

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



PROFSAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Fabília Paola Fernandes Ribeiro dos Santos

Segurança do paciente associada às práticas odontológicas na Atenção Primária em Saúde

Mato Grosso do Sul

2022

Fabírcia Paola Fernandes Ribeiro dos Santos

Segurança do paciente associada às práticas odontológicas na Atenção Primária em Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fundação Oswaldo Cruz de Mato Grosso do Sul, como requisito para a obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Inara Pereira da Cunha

Linha de pesquisa: Educação e Saúde: Tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias.

Mato Grosso do Sul

2022

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Escola de Governo Fiocruz
Biblioteca EGF

S237s Santos, Fabrícia Paola Fernandes Ribeiro dos.
Segurança do paciente associada às práticas odontológicas na
atenção primária em saúde / Fabrícia Paola Fernandes Ribeiro dos
Santos. – Mato Grosso do Sul: Fundação Oswaldo Cruz -- 2022.
78 f. : il. color. ; tab.

Orientadora: Profa. Dra. Inara Pereira da Cunha.
Dissertação (Mestrado em Saúde da Família – PROFSAÚDE) –
Fundação Oswaldo Cruz, Mato Grosso do Sul, 2022.

1. Segurança do Paciente. 2. Odontologia Geral. 3. Atenção
Primária à Saúde. 4. Cultura Organizacional. I. Cunha, Inara Pereira
da. II. Título. III. Fundação Oswaldo Cruz.

CDD 614

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Lívia Rodrigues Batista – CRB/1-3443
Biblioteca da Escola de Governo Fiocruz

Fabírcia Paola Fernandes Ribeiro dos Santos

Segurança do paciente associada às práticas odontológicas na Atenção Primária em Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado à FIOCRUZ-MS, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Resultado: Aprovada

Brasília (DF), 25 de julho de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Inara Pereira da Cunha
FIOCRUZ-MS
(Orientadora)

Profa. Dra. Luiza Helena de Oliveira Cazola
FIOCRUZ-MS

Profa. Dra. Valéria Rodrigues de Lacerda
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Mato Grosso do Sul
2022

Dedico essa dissertação aos meus filhos João Marcelo e Marco Antônio, por me ensinarem que a verdadeira plenitude se encontra em seus sorrisos e abraços.

AGRADECIMENTOS

À Deus, meu alfa, ômega, meu princípio, meio e fim. A Ele seja dada toda a glória, pois tudo de bom em mim é reflexo Dele.

Ao meu esposo Marcelo pelo companheirismo, amor e compreensão durante todo esse processo.

À minha mãe Eliane, mulher de fibra e de inteligência ímpar, por me apontar o caminho do conhecimento e ser a minha maior incentivadora. Ao meu pai Luiz, que me mostrou que o amor à profissão se faz na persistência diária.

Aos meus irmãos Guilherme e Felipe pelo laço de sangue que nos une.

À minha orientadora Prof. Dra. Inara, por toda sabedoria, disponibilidade e ensinamentos compartilhados. Amadureci e aprendi muito com toda sua experiência.

À Prof. Dra. Débora Dupas, por tantas oportunidades ofertadas, generosidade e acolhimento.

À Prof. Dra. Luiza Cazola, pelas correções, incentivos e colo maternal.

À estatística Luísa Jussara Coelho, por desembaralhar as respostas e descortinar as conclusões escondidas nos números.

Às amigas e colegas de profissão Ana Maria e Flávia, por todo o companheirismo e pelo estudo piloto realizado juntas.

À Fabíola, por tantos momentos de partilha, trabalhos e resenhas quando embarcamos nessa jornada.

À enfermeira Márcia Timm, companheira na luta em prol de um atendimento de qualidade na Atenção Primária à Saúde.

À filha do coração Juliana Amorim dos Santos, por tantos exemplos, conversas e apoio.

À Síntia, minha fiel THD, que me suportou técnica e espiritualmente na convivência diária.

Ao Cristiano Nery, por todo o carinho e presteza, e por ser meu olho em terra de cego.

À Fernanda Fernandes, pela brilhante correção da língua portuguesa.

Aos colegas cirurgiões-dentistas que aceitaram participar desse trabalho.

Aos profissionais que lutam pela Segurança do Paciente no Brasil e no mundo, fazendo com a nossa assistência seja de respeito e consideração à população.

Ao paciente, razão maior da nossa existência.

*Não julgues nada pela pequenez dos
começos. Uma vez fizeram-me notar que não se
distinguem pelo tamanho as sementes que
darão ervas anuais das que vão produzir
árvores centenárias.*

São Josemaría Escrivá

RESUMO

A segurança do paciente busca evitar a presença de eventos adversos (EA) nas instituições de saúde, diminuindo as ameaças a um mínimo aceitável e limitar as consequências negativas daqueles incidentes que são inevitáveis. Na Odontologia, são escassos os estudos que investigam essa temática, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS), considerada a porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde (SUS). Frente ao exposto, o presente estudo tem o objetivo de analisar os eventos adversos e seus fatores associados à Cultura de Segurança do Paciente (CSP), por meio da vivência dos Cirurgiões-Dentistas inseridos na Atenção Primária em Saúde do Distrito Federal e do Mato Grosso do Sul. Foi realizado um estudo transversal de abordagem quantitativa e analítica com 480 cirurgiões-dentistas inseridos na APS dessas Unidades da Federação. Os dados foram coletados pela pesquisadora no período de abril a agosto de 2021, por meio do envio virtual de um questionário inserido na plataforma *Survey Monkey*, contendo 75 questões, divididas em 3 partes, sendo a primeira uma entrevista com 07 questões referentes aos dados sociodemográficos e profissionais dos participantes. A segunda parte constou da aplicação de um inquérito, no qual foi avaliada a presença de 13 EA, com base em dois inventários prévios. A terceira parte constou da aplicação do instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSOPSC). O total de 350 respostas elegíveis foram coletadas e a análise descritiva dos dados mostrou que dentre os 13 EA investigados, o que mais se destacou foi “O paciente necessitou de retorno para atendimento de urgência seja por dor e/ou edema ou outro motivo” (60,5%; n=211). A “Percepção geral da segurança do paciente e qualidade” (OR: 0,87; IC:95%: 0,75 – 0,93), o “Processo de trabalho e padronização” (OR: 0,85; IC95%: 0,74 – 0,98) e o “Trabalho em equipe” (OR: 1,15; IC95%: 1,01 – 1,30), foram as dimensões relacionadas a esse desfecho. Esse estudo permitiu analisar os eventos adversos e seus fatores associados à prática odontológica, por meio da vivência dos Cirurgiões-Dentistas inseridos na APS, através da identificação da alta frequência de profissionais vivenciando pelo menos um EA nos últimos 12 (doze) meses. Por meio destas informações, será possível desenvolver ações voltadas tanto à prevenção quanto à diminuição dos eventos. Para as pesquisas em odontologia, esses resultados ampliam o conhecimento na área, já que ainda há pouca literatura sobre esta temática no Brasil.

Palavras-chave: Eventos Adversos, Segurança do Paciente, Cultura Organizacional, Atenção Primária à Saúde, Odontologia.

ABSTRACT

Patient safety seeks to avoid the presence of adverse events in healthcare institutions, reducing threats to an acceptable minimum and limiting the negative consequences of those incidents that are unavoidable. In Dentistry, there are few studies that investigate this theme, especially in Primary Health Care (PHC), considered the gateway to the Unified Health System (SUS). Given the above, this study aims to analyze the adverse events and their factors associated with dental practice, through the perception of dentists inserted in Primary Health Care in the Distrito Federal and Mato Grosso do Sul. A cross-sectional study with a quantitative approach was carried out. analysis with 487 dentists inserted in the Primary Health Care of these Federation Units. Data were collected by the researcher from April to August 2021, by sending a virtual questionnaire inserted in the Survey Monkey platform, containing 75 questions, divided into 3 parts, the first being an interview with 07 questions referring to the socio-demographic and professional data of the participants. The second part consisted of the application of a survey, in which the presence of 13 Adverse Events was evaluated, based on two previous inventories. The third part consisted of the application of the instrument Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSOPSC). A total of 350 eligible responses were collected, and the descriptive analysis of the data showed that among the 13 Adverse Events, the one that stood out the most was "The patient needed to return for emergency care either due to pain and/or swelling or other reasons" (60.5%; n=211). The presence of the event in dental clinical practice was observed, even if it happened a few times in the last 12 months. The "General perception of patient safety and quality" (OR: 0.87; 95% CI: 0.75 – 0.93), the "Work process and standardization" (OR: 0.85; 95% CI: 0.74 – 0.98) and "Teamwork" (OR: 1.15; 95%CI: 1.01 – 1.30) were the dimensions related to this outcome. It is concluded that AEs are frequent in the dental practice of PHC, being associated with CSP. This reinforces the need to encourage their understanding and put up barriers that prevent harm to the patient.

Keywords: Adverse Event, Patient Safety, Organization Culture, Primary Health Care, Dentistry.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica e profissional dos respondentes (n=350); Distrito Federal e Mato Grosso do Sul, 2022.....	3
Tabela 2	Distribuição de Eventos Adversos em Odontologia na Atenção Primária à Saúde; (n=350), Distrito Federal e Mato Grosso do Sul, 2022.....	34
Tabela 3	Proporção média de repostas positivas para o instrumento <i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i> (MOSPSC); n=350, Distrito Federal e Mato Grosso do Sul, 2022.....	36
Tabela 4	Modelo de regressão de Poisson para prever o número de eventos adversos através das dimensões da escala MOSPSC.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Reaserch e Quality</i>
APS	Atenção Primária a Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CSP	Cultura de Segurança do Paciente
DF	Distrito Federal
DP	Desvio Padrão
EUA	Estados Unidos da América
EA	Eventos Adversos
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEPCS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
MOSPSC	<i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i>
MS	Mato Grosso do Sul
OR	<i>Odds Ratio</i>
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSI	<i>Patient Safety Incidents</i>
RCR	Ressuscitação Cardiorrespiratória
SES/DF	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SOAPC	<i>Survey of Organizational Attributes for Primary Care</i>
SPSS	<i>Statistical Package For The Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WSS	<i>Wrong Side Surgery</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A SEGURANÇA DO PACIENTE..	15
2.2	EVENTOS ADVERSOS NA ODONTOLOGIA	17
2.3	CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ODONTOLOGIA.....	19
2.4	INSTRUMENTO DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	21
3	OBJETIVO GERAL	24
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
4	METODOLOGIA	25
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	25
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	25
4.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	26
4.4	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS	26
4.5	INSTRUMENTO DE PESQUISA	26
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	28
4.6.1	Análise do Instrumento de CSP	28
4.6.2	Análise estatística	29
5	ASPECTOS ÉTICOS	31
6	RESULTADOS	32
6.1	ARTIGO	33
7	CONCLUSÃO	52
8	REFERÊNCIAS	53
9	APÊNDICE	57

1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade do cuidado de saúde é antiga e vem desde Hipócrates (460-370 a.C.), autor da expressão “*Primum non nocere*”, cujo significado remete à - primeiro não cause danos. À medida que o conhecimento e a ciência avançaram, em especial após a II Guerra Mundial, foram introduzidas mudanças tecnológicas na medicina, causando impacto em toda área da saúde, modificando a configuração dos serviços de saúde, as relações entre os profissionais e os pacientes (BRASIL, 2014).

O relatório *To err is Human*, do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA), no ano de 2000, apontou a magnitude dos eventos adversos (EA) – danos causados pelo cuidado – no ambiente hospitalar. A publicação relatava que entre 44.000 a 98.000 pessoas morriam por ano, devido a erros que podiam ser prevenidos (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 1999). Após o relatório, vários países, inclusive o Brasil, passaram a examinar incidentes relacionados ao cuidado de saúde, desenvolvendo estratégias de prevenção para melhorar a qualidade, segurança, eficiência e a efetividade dos cuidados de saúde (BRASIL, 2014).

Entre as estratégias, destaca-se a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, proposta em 2004 pela Organização Mundial de Saúde. Foram estabelecidas seis metas internacionais para a segurança do paciente: identificar os pacientes corretamente, melhorar a comunicação efetiva (prescrição e resultados de exames diagnósticos), melhorar a segurança para medicamentos de riscos, eliminar cirurgias em membros ou pacientes errados, reduzir o risco de adquirir infecções e reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas (WHO, 2006).

