paciente fora do ambiente hospitalar tem aumentado (SOUSA, ANDOLHE et al, 2018).

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

Tim e Rodrigues (2016), traduziram, adaptaram e validaram, para avaliação da cultura de segurança na APS no Brasil, o Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC), desenvolvido em 2007 pela Agency for Health Care Research and Quality – (AHRQ). Este instrumento apresentou alta confiabilidade, além de ser considerado de fácil compreensão pela população estudada.

Atualmente, o fortalecimento da AP ocorre por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa Nacional de Segurança do Paciente incentiva a implantação de ações de segurança do paciente no âmbito da APS. Nesta perspectiva, o centro de atenção é a família e não somente o indivíduo, o que repercute em práticas focadas na integralidade do cuidado e na promoção da saúde (BRASIL, 2018).

Em uma revisão sistemática, Marchon e Junior (2014), sugeriram instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos, através da implantação de estratégias de Segurança do Paciente na AP, estimulando prática assistencial segura, envolvendo os pacientes na segurança, criando mecanismos para evitar erros, garantir o cuidado centrado na pessoa, realizando planos locais de segurança do paciente, fornecendo melhoria contínua relacionando à identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos.

A APS exerce um papel cada vez mais complexo frente ao sistema de saúde, conduzindo a coordenação do ingresso a serviços especializados, assiste a uma progressiva demanda de idosos, portadores de agravos crônicos, com comorbidades, devido ao aumento da expectativa de vida. Quanto mais profundo o cuidado, maior o risco de ocorrer incidentes (BRASIL, 2017). Portanto, a implantação de uma cultura de segurança do paciente viabiliza a identificação de áreas que possuam problemas, proporciona avaliar os pontos críticos e planejar a melhor forma de agir, incentivando a instituição a buscar soluções de acordo com evidências de forma efetiva (SASSO, CAPUCHO, BEZERRA, 2018).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Estudo com levantamento exploratório descritivo de abordagem quantitativa realizado

no período de maio a junho de 2022 no município de Tianguá-CE. Foi utilizado um inquérito sobre cultura de segurança do paciente, “*Medical Office Survey on Patient Safety Culture*” (MOSPSC), traduzido e adaptado para o português do Brasil, por Tim e Rodrigues (2016), intitulando-se “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária”.

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no estado do Ceará no município de Tianguá que encontra-se localizado na microrregião Serra da Ibiapaba, está à uma altitude de 740m, 349 km distante da capital Fortaleza, possui uma população de 81.506 pessoas, de acordo com o censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022).

A Secretaria Municipal de Saúde do município é responsável pela rede pública de APS inserida no âmbito do SUS, e contempla as equipes: Saúde da Família (eSF) e de Saúde Bucal (eSB). A APS do município de Tianguá é composta por 29 Equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), sendo 15 da zona urbana e 14 na zona rural, além de dois Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB), estas equipes estão distribuídas em 12 Unidades de Saúde.

Na sua rede assistencial a Atenção Básica do município é o pilar reorientador do sistema de saúde local e a ESF tem cobertura atual de 100% da população. A rede de saúde do município também é campo de estágio obrigatório dos acadêmicos dos cursos de graduação das IES situadas no município de Tianguá.

4.3 População do estudo

Após a verificação dos critérios de elegibilidade a amostra do presente estudo foram selecionadas 15 Unidades de Saúde da Família de forma sistemática, obedecendo o critério das unidades localizadas na zona urbana do município conforme tabela 1.

Tabela 01- Distribuição dos profissionais nas UBSF localizadas na zona urbana do município de Tianguá-CE, 2022

UBS	NUMERO DE PROFISSIONAIS
UBS da Família Maria Odete cezário Peixoto	12
UBS da Família Centro de Nutrição	13
UBS da Família Chagas Firmino	12
UBS da Família Poeta Lauro Menezes	15
UBS da Família Isabel Nogueira Gomes	12

UBS da Família Raimundo Nogueira Beviláqua	14
UBS da Família Tomásia Sousa de França	10
UBS da Família José Tarcísio de Azevedo	14
UBS da Família do Centro de Saúde	21
UBS da Família Padre Francisco Evaldo Carvalho	13
UBS da Família Maria Costa do Nascimento	18
UBS da Família Maria Felícia dos Santos	16
UBS da Família Maria Ivone do Nascimento	12
ESF da Família Joana Urias	14
ESF da Família Substação	13
Total	215 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa

Foram convidados a participar os profissionais dentistas, médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliar em saúde bucal, gerentes e agentes comunitários de saúde das equipes de saúde da família.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Profissionais de saúde da Atenção Primária: enfermeiros, gerentes de unidade, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, médicos (as), cirurgiões dentistas, auxiliares em saúde bucal e agentes comunitários de saúde devidamente cadastrados nas equipes de Saúde da família da zona urbana do município.

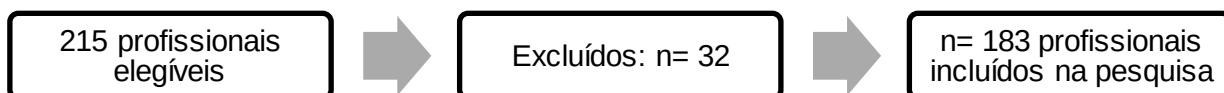
Foram excluídos os profissionais de saúde que não gozavam de no mínimo 6 meses de experiência profissional.

4.5 Amostra do estudo

A pesquisa foi realizada no âmbito da APS, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana do município de Tianguá-CE, onde foram analisados o conhecimento e a percepção dos profissionais da APS sobre a cultura de segurança do paciente na APS.

A população do estudo foi composta por profissionais atuantes na APS que estiverem devidamente cadastrados no (SCNES) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do município em estudo.

Figura 1 - Fluxograma descritor dos participantes no estudo no município de Tianguá-CE/2022



Fonte: Dados da pesquisa

4.6 Instrumento e Coleta de dados

Para a coleta de dados foi aplicado o instrumento *MOSPSC*, intitulado-se “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária” (Apendice A). Este questionário identifica se a cultura de segurança do paciente na APS é positiva/favorável ao cuidado seguro, quando o percentual de respostas positivas for acima de 50%, além de apontar as áreas que necessitam de melhorias (TIMM, RODRIGUES, 2016).

Foram adicionadas questões sobre o perfil sociodemográfico e laboral dos profissionais em estudo: 1) idade; 2) sexo; 3) estado civil 4) grau de instrução; 5) tempo de formação; 6) tempo de serviço na APS; 7) número de horas trabalhadas por semana; 8) categoria profissional na APS.

O instrumento utilizado foi validado e realizado aplicação de pré-teste na APS, o mesmo é composto 58 (cinquenta e oito) questões distribuídas em 9 (nove) seções: A: possui 10 (dez) questões relacionadas à segurança do paciente e à qualidade da assistência; B: 4 (quatro) questões sobre troca de informações entre a equipe e outras instituições de serviços de saúde; C: 15 (quinze) questões relacionadas a temática “trabalhando neste serviço de saúde”; D: 12 (doze) questões sobre a comunicação entre os profissionais e o acompanhamento do paciente; E: 4 (quatro) questões relacionadas ao apoio dos profissionais pelos gestores/ administradores/líderes; F: 7 (sete) questões sobre a temática “seu serviço de saúde”; G: 2 (duas) questões referentes a avaliação global sobre o serviços de saúde prestado; H: 3 (três) questões sobre a prática profissional; e I: uma questão discursiva sobre comentários dos participantes (TIMM, 2016). Ressalta-se que nas Seções A até a seção G as questões são dispostas em escalas tipo Likert, na Seção H as questões proporcionam respostas do tipo múltipla escolha e na Seção I, há uma questão aberta, cuja resposta deve ser enunciada na forma discursiva, conforme (Quadro 1).

Quadro 1 - Composição do instrumento traduzido e adaptado, “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária” - Dimensões e questões pesquisadas por seção

SESSÃO	DIMENSÃO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº DE QUESTÕES
INÍCIO	Variáveis independentes, seção H acrescida de novas questões (Anexo B).	08

A	Segurança do paciente e qualidade	10
B	Troca de informações com outras instituições	04
C	Trabalhando neste serviço de saúde: Padronização dos processos	15
D	Comunicação e Acompanhamento: Comunicação aberta Comunicação sobre o erro Acompanhamento do cuidado do paciente	12
E	Apoio de estores/administradores/líderes: Suporte de liderança para a segurança do paciente.	04
F	Seu serviço de saúde: Aprendizagem organizacional Percepção geral de segurança do paciente e qualidade	07
G	Avaliação global da qualidade	02
I	Seus comentários	01

Fonte: Questionário MOSPSC, 2016

O questionário MOSPSC, foi desenvolvido em 2007 pela *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) nos Estados Unidos da América traduzido, adaptado e validado por Timm & Rodrigues (2016), para avaliação da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária no Brasil. Este instrumento tem se demonstrado útil como forma de investigação científica, encontra-se na versão original nos idiomas inglês e espanhol com livre disponibilidade sem ônus, no sítio eletrônico da AHRQ desenvolvido para aplicação ambulatorial e avaliação de diversas dimensões da cultura de segurança do paciente (AHRQ, 2016).

4.7 Procedimento de Coleta de dados

Os procedimentos de coleta de dados constituiu-se após o contato inicial com o (a) gerente para agendamento e cronograma da aplicação dos questionários aos profissionais. Foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), uma lista com os nomes dos trabalhadores devidamente cadastrados na equipe de Saúde da Família (ESF), e o nome da unidade de atuação para facilitar a organização da pesquisadora na coleta dos dados.

No dia e hora agendados, a pesquisadora dirigiu-se ao espaço assistencial nas UBS em que o entrevistado trabalhava e informou sobre os objetivos do estudo, procedimentos de coleta de dados e questões éticas. Mediante o aceite selado pela leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o questionário foi autoaplicado aos

profissionais, respeitando um tempo médio de duração de 30 minutos, conforme a preferência pelo dia, horário e disponibilidade, ou até mesmo agendando horários de menor fluxo de pessoas nas Unidades. O período da coleta de dados ocorreu nos meses de maio a outubro do ano de 2022.

Para garantir o sigilo das respostas, os instrumentos preenchidos foram conduzidos em envelopes devidamente lacrados e sem identificação.

4.8 Variáveis do estudo

4.8.1 Dependente

Pontos relacionados à segurança do paciente nas unidades de Atenção Básica de Tianguá-CE como, avaliação global da segurança do paciente (positiva, neutra ou negativa), dimensões de segurança: comunicação aberta, comunicação sobre o erro, troca de informações, processo de trabalho e padronização, aprendizagem organizacional, apoio dos gestores na segurança do paciente, seguimento da assistência ao paciente, questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade, treinamento da equipe, trabalho em equipe, e avaliação global d qualidade.

4.8.2 Independentes

As variáveis independentes foram aquelas relacionadas ao perfil laboral do profissional dos funcionários, sexo, idade, estado civil, escolaridade, tempo de serviço, tempo de formação, função, carga horária e atividades desenvolvidas na unidade básica de saúde.

4.9 Análise Estatística

As informações colhidas foram descritas e analisadas segundo o conteúdo temático, e dividido em três etapas, sendo elas: 1) pré-análise: corresponde à fase de transcrição e organização dos dados; 2) exploração do material: 3) tratamento dos resultados e interpretação.

Para a análise quantitativa, os dados coletados foram organizados e armazenados mediante tabulação em planilha do Microsoft Office Excel 2016. A apresentação dos resultados envolveu pela estatística descritiva através da distribuição absoluta e relativa (n - %), bem como, pelas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão e amplitude). A simetria das distribuições contínuas foi avaliada pelo teste de Shappiro Wilk e teste t de student. Os dados receberam tratamento estatístico utilizando-se o software SPSS 20.0 (Statistical Package to Social Sciences for Windows) onde, para critérios de decisão foi adotado o nível de significância de 5%.

A consistência interna da escala MOSPSC foi investigada pelo coeficiente interno alfa de Cronbach, calculado separadamente para cada domínio. Além disso, os itens reversos foram ajustados para o cálculo do *alfa de Cronbach (aC)*.

As respostas foram apresentadas e classificadas em respostas positivas, neutras e negativas, para segurança do paciente. A percepção dos profissionais sobre a segurança do paciente foi investigada nas 7 seções (A - G), utilizando o percentual de respostas positivas e negativas em cada questionamento.

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

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

4.10 Aspectos éticos

A pesquisa respeitou todas as etapas dos aspectos éticos e legais que envolvem seres humanos conforme a Resolução N° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS (BRASIL, 2012b). Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Instituto de Teologia Aplicada – INTA, por meio do Parecer nº 5.338.047 e CAAE nº 57109122.0.0000.8133 (Anexo A). Foi iniciada após autorização do local onde foi realizada por meio da Carta de aceite (ANEXO D). Somente foram utilizados dados dos participantes que concederam seu aceite por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5 RESULTADOS

A pesquisa foi conduzida na APS do município de Tianguá, localizado na região da Ibiapaba ao norte do estado do Ceará. Dos 215 profissionais elegíveis para o estudo foram excluídos 32, sendo, 09 por não responderem, 12 estavam de férias e 11 estavam de licença médica, totalizando uma amostra de 183 profissionais.

5.1 Caracterização dos participantes

Participaram da pesquisa 183 profissionais atuantes na APS do município pesquisado.

A população pesquisada foi na maioria do sexo feminino (81,4%), a faixa etária predominante foi de 36 a 45 anos de idade (27,3%), em relação ao estado civil (54,2%) dos profissionais eram casados(as), sobre os níveis de escolaridade mais frequentes foram o ensino médio/técnico (71,6%), com representação também dos extratos mais alto, como especialização e mestrado (tabela 2).

Tabela 2- Perfil sociodemográfico dos entrevistados na APS do município de Tianguá-CE/2022, no período de maio a outubro de 2022.

Variável	N (%)
Idade	
De 18 a 24	25 (17,2)
De 25 a 35	41 (23,6)
De 36 a 45	50 (27,3)
De 46 a 55	39 (19,2)
De 56 a 65	22 (10,9)
De 66 anos e mais	6 (2,9)
Sexo	
Masculino	34 (18,6)
Feminino	149 (81,4)
Estado civil	
Casado (a)	105 (54,2)
União estável:	19 (11,8)
Solteiro (a)	48 (26,1)
Divorciado (a)	8 (5,9)
Viúvo (a)	3 (2)
Grau de instrução	
Fundamental	0
Médio/Técnico	131 (71,6)
Superior	28 (15,3)
Especialização	21 (11,5)
Mestrado	3 (1,6)

Fonte: Dados da pesquisa apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%).

5.2 Perfil laboral dos profissionais

Na caracterização do perfil laboral percebe-se no tempo de formação que (33,90%) formou-se entre 6 a 10 anos, seguido de (30,6%) que está formado há mais de anos. Outra variável mensurada foi o tempo de trabalho na APS, prevaleceram os períodos de tempo de trabalho na unidade de mais de 10 anos (39,3%) e de 6 a 10 anos (30,6%). Quanto as horas trabalhadas, a maioria dos profissionais cumpria carga horária de 30 a 40 horas semanais correspondendo a (91,2%) (Tabela 3).

Na distribuição por categoria profissional as equipes eram compostas por médicos (4,4%), cirurgiões dentistas (6,5%), enfermeiros (12%), gerentes de unidade (5,5%) técnicos de enfermagem (13,1%), auxiliar em saúde bucal (6,5%) e agentes comunitários de saúde (52%), (Tabela 3).

Tabela 3 - Perfil sociodemográfico dos entrevistados na APS do município de Tianguá-CE/2022 no período de maio a outubro de 2022.

Características	N (%)
Tempo de formação	
Menos que 1 ano	8 (4,4)
Entre 1 a 3 anos	19 (10,4)
Entre 3 a 5 anos	38 (20,7)
Entre 6 a 10 anos	62 (33,9)
Mais de 10 anos	56 (30,6)
Tempo de serviço na APS	
6 meses a 1 ano	19 (10,4)
1 a 5 anos	36 (19,7)
6 a 10 anos	56 (30,6)
Mais de 10 anos	72 (39,3)
Carga horária semanal	
De 20 a 30 horas	10 (5,5)
De 30 a 40 horas	167 (91,2)
Mais de 40 horas	6 (3,3)
Categoria Profissional na APS	
Gerente da Unidade	10 (5,5)
Enfermeiro	22 (12)
Cirurgião(ã) Dentista	12 (6,5)
Médico(a)	08 (4,4)
Técnico em Enfermagem	24 (13,1)
Auxiliar/técnico em Saúde Bucal	12 (6,5)
Agente Comunitário de Saúde	95 (52)

Fonte: Dados da pesquisa apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%).

5.3 Avaliação da Cultura

Os resultados apresentados na amostra de 183 profissionais foram avaliados em dois grupos independentes caracterizados como nível médio (GM), 71,6% (n=131) e nível superior (GS), 28,4% (n=52).

5.3.1 Percepção dos profissionais sobre SP - comparação das dimensões da cultura de segurança do paciente na APS por grupos

De acordo com os resultados da tabela 4, a análise que contemplou as dimensões da escala MOSPSC, comparada entre os grupos, apontou que, na dimensão **Troca de informações** com outras instituições houve diferença estatística significativa ($t_{(180)} = 3,324$; $p=0,021$), apontando média maior entre os profissionais do GS.

Na dimensão **trabalhando neste serviço de saúde**, ocorreram resultados representativos em todas as suas subdimensões. Verificou-se que, na comparação do **Trabalho em equipe**, a média se mostrou significativamente elevada entre os profissionais do GS ($t_{(180)} = -3,230$; $p=0,001$). No entanto, as comparações que envolveram o **Ritmo e carga de trabalho** ($t_{(180)} = 5,957$; $p<0,001$); **Treinamento de pessoal** ($t_{(180)} = 2,201$; $p=0,029$); e **Procedimentos estabelecidos no centro** ($t_{(180)} = 5,237$; $p<0,001$), os escores médios no GM é que se mostraram significativamente mais elevados, quando comparados as do GS.

O último resultado em que a diferença entre os dois grupos, também, foi significativa ocorreu na dimensão **Seu serviço de saúde**, em que a **Percepção geral sobre Segurança do Paciente e local de trabalho** teve escores médio significativamente maior no grupo GS ($t_{(180)} = 5,949$; $p<0,001$).

No que se refere as demais dimensões investigadas na escala MOSPSC, as diferenças observadas entre os grupos GM e GS não se mostraram significativas.

Tabela 4: Média e desvio padrão para instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) por grupos

Dimensões MOSPSC	Grupos				P
	Médio (n=131)		Superior (n=52)		
	Média	DP	Média	DP	
Segurança do paciente e a qualidade da assistência (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9,A10)	4,5	1,0	4,7	0,5	0,234 [¶]
SB Troca de informações com outras insituições	4,9	0,7	5,2	0,7	0,021 [¥]
Trabalhando <i>neste</i> serviço de saúde ^D					
Trabalho em equipe (C1, C2, C5, C13)	3,9	0,5	4,2	0,5	0,001 [¥]
Ritmo e carga de trabalho (C3, C6,C11,C14)	3,3	0,6	2,7	0,6	<0,001 [¥]
Treinamento de pessoal (C4, C7, C10)	3,9	0,6	3,7	0,6	0,029 [¥]
Procedimentos estabelecidos no centro (C8, C9, C12, C15)	4,0	0,6	3,5	0,6	<0,001 [¥]
Comunicação entre profissionais e Acompanhamento dos pacientes ^D					
Comunicação franca (D1, D2, D4, D10)	3,7	0,6	3,8	0,7	0,315 [¶]
Seguimento de atenção ao paciente (D3, D5, D6, D9)	4,3	0,4	4,4	0,4	0,198 [¶]
Comunicação de erros (D7, D8, D11, D12)	4,3	0,5	3,8	0,5	<0,001 [¥]
SE Apoio de gestores/administradores/líderes	3,4	0,5	3,3	0,4	0,712
Seu serviço de saúde					
Aprendizado organizacional (F1, F5, F7)	4,1	0,4	4,0	0,4	0,184 [¥]

Percepção geral sobre segurança do paciente e local de trabalho (F2, F3, F4, F6)	4,0	0,4	3,5	0,8	<0,001 [¶]
Avaliação global sobre os serviços prestados					
G2 Avaliação geral em segurança do paciente	3,8	0,8	3,9	0,6	0,216 [¶]
Pontuação geral de qualidade (G1A, G1B, G1C, G1D, G1E)	3,8	0,7	3,8	0,7	0,933 [¥]

¥: Teste t-Student para grupos independentes assumindo homogeneidade de variâncias. ¶: Teste t-Student para grupos independentes assumindo heterogeneidade de variâncias.

Na avaliação da estrutural da escala MOSPSC, foi investigada a consistência por meio do alfa de Cronbach (αC) para os dois grupos, conforme (Tabela 5), para o grupo GM. Foi expressivo as subdimensões que apontaram para confiabilidade satisfatória ($\alpha C \geq 0,700$) sendo eles: sobre segurança do paciente e qualidade ($\alpha C = 0,813$), Troca de informações ($\alpha C = 0,788$), Ritmo e carga de trabalho (0,722), Treinamento de pessoal (0,703), Procedimentos estabelecidos (0,711), Seguimento de atenção ao paciente (0,793), Comunicação de erros (0,806), Apoio dos gestores/líderes ($\alpha C = 0,762$), Aprendizado organizacional (0,746), Percepção geral sobre segurança do paciente e local de trabalho (0,768) e Avaliação global sobre a qualidade e segurança ($\alpha C = 0,865$) (Tabela 5).

No que se refere à confiabilidade aceitável ($0,600 \leq \alpha C < 0,700$), obteve-se nos domínios Trabalho em equipe ($\alpha C = 0,694$), Comunicação franca ($\alpha C = 0,699$).

Tabela 5: Medidas de tendência central e de variabilidade instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) no grupo nível médio (GM)

Dimensões MOSPSC	Escores MOSPSC MÉDIO (GM)							αC
	Média	DP	Amplitude		Quartis			
			Mínimo	Máximo	1º	2º Mediana	3º	
TOTAL ESCALA								
Segurança do paciente e a qualidade da assistência (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9,A10)	4,5	1,0	1,0	6,0	4,0	4,9	5,2	0,813
SB Troca de informações	4,9	0,7	2,5	6,0	4,5	5,0	5,3	0,788
Trabalhando neste serviço de saúde ^D								
Trabalho em equipe (C1, C2, C5, C13)	3,9	0,5	2,3	4,8	3,5	4,0	4,3	0,694
Ritmo e carga de trabalho (C3, C6,C11,C14)	3,3	0,6	2,0	5,0	3,0	3,3	3,8	0,722
Treinamento de pessoal (C4, C7, C10)	3,9	0,6	2,3	5,0	3,5	4,0	4,3	0,703
Procedimentos estabelecidos no centro (C8, C9, C12, C15)	4,0	0,6	2,3	5,0	3,7	4,0	4,3	0,711
Comunicação entre profissionais e Acompanhamento dos pacientes ^D								

Comunicação franca (D1, D2, D4, D10)	3,7	0,6	1,5	5,0	3,3	3,8	4,0	0,699
Seguimento de atenção ao paciente (D3, D5, D6, D9)	4,3	0,4	3,0	5,0	4,0	4,3	4,8	0,793
Comunicação de erros (D7, D8, D11, D12)	4,3	0,5	3,3	5,0	4,0	4,3	4,7	0,806
SE Apoio de gestores/administradores/líderes	3,4	0,5	2,0	4,5	3,0	3,5	3,7	0,762
Seu serviço de saúde								
Aprendizado organizacional (F1, F5, F7)	4,1	0,4	3,0	5,0	3,7	4,0	4,3	0,746
Percepção geral sobre segurança do paciente e local de trabalho (F2, F3, F4, F6)	4,0	0,4	3,0	5,0	3,8	4,0	4,3	0,768
Avaliação global sobre os serviços prestados								
G2 Avaliação geral em segurança do paciente	3,8	0,8	2,0	5,0	3,0	4,0	4,0	- - -
Pontuação geral de qualidade (G1A, G1B, G1C, G1D, G1E)	3,8	0,7	2,0	5,0	3,4	4,0	4,0	0,875

D: Análise de variância para medidas repetidas – Post Hoc Bonferroni. (a) Médias significativamente superiores, quando comparadas as médias das demais dimensões de uma mesma sessão

Já a consistência do αC para a avaliação da escala MOSPSC, no grupo do nível superior (GS) as subdimensões, apresentaram relevância para confiabilidade satisfatória ($\alpha C \geq 0,700$) foram: sobre segurança do paciente e qualidade ($\alpha C = 0,798$), Troca de informações ($\alpha C = 0,766$), Trabalho em equipe (0,741), Ritmo e carga de trabalho ($\alpha C = 0,709$), Treinamento de pessoal ($\alpha C=0,714$), Seguimento de atenção ao paciente (0,806), Comunicação franca ($\alpha C = 0,788$), Apoio dos gestores/líderes ($\alpha C=0,912$), Aprendizado organizacional ($\alpha C = 0,709$), e Avaliação global sobre a qualidade e segurança ($\alpha C = 0,861$) (Tabela 6).

No grupo de nível superior GS em relação à confiabilidade aceitável ($0,600 \leq \alpha C < 0,700$), obteve-se nos domínios Procedimentos estabelecidos ($\alpha C =0,686$) e Percepção geral sobre segurança do paciente e local de trabalho ($\alpha C =0,698$), com escores divergentes ao GM, porem as diferenças observadas são pouco representativas.

Tabela 6: Medidas de tendência central e de variabilidade instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) no grupo nível superior

Dimensões MOSPSC	Escore MOSPSC SUPERIOR (GS)							αC
	Média	DP	Amplitude		Quartis			
			Mínimo	Máxim o	1º	2º Mediana	3º	
TOTAL ESCALA								
Segurança do paciente e a qualidade da assistência (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9,A10)	4,7	0,5	2,7	5,6	4,5	4,7	5,0	0,798
SB Troca de informações	5,2	0,7	3,0	6,0	4,7	5,3	5,8	0,766

Trabalhando neste serviço de saúde ^D

Trabalho em equipe (C1, C2, C5, C13)	4,2	0,5	3,0	5,0	4,0	4,3	4,5	0,741
Ritmo e carga de trabalho (C3, C6, C11, C14)	2,7	0,6	1,5	4,0	2,3	2,8	3,0	0,709
Treinamento de pessoal (C4, C7, C10)	3,7	0,6	2,5	5,0	3,3	3,7	4,0	0,714
Procedimentos estabelecidos no centro (C8, C9, C12, C15)	3,5	0,6	1,0	4,3	3,1	3,6	3,9	0,686

Comunicação entre profissionais e Acompanhamento dos pacientes ^D

Comunicação franca (D1, D2, D4, D10)	3,8	0,7	2,3	4,8	3,3	4,0	4,4	0,722
Seguimento de atenção ao paciente (D3, D5, D6, D9)	4,4	0,4	3,5	5,0	4,0	4,5	5,0	0,806
Comunicação de erros (D7, D8, D11, D12)	3,8	0,5	3,0	5,0	3,5	4,0	4,0	0,788

SE Apoio de gestores/administradores/líderes

3,3	0,4	2,5	4,5	3,0	3,3	3,7	0,912
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------

Seu serviço de saúde

Aprendizado organizacional (F1, F5, F7)	4,0	0,4	3,0	5,0	3,7	4,0	4,3	0,709
Percepção geral sobre segurança do paciente e local de trabalho (F2, F3, F4, F6)	3,5	0,8	1,7	5,0	3,0	3,5	4,3	0,698

Avaliação global sobre os serviços prestados

G2 Avaliação geral em segurança do paciente	3,9	0,6	3,0	5,0	4,0	4,0	4,0	- - -
Pontuação geral de qualidade (G1A, G1B, G1C, G1D, G1E)	3,8	0,7	2,2	5,0	3,2	4,0	4,2	0,861

D: Análise de variância para medidas repetidas – Post Hoc Bonferroni. (a) Médias significativamente superiores, quando comparadas as médias das demais dimensões de uma mesma sessão (5, 6)

5.3.2 Potencialidades e fragilidades da cultura de segurança do paciente na APS

Na tabela 7, seguem as dimensões pertinentes à segurança do paciente e qualidade do cuidado foram analisados de acordo com o nível de formação dos profissionais atuantes na APS através da proporção média de respostas positivas onde percebe-se as potencialidades e fragilidades evidenciadas nas respostas.

Neste estudo, no grupo nível médio (GM), as dimensões que apresentaram potencialidade foram: Aspectos relacionados à segurança do paciente e qualidade (77,1%), seguimento de atenção ao paciente (86,3%) e aprendizagem organizacional (comunicação sobre erros) (80,2%). Já as dimensões com fragilidade e que merecem atenção da gestão foram: ritmo e carga de trabalho (26,8%), treinamento de pessoal (59,7); comunicação franca (38,91%) e Apoio de gestores/administradores/líderes (24,5%) (tabela 7). No (GM) percebe-se um expressivo número de dimensões avaliadas como frágeis que precisam de atenção dos

profissionais de saúde e gestores.

No entanto, no grupo nível superior (GS), nas dimensões que apresentaram potencialidade destacam-se: Aspectos relacionados à segurança do paciente e qualidade (92,3%), trabalho em equipe (76,9), seguimento de atenção ao paciente (90,4%) e Avaliação geral em segurança do paciente (78,3). As dimensões com fragilidade foram: ritmo e carga de trabalho (14%), Treinamento de pessoal (51,9), seguimento de atenção ao paciente (25%); Apoio de gestores/administradores/líderes (22,9 %) Percepção geral sobre segurança do paciente e local de trabalho (45,3) (tabela 7).

No (GS) também se evidenciou um relevante número de dimensões avaliadas como frágeis que precisam de um acompanhamento célere da gestão conforme demonstra a tabela 7.

Tabela 7: Proporção média de repostas positivas para *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) por grupo

Escala MOSPSC	Média de Respostas positivas *	
	Médio (n=81)	Superior (n=52)
Segurança do paciente e a qualidade da assistência (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9,A10)	77,1	92,3
SB Troca de informações	63,1	73,1
Trabalhando neste serviço de saúde ^D		
Trabalho em equipe (C1, C2, C5, C13)	60,3	76,9
Ritmo e carga de trabalho (C3, C6,C11,C14)	26,8	14,0
Treinamento de pessoal (C4, C7, C10)	59,7	46,0
Procedimentos estabelecidos no centro (C8, C9, C12, C15)	66,2	25,0
Comunicação entre profissionais e Acompanhamento dos pacientes ^D		
Comunicação franca (D1, D2, D4, D10)	38,9	51,9
Seguimento de atenção ao paciente (D3, D5, D6, D9)	86,3	90,4
Comunicação de erros (D7, D8, D11, D12)	80,2	52,9
SE Apoio de gestores/administradores/líderes	24,5	22,9
Seu serviço de saúde		
Aprendizado organizacional (F1, F5, F7)	74,0	72,5
Percepção geral sobre segurança do paciente e local de trabalho (F2, F3, F4, F6)	68,7	45,3
Avaliação global sobre os serviços prestados		
G2 Avaliação geral em segurança do paciente	71,0	78,8
Pontuação geral de qualidade (G1A, G1B, G1C, G1D, G1E)	72,4	73,9

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

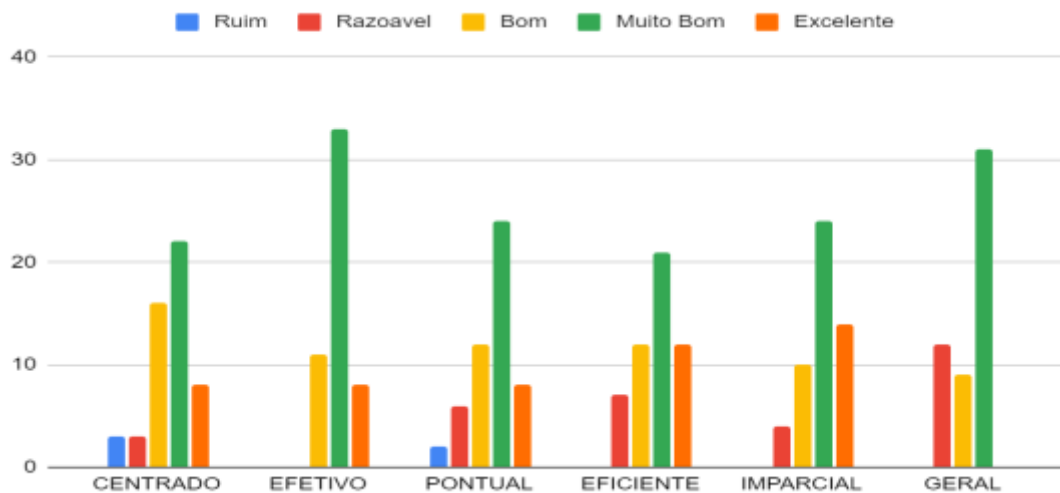
5.3.3 Percepção global dos profissionais de saúde sobre segurança do paciente, qualidade do cuidado na APS

Na seção G do instrumento consta a avaliação global, onde os participantes da pesquisa classificaram o serviço de saúde. Os questionamentos realizados foram realizados em cinco domínios diferentes:

- 1. Centrado no paciente: É sensível às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes.*
- 2. Efetivo: É baseado no conhecimento científico.*
- 3. Pontual: Minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais*
- 4. Eficiente: Garante um cuidado de bom custo-benefício (evita o desperdício, uso excessivo e incorreto de serviços).*
- 5. Imparcial: Fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independentemente de sexo, etnia, status socioeconômico, idioma etc.*
- 6. Avaliação geral: 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?*

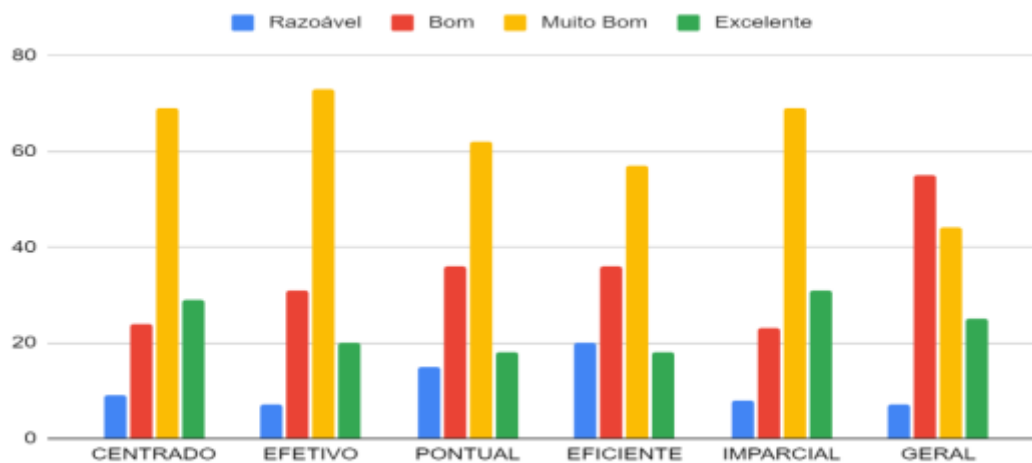
A seguir observamos as respostas referentes aos dois grupos (GM) e (GS) estão representadas nos gráficos 1 e 2.