Assim, o principal objetivo da segurança do paciente é evitar EA na medida do possível e limitar as consequências negativas daqueles que são inevitáveis (BRASIL, 2014). Na Odontologia, o esforço para aumentar a segurança do paciente ainda é incipiente e necessário. Um estudo realizado na Espanha, entre os anos de 2000 e 2010, analisou as características dos EA que se originam do atendimento odontológico – por meio de 4.149 reclamações legais – e identificou uma frequência de EA nas especialidades de implantodontia (25,5%), endodontia (20,7%) e cirurgia bucal (20,4%). De acordo com os resultados, até 44,3% dos EA ocorridos foram devidos a erros e complicações previsíveis e evitáveis (PEREA-PÉREZ *et al.*, 2014). Segundo Maramaldi *et al.* (2016) na prática odontológica podem ser reconhecidos mais de 800 EA, desde parada cardiorrespiratória até a fadiga mandibular por procedimentos demorados.

Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o intuito de estabelecer práticas de segurança do paciente para todos os serviços de saúde, incluindo a produção, sistematização, difusão dos conhecimentos sobre a segurança do paciente e o fomento da inclusão do tema no ensino em saúde (BRASIL, 2013).

Sabe-se pouco sobre a forma como os dentistas generalistas enxergam a segurança do paciente em odontologia (BAILEY, 2015). É reconhecida a necessidade de se promover a capacitação dos profissionais da saúde, promovendo mudanças significativas na cultura das instituições referente à qualidade e segurança do paciente, colaborando para o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias à assistência segura ao paciente (BRASIL, 2014; REIS *et al.*, 2017).

As ações educativas devem ser intensificadas devido a mínimos ou nenhum conhecimento dos cirurgiões-dentistas acerca da temática de segurança do paciente. Entretanto, a escassez de literatura sobre o tema dificulta o trabalho educativo voltado para a Odontologia no que diz respeito à frequência dos EA, suas caracterizações e implicações na população assistida.

A Política Nacional de Atenção Primária (PNAB), publicada pela Portaria Ministerial nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, apresenta orientações acerca da organização e do funcionamento das instituições de saúde. Estabelece que a Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da rede de atenção à saúde e que tem como prioridade as equipes de estratégia de saúde da família para sua expansão e consolidação. Compete ao cirurgião-dentista colocar em prática as políticas e os objetivos do SUS, bem como capacitar a equipe por meio de educação permanente e da ampliação do acesso da comunidade à promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal (BRASIL, 2017).

No campo da Atenção Primária à Saúde (APS), há espaço para estudos sobre a segurança do paciente, visto que, a grande maioria dos cuidados em saúde acontece na APS (MARCHON; MENDES JÚNIOR, 2014). Entende-se que avaliar a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) na APS é um passo importante para a melhoria na qualidade e na segurança do cuidado, considerando a abrangência que este cenário tem na rede de atenção à saúde (GALHARDI *et al.*, 2018).

A área médica desenvolveu vários instrumentos para medir a cultura de segurança das instituições, através da medição de itens quantificáveis, mensurando os valores da cultura de segurança dos cuidados de saúde providos. Dentre eles, destaca-se o *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), que foi desenvolvido em 2007 pela *Agency for Healthcare*

Reaserch e Quality (AHRQ). Tal instrumento é uma extensão da pesquisa hospitalar da AHRQ, que foi adaptada para o ambiente ambulatorial (AHRQ, 2015).

O estudo metodológico de tradução e adaptação cultural do instrumento aconteceu no Brasil em 2015, porém diversos países no mundo já o utilizavam, demonstrando-se sua utilidade como forma de investigação científica para a APS (TIMM, 2016). Em 2014, Ramoni *et al.*, mediram a CSP utilizando-se do MOSPSC, como um meio de acionar um círculo virtuoso de melhoria dentro do consultório odontológico e destacou a escassez de informações na área.

Em 2020, Yansane *et al.* avaliaram a CSP através do uso do instrumento MOSPSC, entre prestadores de serviço odontológico em 4 instituições distintas e concluíram que embora a segurança do paciente tenha chamado a atenção nos últimos anos, déficits significativos ainda existem nas percepções de qualidade e segurança para aspectos chaves da prestação de cuidados entre os provedores e a equipe odontológica.

O fato de serem escassos os dados divulgados acerca de incidentes na Odontologia inserida na APS, sugere que não há ocorrências de EA associados ao cuidado odontológico, o que culmina com pouca ou insuficiente vigilância relativa a essa temática pela equipe de Saúde Bucal (eSB), desconsiderando-se a necessidade de capacitação dos profissionais sobre esse assunto.

Frente a esse cenário, o presente estudo propõe-se a analisar os EA e sua associação com as dimensões da CSP, por meio da perspectiva dos Cirurgiões-Dentistas inseridos na APS do Distrito Federal e do Mato Grosso do Sul, tendo-se como questão norteadora: **A Cultura de Segurança do Paciente nas instituições de saúde reflete-se na existência de Eventos Adversos identificados pelos cirurgiões-dentistas?**

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção Primária em Saúde e a Segurança do Paciente

A APS é a porta de entrada para alguns sistemas de saúde e é o nível de atenção mais utilizado pela população. É sabido que a maior parte do contato entre usuários e profissionais ocorre nas Unidades Básicas de Saúde inseridas nesse cenário de cuidado (TESSER, 2018).

A APS no Brasil é coordenada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2017). A ESF é representada por equipes da Saúde da Família compostas minimamente por um médico, um enfermeiro, um técnico/auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando essa equipe é ampliada, conta, ainda, com um cirurgião-dentista, um auxiliar de consultório dentário e/ou um técnico em higiene dental, formando a equipe de Saúde Bucal. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de cerca de 3.000 a 4.000 habitantes de uma determinada área (BRASIL, 2017).

Para compreender as competências da equipe de Saúde Bucal na APS é preciso entender a dimensão do setor saúde e suas especificidades. No Brasil, a expansão da rede primária de assistência à saúde ocorreu com a implantação do SUS, aprovado pela Constituição Federal de 1988, que surgiu a partir das manifestações de um conjunto de necessidades sociais de saúde, como garantia constitucional do direito universal à saúde em diversos níveis de complexidade (primária, secundária e terciária) (MENDES, 2013).

Dentre as atribuições dos Cirurgiões-Dentistas inseridos na eSB, encontram-se:

[...] Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais; Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade; Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o seguimento do tratamento. (BRASIL, 2008, p.19).

Poucos são os estudos voltados à segurança do paciente na atenção primária, tanto na área médica quanto na odontológica, sendo a maior parte deles existentes centrada no erro e não na consequência dos eventos adversos (ESTUDIO, 2008). Em hospitais, a revisão retrospectiva de prontuários é considerada padrão-ouro em estudos de mensuração de incidentes

(BAKER *et al.*, 2004). Já na APS não existe um método considerado padrão ouro. A pesquisa quantitativa na APS é considerada imatura e as medidas de ocorrência de incidentes não são consideradas robustas (MAKEHAM *et al.*, 2008).

O termo “Segurança do paciente” foi definido internacionalmente por Runciman *et al.* em 2009, como sendo a redução do risco de danos desnecessários para um mínimo aceitável nos cuidados em saúde, e é reconhecido como dimensão fundamental para a qualidade em saúde.

Em 2012, a Organização Mundial da Saúde (OMS) organizou um grupo para analisar e estudar questões especificamente envolvidas com a segurança no cenário da APS, por meio do projeto “*Safer Primary Care*”, que teve como objetivo promover compreensão e conhecimento sobre os riscos para os pacientes na atenção primária, a magnitude e a natureza do dano evitável decorrente das práticas inseguras e os mecanismos seguros para proteger os usuários nesse nível de atenção (OMS, 2012). Mediante uma revisão sistemática, o grupo concluiu que, dentre outras evidências, pouco se sabe sobre a contribuição da APS para reduzir os danos evitáveis, não havendo ainda um método mais indicado para a investigação de incidentes. Em geral, houve uma intensa concordância sobre a necessidade de se ampliar os estudos internacionalmente na área de segurança do paciente na atenção primária em saúde (OMS, 2012).

É fundamental identificar a ocorrência dos eventos para que se caminhe na compreensão de seus fatores contribuintes, do seu impacto na saúde e da efetividade de métodos de prevenção (MARCHON *et al.*, 2015). Os autores deste estudo mensuraram incidentes no paciente da APS em treze unidades de saúde da família do Rio de Janeiro, através da aplicação de um questionário para 20 profissionais de saúde, baseado no estudo australiano *Primary Care International Study of Medical Errors* (PCISME). Foram registrados 125 incidentes e o estudo considerou que os tipos mais encontrados estavam associados à medicação e diagnóstico. O fator contribuinte mais relevante foram falhas de comunicação entre os membros da equipe de saúde. Assim, apesar de ter ganhado visibilidade com a inclusão da APS no PNSP em 2013, os pesquisadores conceberam que as análises campo da Segurança do Paciente ainda são incipientes.

2.2 Eventos Adversos na Odontologia

Os primeiros estudos na Odontologia sobre Eventos Adversos propuseram medir a sua frequência, compreender suas causas, suscitando reflexão acerca dos desafios inerentes às especificidades da prática odontológica (CORRÊA *et al.*, 2020).

Existem poucos estudos sobre injúrias ao paciente e métodos de prevenção de danos em Odontologia. O estudo de Hiiivala *et al.* (2016) identificou e caracterizou os incidentes odontológicos de segurança do paciente – do inglês *Patient Safety Incidents* – (PSIs) em uma amostra nacional de casos encerrados e notificados na Finlândia disponíveis (n = 948) durante 2000-2012. A maioria dos supostos PSIs foram comprovados como válidos e avaliados como potencialmente evitáveis. As PSIs foram mais frequentemente relacionadas a diferentes procedimentos ou diagnósticos de tratamento odontológico. Mais da metade de todos os PSIs foram avaliados como graves, apresentando risco grave ou causando danos permanentes ou de longa duração aos pacientes. O risco de PSI foi maior entre os dentistas do sexo masculino com queixas e notificações recorrentes. Os resultados mostram uma prevalência relativamente alta de incidentes evitáveis na odontologia finlandesa.

Embora incomuns, as emergências médicas no consultório odontológico são ocorrências angustiantes que podem ser o resultado de reações adversas a medicamentos (DONALDSON; GOODCHILD, 2016).

Além disso, os estudos sobre Eventos Adversos na área odontológica ainda não obedecem um padrão validado, carecendo de mais estudos. Corrêa e Mendes (2017) elaboraram uma lista com quatorze rastreadores para compor um instrumento com critérios explícitos para identificar potenciais eventos adversos no cuidado odontológico, essenciais para os estudos de revisão retrospectiva de prontuários. Os rastreadores sugeridos foram: necessidade de retratamento de um mesmo dente ou necessidade de refazer um mesmo procedimento concluído há menos de doze meses; lesões ocorridas no ambiente (ambulatório/consultório de odontologia) que não foram causadas pelo tratamento odontológico propriamente dito; complicações na área do procedimento durante o tratamento odontológico; complicações sistêmicas durante ou após o tratamento odontológico; infecções decorrentes do cuidado odontológico; retorno para atendimento de urgência, seja por dor e/ou edema ou outro motivo; complicações relacionadas à prescrição medicamentosa; insatisfação expressa ou documentada pelo paciente ou por sua família; alteração não planejada de plano terapêutico; óbito; falha ou fratura de instrumento durante o tratamento; cirurgia de Caldwell-Luc/acesso ao seio maxilar;

realização de enxerto ou uso de Agregado de Trióxido Mineral; quaisquer outras complicações que não se incluam nos itens anteriores. Entretanto, esse estudo apresenta uma limitação importante no que diz respeito a não validação prática do instrumento, pois segundo os autores, para que se possa confirmar sua capacidade em auxiliar nas pesquisas de EA em Odontologia faz-se necessário testá-lo em uma pesquisa de revisão retrospectiva de prontuários, o que não foi realizado.

Maramaldi *et al.* (2016) realizaram entrevista telefônica com profissionais de odontologia e especialistas nos EUA, pedindo que identificassem os tipos de EA que poderiam ocorrer em ambientes odontológicos. Foram identificados 747 EA únicos e 540 causas, e os tipos mais frequentemente identificados foram "Aspiração / ingestão" em 14% (n = 142), "Local errado, procedimento errado, erros do paciente errado" em 13%, "Danos no tecido duro" em 13% e " Danos em tecidos moles " em 12%.

Como na Medicina, os procedimentos extremamente sofisticados praticados na Odontologia acarretam riscos presumíveis para os pacientes, que podem resultar em danos. A ênfase nos déficits de segurança do paciente e na melhoria da qualidade mostraram um crescimento considerável na avaliação do desempenho dos cuidados em saúde. Apenas os EA mais graves são conhecidos devido a processos judiciais, relatos de casos ou relatos na mídia de notícias. Após desenvolver rastreadores eletrônicos para a detecção de EA odontológicos, Kalenderian *et al.* (2018) identificaram 100 eventos, sendo a dor o mais comumente apontado (57% dos casos), seguido por infecção e lesão de tecido duro. O estudo utilizou-se de gatilhos desenvolvidos por uma equipe de especialistas com experiência coletiva em Odontologia nos EUA, os quais quantificaram e caracterizaram os danos sofridos pelo paciente na cadeira do dentista.