Gráfico 1: Avaliação global dos serviços de saúde do município de Tianguá-CE- 2022 – realizado no período de maio a outubro de 2022 – Grupo nível médio (GM)



Fonte: Dados da pesquisa, ano 2022

Gráfico 2: Avaliação global dos serviços de saúde do município de Tianguá-CE- 2022 - realizado no período de maio a outubro de 2022 – Grupo nível superior (GS)



Fonte: Dados da pesquisa, ano 2022

6 DISCUSSÃO

Neste estudo observou-se a avaliação da cultura de segurança como um novo dispositivo para a melhoria da segurança do paciente. Esse dispositivo pode ser utilizado para medir condições dentro das organizações, bem como para desenvolver, avaliar e apoiar os gestores nas tomadas de decisões nos serviços de saúde (VIGANO, 2018).

Foi evidenciado que na população pesquisada a maioria era do sexo feminino, com faixa etária predominante de 36 a 45 anos de idade, e em relação ao estado civil observou-se que dos profissionais são casados(as). De acordo com dados do IPEA (2019), a taxa de participação feminina no mercado de trabalho apresentou crescimento contínuo nas últimas décadas, enquanto, a taxa de participação masculina mostrou tendência de queda ao longo dos anos. Corroborando, dados do relatório Global Gender Gap Report (2020), do Fórum Econômico Mundial, afirma que a presença feminina no mercado de trabalho representa 72% dos trabalhadores, mas, quando alcançam cargos de gestão, o homem ganha destaque principalmente em empresas maiores.

Em relação a escolaridade mais frequentes foi o ensino médio/técnico. Sendo que a categoria de profissionais com maior representatividade na amostra foi os ACS, em virtude de serem a classe mais expressiva na composição das ESF. De acordo com a PNAB a APS é a principal porta de entrada do SUS e das Redes de Atenção à Saúde, é formada por equipes multiprofissionais e os ACS são os responsáveis pela comunicação entre a ESF e as famílias residentes na área adstrita (BRASIL, 2017).

Outra variável mensurada no perfil laboral foi o tempo de formação que prevaleceu entre 6 a 10 anos e o tempo de trabalho na APS, que foi de mais de 10 anos. Considerando que a Portaria que instituiu o PNSP no Brasil foi publicada no ano de 2013, nivelando ao tempo de formação da maioria dos profissionais, entende-se que a referencia sobre SP seja novo, podendo interferir no desfecho da percepção dos mesmos sobre o tema em estudo (FERNANDES, 2019).

Já sobre o tempo de trabalho na APS a pesquisa mostrou que uma grande parcela dos profissionais estão há mais de dez anos o que demonstra mais experiência, estabilidade na carreira, sendo considerado positivo para o desenvolvimento da cultura de segurança. Denota-se que pouca experiência profissional contribui fortemente para a ocorrência de eventos adversos nos serviços de saúde por estarem há muito tempo na mesma função. (RIOS, HAGEMANN, PEREIRA 2010).

Um estudo realizado na Holanda, SMITS et al, 2018 demonstra que os profissionais de saúde têm atitudes positivas em relação à segurança do paciente, mas a percebem de modos diferentes, sendo que variáveis como profissão, idade e tempo de experiência interferem

nessa percepção.

Quanto as horas trabalhadas, a maioria dos profissionais cumpria carga horária de 30 a 40 horas semanais correspondendo. Sobre a carga horária percebe-se que os profissionais cumprem a recomendação da PNAB, que traz a recomendação que as UBS funcionem com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana possibilitando o acesso contínuo à população (PNAB, 2017). No entanto, *The Joint Commission* (2011) afirma que pode haver um desgaste físico do trabalhador de assistência à saúde em decorrência de uma carga horária exaustiva, o que pode trazer risco de ocorrência de evento adverso, comprometendo a segurança do paciente quando o trabalhador tem outras atividades em contra turnos.

Sobre as questões que contemplou as dimensões sobre segurança do paciente da escala MOSPSC em sua análise, comparou dois grupos independentes caracterizados como nível médio (GM), e nível superior (GS), apontou que, na dimensão *Troca de informações com outras instituições* houve diferença estatística significativa apontando uma média maior entre os profissionais do GS. Já na dimensão *trabalhando neste serviço de saúde*, ocorreram resultados significativos em todas as suas subdimensões para ambos os grupos.

Pesquisas equivalentes realizadas no estado de São Paulo mostraram resultados positivos para a troca de informações com outras instituições (GALHARDI, 2017), reflete-se para uma rede de atenção à saúde possivelmente mais organizada naquele estado.

Verificou-se que a dimensão do Trabalho em equipe, a média se mostrou expressiva entre os profissionais do GS em comparação ao GM. No entanto, as comparações que envolveram o Ritmo e carga de trabalho; Treinamento de pessoal e Procedimentos estabelecidos no centro, os escores médios no GM é que se mostraram significativamente mais elevados, quando comparados as estimativas do grupo superior.

O GM apresentou potencialidade nas dimensões Aspectos relacionados à segurança do paciente e qualidade, seguimento de atenção ao paciente e aprendizagem organizacional (comunicação sobre erros). Já as dimensões com fragilidade e que merecem atenção da gestão foram: ritmo e carga de trabalho, treinamento de pessoal; comunicação franca e Apoio de gestores/administradores/líderes.

Um relatório de eventos sentinela realizado pela Joint Commission constatou que 70% dos eventos inesperados que causam morte ou lesões graves aos pacientes na área da saúde são originados de falhas de comunicação (LARK et al, 2018). Para Thomas; Galla, (2013) a participação da equipe interdisciplinar em treinamentos contínuos é essencial para o desenvolvimento e o comprometimento no trabalho em equipe.

A comunicação efetiva entre os profissionais é a fórmula mais adequada para mitigar os incidentes, é necessário permitir que pacientes e profissionais reconheçam e gerenciem

eventos adversos, compartilhem mudanças na equipe, e busquem motivação para agir em prol da SP, através de grupos de trabalho, apontar soluções para reduzir os erros nos serviços de saúde (MARCHON, MENDES JÚNIOR; PAVÃO, 2015).

Já no estudo realizado por Teixeira et al, (2018), os autores utilizaram o mesmo instrumento, na região metropolitana de Brasília, destaca-se o quesito com maior resposta negativa comunicação sobre erros e mostrou o elevado número de casos onde o paciente não compreende a prescrição e retorna para esclarecer, sinaliza uma fragilidade no cuidado e na comunicação.

Pesquisas análogas realizado por Costa et al, (2018) aponta que, a sobrecarga de trabalho e os eventos adversos são duas condições relevantes, e que podem trazer consequências negativas para a segurança do paciente, e está diretamente associada ao insuficiente quantitativo de profissionais no local de trabalho. Corroborando com a afirmação, Andrade et al. (2018) afirma que a relação entre a segurança do paciente e o correto dimensionamento dos profissionais pode ser reflexo da insatisfação com as condições de trabalho, jornada de trabalho desgastante e trabalho sob pressão o que aponta uma fragilidade.

Os profissionais com maior representatividade no estudo é o grupo de nível médio, composto por auxiliares e técnicos em enfermagem e ACS, considerando que essa se trata da grande massa de trabalho em saúde é necessário pensar em estratégias envolvendo fortemente esses profissionais na construção de uma cultura de segurança do paciente positiva ou de fortalecimento da cultura já existente (BRASIL, 2017).

Para Paese e Dal Sasso (2013) a forma de avaliar as condições de trabalho, cultura de segurança e comunicação e gerência entre agentes comunitários de saúde e enfermeiros e técnicos de enfermagem são diferentes. Os autores justificam tal diferença pelo impacto distinto em cada uma das categorias profissionais.

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

Sousa et al (2019), destacam que a cultura de segurança é considerada como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança e tem o objetivo de proporcionar melhorias ao sistema de saúde, desse modo também ressaltam a importância do comprometimento por parte dos gestores, na atenuação dos incidentes relacionados à assistência no âmbito da APS.

Observou-se nos grupos pesquisados a evidência de um relevante número de dimensões avaliadas como frágeis que precisam de um acompanhamento célere dos gestores. Quando analisados os itens que compõem a avaliação geral sobre segurança do paciente e qualidade percebe-se que a compreensão entre os profissionais no grupo de nível superior é mais elevado.

Nesse sentido, a PNSP é uma ferramenta que pode ajudar a informar, a organizar e a articular os mecanismos sobre SP, mas precisa encontrar um ambiente favorável a apto às mudanças (BRASIL, 2014). A pesquisa realizada por Marchon, Junior e Pavão (2015), demonstraram que os incidentes também acontecem na APS ao longo dos anos, ressalta-se que à época da pesquisa o lapso na literatura era bem maior que nos dias atuais.

Silva et al. (2019) identificaram a necessidade da realização e publicação de mais pesquisas, devido ao número reduzido de estudos sobre cultura de segurança realizados no país, com o objetivo de promover o planejamento de ações que busquem uma cultura positiva e que reflitam diretamente numa assistência à saúde com qualidade. No ano de 2023 uma recente pesquisa sobre o panorama dos núcleos de segurança do paciente no estado do Ceará apontam para a necessidade de implementação dos NSP em estabelecimentos ambulatoriais (ANVISA, 2022; SILVA, 2023).

Desde o ano de 2013 quando houve o lançamento do PNSP através da portaria MS/GM 529, que todo país ao longo de uma década encoraja os serviços de saúde na redução, a um mínimo aceitável, do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde (BRASIL, 2013; ANVISA, 2023). Nesta perspectiva, ressaltam Lemos et al. (2018) que, para aprimorar a cultura de segurança do paciente é necessário que haja um esforço de todos os envolvidos, por envolver uma gama de ações que objetivam melhoria dos processos, segurança e gestão de risco.

Em estudos realizados por Emontsri, Banarsee e Majeed (2018) afirmam que a segurança do paciente em países em desenvolvimento requer um olhar holístico. A melhoria dos serviços será alcançada através de uma abordagem integrada, com base na evolução contínua do aprendizado.

No presente estudo optou-se por comparar a percepção geral da segurança e qualidade do cuidado entre profissionais de acordo com o nível de formação divididos em dois grupos, observou-se que aqueles com nível superior demonstraram uma visão mais positiva em relação à eficiência do cuidado.

Contudo, há que se ponderar a formação, especialmente na APS, que incluem os agentes comunitários de saúde, os quais não têm uma formação prévia para o trabalho na área da saúde. A educação permanente vem como uma ferramenta que permite a reflexão

sobre as inúmeras questões que permeiam a segurança do paciente (FIGUEIREDO et al., 2018).

A pesquisa apresentou informações relevantes para a sensibilização sobre o tema da cultura de segurança na Atenção Primária e pode contribuir para o fortalecimento e implementação de ações como a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente, nos serviços de APS.

Sugere-se a realização de estudos mais frequentes com APS, para refutar ou não os achados da presente investigação, mas também que possam avaliar a prevalência de erros relacionados ao processo de cuidado nesse nível de atenção.

O estudo apresentou limitações relacionadas à forma de aplicação dos questionários, acredita-se que o elevado número de questões do instrumento pode interferir na celeridade da pesquisa. Trata-se de um instrumento confiável, rigorosamente adaptado, mas em alguns momentos do autopreenchimento os profissionais classificaram como complexo e exaustivo em relação ao formato das opções de respostas. O fato pode ter ocorrido em virtude à estranheza dos entrevistados com pesquisas, já que estas ações não são frequentes na Atenção Primária à Saúde.

Depreende-se que o estudo traz contribuições para o avanço sobre segurança do paciente e qualidade do cuidado no âmbito da APS, pois quando a percepção dos profissionais interfere nos processos é adotado uma nova cultura capaz de modificar e inovar o dinamismo do trabalho.

7 CONCLUSÃO

Conclui-se que as potencialidades sobre segurança do paciente na APS do município de Tianguá-CE na visão dos profissionais de saúde foram a qualidade da assistência, trabalho em equipe, troca de informações com outras instituições, procedimentos estabelecidos no ambiente de trabalho, seguimento de atenção ao paciente e aprendizado organizacional no serviço prestado nas Unidades Básicas de Saúde.

No entanto, foi evidenciado fragilidades sobre segurança do paciente nas dimensões relacionados a ritmo e carga de trabalho, treinamento de pessoal, comunicação entre profissionais e apoio dos gestores/líderes, sendo pontos com potencial para intervenções e melhoria.

Na avaliação global sobre a qualidade dos serviços prestados na APS a percepção dos profissionais sobre a cultura de segurança do paciente em ambos os grupos classificou-se como muito bom nos domínios avaliados sobre os sistemas e processos que o serviço utiliza para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham o potencial de afetar os pacientes.

REFERÊNCIAS

AHRQ. Agency For Healthcare Research Quality. Medical Office Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. Jul, 2018. Disponível em: <www.ahrq.gov>. Acesso em: 10 de dezembro de 2022.

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

AGUIAR TL, LIMA DS, MOREIRA MAB, SANTOS LF, FERREIRA JMBB. Patient safety incidents in Primary Healthcare in Manaus, AM, Brazil. *Interface*. 2020; 24 (Supl. 1): e190622. <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190622>

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa; 2017.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Notificações em Vigilância Sanitária – NOTVISA, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/notificacoes>

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Portaria nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF; 2013

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Boletins Informativo - Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. 2013. Disponíveis em: [http://www.Anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%20 1%20-%20Assistencia%20Segura.pdf](http://www.Anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf). Acesso em 24 de mar. de 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre diretrizes e normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais. Brasília: Conselho de Saúde; 2016.

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/ prt0529_01_04_2013](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013). Acesso em: 15 nov. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, o âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União, Brasília, 17 mar. 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE/CENSUS. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Censo Demográfico, 2016. Brasília/DF, 2010. Acesso em 05 de outubro de 2022.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe

sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

_____. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 27 fev. 2021

CAMPOS, Lorraine Vilela. "Florence Nightingale"; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/biografia/florence-nightingale.htm>. Acesso em 09 de agosto de 2023.

CALDANA G, GUIRARDELLO EB, URBANETTO JS, PETERLINI MAS, GABRIEL CS. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente: Desafios e Perspectivas. Texto Contexto - Enferm. 2015 sep;24(3):906-11. 5.

CARVALHO, Tatiana Nunes. Cultura organizacional para segurança do paciente em farmácias da atenção primária em Belo Horizonte. 2022. 186 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

COSTA, D.B. et al. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. Texto Contexto em Enfermagem, Londrina, v.27, n.3, pe2670016, 2018.

DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care. 1966. Milbank Q. 2005; 83(4):691-729. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x. PMID: 16279964; PMCID: PMC2690293.

DONABEDIAN, A. (2005), Avaliando a Qualidade da Assistência Médica. The Milbank Quarterly, 83: 691-729. Acesso em 30 de julho de 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>

FERNANDES, Ana Lígia Maia. Avaliação da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde : identificando oportunidades de melhorias / Ana Lígia Maia Fernandes. - Caicó/RN, 2019. 62 f.: il. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola Multicampi De Ciências Médicas Do Rio Grande Do Norte, Programa De Pós-Graduação Em Educação, Trabalho E Inovação Em Medicina.

FIOCRUZ. Fundação Osvaldo Cruz. Ignaz Semmelweis: as lições que a história da lavagem das mãos ensina. 2020.(Acesso em 05/08/2023). Disponível em: <https://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1771-ignaz-semmelweis-as-lico-es-que-a-historia-da-lavagem-das-maos-ensina.html>

GRECO PBT, et al. Segurança do paciente na compreensão de estudantes de enfermagem de uma universidade comunitária. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2021 [acesso em 10 jul 2022];10(2):e 202115. doi:10.18554/reas.v10i2.4382

Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine. Copyright. Washington (DC): The National Academies Press; 2000.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Pesquisa mostra tendência de crescimento na participação do brasileiro no mercado de trabalho. 2019. Disponível em: . Acesso em: 05/05/2023.

Kohn LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS. To err is human: building a safer health system. Washingt Natl Acad Press [Internet]. 1999 [cited 2022 May 12];2. Available from: <http://nap.edu/9728>.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, McKay T, Pike KC. To err is human. Washington, DC: National Academy Press; 2000.