Com o propósito de desenvolver uma lista de eventos adversos em odontopediatria e avaliar sua ocorrência entre os odontopediatras, Calvo *et al.* (2019) desenvolveram o primeiro inventário de eventos adversos em odontopediatria, através do envio de questionários semiestruturados. O estudo, que contou com a entrevistas de 10 especialistas renomados e 1042 odontopediatras atuantes nos EUA, questionou os profissionais sobre a sua experiência com os EA citados nos últimos 18 meses. Foi possível desenvolver uma lista de EA que ocorriam na prática ambulatorial, sendo o mais comum o trauma de tecido mole pós tratamento (86.1%), seguido de dano ao dente adjacente (52%) e dano ao tecido mole durante o momento operatório (47%). O EA menos experienciado foi a requisição de uma ressuscitação cardiopulmonar do paciente (0,5%) e a aspiração de materiais pelo paciente (0,4%).

Durante o período de 2013 a 2016 os dados do relatório de segurança do paciente odontológico de um serviço de saúde militar nos EUA foram analisados para determinar o tipo, incidência, fatores contribuintes, configurações e tendências a erros odontológicos ocorridos. Cirurgias em lado errado – do inglês *Wrong-site surgery* (WSS) representaram a maior proporção de EA, seguidas por intraoperatório ou pós-operatório imediatos ou logo após procedimentos ou problemas na cirurgia (63% e 14%, respectivamente). Dentro da categoria WSS, a anestesia no local errado e o dente errado tratado foram as duas maiores subcategorias (40% e 32%, respectivamente) (STAHL; MACK K; GILLINGHAM, 2020).

Os diversos estudos identificados pela revisão integrativa de Corrêa *et al.* (2020) trouxeram achados que vão desde complicações por anestesia local/sedação, lesões produzidas em língua e lábios, até a perda de dentes por exodontia trocada, lesões oculares e mesmo o óbito; incidentes relacionados a alergias, infecções, atraso ou falha no diagnóstico, falha no procedimento, entre outros. Porém, os principais EA identificados foram: lesões em tecidos duros e moles da cavidade oral, com destacada atenção à possibilidade de exodontias trocadas; alergias, complicações anestésicas e infecções, circunstâncias que, se agravadas, podem inclusive levar ao óbito. Compreender as causas da ocorrência de EA e identificar soluções para evitá-los foram consonantes a muitos estudos, representando o esforço para mitigar o problema.

Por fim, é imperativo lembrar que o conhecimento sobre a epidemiologia dos EA é essencial para que uma abordagem relacionada ao apoio não punitivo aconteça, pois há evidências de que profissionais envolvidos em EA, também chamados “segunda vítima”, podem sofrer emoções que afetam o seu desempenho e sua saúde (CORRÊA *et al.*, 2020). Portanto, faz-se necessário que as organizações se comprometam com a segurança, aprendam com os erros e analisem seus processos de trabalho, cuidando desta forma do paciente e seus familiares em primeiro lugar e, também dos profissionais que nelas atuam (BOHOMOL, 2019).

2.3 Cultura de Segurança do paciente na Odontologia

É fundamental a criação de uma cultura de segurança do paciente para que haja conscientização sobre a importância da notificação dos EA. A construção de uma cultura de segurança requer reconhecer a segurança do paciente como elemento central da qualidade em saúde e, portanto, integrá-la à missão e aos objetivos da organização, como indicador de saúde para o desenvolvimento de projetos e formas de trabalhar (CHRISTIANI e ROCHA, 2015).

Muitos estudos objetivaram avaliar de maneira quantitativa e qualitativa a CSP nas mais diversas instituições de saúde, dos múltiplos países. Leong *et al.* (2008) realizaram um estudo quantitativo e observacional avaliando a CSP entre alunos, funcionários e professores em sete clínicas de escolas de odontologia dos EUA, comparando-os com aqueles profissionais de um estudo semelhante realizado em vinte hospitais no mesmo país. Ao final do estudo os autores sugeriram a implantação de um sistema de notificação de incidentes e destacaram a necessidade de envolvimento da liderança no processo.

Ramoni *et al.* (2014) compararam a CSP em três escolas de odontologia dos EUA, identificando áreas para melhorias através da administração do instrumento validado MOSPSC, desenvolvido pela AHRQ, a professores de odontologia, higienistas dentais, estudantes de odontologia e funcionários. A categoria "Trabalho em equipe" recebeu as notas mais altas e "Rastreamento e acompanhamento do paciente" e "Apoio da liderança para a segurança do paciente" as mais baixas. Apenas 48% dos entrevistados classificaram os sistemas e processos em vigor para prevenir / detectar os problemas do paciente como bons / excelentes. Todas as dimensões de segurança do paciente receberam notas mais baixas do que nas práticas médicas.

Um estudo quantitativo com 268 dentistas foi realizado em Western, na Índia, por Ali *et al.* (2017), avaliando distintos aspectos da cultura organizacional entre os odontólogos. Foi utilizado o instrumento SOAPC – *Survey of Organizational Attributes for Primary Care* – uma versão alemã que mede aspectos da cultura organizacional na área da saúde, concluindo que a psicometria está imensamente relacionada com as diferentes formas de atributos organizacionais para o atendimento odontológico (comunicação, tomada de decisão, estresse/caos e história de mudança). Apontou também que para fornecer segurança e cuidado ao paciente, os dentistas devem levar em consideração o atributo da organização.

Durante os anos de 2011 e 2012 foram analisados 16.060 prontuários de pacientes que receberam atendimento em clínicas de graduação e pós-graduação nas clínicas odontológicas da Universidade Javeriana na Colômbia. Foram identificados 43 EA, evidenciando-se que um dos pontos fracos da CSP é a falta de compreensão do conceito de EA e a escassez de pesquisas. Os pesquisadores destacaram a necessidade de treinamento para a adesão de práticas seguras, aquisição de habilidades de comunicação e centralidade do cuidado no paciente (HUERTAS *et al.*, 2017).

Chew *et al.* (2018) recomendaram a promoção da CSP nas escolas de formação odontológica. Refletem que ética e profissionalismo devem apoiar o desenvolvimento de um sistema de cultura de segurança e treinamento na promoção da segurança do paciente no currículo odontológico.

Dentro da caracterização do conceito de Segunda Vítima, Tartaglia & Matos (2020) ressaltaram a necessidade de reconhecer ainda mais a natureza do fenômeno e estabelecer apoio organizacional para os profissionais de saúde afetados. Para os autores, deve ser construído um clima organizacional em que essas questões delicadas sejam discutidas de maneira clara, não julgadora e não punitiva, enfatizando, ainda, a necessidade de estruturas de suporte bem estabelecidas, que possam atender às necessidades dos profissionais de saúde envolvidos.

Bailey e Dungarwalla (2021) desenvolveram um estudo com o intuito de fornecer uma visão geral da segurança do paciente em Odontologia, discutindo os seguintes aspectos da segurança do paciente: fatores humanos; melhores práticas; conceito de segunda vítima; potenciais excessos na regulamentação e a criação de uma cultura de segurança do paciente na APS. Para isto, sugerem o uso do relatório de incidentes como ferramenta importante no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente.

A Segurança do Paciente é um tema muito complexo e o objetivo final de todos os serviços de saúde deve ser a prestação de cuidados de uma maneira segura e eficaz, dentro da compreensão dos fatores humanos (BAYLEY, DUNGARWALLA, 2021).

2.4 Instrumento de Cultura de Segurança do paciente

O instrumento MOSPSC foi desenvolvido em 2007 pela AHRQ nos EUA e enfatiza questões relacionadas à segurança do paciente e a qualidade do cuidado de saúde (AHRQ, 2016).

O instrumento foi traduzido, adaptado e validado semanticamente por Timm *et al.* (2015) e seguiram-se as etapas de tradução, retrotradução, análise de especialistas, grupo de população meta e pré-teste com amostra de 37 especialistas. Foi avaliado como de fácil compreensão e com nível satisfatório de validade de conteúdo. É constituído de 51 perguntas, que medem 12 dimensões do construto da Segurança do Paciente que incluem: 1) comunicação aberta; 2) comunicação sobre o erro; 3) troca de informações com outros setores; 4) processo de trabalho e padronização; 5) aprendizagem organizacional; 6) percepção geral da segurança do paciente e qualidade; 7) apoio dos gestores na segurança do paciente; 8) seguimento da assistência ao paciente; 9) questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade; 10) treinamento da equipe; 11) trabalho em equipe; 12) pressão no trabalho e ritmo. A versão do MOSPSC em português apresentou o alfa de Cronbach total de 0,95, indicando uma confiabilidade alta de acordo com a análise estatística.

As 51 perguntas são divididas em nove Seções, a saber: **Seção A:** possui 10 questões relacionadas à segurança do paciente e à qualidade da assistência; **Seção B:** 4 questões sobre troca de informações entre a equipe e outras instituições de serviços de saúde; **Seção C:** 15 questões relacionadas a temática “trabalhando neste serviço de saúde”; **Seção D:** 12 questões sobre a comunicação entre os profissionais e o acompanhamento do paciente; **Seção E:** 4 questões relacionadas ao apoio dos profissionais pelos gestores/administradores/líderes; **Seção F:** 7 questões sobre a temática “seu serviço de saúde”; **Seção G:** 2 questões referentes a avaliação global sobre o serviços de saúde prestado; **Seção H:** 3 questões sobre a prática profissional; **Seção I:** 1 questão discursiva sobre comentários dos participantes.

No Brasil, o estudo de validação psicométrica foi realizado na APS por Dal Pai *et al.* (2019), com resultado satisfatório de Alfa de Cronbach, apresentando viabilidade de aplicação e potencial de avaliação da sua estrutura.

O referido instrumento permite identificar se a cultura de segurança do paciente na APS é positiva, mas para isso, em média, o percentual de respostas positivas deve atingir 50% ou mais, além de identificar as áreas que necessitam de melhorias. Permite a identificação das dimensões consideradas “pontos fortes” da cultura de segurança do paciente, quando em média, o percentual de respostas positivas for igual ou superior a 75% e como “pontos fracos” quando os percentuais de respostas positivas forem inferiores a 60%. De acordo com a AHRQ, resultados de dimensões inferiores a 60% de respostas positivas necessitam de melhorias (AHRQ, 2016).

Raimondi *et al.* (2019), utilizando-se do instrumento MOSPSC, compararam a CSP entre as categorias profissionais (Equipe de Saúde da Família, Equipe de Atenção Básica e Equipe de Saúde Bucal) atuantes em um município de médio porte da região sul do país, a qual apresentou-se positiva entre a maioria das classes. O estudo sugeriu promover espaços de debate conjunto para construção de ações rumo à melhoria da qualidade do cuidado e sua segurança, o que talvez possa ser uma estratégia profícua ao avanço assistencial, além de constituir um baixo custo.

Ao avaliar, através do uso do instrumento MOSPSC, a CSP na perspectiva da equipe multiprofissional de 17 unidades de Saúde da Família de um município do Rio Grande do Sul, e sua relação com as características laborais, Dal Pai *et al.* (2020) evidenciaram que os profissionais inquiridos (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, atendentes administrativos, agentes comunitários de saúde, agentes de endemia e outros profissionais de saúde – nele incluídos os cirurgiões-dentistas – expressam cultura de segurança do paciente positiva, exceto na dimensão Pressão e ritmo de trabalho. O resultado demonstra que

trabalhadores e gestores do serviço devem direcionar olhares para a dimensão que foi negativa e pensar em estratégias que possam melhorar a rotina e a carga de trabalho vivenciada diariamente.

3 OBJETIVO GERAL

Identificar os EA relatados pelo cirurgião-dentista na assistência odontológica da APS e analisar as dimensões da CSP associadas a esse desfecho.

3.1 Objetivos Específicos

- Conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos Cirurgiões-dentistas inseridos na APS do DF e do MS;
- Identificar a frequência e tipos de eventos adversos que ocorrem no paciente assistido na APS;
- Avaliar a cultura de segurança do paciente na prática odontológica da APS, associando-a como fator contribuinte à ocorrência de EA.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, analítica e inferencial.

4.2 Local do Estudo

O estudo abrange dois territórios distintos e escolhidos por conveniência, que são o Distrito Federal (DF) e o Estado do Mato Grosso do Sul (MS). Foi desenvolvido tomando-se como base as equipes de Saúde Bucal do serviço público dessas unidades da federação.

Segundo o Censo 2019 o Distrito Federal possui 3.015.268 habitantes, estendendo-se por uma área de 5.760,783 km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019). A Constituição da República Federativa do Brasil veda a divisão do Distrito Federal em municípios. Entretanto, foram criadas superintendências, para coordenar as ações de saúde nas regiões, de acordo com a territorialização do DF. Já o Estado de Mato Grosso do Sul, segundo o Censo 2018 possui 2.748.023 habitantes, estendendo-se por uma área de 145,532 km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018). O Estado é dividido em quatro macrorregiões e 79 municípios e a cobertura da atenção primária em saúde no âmbito da Odontologia é da responsabilidade dessas 554 equipes, compostas por um cirurgião-dentista e um auxiliar ou técnico em saúde bucal. A divisão dos estabelecimentos de saúde do Estado de Mato Grosso do Sul, no período da entrevista, deu-se em quatro regiões de saúde: Campo Grande, Três Lagoas, Dourados e Corumbá.

O Distrito Federal apresenta ao todo 182 equipes de saúde bucal, sendo 159 Equipes Constituídas e 23 Equipes Mais Médicos, distribuídas em sete regiões – Sudoeste, Oeste, Centro Sul, Sul, Leste, Norte e Centro-Norte, e 13 Centros de Especialidades Odontológicas, essenciais para a composição da Rede de Atenção à Saúde Bucal (CNESNet, 2020). Desse modo, a pesquisa abordou no DF as 182 equipes de saúde bucal inseridas na Atenção Primária em Saúde cadastradas no CNES, além das 181 outros ainda não cadastrados em março de 2020, totalizando 363 profissionais atuantes na Atenção Primária nessa Unidade da Federação. No mesmo momento, o Mato Grosso do Sul contava com 554 equipes cadastradas.

4.3 População de estudo e critérios de inclusão e exclusão

A população de estudo considerou para o cálculo amostral os 363 cirurgiões-dentistas da Atenção Primária em Saúde do Distrito Federal e os 554 provenientes do Mato Grosso do Sul, totalizando 917 profissionais, respeitando-se os seguintes critérios de inclusão: estar ativo na Secretaria de Saúde de uma das duas Unidades da Federação estudadas. Foi utilizado como critério de exclusão: cirurgiões-dentistas que se encontravam em serviços administrativos no momento da coleta dos dados. O cálculo amostral foi de 156 e 183 para o DF e MS, respectivamente, somando-se 339 profissionais, tomando-se como base de erro 5% em uma confiabilidade de 90%.

4.4 Procedimentos para a coleta dos dados

Solicitou-se, previamente, a autorização da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e do Mato Grosso do Sul, requerendo o apoio da gestão para convidar os profissionais que trabalham nas unidades básicas de saúde a responderem ao questionário da pesquisa (ANEXO D).

Os dados foram coletados pela pesquisadora no período de abril a agosto de 2021, por meio do envio de um questionário autoaplicável. O aplicativo *Survey Monkey* foi utilizado para inserção do questionário em formato *online*, o qual foi disparado por e-mail e inserido nas redes sociais. Um lembrete foi encaminhado a todos os não-respondentes antes do estudo ser fechado. Cada participante, antes de receber o questionário, foi informado dos seus objetivos e procedimentos e recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Somente aqueles que concordaram e assinalaram o aceite eletronicamente do TCLE responderam ao questionário. Foram mantidos o anonimato e a confidencialidade de todos envolvidos.

4.5 Instrumento de pesquisa

O instrumento da pesquisa foi dividido em três partes, sendo a primeira a aplicação de 7 questões referentes aos dados sociodemográficos e profissionais dos participantes: idade, raça

ou cor de pele autorreferida, unidade da federação onde atua profissionalmente, o município ou região administrativa onde atua, sexo, tempo de formação na Odontologia em anos e nível de formação (APÊNDICE I).

A segunda parte constou de aplicação de questões objetivas, no qual foi avaliada a presença de 13 EA, com base em dois inventários prévios (CALVO *et al.*, 2019; CORRÊA; MENDES, 2017). Os cirurgiões-dentistas foram questionados quanto à possibilidade de terem vivenciado em sua prática clínica, nos últimos 12 meses, os incidentes listados no inquérito. As questões de EA foram transformadas em Escala *Likert*, variando de 1 a 5, na qual cada profissional registrou, de forma anônima e confidencial, respondendo: Não aconteceu nos últimos 12 meses (1), Aconteceu poucas vezes nos últimos 12 meses (2), Aconteceu algumas vezes nos últimos 12 meses (3), Aconteceu muitas vezes nos últimos 12 meses (4) e Aconteceu sempre nos últimos 12 meses (5) para a frequência dos 13 EA. Posteriormente indagou-se sobre o registro em prontuário como também a respeito da existência de um possível público específico acometido pelos EA.

A terceira parte constou da aplicação de pesquisa de CSP para a APS, oriundo da adaptação transcultural do instrumento MOSPSC, validado em português por Timm *et al.* (2016). Optou-se pelo uso deste instrumento baseando-se na livre disponibilidade sem ônus, pelo fato de ter sido desenvolvido para aplicação ambulatorial, avaliando diversas dimensões da cultura de segurança. Além disso, há abrangência dos diversos atores envolvidos na prestação de serviço da Atenção Primária em Saúde, englobando o profissional cirurgião-dentista.

O Guia de usuário utilizado foi o MOSPSC versão 2016, o qual recomenda que em casos em que o pesquisador queira “administrar uma pesquisa mais curta, com menos itens, os componentes que a instituição de saúde não queira avaliar devem ser identificados e todos eles excluídos dentro da seção”. O guia não recomenda a remoção de itens de diferentes seções em toda a pesquisa, pois neste caso as pontuações não serão comparáveis com outras instituições.(AHRQ, 2016).

Assim, a seção “B” do instrumento dos autores foi removida em sua integralidade por se tratar de troca de informação com outras entidades de saúde, tal como a atenção secundária em hospitais, que foge do escopo desta pesquisa. Igualmente a Seção “E” foi extraída por se tratar da avaliação de cargos de gerência e/ou administrador, que não são alvo deste estudo. Destarte como aconteceu com a Seção “H”, por se tratar de questões relacionadas à prática profissional, uma vez que a entrevista relativa à primeira parte já abrange o perfil estudado, o

qual se exaure na profissão a ser investigada (APÊNDICE I). O contato com autores do instrumento foi obtido e a autorização deferida (ANEXO II).

4.6 Análise dos Dados

Todas as variáveis da primeira parte do instrumento, das questões fechadas da parte dois e três foram transferidas para um banco de dados, permitindo uma análise estatística descritiva e apresentada por meio de tabelas e gráficos contendo as frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, sendo todos os dados objetos de discussão e reflexão com base na literatura.

Os comentários referentes à Seção I da parte três do instrumento foram dispostos como estavam narrados pelos participantes.

4.6.1 Análise do Instrumento de CSP

Para o cálculo específico da escala MOSPSC – Parte três do Instrumento –, utilizou-se as instruções originais da agência AHRQ. O percentual de respostas positivas das seções foi calculado considerando-se a combinação das classificações positivas na escala Likert mais fortes (“concordo” / “concordo totalmente” ou “quase sempre” / “ sempre ” ou “várias vezes nos últimos 12 meses ” / “uma ou duas vezes nos últimos 12 meses ” / “ não aconteceu nos últimos 12 meses”), embora a resposta “discordo” / “discordo totalmente” ou “raramente” / “nunca” em um item com palavras negativas indiquem uma resposta positiva. As respostas “não se aplica / não sei” e valores ausentes foram excluídos na exibição das porcentagens para os itens em questão. (AHRQ, 2015).

A porcentagem de respostas positivas para cada item foi calculada pelo quociente entre a soma das respostas positivas e o total de respostas para o respectivo item. Assim, o cálculo da porcentagem média das respostas positivas nos permitiu obter as pontuações de cada dimensão, sendo classificada como forte, quando 75% ou mais dos participantes responderam concordo totalmente/concordo ou frequentemente/ sempre para as perguntas formuladas positivamente; e discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente para as perguntas formuladas negativamente. Foram classificadas como fracas, quando 50% ou mais dos sujeitos responderam negativamente, optando por discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente

para perguntas formuladas positivamente, ou usando concordo totalmente/concordo, sempre/frequentemente para perguntas formuladas negativamente.

O estudo da confiabilidade da escala MOSPSC foi realizado pelo coeficiente alfa de *Cronbach*, que reflete o grau de covariância entre os itens de uma escala. Dessa forma, quanto menor a soma da variância dos itens, mais consistente é considerado o instrumento. Sobre a classificação, o alfa de *Cronbach*, varia de 0 a 1, e os valores considerados aceitáveis são entre 0,60 e 0,95. Valores menores que 0,60 podem não ser suficientes para demonstrar a consistência interna de um instrumento e valores muito elevados podem indicar redundância entre os itens (MCDONALD, 1999; HAIR, 2009).

4.6.2 Análise estatística

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o auxílio do programa *Statistical Package for Social Sciences* versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, 2018) para *Windows*. A apresentação dos resultados ocorreu pela estatística descritiva através das distribuições absoluta e relativa (n - %), bem como pelas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão e amplitude interquartis). A simetria das distribuições contínuas foi avaliada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

Para o cálculo específico na escala MOSPSC, referente ao percentual de respostas positivas das seções foi calculado considerando-se a combinação das classificações positivas na escala Likert mais altas (“concordo” / “concordo totalmente” ou “quase sempre” / “ sempre ” ou “várias vezes nos últimos 12 meses ” / “uma ou duas vezes nos últimos 12 meses ” / “ não aconteceu nos últimos 12 meses”), embora a resposta “discordo” / “discordo totalmente” ou “raramente” / “nunca” em um item com palavras negativas indiquem uma resposta positiva. A resposta “não se aplica / não sei “e valores ausentes foram excluídos na exibição das porcentagens de respostas para os itens em questão.

Na comparação das variáveis contínuas, entre dois grupos independentes foram utilizados os testes t-Student e Mann Whitney U (distribuições assimétricas). Quando a comparação dos escores envolveu três ou mais grupos independentes foi empregada a Análise de Variância One Way – Post Hoc Bonferroni. A hipótese de homogeneidade de variância foi verificada pelo teste de Levene e, quando rejeitada usou-se a correção de Brown-Forsythe - Post Hoc Scheffé. Quando a comparação dos escores entre três ou mais grupos, envolveu as variáveis contínuas assimétricas, foi empregado o teste de Krukall Wallis – Post Hoc Dunn.

Considerando-se as análises bivariadas entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2), onde nas tabelas de contingência 2x2, foi empregada a correção de continuidade de Yates. Nas situações onde as tabelas de contingência apresentaram células com frequências esperadas menores que 5, superiores a 20%, foi utilizado o teste Exato de Fisher (simulação de Monte Carlo).

O estudo da confiabilidade da escala MOSPSC foi realizado pelo coeficiente alfa de Cronbach. O coeficiente alfa de Cronbach reflete o grau de covariância entre os itens de uma escala. Dessa forma, quanto menor a soma da variância dos itens, mais consistente é considerado o instrumento. Sobre a classificação, o alpha de Cronbach, varia de 0 a 1, e os valores considerados aceitáveis são entre 0,60 e 0,95. Valores menores que 0,60 podem não ser suficientes para demonstrar a consistência interna de um instrumento e valores muito elevados podem indicar redundância entre os itens (MCDONALD, 1999; HAIR, 2009).

5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi protocolado na Plataforma Brasil e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ Brasília, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 42462820.4.0000.8027, como também no Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/SES/DF) sob o CAAE nº 42462820.4.3001.5553, sob o parecer 4661103, na data de 20 de abril de 2021. Todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos foram seguidas conforme Resolução Nº 466/2012 (BRASIL, 2013) (ANEXO III).

6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados no formato de artigo intitulado **EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS À CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: ESTUDO TRANSVERSAL COM CIRURGIÕES-DENTISTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, que será submetido à revista *Ciência & Saúde Coletiva*.

6.1 Artigo

EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS À CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: ESTUDO TRANSVERSAL COM CIRURGIÕES-DENTISTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO

O objetivo do artigo foi analisar a associação entre a ocorrência de eventos adversos (EA) percebidos pelos cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde (APS) com as dimensões da cultura de segurança do paciente (CSP). Trata-se de um delineamento transversal, com aplicação de questionário *on-line* no estado do Mato Grosso do Sul e no Distrito Federal. O desfecho (EA) foi mensurado pela vivência clínica de 350 profissionais. Foram coletadas informações sociodemográficas e aplicado o instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* validado no Brasil. Utilizou-se para análise a regressão de Poisson. Foi identificada alta frequência de profissionais que vivenciaram pelo menos um EA nos últimos 12 meses (94%). Evidenciou-se que o evento mais relatado foi: “O paciente necessitou de retorno para atendimento de urgência seja por dor e/ou edema ou outro motivo”, após uma intervenção clínica (60,5%; n=211). A “Percepção geral da segurança do paciente e qualidade” (OR: 0,87; IC:95%: 0,75 – 0,93), o “Processo de trabalho e padronização” (OR: 0,85; IC95%: 0,74 – 0,98) e o “Trabalho em equipe” (OR: 1,15; IC95%: 1,01 – 1,30), foram as dimensões relacionadas a esse desfecho. Conclui-se que são frequentes os EA na prática odontológica da APS, sendo associados à CSP. Isso reforça a necessidade de estimular a sua compreensão e interpor barreiras que evitem danos ao paciente.