LAWATI MHA, DENNIS S, SHORT SD, ABDULHADI NN. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. BMC Fam Pract. 2018 Jun 30;19(1):104. doi: 10.1186/s12875-018-0793-7. PMID: 29960590; PMCID: PMC6026504.

Lark ME, Kirkpatrick K, Chung KC. Patient Safety Movement: History and Future Directions. J Hand Surg Am. 2018 Feb;43(2):174-178. doi: 10.1016/j.jhsa.2017.11.006. PMID: 29421067; PMCID: PMC5808589.

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

MC TIERNAN P , Wachter RM , Meyer GS , e outros A segurança do paciente não é eletiva: um debate no NPSF Patient Safety Congress *BMJ Qualidade e Segurança* 2021.

MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Ciências e Saúde Coletiva. 2010;15(5):2297-305. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. org/10.1590/1982-0194201600005.

NEUHAUSER, D. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is. Qual Saf Health Care. 2003; 12:317.

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

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Tópicos da Atenção Primária à Saúde. 2021 [consultado em 29 de julho de 2023]; Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>

PAESE F, SASSO GTMD. Cultura da segurança do paciente na atenção primária a saúde. Texto Contexto Enferm. 2017 [citado 2021 agos 10] abr-jun;22(2):302-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05>.

RAIMONDI, D. C. et al. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. Rev. Gaúcha Enferm., 40(esp), p. e20180133, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180133>

RAIMONDI, DC. Cultura de segurança do paciente: análise na Atenção Primária à Saúde [dissertação]. Maringá (PR): Universidade Estadual de Maringá; 2018.

REBRAENSP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2013. p.1-132.

SASSO M,CAPUCHO H, BEZERRA I,CARVALHO L, ALMEIDAD, PIUVEZA

MG.Implementação de um painel de indicadores on-line para segurança do paciente.Rev.Bras.em Promoção da Saúde.2019;32:1-11.

SILVA APF. Segurança do paciente na Atenção Primária em Saúde: saberes e práticas do profissional enfermeiro [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Franciscana; 2018.

SILVA AT, CAMELO SHH,TERRA FS, DÁZIO EMR, SANCHES RS; RESCK ZMR.Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital. Rev. enferm UFPE on line. 2018;12(6): 1532-1538. Disponível em:<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-981874>>. Acesso em 02 mar.2022.

SORRA, J. et al. Agency for Health care Research and Quality. Medical Office Survey on Patient Safety Culture: User's Guide [Internet]. 2016. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/userguide/mosurveyguide.pdf>. Acesso em: 12 set. 2021.

SOUZA MM, ONGARO JD, LANES TC, ANDOLHE R, KOLANKIEWICZ ACB, MAGNAGO TSBS. Patient safety culture in the Primary Health Care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(1):27-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0647>

SMITS, Marleen et al. Patient safety culture in out-of-hours primary care services in the Netherlands: a cross-sectional survey. **Scandinavian journal of primary health care**, v. 36, n. 1, p. 28-35, 2018.

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

VASCONCELOS PF. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: o olhar dos gestores, trabalhadores de saúde e pessoas usuárias. In: Segurança do paciente: reflexões teórico-filosóficas e aplicação prática (Orgs) Pereira FGF, Carvalho REFL, Brasil BMBL. Fortaleza: Centro Universitário Estácio do Ceará, 2019.

VIANA, M. E. R. Cultura de Segurança do Paciente nas unidades de Estratégia de Saúde da Família em Alagoas. 2018. 92 f. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** – Escola de Enfermagem e Farmácia, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2018.

VINCENT C, AMALBERTI R. Estratégias de segurança na atenção primária. In: Vincent C, Amalberti R. Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro: PROQUALIS, ICICT/Fiocruz; 2016. p. 127-41.

VIGANO, Daniela Franzen. Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde : visão dos profissionais de saúde / Daniela Franzen Vigano. - 2018. 54 p. : il. **Dissertação (Mestrado)** - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2018.

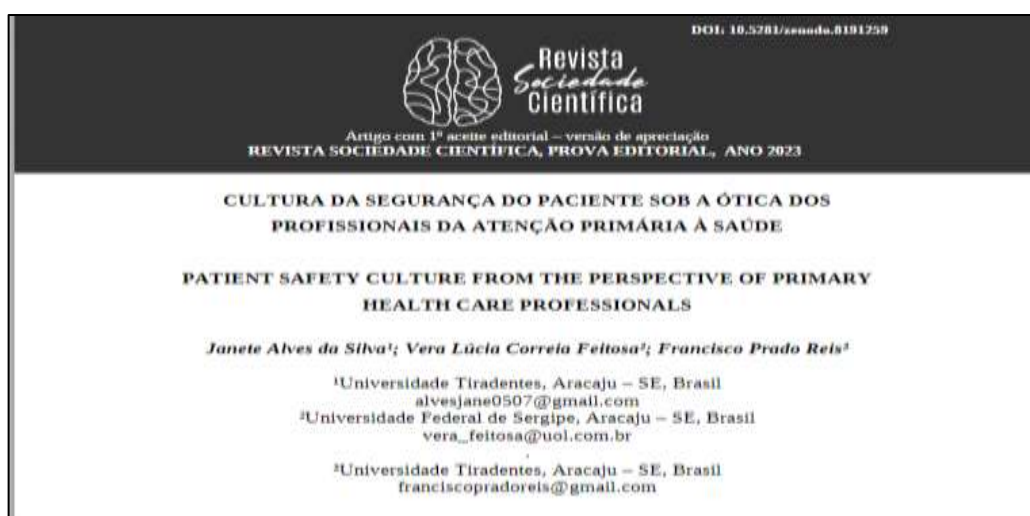
World Health Organization. Multimorbidity: technical series on safer primary care. Genebra: WHO; 2016.

WHO. World Health Organization. Summary of Inaugural Meeting of Safer Primary Care Expert Working Group. Safer Primary Care: a Global Challenge. Geneva, 2012.

WHO - World Health Organization. Patient Safety - Programme áreas. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/about/programmes/en/index.html>>. Acesso em: 16 jun. 2018.

WHO. *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*. 3 aug. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>. Acesso em: 15 ago. 2022.

ARTIGO I: Submetido e aceito para publicação na Revista Sociedade Científica – RSC



CULTURADA SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Janete Alves da Silva¹; Vera Lúcia Correia Feitosa²; Francisco Prado Reis³

¹Universidade Tiradentes, Aracaju – SE, Brasil
alvesjane0507@gmail.com

²Universidade Federal de Sergipe, Aracaju – SE, Brasil
vera_feitosa@uol.com.br

³Universidade Tiradentes, Aracaju – SE, Brasil
franciscopradoreis@gmail.com

RESUMO

As pesquisas voltadas para a segurança do paciente tem sido foco de atenção nos últimos anos. Objetivou-se neste estudo investigar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) através de um estudo descritivo com análises quantitativas. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, realizado através da utilização de um inquérito sobre cultura de segurança do paciente, com os profissionais de saúde atuantes na APS de um município do nordeste brasileiro. Os resultados apresentados referem-se a uma amostra de 183 profissionais avaliados em dois grupos: nível médio, 71,6% e nível superior 28,4%. Os dados evidenciam que a visão dos profissionais em relação a segurança do paciente é positiva, com índices satisfatórios na maioria dos pontos investigados e confiabilidade aceitável nas outras vertentes abordadas. No entanto, percebe-se um expressivo número de dimensões avaliadas como frágeis que precisam de atenção dos profissionais e gestores. Conclui-se que a pesquisa apontou potencialidade sobre a cultura de segurança do paciente na maior parte dos domínios do instrumento MOSPSC. No entanto, nos dois grupos foi evidenciado fragilidades, sendo pontos com potencial para melhoria e necessidade de aperfeiçoamento.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Atenção Primária; Qualidade em Saúde

1 INTRODUÇÃO

A septuagésima quarta Assembleia Mundial da Saúde, em 2021, aprovou a Decisão, WHA74, ampliando e adotando o Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) os danos causados aos pacientes pela insuficiência dos cuidados de segurança tem sido um grande e crescente desafio global de saúde pública se constituindo em uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo [30].

A temática sobre segurança do paciente no estado do conhecimento atual, tem sido bastante discutido em âmbito mundial [24]. É um campo emergente de pesquisa com uma base de evidências crescente nas principais organizações internacionais de saúde, e em alguns países desenvolvidos como a Austrália, Reino Unido, Estados Unidos e Portugal com a introdução do tema segurança do paciente na atenção primária à saúde [14].

Distintas agências e instituições ao redor do mundo têm como foco a segurança do paciente e exercem importante papel em busca da melhoria da segurança do paciente e qualidade dos serviços, dentre elas está a *Agency for Health Care Research and Quality*, a *Joint Commission*, o *Institute of Medicine* e o *Institute for Healthcare Improvement*, este fundado em 1991 e sediado em Cambridge e Massachusetts nos Estados Unidos da América [30,3].

No Brasil, a atuação em redes é relativamente recente e a temática ganhou maior visibilidade a partir da implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP, por meio da Portaria no 529/2013, juntamente com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 que estabeleceu o PNSP considerando os quatro eixos (estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema), a cultura de segurança deve perpassar todos os eixos [1,5].

A segurança do paciente é um elemento essencial à qualidade da assistência à saúde, pois compreende ações que objetivam gerenciar e prevenir riscos aos quais os pacientes estão expostos. Deste modo, a segurança se configura como redução estratégica e contínua do potencial danoso no processo assistencial [2].

Assim, a segurança do paciente é fundamental nos três níveis de atenção à saúde: primária, secundária e terciária, uma vez que o cuidado envolve a promoção e prevenção dos incidentes e Eventos Adversos (EA), o levantamento das causas desses acontecimentos, a gestão dos recursos humanos, a efetiva liderança organizacional e o fortalecimento da cultura de segurança [27].

No Brasil foi demonstrado que os erros na APS podem ser influenciados por comunicação ineficaz, gestão ineficiente, problemas com espaço físico e formação dos profissionais de saúde. Os erros mais comuns relatados na APS foram os de medicação e de diagnóstico [15].

Tem sido alegado que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde, com repercussão na segurança dos cuidados prestados. Há evidências de que os sistemas de atenção à saúde orientados para o fortalecimento da atenção primária à saúde conseguem organizar-se a partir das necessidades de saúde da população [25].

Em vista disso a atenção à saúde ocorre em diversos locais da rede de atenção à saúde (RAS) e da Atenção Primária a Saúde (APS) que é um dos níveis principais que promove cuidado ao paciente. Apesar da APS não utilizar procedimentos de alta tecnologias, logo pressupõe que trata de um ambiente seguro [20].

Nos recentes anos tem sido observado uma crescente atenção voltada para a segurança do paciente, porém a maioria dos estudos permanecem voltados aos cuidados efetivados no contexto hospitalar, mas as pesquisas na AP ainda são restritas [2].

Depreende-se, dessa maneira, tratar-se de um tema, que dentro do estado atual do conhecimento, está a necessitar de estudos e investigações numa perspectiva de questionar e buscar compreender a respeito da percepção que os profissionais atuantes na atenção

primária têm sobre quais ações de cultura da segurança do paciente estão sendo adotadas no âmbito da APS e seus impactos no ambiente de trabalho.

O objetivo deste estudo foi o de investigar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais da APS, através de um estudo descritivo com análises quantitativas.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com levantamento exploratório descritivo com análises quantitativas realizado com as equipes vinculadas a APS de um município do nordeste brasileiro, quais sejam: Equipe de Saúde da Família (eSF) e Equipe de Saúde Bucal (eSB).

Foi utilizado um inquérito sobre cultura de segurança do paciente, através de um instrumento validado, com adaptação transcultural para a Atenção Primária à Saúde [24].

O município possui em sua rede assistencial no âmbito da APS 26 Equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), sendo 15 da zona urbana e 11 na zona rural, assim a APS é composta por 29 enfermeiros, 21 médicos, 21 dentistas, 10 gerentes das Unidades Básicas de Saúde, 58 técnicos de enfermagem, 21 auxiliar/técnico em saúde bucal e 135 ACS, totalizando 295 profissionais atuantes nas equipes de APS.

Como critérios de inclusão foram elegíveis para o estudo, os profissionais de saúde da AP: ser enfermeiro, gerente de unidade, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, médico (a), cirurgiã(o) dentista, auxiliar/técnico em saúde bucal e agente comunitário de saúde devidamente cadastrados nas equipes de Saúde da família da zona urbana do município. Já como critérios de exclusão foram excluídos os profissionais de saúde que não gozavam de no mínimo 6 meses de experiência profissional ou que não aceitaram participar da pesquisa.

A população do estudo foi composta por profissionais atuantes na APS devidamente cadastrados no (SCNES) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do município em estudo. Após a verificação dos critérios de elegibilidade a amostra foi representada pelos profissionais atuantes nas 15 unidades de saúde localizadas na zona urbana do município. Foram convidados a participar os profissionais dentistas, médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliar em saúde bucal, gerentes e agentes comunitários de saúde, sendo a mostra representada por 215 profissionais, onde foram analisados a percepção sobre a cultura de segurança do paciente na APS. Dos profissionais elegíveis para o estudo foram excluídos 32, sendo, 09 por não responderem, 12 estavam de férias e 11 estavam de licença médica, totalizando uma amostra de 183 profissionais.

A organização dos dados se deu por meio da aplicação de um instrumento “Medical Office Survey on Patient Safety Culture” (MOSPSC), o qual foi traduzido e adaptado para o português do Brasil em 2016, intitulando-se “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária”. Este questionário identifica se a cultura de segurança do

paciente na APS é positiva/favorável ao cuidado seguro, quando o percentual de respostas positivas for acima de 50%, além de apontar as áreas que necessitam de melhorias [24]. Foram adicionadas questões sobre o perfil sociodemográfico dos profissionais em estudo que incluíram: 1) idade; 2) gênero; 3) estado civil 4) grau de instrução. A caracterização do perfil laboral foi incluída: 1) tempo de formação; 2) tempo de serviço na APS; 3) número de horas trabalhadas por semana; 4) categoria profissional na APS.

Considerando-se as variáveis do sistema e as categorias predefinidas e imutáveis, as variáveis analisadas foram: sexo, idade, estado civil, escolaridade, tempo de serviço, tempo de formação, função, carga horária e categoria profissional. E pontos relacionados à segurança do paciente na APS como, avaliação global da segurança do paciente (positiva, neutra ou negativa), dimensões de segurança: comunicação aberta, comunicação sobre o erro, troca de informações, processo de trabalho e padronização, aprendizagem organizacional, apoio dos gestores na segurança do paciente, seguimento da assistência ao paciente, questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade, treinamento da equipe, trabalho em equipe, e avaliação global da qualidade

Os procedimentos de coleta de dados constituíram-se na aplicação dos questionários aos profissionais. Mediante o aceite selado pela leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os instrumentos foram aplicados presencialmente pela pesquisadora, em forma de entrevista com duração média de 30 minutos, respeitando-se a preferência pelo dia, horário e disponibilidade.

A análise quantitativa dos dados coletados foi organizada e armazenada mediante tabulação em planilha do Microsoft Office Excel 2016. A apresentação dos resultados envolveu a estatística descritiva através da distribuição absoluta e relativa ($n - \%$), bem como, pelas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão e amplitude). A simetria das distribuições contínuas foi avaliada pelo teste de Shappiro Wilk e test t de Student. Os dados receberam tratamento estatístico utilizando-se o software SPSS 20.0 (Statistical Package to Social Sciences for Windows) onde, para critérios de decisão foi adotado o nível de significância de 5%.

A consistência interna da escala MOSPSC foi investigada pelo coeficiente interno alfa de Cronbach, calculado separadamente para cada domínio. Além disso, os itens reversos foram ajustados para o cálculo do alfa de Cronbach. As respostas foram apresentadas e classificadas em respostas positivas, neutras e negativas, para segurança do paciente. A percepção dos profissionais sobre a segurança do paciente foi investigada nas 7 seções (A - G), utilizando o percentual de respostas positivas e negativas em cada questionamento.

Um modo de apresentar os resultados é apresentar frequência de respostas de cada item do MOSPSC, para facilitar a observação das respostas sugere-se a combinação das

duas respostas mais altas (ou positivas) – *concordo* e *concordo totalmente* ou *maioria das vezes* ou *sempre* – e as mais baixas (ou mais negativas) – *discordo* e *discordo totalmente* ou *nunca* e *raramente*. Os pontos intermediários são vistos em outra categoria – *não concordo nem discordo* ou *algumas vezes* [3].

Para verificar as potencialidades e fragilidades da cultura de segurança foram considerados os percentuais de respostas positivas de cada dimensão avaliada, sendo considerada uma potencialidade quando o percentual de respostas positivas é maior que 75% e fragilidade quando o percentual de respostas negativas era maior que 50% [22].

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Instituto de Teologia Aplicada – INTA, com a emissão do Parecer nº 5.338.047 em 07 de abril de 2022 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 57109122.0.0000.8133.