Palavras-chave: Eventos Adversos, Segurança do Paciente, Cultura Organizacional, Atenção Primária à Saúde, Odontologia.

INTRODUÇÃO

Eventos adversos (EA) são danos não relacionados à história natural da doença e que resultam em prejuízos não intencionais ao paciente durante a prestação do cuidado em saúde ¹. Devido aos seus desdobramentos negativos, faz-se necessário conhecê-los e compreender como ocorrem no cotidiano do trabalho.

Na Odontologia, os primeiros estudos sobre o assunto datam de 2012 e propuseram medir a sua frequência e compreender suas causas ^{2,3,4}. Em levantamento realizado na Finlândia, por exemplo, entre os anos de 2000 a 2012 identificou-se 948 EA, sendo a maioria classificados como potencialmente evitáveis e frequentemente relacionados a erros de procedimentos ou diagnósticos durante o tratamento³. A presença de 747 EA ocorridos durante a assistência em ambientes odontológicos nos Estados Unidos foi verificada em estudos durante os anos de 2006 a 2016, sendo os mais frequentes a aspiração ou ingestão de materiais (14%), procedimentos errados ou procedimentos realizados em local errado (13%), danos no tecido duro (13%) e danos em tecidos moles (13%) ⁵.

No Brasil, considerando os serviços públicos ofertados especialmente pela Atenção Primária à Saúde (APS), considera-se a presença de 0,90% de EA detectados na prática médica assistencial ⁶, porém poucas são as investigações que esclarecem a prevalência e os motivos desses incidentes relacionados aos cuidados odontológicos nesse nível de atenção ².

Observa-se que a implantação de estratégias que fomentem a cultura de segurança do paciente (CSP) atuam de forma a minimizar a ocorrência de EA ⁷. Pesquisas realizadas na área médica e hospitalar identificaram que desempenhos negativos em dimensões da CSP podem colaborar com a presença de EA⁸. Isso justifica-se, pois, a CSP propicia habilitar pacientes e profissionais no reconhecimento e gerenciamento de EA ⁹, sendo compreendida como o produto individual ou coletivo de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde na promoção de segurança ¹⁰. A forte CSP impulsiona os profissionais a refletirem acerca do cuidado, assegurando a imparcialidade no tratamento dos EA, sem sofrerem medidas de punição frente à ocorrência dos mesmos ¹¹.

Demonstrou-se a associação entre CSP e a ocorrência de EA relacionados à segurança do paciente na área médica e hospitalar^{12,13}, sendo ainda ausente tal relação na Odontologia. Frente ao exposto, revelou-se a necessidade de identificar os EA ocorridos durante a prestação de cuidados odontológicos na APS, afim de avançar em reflexões que culminem no aprimoramento da cultura de segurança. Deste modo, o presente estudo tem o objetivo de

identificar os EA relatados pelo cirurgião-dentista na assistência odontológica da APS e analisar as dimensões da CSP associadas a esse desfecho.

MÉTODOS

Tipo de estudo e coleta de dados

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e inferencial, empregado para examinar as associações entre a CSP percebida pelos cirurgiões-dentistas atuantes na APS do Distrito Federal (DF) e do Mato Grosso do Sul (MS) e a ocorrência de EA, no período de abril a agosto de 2021. Foram consideradas 182 equipes de Saúde Bucal (eSB) inseridas no DF e 554 no MS, totalizando 736 profissionais por eSB. A amostra foi calculada obedecendo a proporção do total de profissionais de cada unidade da federação, considerando um intervalo de confiança de 90% e erro aceitável de 5%.

Na coleta de dados aplicou-se um inquérito *on-line*, por meio do aplicativo *Survey Monkey*®, utilizando-se e-mails dos profissionais obtidos pelas Secretarias de Saúde e disparo em grupos *WhatsApp*®.

Utilizou-se um instrumento dividido em três partes, sendo a primeira a aplicação de 07 (sete) questões referentes aos dados sociodemográficos e profissionais dos participantes: idade (em anos), raça ou cor de pele autorreferida (amarela, branca, indígena, parda e preta), unidade da federação onde atua profissionalmente (DF ou MS), o município ou região administrativa onde trabalha, sexo (masculino ou feminino), tempo de formação na Odontologia (em anos) e nível de formação (graduação, especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado).

A segunda parte constou de aplicação de questões objetivas, no qual foi avaliada a presença de 13 EA, com base em dois inventários prévios^{14,15}. Os cirurgiões-dentistas foram questionados quanto à frequência vivenciada em sua prática clínica, nos últimos 12 (doze) meses, dos seguintes incidentes: um paciente apresentou trauma de tecido mole após uso de anestésico local durante o tratamento; um dente adjacente foi cortado/danificado durante o preparo dentário; um paciente sofreu danos em tecidos moles (por ex. gengiva, língua, palato) durante o tratamento restaurador; ocorreu infecção decorrente do cuidado odontológico; o paciente necessitou de retorno para atendimento de urgência seja por dor e/ou edema ou outro motivo; um paciente apresentou parestesia após anestesia local; um paciente engoliu material odontológico (por ex. coroa de aço, gaze, rolo de algodão, instrumento quebrado, grampos, ou bráquetes ortodônticos); um paciente apresentou reação alérgica (por ex. a um material

odontológico ou anestésico ou outra complicação decorrente de prescrição medicamentosa); a equipe odontológica/paciente não sabia dessa alergia; um procedimento odontológico (restauração, extração, selante, etc.) foi feito em um dente errado; o corpo do paciente foi ferido/machucado durante a contenção física. (por ex. pelo uso de faixas, abridores de boca); o dente de um paciente foi perfurado durante o procedimento de pulpotomia e/ou pulpectomia; um paciente necessitou de ressuscitação cardiorrespiratória (RCR) durante procedimento odontológico; houve a necessidade de retratamento de um mesmo dente ou necessidade de refazer um mesmo procedimento concluído há menos de 12 (doze) meses. As frequências de todos os EA percebidos pelos cirurgiões-dentistas foram pontuadas em escala *Likert*, variando da seguinte forma: Não aconteceu nos últimos 12 (doze) meses (1), aconteceu poucas vezes nos últimos 12 meses (2), aconteceu algumas vezes nos últimos 12 meses (3), aconteceu muitas vezes nos últimos 12 meses (4) e aconteceu sempre nos últimos 12 meses (5).

A terceira parte constou da aplicação de instrumento de Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária, oriundo da adaptação transcultural do instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC)¹⁶, validado em português por Timm *et al.*¹⁷. Foram utilizadas as seções A (Segurança do paciente e qualidade), C (Trabalhando neste serviço de saúde), D (Comunicação e acompanhamento), F (Seu serviço de saúde), G (Avaliação global) e I (Seus comentários) em sua integralidade. As respostas foram fornecidas utilizando-se escala *Likert* de 6 pontos de frequência, variando de 1 (diariamente) a 6 (não aconteceu nos últimos 12 meses) ou de concordância, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Ao final de cada resposta foi incluída a opção “não se aplica ou não sei”, que foram excluídos na exibição das porcentagens para os itens em questão.

Análise de dados

A porcentagem de respostas positivas para cada item da escala MOSPSC foi calculada pelo quociente entre a soma das respostas positivas e o total de respostas para o respectivo item. Dessa maneira, o cálculo da porcentagem média das respostas positivas permitiu obter as pontuações de cada dimensão, sendo classificada como forte, quando 75% ou mais dos participantes responderam concordo totalmente/concordo ou frequentemente/sempre para as perguntas formuladas positivamente; e discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente para as perguntas formuladas negativamente. Foram classificadas como fracas (com potencial de melhoria) quando 50% ou mais dos sujeitos responderam negativamente, optando por discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente para perguntas formuladas positivamente, ou usando concordo totalmente/concordo, sempre/ frequentemente para perguntas formuladas

negativamente. A classificação neutra enquadra-se no intervalo entre 50 e 75% do total de respondentes.

Foi empregada análise multinível de regressão de *Poisson* para avaliar a associação entre as dimensões da CSP e os EA relatados pelos respondentes. Tanto as estimativas descritivas como as análises efetuadas consideraram os eventos como o número de vezes em que foram apontados pelos cirurgiões-dentistas, o qual variou de zero (nenhum evento foi relatado) até o máximo de 8; com mediana de 3 eventos (1º-3º quartil: 2 – 4) e média estimada em 2,8 eventos (desvio padrão = 1,6) por profissional. Esta nova variável foi correlacionada aos escores da escala de CSP.

Para medida de associação entre variáveis, controlou-se o efeito para o sexo, tempo de formação na área odontológica, nível de escolaridade e UF. O modelo contemplou todas as dimensões, independentemente do nível de significância observada na análise bivariada, buscando-se identificar possíveis inter-relações entre as dimensões, de forma robusta, pelo número de EA ¹⁸. Como a variável dependente foi definida como quantitativa discreta, foi utilizada a estimativa de risco pelo *Odds Ratio* (*OR*), ajustado para todas as variáveis do modelo e dentro do intervalo de 95% de confiança para cada uma das variáveis ¹⁹. Para a análise dos dados quantitativos foi utilizado o software *Statistical Package For The Social Science – SPSS*, versão 20.0.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ - Brasília, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 42462820.4.0000.8027 e no Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/SES/DF) sob o CAAE nº 42462820.4.3001.5553. Todos os participantes assinalaram o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de forma eletrônica.

RESULTADOS

Foram respondidos 480 questionários (taxa de resposta de 52,34%). Após a exclusão daqueles incompletos, foram utilizados os dados de 350 na análise final, dos quais 244 (76%) eram mulheres. A idade média foi de 40 anos (DP = ±9,8) e o tempo de formação na odontologia entre 17,5 e 9,5 anos. Mais da metade dos profissionais autorreferiram-se com cor de pele branca (67,3%; n=233) e com nível de formação especialização (73,2%; n = 254). Dentre os

profissionais respondentes, 44,6% (n=154) atuavam profissionalmente no DF e 55,4% (n=191) no MS (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e profissional dos respondentes (n=350); Distrito Federal e Mato Grosso do Sul, 2022

Variáveis	Total amostra (n=350) ^A	
	N	%
Idade (anos)^B		
Média±DP (Amplitude)	40,7±9,8 (22 - 67)	
Mediana (1°-3° Quartil)	41 (32 - 48)	
Raça ou cor de pele autorreferida^B		
Amarela	13	3,8
Branca	233	67,3
Indígena	1	0,3
Parda	93	26,9
Preta	6	1,7
Unidade da Federação onde atua profissionalmente^B		
Distrito Federal	154	44,6
Mato Grosso do Sul	191	55,4
Sexo^B		
Feminino	244	76,0
Masculino	77	24,0
Tempo de formação na Odontologia (anos)^{B E}		
Média±DP (Amplitude)	17,5±9,5 (0,5 - 45)	
Mediana (1°-3° Quartil)	18 (10 - 24)	
Nível de formação^B		
Graduação	59	17,0
Especialização	254	73,2
Mestrado	27	7,8
Doutorado	6	1,7
Pós-doutorado	1	0,3

A: Percentuais obtidos com base no total de casos válidos.

B: Dados ausentes – Idade [1(0,3%)]; Raça /cor autorreferida, Unidade da federação [5(1,4%)]; Sexo [29(8,3%)]; Nível de formação [3(0,9%)].

E: Teste Shappiro Wilk (p<0,05) -Variável com distribuição assimétrica (não aproximadamente normal)

Considerando a análise descritiva dos EA, identificou-se que o evento “O paciente necessitou de retorno para atendimento de urgência seja por dor e/ou edema ou outro motivo” foi relatado por 79% (n=276) dos profissionais na somatória de todas as frequências para os últimos 12 meses, alcançando a maior porcentagem. Foi seguido pelo evento “Houve a necessidade de retratamento de um mesmo dente ou necessidade de refazer um mesmo

procedimento concluído há menos de doze meses”, com a somatória de frequências de acontecimentos de 69,7% (n=244).

Após a análise das respostas positivas, “Aconteceu poucas vezes nos últimos 12 meses”, “Aconteceu algumas vezes nos últimos 12 meses”, “Aconteceu muitas vezes nos últimos 12 meses” e “Aconteceu sempre nos últimos 12 meses”, foi possível notar uma diminuição na frequência dos EA vivenciados, embora, seja nítida a presença nos quatro possíveis *scores* quando o evento é claramente presente.