3 DESENVOLVIMENTO E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados referem-se a uma amostra de 183 profissionais avaliados em dois grupos independentes caracterizados como nível médio (GM), 71,6% (n=131) e nível superior (GS), 28,4% (n=52). São apresentados em duas etapas: a primeira constitui-se pela caracterização dos participantes do estudo e perfil laboral, em seguida os resultados descritivos das sete seções do questionário (de A a G).

Participaram da pesquisa o total de 68,8% (n=183) dos profissionais atuantes na APS do município pesquisado. A população pesquisada foi na maioria do sexo feminino (81,4%), a variável da faixa etária foi bem distribuída com idade predominante de 36 a 45 anos de idade (27,3%), em relação ao estado civil (54,2%) dos profissionais eram casados(as), sobre os níveis de escolaridade mais frequentes foram o ensino médio/técnico (71,6%), com representação também dos extratos mais alto, como especialização e mestrado (tabela 1).

Na caracterização do perfil laboral percebe-se no tempo de formação que (33,90%) formou-se entre 6 a 10 anos, seguido de (30,6%) que está formado há mais de anos. Outra variável mensurada foi o tempo de trabalho na APS, prevaleceram os períodos de tempo de trabalho na unidade de mais de 10 anos (39,3%) e de 6 a 10 anos (30,6%). Quanto as horas trabalhadas, a maioria dos profissionais cumpria carga horária de 30 a 40 horas semanais correspondendo a (91,2%). Na distribuição por categoria profissional as equipes eram compostas por médicos (4,4%), cirurgiões dentistas (6,5%), enfermeiros (12%), gerentes de unidade (5,5%) técnicos de enfermagem (13,1%), auxiliar em saúde bucal (6,5%) e agentes comunitários de saúde (52%) (Tabela 1).

Tabela 1- Perfil dos entrevistados na APS do município de Tianguá-CE/2022

Variável	N (%)
Idade	
De 18 a 24	25 (17,2)
De 25 a 35	41 (23,6)
De 36 a 45	50 (27,3)
De 46 a 55	39 (19,2)
De 56 a 65	22 (10,9)
De 66 anos e mais	6 (2,9)
Gênero	
Masculino	34 (18,6)
Feminino	149 (81,4)
Outros	0
Estado civil	
Casado (a)	105 (54,2)
União estável:	19 (11,8)
Solteiro (a)	48 (26,1)
Divorciado (a)	8 (5,9)
Viúvo (a)	3 (2)
Grau de instrução	
Fundamental	0
Médio/Técnico	131 (71,6)
Superior	28 (15,3)
Especialização	21 (11,5)
Mestrado	3 (1,6)

Fonte: Dados da pesquisa apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%).

Tabela 2- Perfil laboral dos profissionais na APS do município de Tianguá-CE/2022

Características	N (%)
Tempo de formação	
Menos que 1 ano	8 (4,4)
Entre 1 a 3 anos	19 (10,4)
Entre 3 a 5 anos	38 (20,7)
Entre 6 a 10 anos	62 (33,9)
Mais de 10 anos	56 (30,6)
Tempo de serviço na APS	
6 meses a 1 ano	19 (10,4)
1 a 5 anos	36 (19,7)
6 a 10 anos	56 (30,6)
Mais de 10 anos	72 (39,3)
Carga horária semanal	
De 20 a 30 horas	10 (5,5)
De 30 a 40 horas	167 (91,2)

Mais de 40 horas	6 (3,3)
Categoria Profissional na APS	
Gerente da Unidade	10 (5,5)
Enfermeiro	22 (12)
Cirurgião(ã) Dentista	12 (6,5)
Médico(a)	08 (4,4)
Técnico em Enfermagem	24 (13,1)
Auxiliar/técnico em Saúde Bucal	12 (6,5)
Agente Comunitário de Saúde	95 (52)

Fonte: Dados da pesquisa apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%).

Para a avaliação da cultura de Segurança do paciente na APS os resultados apresentados na amostra de 183 profissionais foram avaliados em dois grupos independentes caracterizados como nível médio (GM), 71,6% (n=131) e nível superior (GS), 28,4% (n=52).

De acordo com os resultados da tabela 3, a análise que contemplou as dimensões da escala MOSPSC, comparada entre os grupos, apontou que, na dimensão Troca de informações com outras instituições houve diferença estatística significativa ($t_{(180)} = 3,324$; $p=0,021$), apontando média maior entre os profissionais do GS.

Na dimensão trabalhando neste serviço de saúde, ocorreram resultados representativos em todas as suas subdimensões. Verificou-se que, na comparação do Trabalho em equipe, a média se mostrou significativamente elevada entre os profissionais do GS ($t_{(180)} = -3,230$; $p=0,001$). No entanto, as comparações que envolveram o ritmo e carga de trabalho ($t_{(180)} = 5,957$; $p<0,001$); Treinamento de pessoal ($t_{(180)} = 2,201$; $p=0,029$); e Procedimentos estabelecidos no centro ($t_{(180)} = 5,237$; $p<0,001$), os escores médios no GM é que se mostraram significativamente mais elevados, quando comparados as do GS.

O último resultado em que a diferença entre os dois grupos, também, foi significativa ocorreu na dimensão Seu serviço de saúde, em que a Percepção geral sobre Segurança do Paciente e local de trabalho teve escores médio significativamente maior no grupo GS ($t_{(180)} = 5,949$; $p<0,001$).

Na tabela 3, seguem as dimensões pertinentes à segurança do paciente e qualidade do cuidado foram analisados de acordo com o nível de formação dos profissionais atuantes na APS através da proporção média de respostas positivas onde percebe-se as potencialidades e fragilidades evidenciadas nas respostas.

Neste estudo, no grupo nível médio (GM), as dimensões que apresentaram potencialidade foram: *Aspectos relacionados à segurança do paciente e qualidade* (77,1%), *seguimento* de atenção ao paciente (86,3%) e *aprendizagem organizacional (comunicação sobre erros)* (80,2%). Já as dimensões com fragilidade e que merecem atenção da gestão

foram: *ritmo e carga de trabalho* (26,8%), *treinamento de pessoal* (59,7); comunicação franca (38,91%) e *Apoio de gestores/administradores/líderes* (24,5%) (tabela 3). No (GM) percebe-se um expressivo número de dimensões avaliadas como frágeis que precisam de atenção dos profissionais de saúde e gestores.

No entanto, no grupo nível superior (GS), nas dimensões que apresentaram potencialidade destacam-se: *Aspectos relacionados à segurança do paciente e qualidade* (92,3%), *trabalho em equipe* (76,9), *seguimento de atenção ao paciente* (90,4%) e *Avaliação geral em segurança do paciente* (78,3). As dimensões com fragilidade foram: *ritmo e carga de trabalho* (14%), *Treinamento de pessoal* (51,9), *seguimento de atenção ao paciente* (25%); *Apoio de gestores/administradores/líderes* (22,9 %) *Percepção geral sobre segurança do paciente e local de trabalho* (45,3) (tabela 3).

Tabela 3: Média e desvio padrão para instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) por grupos

Dimensões MOSPSC	Grupos				P
	Médio (n=131)		Superior (n=52)		
	Média	DP	Média	DP	
Segurança do paciente e a qualidade da assistência (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9,A10)	4,5	1,0	4,7	0,5	0,234 [¶]
SB Troca de informações com outras insituições	4,9	0,7	5,2	0,7	0,021 [¥]
Trabalhando <i>neste</i> serviço de saúde ^D					
Trabalho em equipe (C1, C2, C5, C13)	3,9	0,5	4,2	0,5	0,001 [¥]
Ritmo e carga de trabalho (C3, C6,C11,C14)	3,3	0,6	2,7	0,6	<0,001 [¥]
Treinamento de pessoal (C4, C7, C10)	3,9	0,6	3,7	0,6	0,029 [¥]
Procedimentos estabelecidos no centro (C8, C9, C12, C15)	4,0	0,6	3,5	0,6	<0,001 [¥]
Comunicação entre profissionais e Acompanhamento dos pacientes ^D					
Comunicação franca (D1, D2, D4, D10)	3,7	0,6	3,8	0,7	0,315 [¶]
Seguimento de atenção ao paciente (D3, D5, D6, D9)	4,3	0,4	4,4	0,4	0,198 [¶]
Comunicação de erros (D7, D8, D11, D12)	4,3	0,5	3,8	0,5	<0,001 [¥]
SE Apoio de gestores/administradores/líderes	3,4	0,5	3,3	0,4	0,712
Seu serviço de saúde					
Aprendizado organizacional (F1, F5, F7)	4,1	0,4	4,0	0,4	0,184 [¥]
Percepção geral sobre segurança do paciente e local de trabalho (F2, F3, F4, F6)	4,0	0,4	3,5	0,8	<0,001 [¶]

Avaliação global sobre os serviços prestados

G2 Avaliação geral em segurança do paciente	3,8	0,8	3,9	0,6	0,216 [¶]
Pontuação geral de qualidade (G1A, G1B, G1C, G1D, G1E)	3,8	0,7	3,8	0,7	0,933 [¥]

: Teste t-Student para grupos independentes assumindo homogeneidade de variâncias. ¶: Teste t-Student para grupos independentes assumindo heterogeneidade de variâncias.

Tabela 4: Proporção média de repostas positivas para *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) por grupo

Escala MOSPSC	Média de Respostas positivas *	
	Médio (n=181)	Superior (n=52)
Segurança do paciente e a qualidade da assistência (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10)	77,1	92,3
SB Troca de informações	63,1	73,1
Trabalhando neste serviço de saúde ^D		
Trabalho em equipe (C1, C2, C5, C13)	60,3	76,9
Ritmo e carga de trabalho (C3, C6, C11, C14)	26,8	14,0
Treinamento de pessoal (C4, C7, C10)	59,7	46,0
Procedimentos estabelecidos no centro (C8, C9, C12, C15)	66,2	25,0
Comunicação entre profissionais e Acompanhamento dos pacientes ^D		
Comunicação franca (D1, D2, D4, D10)	38,9	51,9
Seguimento de atenção ao paciente (D3, D5, D6, D9)	86,3	90,4
Comunicação de erros (D7, D8, D11, D12)	80,2	52,9
SE Apoio de gestores/administradores/líderes	24,5	22,9
Seu serviço de saúde		
Aprendizado organizacional (F1, F5, F7)	74,0	72,5
Percepção geral sobre segurança do paciente e local de trabalho (F2, F3, F4, F6)	68,7	45,3
Avaliação global sobre os serviços prestados		
G2 Avaliação geral em segurança do paciente	71,0	78,8
Pontuação geral de qualidade (G1A, G1B, G1C, G1D, G1E)	72,4	73,9

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

Neste estudo observamos a avaliação da cultura de segurança como um novo dispositivo para a melhoria da segurança do paciente. Esse dispositivo pode ser utilizado para medir condições dentro das organizações, bem como para desenvolver, avaliar e apoiar os gestores nas tomadas de decisões nos serviços de saúde.

Foi evidenciado que na população pesquisada a maioria foi do sexo feminino (81,4%), com uma média de idade predominante de 36 a 45 anos de idade (27,3%), e em relação ao estado civil observou-se que (54,2%) dos profissionais são casados(as). De acordo com

dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a taxa de participação feminina no mercado de trabalho apresentou crescimento contínuo nas últimas décadas, enquanto, a taxa de participação masculina mostrou tendência de queda ao longo dos anos [12]. Corroborando, dados do relatório Global apresentado no Fórum Econômico Mundial, afirma que a presença feminina no mercado de trabalho representa 72% dos trabalhadores, mas, quando alcançam cargos de gestão, o homem ganha destaque principalmente em empresas maiores.

Em relação a escolaridade mais frequentes foi o ensino médio/técnico (71,6%). Sendo que a categoria de profissionais com maior representatividade na amostra foram os ACS, em virtude de serem a classe mais expressiva na composição das ESF. De acordo com a PNAB a APS é a principal porta de entrada do SUS e das Redes de Atenção à Saúde, é formada por equipes multiprofissionais e os ACS são os responsáveis pela comunicação entre a ESF e famílias residentes na área adstrita [7].

Outra variável mensurada no perfil laboral foi o tempo de formação que prevaleceu entre 6 a 10 anos e o tempo de trabalho na APS, que foi de mais de 10 anos. Considerando que a Portaria que instituiu o PNSP no Brasil foi publicada no ano de 2013, nivelando ao tempo de formação da maioria dos profissionais, entende-se que a referência sobre SP seja nova, podendo interferir no desfecho da percepção dos mesmos sobre o tema em estudo [10]. Já sobre o tempo de trabalho na APS a pesquisa mostrou que uma grande parcela dos profissionais estão há mais de dez anos o que demonstra mais experiência, estabilidade na carreira, sendo considerado positivo para o desenvolvimento da cultura de segurança. Denota-se que pouca experiência profissional contribui fortemente para a ocorrência de EAs nos serviços de saúde [9].

Quanto as horas trabalhadas, a maioria dos profissionais cumpria carga horária de 30 a 40 horas semanais correspondendo. Sobre a carga horária percebe-se que os profissionais cumprem a recomendação da PNAB, que traz a recomendação que as UBS funcionem com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana possibilitando o acesso contínuo à população [7]. No entanto, *The Joint Commission* [30] afirma que pode haver um desgaste físico do trabalhador de assistência à saúde em decorrência de uma carga horária exaustiva, o que pode trazer risco de ocorrência de EA, comprometendo a segurança do paciente.

Apesar das equipes de ESF estarem em sua maioria representadas com todos os profissionais percebe-se um número pequeno de profissionais médicos entrevistados. Nota-se que apesar de essencial na equipe a classe não apresenta representatividade expressiva na pesquisa, mostra que pode tornar-se frágil em relação a rotatividade, entrando em contradição ao preconizado na APS, que busca o fortalecimento dos vínculos entre

profissionais e a população.

O conhecimento dos profissionais sobre Segurança do Paciente e a comparação das dimensões da cultura de segurança do paciente na APS foi avaliada em dois grupos independentes caracterizados como nível médio (GM), 71,6% (n=131) e nível superior (GS), 28,4% (n=52).

Sobre as questões que contemplou as dimensões sobre SP da escala MOSPSC em sua análise, comparou dois grupos independentes caracterizados como nível médio (GM), e nível superior (GS), apontou que, na dimensão *Troca de informações com outras instituições* houve diferença estatística significativa apontando uma média maior entre os profissionais do GS. Já na dimensão *trabalhando neste serviço de saúde*, ocorreram resultados significativos em todas as suas subdimensões para ambos os grupos.

Pesquisas equivalentes realizadas no estado de São Paulo mostraram resultados positivos para a troca de informações com outras instituições [14], reflete-se para uma rede de atenção à saúde possivelmente mais organizada naquele estado. Verificou-se que a dimensão do *Trabalho em equipe*, a média se mostrou expressiva entre os profissionais do GS em comparação ao GM. No entanto, as comparações que envolveram o *Ritmo e carga de trabalho*; *Treinamento de pessoal* e *Procedimentos estabelecidos no centro*, os escores médios no GM é que se mostraram significativamente mais elevados, quando comparados as estimativas do GS.

O GM apresentou potencialidade nas dimensões *Aspectos relacionados à segurança do paciente e qualidade*, *seguimento de atenção ao paciente* e *aprendizagem organizacional (comunicação sobre erros)*. Já as dimensões com fragilidade e que merecem atenção da gestão foram: *ritmo e carga de trabalho*, *treinamento de pessoal*; *comunicação franca* e *Apoio de gestores/administradores/líderes*.

A comunicação efetiva entre os profissionais é a fórmula mais adequada para mitigar os incidentes, é necessário permitir que pacientes e profissionais reconheçam e gerenciem eventos adversos, compartilhem mudanças na equipe, e busquem motivação para agir em prol da SP, através de grupos de trabalho, apontar soluções para reduzir os erros nos serviços de saúde [14]).

Já no estudo realizado por Teixeira et al, a autora utilizou o mesmo instrumento, na região metropolitana de Brasília, destaca-se o quesito com maior resposta negativa *comunicação sobre erros* e mostrou o elevado número de casos onde o paciente não compreende a prescrição e retorna para esclarecer, sinaliza uma fragilidade no cuidado e na comunicação [25].

Pesquisas análogas realizado aponta que, a sobrecarga de trabalho e os EAs são duas condições relevantes, e que podem trazer consequências negativas para a SP, e está

diretamente associada ao insuficiente quantitativo de profissionais no local de trabalho [9]. Corroborando, Andrade et al afirma que a relação entre a SP e o correto dimensionamento dos profissionais pode ser reflexo da insatisfação com as condições de trabalho, a carga excessiva de trabalho, jornada de trabalho desgastante e trabalho sob pressão o que aponta uma fragilidade [2].

Considerando que os profissionais com maior representatividade no estudo é o GM, composta por auxiliares e técnicos em enfermagem, ASB e ACS, e que essa se trata da grande massa de trabalho em saúde é necessário pensar em estratégias envolvendo fortemente esses profissionais na construção de uma cultura de segurança do paciente positiva ou de fortalecimento da cultura já existente [6].

O apoio dos gestores, as trocas de informações são falhas decorrentes da ineficiência do trabalho, e tem como consequência, o desperdício de recursos e pressão no ritmo de trabalho. Neste sentido, as dificuldades e a carência na discussão multiprofissional, seja por incidente ou por falhas no planejamento assistencial ao paciente, se constituem um paradigma que precisa ser superado na cultura dos serviços de saúde [28].

Por fim, no último o resultado onde a diferença entre os dois grupos, também foi significativa, foi observado na dimensão *Seu serviço de saúde*, onde a *Percepção geral sobre Segurança do Paciente e local de trabalho* detectou escores médio relevantemente maior no grupo GS.

Para tanto, o GS, também apresentou potencialidade nas dimensões: *Aspectos relacionados à segurança do paciente e qualidade, trabalho em equipe, seguimento de atenção ao paciente e Avaliação geral em segurança do paciente*. As dimensões que apresentaram fragilidade foram *ritmo e carga de trabalho*, *Treinamento de pessoal, seguimento de atenção ao paciente; Apoio de gestores/administradores/líderes; Percepção geral sobre segurança do paciente e local de trabalho*.

A cultura de segurança é considerada como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança e tem o objetivo de proporcionar melhorias ao sistema de saúde, desse modo também ressaltam a importância do comprometimento por parte dos gestores, na atenuação dos incidentes relacionados à assistência no âmbito da APS [22].

Tanto no GM quanto no GS evidenciou um relevante número de dimensões avaliadas como frágeis que precisam de um acompanhamento célere dos gestores. Quando analisados os itens que compõem a *percepção geral de segurança do paciente e qualidade* a eficiência entre os profissionais no GS é mais elevado.

Na pesquisa realizada por Marchon, Junior e Pavão, demonstraram que os incidentes também acontecem na APS, ressalta-se que à época da pesquisa o lapso na literatura era

bem maior que nos dias atuais, pois eram poucos os estudos envolvendo o tema SP em virtude da recente publicação da Política Nacional sobre SP que ocorreu no ano de 2013 [13]. A PNSP é uma ferramenta que pode ajudar a informar, a organizar e a articular os mecanismos sobre SP, mas precisa encontrar um ambiente favorável a apto às mudanças [5].

Silva et al. identificaram a necessidade da realização e publicação de mais pesquisas, devido ao número reduzido de estudos sobre cultura de segurança realizados no país, com o objetivo de promover o planejamento de ações que busquem uma cultura positiva e que reflitam diretamente numa assistência à saúde com qualidade [17].

Na avaliação global da qualidade, onde os participantes da pesquisa classificaram o serviço de saúde, percebe-se respostas positivas e uma coerência nas respostas apontadas nos questionamentos dos cinco domínios diferentes: centrado no paciente, efetivo, pontual, eficiente, imparcial e avaliação geral em segurança do paciente. Um estudo realizado na Holanda, demonstra que os profissionais de saúde têm atitudes positivas em relação à segurança do paciente, mas a percebem de modos diferentes, sendo que variáveis como profissão, idade e tempo de experiência interferem nessa percepção [18].

Outros estudos apontam que a forma de avaliar as condições de trabalho, cultura de segurança e comunicação e gerência entre agentes comunitários de saúde e enfermeiros e técnicos de enfermagem são diferentes. Os autores justificam tal diferença pelo impacto distinto em cada uma das categorias profissionais [21].

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados, a pesquisa apontou potencialidade sobre a cultura de segurança do paciente na maior parte dos domínios do instrumento MOSPSC. No entanto, nos dois grupos foi evidenciado fragilidades, sendo pontos com potencial para melhoria e necessidade de aperfeiçoamento. Na avaliação global sobre a qualidade dos serviços de saúde ofertados na APS a percepção dos profissionais do GM e GS em sua maioria classificaram como muito bom em todos os domínios do construto.

Desse modo, observou-se que aqueles com nível superior demonstraram uma visão mais positiva em relação à eficiência do cuidado. Contudo, há que se ponderar a formação, especialmente na APS, que incluem os agentes comunitários de saúde, os quais não têm uma formação prévia para o trabalho na área da saúde. Assim, é importante ressaltar a importância da educação continuada com a inclusão desse profissional. No entanto em ambos os grupos evidenciou-se um relevante número de dimensões avaliadas como frágeis que precisam de um acompanhamento célere da gestão local da APS.

Este estudo apresentou informações relevantes para a sensibilização sobre o tema da cultura de segurança na Atenção Primária e pode contribuir para o fortalecimento e

implementação de ações como a implantação de Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de APS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] ANVISA. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Portaria nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF; 2013.
- [2] ANDRADE, L.E.L. et al. **Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão.** Ciências & Saúde Coletivas, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p;161-72, 2018.
- [3] ANVISA. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR).** Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. **Brasília: Anvisa; 2017.**
- [4] AHRQ. **Agency For Healthcare Research Quality.** Medical Office Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. Jul., 2018. Disponível em: <www.ahrq.gov>. Acesso em: 10 de dezembro de 2022.
- [5] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.
- [6] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, o âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial União, Brasília, 17 mar. 2018.
- [7] CARVALHO, Tatiana Nunes. **Cultura organizacional para segurança do paciente em farmácias da atenção primária em Belo Horizonte. 2022. 186 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.**
- [8] COSTA, D.B. et al. **Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. Texto Contexto em Enfermagem, Londrina, v.27, n.3, p2670016, 2018.**
- [9] FERNANDES, Ana Lígia Maia. **Avaliação da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde : identificando oportunidades de melhorias / Ana Lígia Maia Fernandes. - Caicó/RN, 2019. 62 f.: il. Universidade Federal do Rio Grande do Norte,**

Escola Multicampi De Ciências Médicas Do Rio Grande Do Norte, Programa De Pós-Graduação Em Educação, Trabalho E Inovação Em Medicina.

- [10] **GALHARDI, N.M.** Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002018000400409&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 12 jan. 2022.**
- [11] **IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.** Pesquisa mostra tendência de crescimento na participação do brasileiro no mercado de trabalho. **2019. Disponível em: . Acesso em: 05/05/2023**
- [12] **LAWATI MHA, DENNIS S, SHORT SD, ABDULHADI NN.** Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. **BMC Fam Pract. 2018 jun. 30;19(1):104. doi: 10.1186/s12875-018-0793-7. PMID: 29960590; PMCID: PMC6026504.**
- [13] **MARCHON, S.G; MENDES Jr., W.V.** Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde. **Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.31, n.7, p.1395-1402, jul., 2015.**
- [14] **PAVÃO, A.L.B.** Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.31, m.11, p.2313-30, nov., 2015.**
- [15] **PAESE F, SASSO GTMD.** Cultura da segurança do paciente na atenção primária a saúde. **Texto Contexto Enferm. 2017 [citado 2021 aos 10] abr-jun;22(2):302-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05>**
- [16] **RAIMONDI, D. C. et al.** Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. **Rev. Gaúcha Enferm., 40(exp.), p. e20180133, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180133>**
- [17] **RAIMONDI, DC.** Cultura de segurança do paciente: análise na Atenção Primária à Saúde [dissertação]. **Maringá (PR): Universidade Estadual de Maringá; 2018.**
- [18] **ROMERO, Manuel Portela; GONZÁLEZ, Rosendo Bugarín; CALVO, María Sol Rodríguez.** La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia. **Atención Primaria, v. 49, n. 6, p. 343-350, 2017.**

- [19] SASSO M,CAPUCHO H, BEZERRA I,CARVALHO L, ALMEIDA D, PIUVEZA MG. Implementação de um painel de indicadores on-line para segurança do paciente. **Rev. Bras. em Promoção da Saúde**.2019;32:1-11.
- [20] SILVA AT, CAMELO SHH,TERRA FS, DÁZIO EMR, SANCHES RS; RESCK ZMR. Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital. **Rev. enferm UFPE on line**. 2018;12(6): 1532-1538. Disponível em:<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-981874>>. Acesso em 02 mar.2022.
- [21] SORRA, J. et al. Agency for Health care Research and Quality. Medical Office Survey on Patient Safety Culture: User's Guide [Internet]. 2016. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/userguide/mosurveyguide.pdf>. Acesso em: 12 set. 2021.
- [22] SOUZA MM, ONGARO JD, LANES TC, ANDOLHE R, KOLANKIEWICZ ACB, MAGNAGO TSBS. Patient safety culture in the Primary Health Care. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2019;72(1):27-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0647>.
- [23] SMITS, Marleen et al. Patient safety culture in out-of-hours primary care services in the Netherlands: a cross-sectional survey. **Scandinavian journal of primary health care**, v. 36, n. 1, p. 28-35, 2018.
- [24] TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária Cross. **Acta Paul Enferm**, 2016.
- [25] TEIXEIRA, M.A., et al. Segurança do paciente na atenção primária: análise de situações que favorecem eventos adversos. XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba 2018. Disponível em: http://www.google.com/rl?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjH9NyUwu3gAhUOMtKHf_BAM4QFjAAegQICRAC&url=http%3A%2F%2F Acesso em: 08 jan. 2022.
- [26] VIANA, M. E. R. Cultura de Segurança do Paciente nas unidades de Estratégia de Saúde da Família em Alagoas. 2018. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2018.
- [27] Vigano, Daniela Franzen. Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde : visão dos profissionais de saúde / Daniela Franzen Vigano. - 2018. 54 p.: il.

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

- [28] **VINCENT C, AMALBERTI R.** Estratégias de segurança na atenção primária. In: **Vincent C, Amalberti R. Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado.** Rio de Janeiro: PROQUALIS, ICICT/Fiocruz; 2016. p. 127
- [29] **WHO. World Health Organization.** Multimorbidity: technical series on safer primary care. **Genebra: WHO; 2016**
- [30] **WHO. World Health Organization.** *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030.* 3 aug. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>. Acesso em: 15 ago. 2022.

ARTIGO II - Submetido a Pan American Journal of Public Health

The image is a screenshot of a web page from the Pan American Journal of Public Health. At the top, it says 'Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health' and 'Wiley'. Below that is a search bar with the placeholder text 'Autor'. The main heading is 'Confirmação de envio' (Submission Confirmation) with a 'Imprimir' (Print) button to the right. Below the heading, it says 'Obrigado pela sua submissão' (Thank you for your submission). Further down, it provides submission details: 'Submetido para: Revista Panamericana de Saúde Pública/Pan American Journal of Public Health', 'ID do manuscrito: 2023-00767', 'Título: Percepção da equipe multiprofissional acerca da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde', and 'Autores: Silva, Janete; Feitosa, Vera Lúcia; Reis, Francisco'.

Percepção da equipe multiprofissional acerca da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde

RESUMO

Objetivo. Analisar a percepção global dos profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família sobre cultura de segurança do paciente e qualidade do cuidado. **Métodos.** Trata-se de um estudo exploratório descritivo, investigado no inquérito *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*, com adaptação transcultural para a língua portuguesa, para avaliação da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária. O estudo foi realizado com equipe multiprofissional de saúde atuante na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Tianguá no estado do Ceará. A amostra envolveu 183 profissionais divididos em dois grupos: nível médio e nível superior. **Resultados.** A análise que contemplou as dimensões da escala MOSPSC, comparada entre os grupos, apontou que houve potencialidades na segurança do paciente na APS nas dimensões: segurança do paciente e a qualidade da assistência, troca de informações, procedimentos estabelecidos no centro, seguimento de atenção ao paciente e aprendizado organizacional. Já as fragilidades sobre segurança do paciente foram evidenciadas nas dimensões: treinamento de pessoal, ritmo e carga de trabalho, comunicação franca e apoio dos gestores/líderes. **Conclusão:** Na avaliação global sobre a qualidade dos serviços de saúde

ofertados na APS a percepção dos profissionais do grupo médio e grupo superior em sua maioria classificaram como muito bom em todos os domínios do construto. A pesquisa evidenciou observações e informações importantes para a sensibilização e inovação sobre o tema da cultura de segurança na Atenção Primária.

Palavras-chave: Segurança do paciente; atenção primária à saúde; profissionais de saúde.

INTRODUÇÃO

O tema segurança do paciente ainda é fonte inquietação no cenário atual de saúde e preocupação global de saúde pública. *Hipócrates* (460-377 a.C.), considerado o pai da medicina, já mencionava que o cuidado poderia causar algum tipo de dano. Desde então, abordava o tema que expressava em seu juramento: “Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém” (12).

A segurança do paciente tem sido tema de respaldo para discussões e ações em vários países e organizações do mundo (19). De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), os problemas que surgem como consequência de cuidados de saúde inadequados constitui um dos principais motivos de morte e incapacidade e representam um desafio crescente no âmbito da saúde global (27).

A publicação do relatório “*To err is human: building a safer health system*” (*Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro*), pelo Institute of Medicine - IOM da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos, caracterizou-se como marco importante para as discussões sobre a temática. Esse relatório destacou a carência por uma reforma no sistema de saúde com intuito de evitar danos aos pacientes (12, 30).

No Brasil, a atuação em redes e a promoção da segurança do paciente ganharam maior visibilidade a partir da implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP, por meio da Portaria no 529/2013, juntamente com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 (2). Essas iniciativas buscaram alinhar-se aos objetivos da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, pois previam a elaboração de seis protocolos básicos e a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) (6).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem a capacidade de melhorar a qualidade clínica,

os resultados sanitários e a redução dos custos dos sistemas de atenção a saúde, com efeitos positivos na segurança dos cuidados prestados. Nesse sentido, evidências confirmam que sistemas de atenção à saúde direcionada para o fortalecimento da atenção primária à saúde conseguem organizar-se de acordo com as necessidades de saúde da população (20).

Nesse sentido, o Programa Nacional da Atenção Básica (PNAB) caracteriza a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território. Esse serviço oferta um atendimento abrangente e acessível podendo resolver de 80 a 90% dos problemas de saúde da população, cuidando das pessoas e não apenas tratando doenças ou condições específicas (7, 16).

De acordo com as notificações de eventos adversos relacionados à assistência a saúde realizada através do NOTIVISA, dentre os tipos de incidentes mais notificados em ambulatórios no estado do Ceará no período de julho do ano de 2022 a julho de 2023 destacamos a falhas durante a assistência à saúde, queda do paciente, falhas envolvendo o cateter venoso, lesão por pressão, falha na atividade administrativa, falha na administração da dieta e falha na identificação do paciente (1).

Uma assistência à saúde segura só é possível com a instauração de debates e discussões sobre a cultura de segurança dentro do ambiente de trabalho. Para a consecução da segurança do paciente dentro dos serviços de saúde é necessário realizar uma remodelação institucional, visto que o problema não está centrado apenas em um indivíduo ou categoria profissional, mas em um processo que abranja toda uma rede de trabalhadores de forma interdisciplinar (24).

Dessa forma, este estudo tem como objetivo descrever a percepção global dos profissionais inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre cultura de segurança do paciente a partir das dimensões investigadas na escala *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC).

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, realizado por meio da utilização de um inquérito sobre cultura de segurança do paciente, instrumento validado, com adaptação transcultural realizada por Timm e Rodrigues (24).

O estudo foi realizado em um município de Tianguá no estado do Ceará no período de

junho a outubro do ano de 2022, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana do município em estudo, onde foi analisados o conhecimento e a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a cultura de segurança do paciente em grupos distintos.

O estudo seguiu os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro, gerente de unidade, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, médico (a), cirurgião (o) dentista, auxiliar/técnico em saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde devidamente cadastrados nas equipes de Saúde da Família da zona urbana do município. Por outro lado, os profissionais de saúde que não gozavam de no mínimo 6 meses de experiência profissional foram desconsiderados do estudo.

Após a verificação dos critérios de elegibilidade a amostra do presente estudo foram selecionadas 15 unidades de saúde de forma sistemática e aleatória da lista de Unidades de Saúde da Família, obedecendo o critério das unidades localizadas na zona urbana do município. Dos profissionais elegíveis para o estudo foram excluídos 32, sendo, 09 por não responderem, 12 estavam de férias e 11 estavam de licença médica, totalizando uma amostra de 183 profissionais.

Para a coleta de dados foi aplicado o instrumento “*Medical Office Survey on Patient Safety Culture*” (MOSPSC) (3), o qual foi traduzido e adaptado para o português do Brasil em 2016, intitulando-se “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária”.

Foram acrescentados junto ao questionário perguntas relacionadas ao perfil laboral do participantes do estudo, que corresponderam respectivamente a: 1) tempo de formação; 2) tempo de serviço na APS; 3) número de horas trabalhadas por semana; 4) categoria profissional na APS.

Mediante o aceite selado pela leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os instrumentos foram aplicados presencialmente pela pesquisadora. Para garantir o sigilo das respostas, os instrumentos preenchidos foram conduzidos em envelopes devidamente lacrados e sem identificação.

Para a análise quantitativa, os dados coletados foram organizados e armazenados mediante tabulação em planilha do Microsoft Office Excel 2016. A apresentação dos resultados envolveu pela estatística descritiva através da distribuição absoluta e relativa (n - %), bem como, pelas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão e amplitude). A simetria das distribuições contínuas foi avaliada pelo teste de Shappiro Wilk e

teste t de Student. Os dados receberam tratamento estatístico utilizando-se o software SPSS 20.0 (Statistical Package to Social Sciences for Windows) onde, para critérios de decisão foi adotado o nível de significância de 5%.