Conforme observado na tabela 2, nenhum dos eventos “aconteceu sempre nos últimos 12 meses” na prática clínica odontológica e o que apresentou maior índice de respostas negativas foi “Um paciente necessitou de ressuscitação cardiorrespiratória (RCR) durante procedimento odontológico” 350 (100,0%), ou seja, não ocorreu na prática de nenhum profissional (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição de Eventos Adversos em Odontologia na Atenção Primária à Saúde; (n=350), Distrito Federal e Mato Grosso do Sul, 2022.

Eventos Adversos	Frequência para os últimos 12 meses ^C									
	Não aconteceu		Aconteceu poucas vezes		Aconteceu algumas vezes		Aconteceu muitas vezes		Aconteceu sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Um paciente apresentou trauma de tecido mole após uso de anestésico local durante o tratamento. ^B	286	81,9	56	16,0	5	1,4			2	0,6
Um dente adjacente foi cortado/danificado durante o preparo dentário. ^B	298	85,4	48	13,8	2	0,6	1	0,3		
Um paciente sofreu danos em tecidos moles (por ex. gengiva, língua, palato) durante o tratamento restaurador.	178	50,9	148	42,3	22	6,3	2	0,6		
Ocorreu infecção decorrente do cuidado odontológico.	258	73,7	85	24,3	6	1,7	1	0,3		
O paciente necessitou de retorno para atendimento de urgência seja por dor e/ou edema ou outro motivo. ^B	73	20,9	211	60,5	49	14,0	12	3,4	4	1,1
Um paciente apresentou parestesia após anestesia local.	338	96,6	12	3,4						
Um paciente engoliu material odontológico (por ex. coroa de aço, gaze, rolo de algodão, instrumento quebrado, grampos, ou bráquetes ortodônticos).	345	98,6	5	1,4	345	98,6				
Um paciente apresentou reação alérgica (por ex. a um material odontológico ou anestésico ou outra complicação decorrente de prescrição medicamentosa); a equipe odontológica/paciente não sabia dessa alergia.	328	93,7	22	6,3						
Um procedimento odontológico (restauração, extração, selante, etc.) foi feito em um dente errado. ^B	342	98,3	5	1,4	1	0,3				
O corpo do paciente foi ferido/machucado durante a contenção física. (por ex. pelo uso de faixas, abridores de boca) ^B	326	93,4	20	5,7	3	0,9				
O dente de um paciente foi perfurado durante o procedimento de pulpotomia e/ou pulpectomia.	328	93,7	21	6,0	1	0,3				
Um paciente necessitou de ressuscitação cardiopulmonar (RCR) durante procedimento odontológico.	350	100,0								
Houve a necessidade de retratamento de um mesmo dente ou necessidade de refazer um mesmo procedimento concluído há menos de doze meses.	106	30,3	186	53,1	54	15,4	3	0,9	1	0,3

C: Percentuais de cada questão obtidos com base no total de respostas válidas para a escala (n=350)

B: Dados ausente – Q1, Q2, Q5, Q10 [1(0,3%)]; Q9 [2(1(0,6%))].

Ainda em relação aos EA, buscou-se identificar o número de profissionais que apontaram nenhum ou então um ou mais eventos. De acordo com os resultados obtidos, 6,0% (n=21) não apontaram eventos, ou seja, afirmaram não ter vivenciado quaisquer dos 13 itens nos últimos 12 meses. No entanto, 15,1% (n=53) apontaram um evento; 22,0% (n=77) dois eventos; 27,1% (n=95) três eventos; 13,6% (n=57) quatro eventos; e 13,4% (n=47) cinco ou mais eventos (máximo de 8 eventos). Desta forma, o desfecho final apontou para 94,0% (n=329) dos profissionais vivenciando pelo menos um EA no período.

Após a finalização dessa segunda parte do inquérito, os cirurgiões-dentistas foram arguidos sobre o possível registro de EA no prontuário do paciente e a respeito de um provável grupo no qual os EA aconteceriam mais frequentemente. Verificou-se que 92,7% (n=279) dos profissionais mencionaram essa anotação após o procedimento clínico. Além disso, um número reduzido de casos, 31,3% (n=94), reconheceram que na sua vivência os EA ocorreram com maior frequência em um público específico. Sobre este grupo de 94 profissionais, se destacam a população de crianças menores de 6 anos, 41,9% (n=39); pacientes com necessidades especiais, 20,4% (n=19) e adultos, 17,2% (n=16). As demais porcentagens somam aqueles referentes ao grupo de crianças entre 7 e 12 anos, adolescentes e idosos, com 20,5% (n=20).

Em relação à escala MOSPSC, foram obtidas as proporções de respostas positivas para as diversas dimensões estudadas. De acordo com os números apresentados na Tabela 3, atentou-se que a porcentagem média de respostas variou entre os mais baixos resultados para a dimensão “Pressão no trabalho e ritmo” (33,1%) seguido por “Treinamento da equipe” (38,1%), ambas não atingindo 50% de respostas positivas. Em contrapartida, os maiores cálculos corresponderam às dimensões “Percepção geral da segurança do paciente e qualidade” (82,2%), seguido por “Trabalho em equipe” (78%). Ambas alcançaram uma porcentagem de respostas positivas $\geq 75\%$, sendo avaliadas como áreas fortes. Verificou-se que a proporção média de respostas positivas para o total da escala foi estimada em 56,4% (cultura neutra).

Tabela 3 – Proporção média de repostas positivas para o instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC); n=350, Distrito Federal e Mato Grosso do Sul, 2022

Escala MOSPSC	Média de Respostas positivas (n=350)
Percepção geral da segurança do paciente e qualidade (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10)	82,2
Trabalhando neste serviço de saúde	
Trabalho em equipe (C1, C2, C5, C13)	78,0
Pressão no trabalho e ritmo (C3, C6, C11, C14)	33,1
Treinamento da equipe (C4, C7, C10)	38,1
Processo de trabalho e padronização (C8, C9, C12, C15)	48,3
Comunicação entre profissionais e Acompanhamento dos pacientes	
Comunicação aberta (D1, D2, D4, D10)	48,7
Seguimento da assistência ao paciente (D3, D5, D6, D9)	63,9
Comunicação sobre o erro (D7, D8, D11, D12)	47,4
Seu serviço de saúde	
Aprendizado organizacional (F1, F5, F7)	68,1
Questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade (F2, F3, F4, F6)	71,8
Avaliação global sobre os serviços prestados	
Pontuação geral de qualidade (G1A, G1B, G1C, G1D, G1E)	41,5

A tabela 4 apresenta a análise univariada, que foi relacionada aos escores das dimensões da escala de cultura de segurança. Os resultados apontaram que o número elevado de EA se mostrou relacionado a baixos escores nas dimensões “Percepção geral da segurança do paciente e qualidade” (OR: 0,82; IC95%: 0,760 – 0,893; p: 0,011); “Processo de trabalho e padronização” (OR: 0,875; IC95%: 0,803 – 0,955; p: 0,003); “Seguimento da assistência ao paciente” (OR: 0,904; IC95%: 0,844 – 0,969; p: 0,004); “Pontuação geral de qualidade” (OR: 0,910; IC95%: 0,837 – 0,990; p: 0,029); e “Avaliação geral em segurança do paciente” (OR: 0,925; IC95%: 0,865 – 0,988; p: 0,021).

Na análise bivariada houve significância estatística entre as dimensões “Percepção geral da segurança do paciente e qualidade” (OR: 0,87; IC:95%: 0,75 – 0,93; p:0,01); “Trabalho em

equipe” (OR: 1,15; IC95%: 1,01 – 1,30; p: 0,04) e “Processo de trabalho e padronização” (OR: 0,85; IC95%: 0,74 – 0,98; p: 0,03), com o desfecho.

Tabela 4 – Modelo de regressão de Poisson para prever o número de eventos adversos através das dimensões da escala MOSPSC.

Escala MOSPSC	Regressão de Poisson Univariada ^A				Regressão de Poisson (VD Número de eventos adversos) ^B			
	OR	IC95% OR		p-valor	OR	IC95% OR		p-valor
		Inferior	Superior			Inferior	Superior	
Percepção geral da segurança do paciente e qualidade	0,89	0,79	0,92	0,011	0,87	0,75	0,93	0,01
Trabalho em equipe (C1, C2, C5, C13)	0,97	0,88	1,06	0,489	1,15	1,01	1,30	0,04
Pressão no trabalho e ritmo (C3, C6, C11, C14)	0,97	0,90	1,05	0,494	1,06	0,95	1,18	0,32
Treinamento da equipe (C4, C7, C10)	0,95	0,89	1,03	0,223	0,98	0,88	1,10	0,79
Processo de trabalho e padronização (C8, C9, C12, C15)	0,89	0,81	0,95	0,003	0,85	0,74	0,98	0,03
Comunicação aberta (D1, D2, D4, D10)	1,04	0,90	1,20	0,587	1,10	0,94	1,30	0,24
Seguimento da assistência ao paciente (D3, D5, D6, D9)	0,90	0,84	0,97	0,004	0,97	0,87	1,07	0,54
Comunicação sobre o erro (D7, D8, D11, D12)	0,94	0,87	1,02	0,126	0,97	0,87	1,08	0,57
Aprendizado organizacional (F1, F5, F7)	0,96	0,88	1,05	0,427	1,06	0,93	1,20	0,39
Questões relacionadas à segurança do paciente e qualidade	0,94	0,86	1,03	0,168	1,00	0,86	1,15	0,98
Pontuação geral de qualidade (G1A, G1B, G1C, G1D, G1E)	0,91	0,84	0,99	0,029	1,00	0,89	1,13	0,96
G2 Avaliação geral em segurança do paciente	0,92	0,86	0,99	0,021	0,96	0,88	1,06	0,46

DISCUSSÃO

O estudo evidenciou que é elevada a prevalência de EA na prática odontológica da APS, percebida pelos cirurgiões-dentistas, sendo relacionado às dimensões “Percepção geral da segurança do paciente e qualidade”, “Processo de trabalho e padronização” e “Trabalho em equipe” da CSP.

A associação identificada com a “Percepção geral da segurança do paciente e qualidade” sugere que a diminuição da qualidade dos cuidados em saúde e possíveis processos de trabalho não sistematizados contribuem para a maior frequência de EA. Este achado corrobora com os apontamentos do *Institute of Medicine*, o qual demonstra que EA podem ser evitados projetando-se sistemas nos quais a execução correta de tarefas pelos profissionais seja a escolha mais fácil, estabelecendo-se, portanto, protocolos claros e eficientes para prevenir esses eventos e melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados²⁰. Assim, uma assistência com menos erros poderá ser alcançada através de uma mudança no modo de organização do trabalho, do ambiente, na participação mais ativa dos profissionais de saúde e pacientes, no sentido de que seja reforçada a participação dos usuários quanto à identificação e prevenção de ocorrências adversas²¹.

Costa *et al.*²² afirmam que os problemas que envolvem qualidade e segurança têm impactos financeiros, sociais e psicológicos importantes, que atingem tanto o paciente quanto a instituição de saúde, necessitando-se de novas estratégias desenvolvidas com foco na superação dessas fragilidades. Nesse contexto, ressalta-se também que a necessidade cada vez maior de aumentar a confiabilidade dos processos desenvolvidos em serviços de saúde tem popularizado métodos e técnicas para análise e gestão de riscos, minimização de falhas e melhoria da segurança do paciente²³.

A dimensão “Processo de trabalho e padronização” avaliou questões relacionadas à organização do serviço, atividades e fluxos. A padronização é importante ao possibilitar alinhamento e organização na execução do trabalho, o que não significa engessá-lo, mas conduzi-lo de maneira a contribuir para o resultado desejado, conforme elucidado o manual *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*¹⁶. Infere-se, portanto, que a diminuição da organização da instituição, de seu fluxo de trabalho efetivo, da padronização dos processos para conclusão de tarefas e dos adequados procedimentos para verificação da exatidão do trabalho realizado implicam em um aumento sobre o número de EA registrados pelos profissionais.