A consistência interna da escala MOSPSC foi investigada pelo coeficiente interno alfa de Cronbach, calculado separadamente para cada domínio. As respostas foram apresentadas e classificadas utilizando o percentual em respostas positivas, neutras e negativas, para segurança do paciente. A percepção dos profissionais sobre a segurança do paciente foi investigada nas 7 seções (A - G).

A pesquisa seguiu as recomendações dos aspectos éticos e legais que envolvem seres humanos conforme a Resolução N° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS (8). Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Instituto de Teologia Aplicada – INTA, por meio do Parecer nº 5.338.047 e CAAE nº 57109122.0.0000.8133.

RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se a uma amostra de 183 profissionais avaliados em dois grupos independentes caracterizados como nível médio (GM), 71,6% (n=131) e nível superior (GS), 28,4% (n=52). Os dados são apresentados em duas etapas: a primeira constituiu-se pela caracterização dos participantes do estudo em relação ao laboral, em seguida os resultados descritivos das sete seções do questionário (A a G) incluindo a avaliação global sobre Segurança do paciente.

Participaram da pesquisa um total de 68,8% (n=183) dos profissionais atuantes na APS do município pesquisado. A tabela 1 demonstram o perfil laboral dos entrevistados, respectivamente. Foi evidenciado que na população pesquisada que relação a escolaridade mais frequentes foi o ensino médio/técnico (71,6%). Sendo que a categoria de profissionais com maior representatividade na amostra foi os Agentes comunitários de Saúde em virtude de ser a classe mais expressiva na composição das ESF.

O tempo de formação prevaleceu entre 6 a 10 anos e o tempo de trabalho na Atenção Primária à Saúde, que foi de mais de 10 anos. Quanto as horas trabalhadas, a maioria dos profissionais cumpria carga horária de 30 a 40 horas semanais correspondendo

Tabela 1- Perfil laboral dos profissionais atuantes na APS do município de Tianguá-CE/ 2022

Características	N (%)
Tempo de formação	
Menos que 1 ano	8 (4,4)
Entre 1 a 3 anos	19 (10,4)
Entre 3 a 5 anos	38 (20,7)
Entre 6 a 10 anos	62 (33,9)
Mais de 10 anos	56 (30,6)
Tempo de serviço na APS	
6 meses a 1 ano	19 (10,4)
1 a 5 anos	36 (19,7)
6 a 10 anos	56 (30,6)
Mais de 10 anos	72 (39,3)
Carga horária semanal	
De 20 a 30 horas	10 (5,5)
De 30 a 40 horas	167 (91,2)
Mais de 40 horas	6 (3,3)
Categoria Profissional na APS	
Gerente da Unidade	10 (5,5)
Enfermeiro	22 (12)
Cirurgião(ã) Dentista	12 (6,5)
Médico(a)	08 (4,4)
Técnico em Enfermagem	24 (13,1)
Auxiliar/técnico em Saúde Bucal	12 (6,5)
Agente Comunitário de Saúde	95 (52)

Fonte: Dados da pesquisa apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%).

Os resultados que abordam sobre a percepção dos profissionais da APS sobre a segurança do paciente segundo a escala MOSPSC foram avaliados em dois grupos independentes caracterizados como nível médio (GM), 71,6% (n=131) e nível superior (GS), 28,4% (n=52), conforme resultados da tabela 2 e 3.

Verificou-se que a dimensão do Trabalho em equipe, a média se mostrou expressiva entre os profissionais do grupo superior em comparação ao grupo médio. No entanto, as comparações que envolveram o ritmo e carga de trabalho; treinamento de pessoal e procedimentos estabelecidos no centro, os escores médios no grupo médio é que se mostraram significativamente mais elevados, quando comparados as estimativas do grupo superior.

O grupo médio apresentou potencialidade nas dimensões aspectos relacionada à segurança do paciente e qualidade, seguimento de atenção ao paciente e aprendizagem organizacional (comunicação sobre erros). Já as dimensões com fragilidade e que merecem

atenção da gestão foram: ritmo e carga de trabalho, treinamento de pessoal; comunicação franca e apoio de gestores/administradores/líderes.

Na dimensão Seu serviço de saúde, o resultado apontou uma diferença significativa entre os dois grupos, onde a Percepção geral sobre Segurança do Paciente e local de trabalho detectou escores médio relevantemente maior no grupo superior.

O grupo superior, também apresentou percepções positivas nas dimensões: aspectos relacionados à segurança do paciente e qualidade trabalho em equipe, seguimento de atenção ao paciente e Avaliação geral em segurança do paciente. Para o referido grupo as dimensões que apontaram percepções negativas ou indicaram fragilidade foram ritmo e carga de trabalho, Treinamento de pessoal, seguimento de atenção ao paciente; Apoio de gestores/administradores/líderes; Percepção geral sobre segurança do paciente e local de trabalho.

Tabela 2: Média e desvio padrão para instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) por grupos

Dimensões MOSPSC	Grupos				P
	Médio (n=131)		Superior (n=52)		
	Média	DP	Média	DP	
Segurança do paciente e a qualidade da assistência (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9,A10)	4,5	1,0	4,7	0,5	0,234 [¶]
SB Troca de informações com outras instituições	4,9	0,7	5,2	0,7	0,021 [¥]
Trabalhando <i>neste</i> serviço de saúde ^D					
Trabalho em equipe (C1, C2, C5, C13)	3,9	0,5	4,2	0,5	0,001 [¥]
Ritmo e carga de trabalho (C3, C6,C11,C14)	3,3	0,6	2,7	0,6	<0,001 [¥]
Treinamento de pessoal (C4, C7, C10)	3,9	0,6	3,7	0,6	0,029 [¥]
Procedimentos estabelecidos no centro (C8, C9, C12, C15)	4,0	0,6	3,5	0,6	<0,001 [¥]
Comunicação entre profissionais e Acompanhamento dos pacientes ^D					
Comunicação franca (D1, D2, D4, D10)	3,7	0,6	3,8	0,7	0,315 [¶]
Seguimento de atenção ao paciente (D3, D5, D6, D9)	4,3	0,4	4,4	0,4	0,198 [¶]
Comunicação de erros (D7, D8, D11, D12)	4,3	0,5	3,8	0,5	<0,001 [¥]

SE Apoio de gestores/administradores/líderes	3,4	0,5	3,3	0,4	0,712
Seu serviço de saúde					
Aprendizado organizacional (F1, F5, F7)	4,1	0,4	4,0	0,4	0,184 [¥]
Percepção geral sobre segurança do paciente e local de trabalho (F2, F3, F4, F6)	4,0	0,4	3,5	0,8	<0,001 [¶]
Avaliação global sobre os serviços prestados					
G2 Avaliação geral em segurança do paciente	3,8	0,8	3,9	0,6	0,216 [¶]
Pontuação geral de qualidade (G1A, G1B, G1C, G1D, G1E)	3,8	0,7	3,8	0,7	0,933 [¥]

¥: Teste t-Student para grupos independentes assumindo homogeneidade de variâncias. ¶:

Na pesquisa sobre as questões que contemplou as dimensões sobre segurança do paciente da escala MOSPSC em sua análise, comparou dois grupos independentes caracterizados como nível médio (GM), e nível superior (GS), apontou que, na dimensão Troca de informações com outras instituições houve diferença estatística significativa apontando uma média maior entre os profissionais do grupo superior. Já na dimensão trabalhando neste serviço de saúde, ocorreram resultados significativos em todas as suas subdimensões para ambos os grupos.

Tabela 3: Medidas de tendência central e de variabilidade instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) no grupo nível médio (GM)

On Patient Safety Culture (MOSPSC) no grupo nível médio (GM)								
Dimensões MOSPSC	Escores MOSPSC MÉDIO (GM)							Ac
	Média	DP	Amplitude		Quartis			
			Mínimo	Máximo	1º	2º Median	3º	
TOTAL ESCALA								
Segurança do paciente e a qualidade da assistência (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9,A10)	4,5	1,0	1,0	6,0	4,0	4,9	5,2	0,813
SB Troca de informações	4,9	0,7	2,5	6,0	4,5	5,0	5,3	0,788
Trabalhando neste serviço de saúde ^D								
Trabalho em equipe (C1, C2, C5, C13)	3,9	0,5	2,3	4,8	3,5	4,0	4,3	0,694
Ritmo e carga de trabalho (C3, C6,C11,C14)	3,3	0,6	2,0	5,0	3,0	3,3	3,8	0,722
Treinamento de pessoal (C4, C7, C10)	3,9	0,6	2,3	5,0	3,5	4,0	4,3	0,703

Procedimentos estabelecidos no centro (C8, C9, C12, C15)	4,0	0,6	2,3	5,0	3,7	4,0	4,3	0,711
Comunicação entre profissionais e Acompanhamento dos pacientes ^D								
Comunicação franca (D1, D2, D4, D10)	3,7	0,6	1,5	5,0	3,3	3,8	4,0	0,699
Seguimento de atenção ao paciente (D3, D5, D6, D9)	4,3	0,4	3,0	5,0	4,0	4,3	4,8	0,793
Comunicação de erros (D7, D8, D11, D12)	4,3	0,5	3,3	5,0	4,0	4,3	4,7	0,806
SE Apoio de gestores/administradores/líderes	3,4	0,5	2,0	4,5	3,0	3,5	3,7	0,762
Seu serviço de saúde								
Aprendizado organizacional (F1, F5, F7)	4,1	0,4	3,0	5,0	3,7	4,0	4,3	0,746
Percepção geral sobre segurança do paciente e local de trabalho (F2, F3, F4, F6)	4,0	0,4	3,0	5,0	3,8	4,0	4,3	0,768
Avaliação global sobre os serviços prestados								
G2 Avaliação geral em segurança do paciente	3,8	0,8	2,0	5,0	3,0	4,0	4,0	- - -
Pontuação geral de qualidade (G1A, G1B, G1C, G1D, G1E)	3,8	0,7	2,0	5,0	3,4	4,0	4,0	0,875

D: Análise de variância para medidas repetidas – Post Hoc Bonferroni. (a) Médias significativamente superiores, quando comparadas as médias das demais dimensões de uma mesma sessão

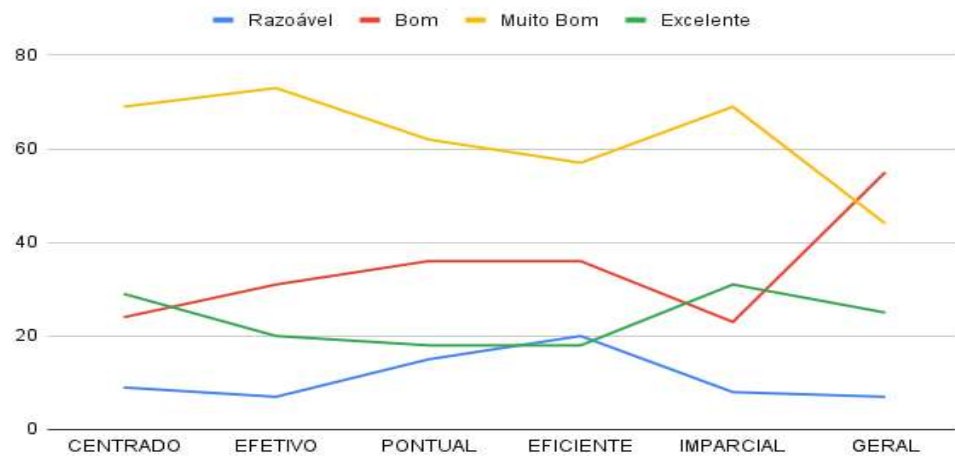
A percepção global dos profissionais de saúde sobre segurança do paciente e qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde foi verificada por meio da pesquisa em que os participantes classificaram o serviço de saúde em cinco domínios diferentes:

1. Centrado no paciente; 2. Efetivo; 3. Pontual; 4. Eficiente; 5. Imparcial; 6. Avaliação 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?

A seguir observamos as respostas referentes aos dois grupos apresentadas nos gráficos 1 e 2.

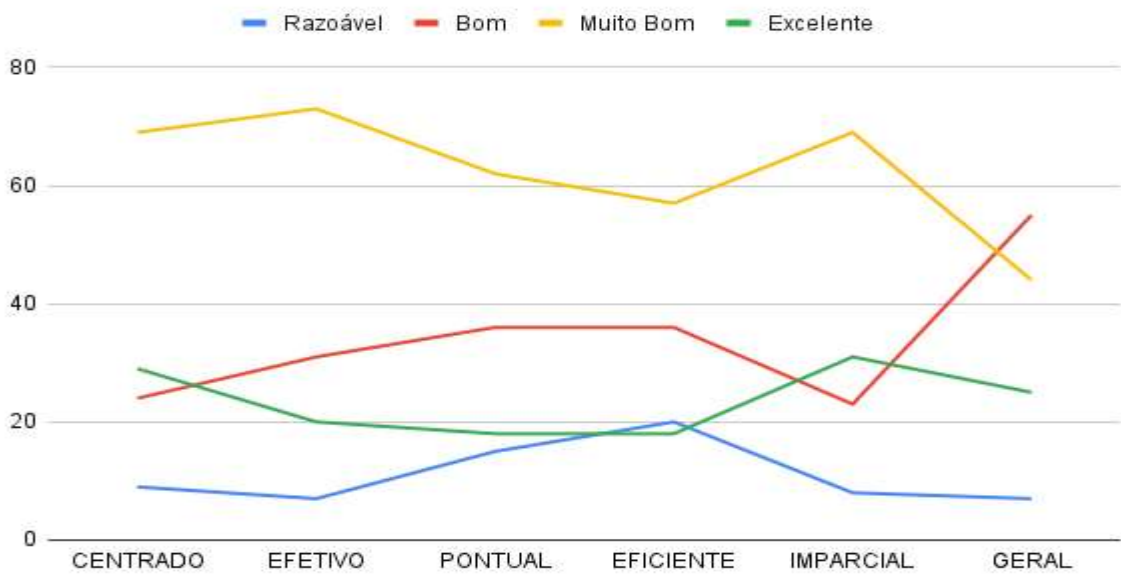
Na avaliação global da qualidade, onde os participantes da pesquisa classificaram o serviço de saúde, percebe-se respostas positivas e uma coerência nas respostas apontadas nos questionamentos dos cinco domínios diferentes: centrado no paciente, efetivo, pontual, eficiente, imparcial e avaliação geral em segurança do paciente.

Gráfico 1: Percepção Global sobre Segurança do Paciente e Qualidade – Grupo Médio



Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 2: Percepção Global sobre Segurança do Paciente e Qualidade – Grupo Superior



Fonte: Dados da pesquisa

DISCUSSÃO

No presente estudo observou-se a avaliação da cultura de segurança como um novo dispositivo para a melhoria da segurança do paciente. Essa ferramenta pode ser utilizada para medir condições dentro das organizações, bem como para desenvolver, avaliar e apoiar os gestores nas tomadas de decisões nos serviços de saúde (28).

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) a Atenção Primária à Saúde é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde e das Redes de Atenção à Saúde (RAS), é formada por equipes multiprofissionais e os Agentes Comunitários de Saúde são os responsáveis pela comunicação entre a Estratégia Saúde da Família e a população residente na área adstrita (7).

Considerando que a Portaria que instituiu o Programa Núcleo de Segurança do Paciente no Brasil foi publicada no ano de 2013, nivelando ao tempo de formação da maioria dos profissionais, entende-se que a referência sobre segurança do paciente seja novo, podendo interferir no desfecho da percepção dos mesmos sobre o tema em estudo (10). Denota-se que pouca experiência profissional contribui fortemente para a ocorrência de eventos adversos nos serviços de saúde (11).

Sobre a carga horária percebe-se que os profissionais cumprem a recomendação da Política Nacional da Atenção Básica, que traz a recomendação que as Unidades Básicas de Saúde funcionem com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana possibilitando o acesso contínuo à população (7).

Um estudo realizado na Holanda demonstra que os profissionais de saúde têm atitudes positivas em relação à segurança do paciente, mas a percebem de modos diferentes, sendo que variáveis como profissão, idade e tempo de experiência interferem nessa percepção (21).

Pesquisas equivalentes realizadas no estado de São Paulo mostraram resultados positivos para a troca de informações com outras instituições (11), reflete-se para uma rede de atenção à saúde possivelmente mais organizada naquele estado.

A participação da equipe multiprofissional em treinamentos contínuos é essencial para o desenvolvimento e o comprometimento no trabalho em equipe (13).

A comunicação efetiva entre os profissionais é a fórmula mais adequada para mitigar os incidentes, é necessário permitir que pacientes e profissionais reconheçam e gerenciem eventos adversos, compartilhem mudanças na equipe, e busquem motivação para agir em prol da segurança do paciente, através de grupos de trabalho, apontar soluções para reduzir os erros nos serviços de saúde (15).

Já no estudo realizado, na região metropolitana de Brasília, a autora utilizou o mesmo instrumento, no entanto, destaca-se o quesito com maior resposta negativa comunicação sobre erros e mostrou o elevado número de casos onde o paciente não compreende a prescrição e retorna para esclarecer, sinaliza uma fragilidade no cuidado e na comunicação (23).

O apoio dos gestores, as trocas de informações são falhas decorrentes da ineficiência do trabalho, e tem como consequência, o desperdício de recursos e pressão no ritmo de trabalho (25). Neste sentido, as dificuldades e a carência na discussão multiprofissional seja por incidente ou por falhas no planejamento assistencial ao paciente, se constituem um paradigma que precisa ser superado na cultura dos serviços de saúde (27).

Outros autores destacam que a cultura de segurança é considerada como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança e tem o objetivo de proporcionar melhorias ao sistema de saúde, desse modo também ressaltam a importância do comprometimento por parte dos gestores, na atenuação dos incidentes relacionados à assistência no âmbito da Atenção Primária à Saúde (20, 26).

Em pesquisas recentes, observa-se que os incidentes também acontecem na Atenção Primária à Saúde, ressalta-se que à época da pesquisa o lapso na literatura era bem maior que nos dias atuais, pois eram poucos os estudos envolvendo o tema em virtude da recente publicação da Política Nacional sobre segurança do paciente que ocorreu no ano de 2013 (14).

A forma de avaliar as condições de trabalho, cultura de segurança e comunicação e gerência entre agentes comunitários de saúde e enfermeiros e técnicos de enfermagem são diferentes. Os autores justificam tal diferença pelo impacto distinto em cada uma das categorias profissionais (18).

Outros estudos afirmam que a segurança do paciente em países em desenvolvimento requer um olhar holístico. A melhoria dos serviços será alcançada através de uma abordagem integrada, com base na evolução contínua do aprendizado (9).

No presente estudo se optou por comparar a percepção geral da segurança e qualidade do cuidado entre profissionais de acordo com o nível de formação divididos em dois grupos, sendo que observou-se que aqueles com nível superior demonstraram uma visão mais positiva em relação à eficiência do cuidado.

Contudo, há que se ponderar a formação, especialmente na Atenção Primária, que incluem os agentes comunitários de saúde, os quais não têm uma formação prévia para o trabalho na área da saúde. Desse modo, é importante ressaltar a importância da educação continuada com a inclusão desse profissional.

A pesquisa apontou que a cultura de segurança do paciente foi positiva na maior parte dos domínios do instrumento MOSPSC. Percebe-se na avaliação global sobre a qualidade dos serviços de saúde ofertados na Atenção Primária que os dois grupos de profissionais em sua maioria classificaram como muito bom em todas as dimensões do instrumento.

No entanto, o estudo apresentou limitações relacionadas à forma de aplicação dos questionários, acredita-se que o elevado número de questões do instrumento pode interferir na celeridade da pesquisa. O instrumento é robusto, com validade e confiabilidade dos dados, rigorosamente adaptado, mas em alguns momentos do auto preenchimento os profissionais relataram ausência de clareza no formato das opções de respostas e classificaram como complexo e exaustivo.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (BR). Notificações em Vigilância Sanitária – NOTIVISA, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/notificacoes>. Acesso em: 17 jul 2023.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. (BR). Portaria nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF; 2013
3. Agency For Healthcare Research And Quality - AHRQ. Medical Office Survey on Patient Safety Culture. jun. 2016. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/index.html>>. Acesso em: 11 dez. 2022.
4. Agency For Healthcare Research And Quality) - AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety Culture: User' s Guide. Jul, 2018. Disponível em: www.ahrq.gov. Acesso em: 11 jan. 2022
5. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre diretrizes e normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais. Brasília: Conselho de Saúde; 2016.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013. Acesso em: 15 nov. 2021.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, o âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União, Brasília, 17 mar. 2018.
8. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
9. El-Jardali, F. et al. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. BMC Health Services Research, v.14, p.122, 2014.

10. Fernandes, Ana Lúcia Maia. Avaliação da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde : identificando oportunidades de melhorias / Ana Lúcia Maia Fernandes. - Caicó/RN, 2019. 62 f.: il. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola Multicampi De Ciências Médicas Do Rio Grande Do Norte, Programa De Pós-Graduação Em Educação, Trabalho E Inovação Em Medicina.
11. Galhardi, N.M. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002018000400409&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 12 jan. 2023.
12. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, McKay T, Pike KC. To err is human. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
13. Lawati Mha, Dennis S, Short SD, Abdulhadi NN. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. BMC Fam Pract. 2018 Jun 30;19(1):104. doi: 10.1186/s12875-018-0793-7. PMID: 29960590; PMCID: PMC6026504.
14. Marchon, S.G; Mendes Jr., W.V. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.31, n.7, p.1395-1402, jul, 2015.
15. Marchon, S.G; Mendes Jr ;Pavão, A.L.B. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.31, n.11, p.2313-30, nov., 2015.
16. Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Tópicos da Atenção Primária à Saúde. 2021 [consultado em 29 de julho de 2023]; Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>
17. Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical report and guidance. Geneva: ©World Health Organization; 2021;
18. Paese F, Sasso GTMD. Cultura da segurança do paciente na atenção primária a saúde. Texto Contexto Enferm. 2017 [citado 2021 ago 10] abr-jun;22(2):302-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05>. Acesso em: 15 maio de 2023.
19. Sorra, J. et al. Agency for Health care Research and Quality. Medical Office Survey on Patient Safety Culture: User's Guide [Internet]. 2016. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient->

safety/patientsafetyculture/medical-office/userguide/ mosurveyguide.pdf. Acesso em: 12 maio 2023.

20. Souza Mm, Ongaro JD, Lanes Tc, Andolhe R, Kolankiewicz ACB, Magnago TSBS. Patient safety culture in the Primary Health Care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(1):27-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0647>. Acesso em 22 jan 2023
21. Smits, Marleen et al. Patient safety culture in out-of-hours primary care services in the Netherlands: a cross-sectional survey. Scandinavian journal of primary health care, v. 36, n. 1, p. 28-35, 2018.
22. Souza, M. M. et al. Patient safety culture in the Primary Health Care. Rev. Bras. Enferm. [Internet], 72(1), p. 27-34, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0647>. Acesso em 15 abr de 2023.
23. Teixeira, M.A., et al. Segurança do paciente na atenção primária: análise de situações que favorecem eventos adversos. XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba 2018. Disponível em: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewjH9NyUwu3gAhUOMt8KHf_BAM4QFjAAegQICRAC&url=http%3A%2F%2Fcoloquioenfermeria2018.sld.cu%. Acesso em: 15 abr de 2023.
24. Timm, M.; Rodrigues, M.C.S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, [s.l.], v.29, n.1, p.26 - 37, fev., 2016.
25. VASCONCELOS PF. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: o olhar dos gestores, trabalhadores de saúde e pessoas usuárias. In: Segurança do paciente: reflexões teórico-filosóficas e aplicação prática (Orgs) Pereira FGF, Carvalho REFL, Brasil BMBL. Fortaleza: Centro Universitário Estácio do Ceará, 2019.
26. Vincent C, Amalberti R. Estratégias de segurança na atenção primária. In: Vincent C, Amalberti R. Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro: PROQUALIS, ICICT/Fiocruz; 2016. p. 127-41.
27. Vigano, Daniela Franzen. Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde / Daniela Franzen Vigano. - 2018. 54 p.: il. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2018.

28. World Health Organization - WHO. Summary of Inaugural Meeting of Safer Primary Care Expert Working Group. Safer Primary Care: a Global Challenge. Geneva, 2018.
29. World Health Organization - WHO. Patient Safety - Programme áreas. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/about/programmes/en/index.html>. Acesso em: 16 jun. 2021.
30. WHO. *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*. 3 aug. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>. Acesso em: 15 ago. 2022.

ANEXO A

Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Inta - UNINTA

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTA - UNINTA 	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa: A PERCEÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO CEARÁ, BRASIL	
Pesquisador: JANETE ALVES DA SILVA	
Área Temática:	
Versão: 1	
CAAE: 57109122.0.0000.8133	
Instituição Proponente: FACULDADE IEDUCARE LTDA	
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio	
DADOS DO PARECER	
Numero do Parecer: 5.338.047	
Apresentação do Projeto: Projeto de dissertação intitulado de A PERCEÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO CEARÁ, BRASIL, de autoria JANETE ALVES DA SILVA, programa pertence a Universidade Tiradentes. Trata-se de um estudo será transversal, exploratório descritivo com abordagem quantitativa, e fará uso de um inquérito adaptado e validado no Brasil sobre cultura de segurança do paciente na Atenção Primária.	
Objetivo da Pesquisa: Geral: Investigar a cultura de segurança do paciente entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde do município de Tianguá-CE; Específicos: 1. Caracterizar o perfil dos profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família; 2. Avaliar a percepção geral dos profissionais da APS sobre cultura da segurança do paciente e qualidade do cuidado; 3. Identificar a perspectiva desses profissionais sobre cultura da segurança do paciente e correlacionar entre as categorias profissionais em seu ambiente de trabalho; 4. Identificar as potencialidades e propor melhorias para segurança do paciente e qualidade do	
Endereço: Rua Coronel Antonio Rodrigues Magalhães, 700 - segundo andar - prédio administrativo Bairro: Dom Expedito CEP: 62.011-230 UF: CE Município: SOBRAL Telefone: (88) 3112-3500 E-mail: cep@uninta.edu.br	

Página 01 de 02

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTA - UNINTA 	
Continuação do Parecer: 5.338.047	
Realizado no âmbito da Atenção Primária do município:	
Análise dos Riscos e Benefícios:	
Riscos: Os riscos são mínimos. A pesquisa pode gerar algum desconforto ou constrangimento que será minimizado ao se aplicar o questionário em local tranquilo em que o participante se sinta confortável em respondê-lo.	
Benefícios: Como benefício a pesquisa proporcionará uma avaliação sobre a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do paciente na atenção primária, sendo que a partir dos resultados poderão ser pensadas ações que elevem a qualidade do cuidado oferecido, bem como a segurança dos pacientes que usam os serviços ofertados pela atenção primária em saúde.	
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: É um trabalho relevante, traz vista que confere a situação do paciente de atenção primária é necessária, para que possa identificar pontos fortes e de possíveis melhorias no que concerne sobre essa atenção.	
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:	
Conteúdo os seguintes termos:	
TITLE:	
Carta de anuência:	
Folha de custo estimado e contrabando:	
Cronograma está detalhado:	
Recomendações:	
Revisão recomendação:	
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadaptação:	
Revisão pendência:	
Considerações Finais e retorno do CEP:	
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:	
Endereço: Rua Coronel Antonio Rodrigues Magalhães, 700 - segundo andar - prédio administrativo Bairro: Dom Expedito CEP: 62.011-230 UF: CE Município: SOBRAL Telefone: (88) 3112-3500 E-mail: cep@uninta.edu.br	

Página 02 de 02

**CENTRO UNIVERSITÁRIO INTA
- UNINTA**



Continuação do Parecer: 5.338.047

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1908554.pdf	15/03/2022 03:11:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2021_PROJETO_PESQUISA_JANETE_ALVES.pdf	15/03/2022 02:49:17	JANETE ALVES DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/03/2022 02:48:04	JANETE ALVES DA SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_FINANCEIRO.pdf	15/03/2022 02:47:41	JANETE ALVES DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_DE_ANUENCIA.pdf	15/03/2022 01:04:57	JANETE ALVES DA SILVA	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	SOLICITACAO_COLETA_DE_DADOS.pdf	15/03/2022 00:33:55	JANETE ALVES DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_CEP.pdf	07/03/2022 19:47:00	JANETE ALVES DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DA_PESQUISA.pdf	06/03/2022 22:55:23	JANETE ALVES DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 07 de Abril de 2022

Assinado por:
Genilson Cesar Soares Bonfim
(Coordenador(a))

ANEXO B – FORMULÁRIO DA PESQUISA

Data: ____/____/____ Hora: _____

Entrevistado: _____

UBS: _____

Característica dos participantes

1. Idade: ____ anos

2. Gênero: ☐ a. Feminino ☐ b. Masculino ☐ Outros

3. Estado Civil:

☐ Casado(a) ☐ União Estável ☐ Solteiro(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a)

4. Grau de instrução: Maior escolaridade:

☐ Nível Fundamental ☐ Nível Médio ☐ Nível Técnico ☐ Nível Superior

☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Outros

5. Tempo de formação:

☐ Menos de 1 ano ☐ Entre 1 e 3 anos ☐ Entre 3 e 5 anos

☐ Entre 5 e 10 anos ☐ Mais de 10 anos

6. Tempo de serviço na Atenção Primária:

☐ 6 meses a 1 ano ☐ 1 a 5 anos

☐ 6 a 10 anos ☐ Mais de 10 anos

7. Carga horária semanal trabalha neste serviço:

☐ De 20 a 30 h por semana

☐ De 30 a 40 h por semana

☐ Mais de 40 h

☐ Outros. Quantas? _____

8. Qual sua categoria profissional na Atenção Primária:

A. Gerente de Unidade

B. Enfermeiro(a)

C. Cirurgiã (o) Dentista

D. Médico(a)

E. Técnico em Enfermagem

F. Auxiliar em Saúde Bucal/ Técnico em Saúde Bucal

G. Agente Comunitário de Saúde

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

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?

- 1) Acesso ao cuidado diariamente
- 2) Pelo menos uma vez na semana
- 3) Pelo menos uma vez ao mês
- 4) Várias vezes nos últimos 12 meses
- 5) Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses
- 6) Não aconteceu nos últimos 12 meses
- 9) Não se aplica ou não sei

1. Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (9)

2. No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (9)

3. O prontuário/registro de um paciente não estava disponível quando necessário.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (9)

4. Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registro de outro paciente.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (9)

5. Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente, ou necessitava reparo ou substituição.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (9)

6. O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (9)

7. Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (9)

8. Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (9)

9. Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (9)

10. Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (9)

SEÇÃO B: Troca de informações com outras instituições

1. Nos últimos 12 meses, com que frequência este serviço de saúde apresentou problemas relacionados à troca de informações completas, precisas e pontuais com Centros de imagem/laboratórios da Rede de Atenção à Saúde?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (9)

2. Nos últimos 12 meses, com que frequência este serviço de saúde apresentou problemas relacionados à troca de informações completas, precisas e pontuais com outros serviços de saúde/médicos da Rede de Atenção à Saúde?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (9)

3. Nos últimos 12 meses, com que frequência este serviço de saúde apresentou problemas relacionados à troca de informações completas, precisas e pontuais com farmácias?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (9)

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência este serviço de saúde apresentou problemas relacionados à troca de informações completas, precisas e pontuais com hospitais? Outros, por favor, especifique:

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (9)

SEÇÃO C: Trabalhando neste serviço de saúde

Quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações?

1) Discordo totalmente

2) Discordo

3) Não concordo nem discordo

- 4) Concordo
- 5) Concordo totalmente
- 9) Não se aplica ou não sei

1) Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

2) Neste serviço, há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

3) Neste serviço, frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

4) Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

5) Neste serviço, tratamos uns aos outros com respeito.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

6) Neste serviço, a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

7) Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

8) Neste serviço, a desorganização é maior que o aceitável.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

9) Neste serviço, há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

10) Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

11) Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

12) Neste serviço, há problemas com o fluxo de trabalho.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

13) Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

14) Neste serviço, há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

15) A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

SEÇÃO D: Comunicação e Acompanhamento

Com que frequência os fatos a seguir ocorrem neste serviço?

1) Nunca

2) Raramente

3) Às vezes

4) Quase sempre

5) Sempre

9) 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.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

2) Neste serviço, a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

3) Neste serviço, os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

4) Neste serviço, a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

5) Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

6) Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

7) A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

8) A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

9) Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

10) Neste serviço, é difícil expressar opiniões diferentes.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

11) Neste serviço, discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente.

(1) (2) (3) (4) (5) (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

Você é gestor/administrador ou tem algum cargo de liderança com responsabilidade para tomar decisões financeiras pelo serviço? "1 Se Sim, vá para a sessão F.

Quanto você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre os gestores/ líderes do seu serviço?

1) Discordo totalmente

2) Discordo

3) Não concordo nem discordo

4) Concordo

5) Concordo totalmente

9) Não se aplica ou não sei

1) Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

2. Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

3. Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

4. Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

SEÇÃO F: Seu serviço de saúde

Quanto você concorda ou discorda das seguintes afirmações?

1) Discordo totalmente

- 2) Discordo
- 3) Não concordo nem discordo
- 4) Concordo
- 5) Concordo totalmente
- 9) 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.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

2. Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

3. Neste serviço, acontecem erros com mais frequência do que deveria.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

4. É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

5. Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

6. Neste serviço, a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

7. Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam.

(1) (2) (3) (4) (5) (9)

SEÇÃO G: Avaliação global da qualidade

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

(1) Ruim (2) Razoável (3) Bom (4) Muito bom (5) Excelente

1. Centrado no paciente: É sensível às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes.

(1) (2) (3) (4) (5)

2. Efetivo: É baseado no conhecimento científico.

(1) (2) (3) (4) (5)

3. Pontual: Minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais.

(1) (2) (3) (4) (5)

4. Eficiente: Garante um cuidado de bom custo-benefício (evita o desperdício, uso excessivo e incorreto de serviços).

(1) (2) (3) (4) (5)

5. Imparcial: Fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independentemente de sexo, etnia, status socioeconômico, idioma etc.

(1) (2) (3) (4) (5)

Avaliação geral em segurança do paciente

6. 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?

(1) (2) (3) (4) (5)