Dal Pai *et al.* ²⁴, ao avaliar equipes de saúde em estudo transversal utilizando o instrumento MOSPSC, sugeriu que “Processo de trabalho e padronização” é uma dimensão que está diretamente relacionada ao cargo ocupado, observando-se que o coordenador obteve médias positivas superiores aos demais profissionais. Também sugere que muitas vezes os profissionais da APS não conseguem atender às demandas espontâneas da unidade, fato que evidencia a vulnerabilidade no processo de trabalho e a padronização das tarefas da equipe. ²⁴

Diante da presença de eventos adversos vivenciados pelos profissionais do estudo, outro aspecto da CSP associado a este desfecho foi o “Trabalho em equipe”, revelando que elevados escores nesta dimensão implicam na maior frequência de EA. Utilizando-se do mesmo instrumento, porém em ambiente hospitalar, o trabalho em equipe foi significativamente associado a menores ocorrências de EA em estudo realizado com enfermeiros iranianos ²⁵. De maneira similar, em avaliação baseada na coleta de dados nos hospitais não-governamentais da Cisjordânia, a dimensão foi associada negativamente com taxas de EA ²⁶. Também se identificou em revisão de literatura que diante dos fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes críticos e EA, o trabalho em equipe desempenha um papel importante na causalidade e na prevenção desses eventos, sem, contudo, demonstrar uma associação numérica positiva ²⁷.

Autores como Santos *et al.* reafirmam que o trabalho em equipe precisa ser construído dentro da prática interdisciplinar, onde o diálogo deva propiciar a aproximação entre os diferentes atores, com a clareza de que todo o conhecimento só ganha significado quando compartilhado ²⁸. Desse modo, recomenda-se realizar rodas de conversa, fazer capacitações e treinamentos em boas práticas de segurança do paciente nos serviços de saúde e fortalecer a educação permanente, como forma de incitar melhorias sobre a CSP.

Ainda são necessários estudos para a discussão dos achados divergentes na dimensão “Trabalho em equipe” do corrente estudo. Deve-se levar em conta a participação de apenas uma categoria profissional – a de cirurgião dentista, e, conforme asseguram Christiani & Rocha ²⁹, a sua pouca experiência na abordagem de CSP.

Quanto aos achados relacionados aos EA na APS, os cirurgiões-dentistas listaram uma gama de danos ao usuário. A alta frequência de profissionais (94%) apontou pela vivência de pelo menos um EA, resultado que converge com outros estudos ^{13, 30}. Propondo categorizar o tipo e a gravidade dos EA encontrados no consultório odontológico, Kalenderian *et al.* desenvolveram estudos nos Estados Unidos por meio de revisão de prontuários. Oito revisores independentes identificaram que em 85,6% desses verificou-se presença de EA ³⁰. A pesquisa

de Calvo *et al.*¹³ apontou para um total de 92,7% dos odontopediatras nos Estados Unidos vivenciando pelo menos um EA nos últimos 18 (dezoito) meses.

Entretanto, em estudo ocorrido na clínica de pós-graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Javeriana de Bogotá, somente em 6,1% dos prontuários analisados foi encontrado algum relato de EA. Tal achado deve ser apreciado de forma crítica, pois, pode-se observar que o registro e preenchimento dos prontuários é corriqueiramente precário, o que somado à abrangência e indefinição do conceito sobre o tema poderia levar à subestimação dos dados³¹. Ensaldo-Carrasco *et al.*³² expõem que as evidências obtidas ainda são consideradas frágeis para fornecer estimativas confiáveis sobre a incidência e frequência desses eventos, exatamente por serem necessárias investigações epidemiológicas bem desenhadas que também investiguem os fatores contribuintes.

A contribuição desses resultados para a gestão e assistência de Odontologia consiste em permitir a identificação dos principais EA percebidos dentro da APS, a fim de que sejam tomadas providências visando minimizá-los. Tomando-se como base o evento de maior frequência relatado: “O paciente necessitou de retorno para atendimento de urgência seja por dor e/ou edema ou outro motivo”, importa refletir sobre a descontinuidade do cuidado odontológico e o estabelecimento do vínculo nas áreas adscritas. Conforme afirmam Pereira *et al.*³³, o acesso aos serviços de saúde bucal muitas vezes ocorre por meio da urgência odontológica, sendo necessárias medidas e ações que visem uma atenção à saúde integral e mais resolutiva. Em uma revisão de casos odontológicos publicados, Obadan *et al.*³⁴ evidenciaram que a dor é o tipo mais comum de EA identificado. Esse achado leva a refletir que alguns procedimentos realizados na APS, aparentemente, não estão sendo resolutivos e contribuem para o retorno do usuário com comprometimento físico – como presença de dor e edema. Isso sugere a necessidade de qualificar os procedimentos, especialmente aqueles que levam ao atendimento de urgência como pulpite, fraturas, entre outros. Além dos prejuízos aos usuários em relação ao retorno à unidade básica de saúde, essa é uma situação que sobrecarrega a assistência e o agendamento no serviço³⁴.

Como forma de minimizar essa lacuna, sugere-se a promoção de protocolos devidamente validados que definam funções e organizem os processos relacionados ao cuidado do paciente, bem como a prática da educação permanente dos profissionais que atuam na assistência odontológica no contexto da APS.

A variável relacionada à necessidade de retratamento de um mesmo dente ou necessidade de refazer um mesmo procedimento concluído há menos de doze meses alcançou a segunda maior frequência, o que evidencia a necessidade de avaliação da durabilidade dos procedimentos realizados. Nesse sentido, ratifica-se a importância da formação e treinamento do profissional, já que questões relacionadas a fatores humanos propiciam a ocorrência de EA, tal como indicado por Huertas *et al.*³⁵

Em relação ao público assistido, salienta-se que embora algumas circunstâncias como a idade, deficiências motoras, algumas doenças psíquicas e neurológicas favoreçam o acontecimento do EA¹⁴, no presente estudo somente 31,3% dos cirurgiões-dentistas reconheceram esta circunstância, apontando para o maior acometimento na população de crianças menores de 6 anos. Resultado semelhante foi observado em estudo comparativo da taxa de incidência e diversidade de EA em ensaios clínicos entre diferentes faixas etárias desenvolvido por Luo *et al.* que concluiu que crianças pequenas e idosos são mais susceptíveis a EA quando comparados a outras faixas etárias³⁶.

Assim como em outras áreas da saúde, avaliar a CSP em odontologia é uma etapa indispensável para sensibilizar a equipe sobre a segurança do paciente, identificando seu estado atual, seus pontos fortes e áreas passíveis de melhoria ou frágeis³⁷.

Para tratamento e análise de dados, utilizou-se a recomendação da AHRQ no quesito avaliação da porcentagem de respostas positivas quanto à CSP¹⁵. Os pontos fortes evidenciados relacionam-se à dimensão “Percepção geral da segurança do paciente e qualidade”, seguido por “Trabalho em equipe”. Alguns estudos mostraram igual resultado no atendimento odontológico quanto à primeira dimensão, a qual reflete que a qualidade do atendimento ao paciente é mais importante que a quantidade de trabalhos feitos^{38,39}.

Sobre a dimensão “Trabalho em equipe”, estudos realizados em clínicas odontológicas e instituições acadêmicas observaram que profissionais de uma mesma unidade de saúde tendem a conceber positivamente o trabalho realizado, pois, dividem momentos e desenvolvem afeto em seu ambiente laboral. Apontaram ainda ser essa dimensão imprescindível quando se trata dos aspectos relacionados à CSP e à qualidade dos trabalhos prestados^{40,41,42}.

Em contrapartida, os resultados mostraram algumas áreas que precisam ser melhoradas. Os valores mais baixos alcançados relacionam-se com a dimensão “Pressão no trabalho e ritmo”, resultado similar ao de outros estudos na área odontológica^{38,40}. Silva *et al.*⁴³, em

revisão integrativa sobre a aplicação do instrumento MOSPSC na área médica, sugeriu que a inadequação entre o número de pessoal e a carga de pacientes favoreceria a ocorrência de erros, gerando reflexões importantes acerca da falta de investimentos na APS. A dimensão “Treinamento da equipe” (38,1%) foi apontada como a segunda área de maior lacuna quanto à percepção positiva entre os profissionais respondentes, inferindo-se que as organizações avaliadas não oferecem aos profissionais treino efetivo em serviço, além de não os capacitar em novos processos e atribuir-lhes tarefas para as quais não foram habilitados ¹⁶.

Como limitações do estudo, cita-se o fato de ter sido realizado por meio de questionário autoaplicável, dependente da memória de cada profissional em relatá-lo. Além disso, este estudo transversal não pode afirmar causalidades, já que não prova a existência de sequência temporal entre a cultura de segurança do paciente e a ocorrência do evento adverso percebido pelos profissionais.

O uso da escala *Likert*, inserida no instrumento de EA, revelou dados que permitem apenas conjecturas relacionais de equivalência, não podendo ser medidas a quantidade da experiência. Ainda, em função da pandemia da Covid-19, houve a suspensão dos procedimentos eletivos no atendimento odontológico. Este período coincidiu com a coleta de dados do estudo em tela, o que pode ter alterado a recordação dos respondentes sobre frequência de EA.

Entretanto, ressalta-se a conjuntura de ser este o primeiro estudo transversal realizado sobre o assunto no Distrito Federal e Mato Grosso do Sul; daí a importância de seus achados nessa amostra de profissionais que vivenciaram EA na APS. Apesar de ser essa uma temática pouco explorada na odontologia, os resultados podem indicar alvos específicos para interpor barreiras e planejar ações visando evitar danos aos pacientes. Recomendam-se pesquisas que estimulem a compreensão da CSP e divulgação da prática entre os profissionais.

CONCLUSÃO

O estudo identificou elevada frequência de profissionais que apontaram ter vivenciado pelo menos um EA nos últimos 12 (doze) meses. O evento mais relatado pelos cirurgiões-dentistas da APS foi: “O paciente necessitou de retorno para atendimento de urgência seja por dor e/ou edema ou outro motivo”, após uma intervenção clínica. A “Percepção geral da segurança do paciente e qualidade”, o “Processo de trabalho e padronização” e o “Trabalho em equipe” foram as dimensões da cultura de segurança do paciente relacionadas a esse desfecho.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final Technical Report. Geneva: WHO; 2009 [cited 2020 Apr 6].
2. Corrêa CDTSO, Sousa P, Reis CT. Segurança do paciente no cuidado odontológico: revisão integrativa. Cad. Saúde Pública 2020; 36(10).
3. Hiivala N, Mussalo-Rauhamaa H, Tefke HL, Murtooma H. An analysis of dental patient safety incidents in a patient complaint and healthcare supervisory database in Finland. Acta Odontol Scand 2016; 74(2):81-9.
4. Kalenderian E, Walji MF, Tavares A, Ramoni RB. An adverse event trigger tool in dentistry: a new methodology for measuring harm in the dental office. J Am Dent Assoc 2013; 144:808- 14.
5. Maramaldi P, Walji MF, White J, Etolue J, Kahn M, Vaderhobli R, Kwatra J, Delattre VF, Hebballi NB. How dental team members describe adverse events. J Am Dent Assoc 2016; 147(10): 803-811.
6. Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavão ALB Características dos eventos adversos na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública 2015; 31(11): 2313-2330.
7. Marinho MM, Radünz V, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. Texto Contexto Enferm 2014; 23(3):581-90.
8. Rocha RC, Abreu IM, Carvalho REFL, Rocha SS, Madeira MZA, Avelino FVSD. Cultura de segurança do paciente em centros cirúrgicos: perspectivas da enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2021; 55.
9. Marchon SG, Mendes Junior WV. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. Cad. Saúde Pública 2014; 30(9): 1815-1835.
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*. Brasília: ANVISA; 2016. 68 p.
11. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains D Lackan NA. What is Patient Safety Culture? A review of the literature. Journal Nursing Scholarship 2010;42(2):156-165.
12. Najjar S, Nafouri N, Vanhaecht K, Euwema M. The relationship between patient safety culture and adverse events: A study in Palestinian hospitals. Safety in Health 2015; 1(16).
13. Wang X, Liu K, You L M, Xiang J, Hu H, Zhang L, Zhu X. The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey. Int J Nurs Stud 2014; 51(8): 1114-1122.
14. Calvo J, Obadan-Udoh E, Muhammad W, Kalenderian E. Adverse Events in Pediatric Dentistry: An Exploratory Study. Pediatr Dent 2019; 41(6): 455-467.
15. Corrêa CDTSO, Mendes W. Proposta de um instrumento para avaliar eventos adversos

em odontologia. *Cad Saúde Pública* 2017; 33(11).

16. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*. Rockville, MD: AHRQ; 2015. Disponível em: www.ahrq.gov.

17. Timm M, Rodrigues MCS. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. *Acta Paul. Enferm* 2016; 29(1): 26-37.

18. Gujarati DN, Poorter DC. *Econometria básica*. 5. ed. Porto Alegre: AMGH, 2011. 924 p.

19. Greene WH. *Econometrics analysis*. 5 ed. New Jersey: Prentice Hall, 2002. 802 p.

20. Institute of Medicine. *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academies Press; 2000.

21. Schatkoski AM, Wegner W, Algeri S, Pedro ENR. Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura. *Rev Latinoam Enferm* 2009; 17(3).

22. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2018; 27(3).

23. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde*. Brasília: ANVISA; 2017.

24. Dal Pai S, Alves BFD, Pluta P, Winter VDB, Kolankiewicz ACB. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Rev Baiana enferm* 2020; 34(1): 20-28.

25. Kakemam E, Hajizadeh A, Azarmi M, Zahedi H, Gholizadeh M, Roh YS. Nurses' perception of teamwork and its relationship with the occurrence and reporting of adverse events: A questionnaire survey in teaching hospitals. *J Nurs Manag* 2021;29(5):1189-1198.

26. Najjar S, Nafouri N, Vanhaecht K, Euwema, M. The relationship between patient safety culture and adverse events: a study in palestinian hospitals. *Safety in Health* 2015; 1(16).

27. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009; 53(2):143–151.

28. Santos RR, Lima EFA, Freitas PSS, Galavote HS. A influência do trabalho em equipe na atenção primária à saúde. *Rev Bras Pesq Saúde* 2016; 18(1): 130-139.

29. Christiani JJ, Rocha, MT. Percepción de la seguridad del paciente en odontología. *Rev Asoc Odontol Argentina* 2015; 103:154-9.

30. Kalenderian E, Obadan-Udoh E, Maramaldi P, Etolue J, Yansane A, Stewart D, White J, Vaderhobli R, Kent K, Hebballi N, Delattre V, Kahn M, Tokede B, Ramoni, R, Walji M. Classifying Adverse Events in the Dental Office. *J Patient Saf* 2021; 17(6).

31. Gómez WP, Bejarano AMP, Vargas CAR, Moncada GJ, Cristancho EHG, Ciódaro AR. Análisis de los eventos adversos em el área de rehabilitación oral de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana Bogotá. *Univ Odontol* 2017; 36(77).

32. Ensaldo-Carrasco E, Suarez-Ortegon MF, Carson-Stevens A, Cresswell K, Bedi R,

Sheikh A. Patient safety incidents and adverse events in ambulatory dental care: a systematic scoping review. *J Patient Saf* 2021; 17(5):381-391.

33. Pereira, FAO, Assunção, LRS, Ferreira, F.M, Fraiz, FC. Urgência e descontinuidade do cuidado em saúde bucal de crianças e adolescentes. *Cien Saude Colet* 2020; 25(9).

34. Obadan EM, Ramoni RB, Kalenderian E. Lessons learned from dental patient safety case reports. *J Am Dent Assoc* 2015;146:318–326.

35. Huertas MF, Gonzalez J, Camacho S, Sarralde AL, Rodríguez A. Analysis of the adverse events reported to the office of the clinical director at a dental school in Bogotá, Colombia. *Acta Odontol Latinoam* 2017; 30:19-25.

36. Luo J, Eldredge C, Cho CC, Cislser RA. Population Analysis of Adverse Events in Different Age Groups Using Big Clinical Trials Data. *JMIR Med Inform* 2016;4(4).

37. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research* 2011; 11(45):1–12.

38. Figueira AC. *Avaliação da cultura de segurança do doente nos cuidados de medicina dentária. Lisboa* [tese]. Lisboa: Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve; 2021.

39. Webair HH, Al-Assani SS, Al-haddad RH. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. *BMC Primary Care* 2015; 136(16).

40. Ramoni R, Walji MF, Tavares A, White J, Tokede O, Vaderhobli R. Open wide: Looking into the safety culture of dental school clinics. *J Dent Educ* 2014; 78(5):745–56.

41. Yansane A, Lee JH, Hebballi N, Obadan-Udoh E, White J, Walji M. Assessing the patient safety culture in dentistry. *JDR Clin Trans Res* 2020; 20(5):1–10.

42. Al Sweleh FS, Al Saedan AM, Al Dayel OA. Patient safety culture perceptions in the college of dentistry. *Medicine* 2018;97(2).

43. Silva VC, Santos JN, Santos MV, Limeira JBR, Silva BV, Alexandre ACS, Santos MSTG, Alcoforado JMSG. Instrumentos de avaliação de segurança do paciente nos serviços de saúde: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review* 2020; 3(6).

7 CONCLUSÃO

Identificou-se elevada frequência de profissionais que apontaram ter vivenciado pelo menos um EA nos últimos 12 (doze) meses. O evento mais percebido pelos Cirurgiões-Dentistas da APS foi: “O paciente necessitou de retorno para atendimento de urgência seja por dor e/ou edema ou outro motivo”, após uma intervenção clínica, o que implica em reavaliação do processo de trabalho. A “Percepção geral da segurança do paciente e qualidade”, o “Processo de trabalho e padronização” e o “Trabalho em equipe” foram as dimensões da cultura de segurança do paciente relacionadas a esse desfecho.

Esse estudo permitiu analisar os eventos adversos e seus fatores associados à prática odontológica, por meio da vivência dos Cirurgiões-Dentistas inseridos na APS, através da identificação da alta frequência de profissionais vivenciando pelo menos um EA nos últimos 12 (doze) meses. Por meio destas informações, será possível desenvolver ações voltadas tanto à prevenção quanto à diminuição dos eventos. Para as pesquisas em odontologia, esses resultados ampliam o conhecimento na área, já que ainda há pouca literatura sobre esta temática no Brasil.

8 REFERÊNCIAS

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Medical Office Survey on Patient Safety Culture: User's Guide**. Rockville, MD, jun. 2016. Disponível em: <http://www.ahrq.gov>. Acesso em: 21 ago. 2020.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY [homepage on the Internet]. **Medical Office Survey on Patient Safety Culture**. Rockville, MD. Revisado em: fev. 2015. Disponível em: <http://www.ahrq.gov>. Acesso em: 21 ago. 2020.
- ALI, I. SINGLA, A. GUPTA, R. PATTHI, B. DHAMA, K. NIRAJ, L.K. PRASAD, M. KUMAR, J.K. Psychometric Utility in Determining Dental Organizational Attribute: A Cross Sectional Study in Ghaziabad, India. **J Clin Diagn Res**. v. 11, n. 7, p.ZC52-ZC55, Jul 2017.
- BAILEY, E. Contemporary views of dental practitioners' on patient safety. **Br Dent J**, v. 219, p. 535–540, 2015.
- BAILEY, E. DUNGARWALLA, M. Developing a Patient Safety Culture in Primary Dental Care. **Prim Dent J**. v. 10, n. 1, p. 89-95, Mar 2021.
- BAKER, G.R.; NORTON, P.G.; FLINTOFT, V.; BLAIS, R.; BROWN, A.; COX, J. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. **CMAJ**, v. 170, p. 1678-1686, 2004.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BOHOMOL, E. Promoting professional safety in addition to patient safety. **Acta Paul Enferm**. v. 32, n. 5, p.6-8, 2019.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Diário Oficial da União/ DOU, 2013c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Brasília-DF, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014
- BRASIL. **Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
- CALVO, J.; OBADAN-UDOH, E.; MUHAMMAD, W.; KALENDERIAN, E. Adverse Events in Pediatric Dentistry: An Exploratory Study. **Pediatric dentistry**. v. 41, n. 6, p. 455-467, nov-dez 2019.

CNESNet: Secretaria de Atenção à Saúde, 2020. Disponível em:

<https://cnes2.datasus.gov.br/index.asp?home=1>. Acesso em: 16 de julho de 2020.

CORRÊA, C.D.T.S.O.; MENDES, W. Proposta de um instrumento para avaliar eventos adversos em odontologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, e00053217, nov. 2017.

CORRÊA, C.D.T. S.O.; SOUSA, P.; REIS, C.T. Patient safety in dental care: an integrative review. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 10, e00197819, 2020.

CHRISTIANI, J.J.; ROCHA, M.T. Percepción de la seguridad del paciente en odontología. **Rev Asoc Odontol Argentina**, v. 103, p.154-9, 2015.

CHEW, B.K.S.; SIM, D.Z.; PAU, A. Dentists' perceptions of the meaning and promotion patient safety: a qualitative study. **Oral Health Dent Manag**, v. 17, p.1-5, 2018.

DAL PAI, S.; LANGENDORF, T. F.; RODRIGUES, M. C. S.; ROMERO, M. P.; LORO, M. M.; KOLANKIEWICZ, A. C. B. Validação psicométrica de instrumento que avalia a cultura de segurança do paciente na Atenção Primária. **Acta Paul Enferm**, v. 36, n. 6, nov. – dez. 2019.

DAL PAI, S.; ALVES, D. F.B; PLUTA, P.; WINTER, V.D.B.; KOLANKIEWICZ, A. C. B. Avaliação da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. **Revista Baiana De Enfermagem**, v. 34, 2020.

DONALDSON, M; GOODCHILD, J.H. Pharmacological reversal agents in dental practice: keys to patient safety. **Compend Contin Educ Dent**, v. 37, p.681-7, 2016.

E-GESTOR: **Informação e gestão da atenção básica**, 2020. Disponível em:

<https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-bucal>. Acesso em: 17 de julh. 2020.

ESSVEIN, G.; BAUMGARTEN, A.; RECH, R.S.; HILGERT, J.B.; NEVES, M. Atendimento odontológico na primeira infância no Brasil: da política pública à evidência. **Rev Saude Publica**. v.53, n.15, 2019.

ESTUDIO APEAS: **Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

GALHARDI, N.M.; ROSEIRA, C.E.; ORLANDI, F.S.; FIGUEIREDO, R.M.; Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Acta Paul Enferm**. v. 31, n.4, p. 409-16, 2018.

HAIR, J.J.F., Black, W.C., BABIN, B.J., ANDERSON, R.E., TATHAN, R.L. Análise multivariada de dados. 6 ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.

HIIVALA, N.; MUSSALO-RAUHAMAA, H.; TEFKE, H.L.; MURTOMAA, H. An analysis of dental patient safety incidents in a patient complaint and healthcare supervisory database in Finland. **Acta Odontol Scand**, v.74, p.81-9, 2016.

HUERTAS, M.F.; GONZALEZ, J.; CAMACHO, S.; SARRALDE, A.L.; RODRÍGUEZ, A. Analysis of the adverse events reported to the office of the clinical director at a dental school in Bogotá, Colombia, **Acta Odontol Latinoam**. v. 30, n. 1, p. 19-25, apr. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de**

julho de 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 29, Ago. 2018.

KALENDERIAN, E.; OBADAN-UDOH, E.; YANSANE, A.; KENT, K.; HEBBALLI, N.B.; DELATTRE, V.; KOOKAL, K.K.; TOKEDE, O.; WHITE, J.; WALJI, M.F. Feasibility of Electronic Health Record-Based Triggers in Detecting Dental Adverse Events. **Appl Clin Inform.** v.9, n.3, p. 646-653, Jul. 2018.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. To Err Is Human: building a safer health system. Washington, DC, **National Academy Press**; 1999.

LEONG, P.; AFROW, J.; WEBER, H.P.; HOWELL, H. Attitudes toward patient safety standards in U.S. dental schools: a pilot study. **Journal of Dental Education**, v.72, n.4, p. 431-7, 2008.

MCDONALD, R. P. Test theory: A unified treatment. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 1999.

MAKEHAM, M.; DOVEY, S.; RUNCIMAN, W.; LARIZGOITIA I. **Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research.** World Health Organization, Switzerland, 2008.

MARAMALDI, P.; WALJI, M.F., WHITE, J.; ETOLUE, J.; KAHN, M.; VADERHOBLI, R.; KWATRA, J.; DELATTRE, V.F.; HEBBALLI, N.B. How dental team members describe adverse events. **J Am Dent Assoc.** v. 147, n. 10, p. 803-811, 2016.

MARCHON, S.G. et al. Características dos eventos adversos na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 11, p. 2313-2330, 2015.

MARCHON, S.G; MENDES JUNIOR, W.V. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1815-1835, 2014.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Pesquisa Avaliativa por triangulação de método.** Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergenciais. Editora Vozes, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The Safer Primary Care Expert Working Group** Geneva: OMS, 2012. Disponível: http://www.OMS.int/patientsafety/summary_report_of_primary_care_consultation.pdf.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Métodos de investigação epidemiológica em doenças transmissíveis.** Brasília (DF): OPAS, 1997.

PEREA-PÉREZ, B.; LABAJO-GONZÁLEZ, E.; SANTIAGO-SÁEZ, A.; ALBARRÁN-JUAN, E.; VILLA-VIGIL, A. Analysis of 415 adverse events in dental practice in Spain from 2000 to 2010. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal.** v. 1, n. 19, p.500-505, 2014.

- RAIMONDI, D.C.; BERNAL, S.C.Z; OLIVEIRA, J.L.C.; MATSUDA, L.S. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 40 (esp), e20180133. 2019.
- RAMONI, R; WALJI, MF; TAVARES, A; WHITE, J; TOKEDE, O; VADERHOBLI, R; KALENDERIAN, E. Open wide: looking into the safety culture of dental school clinics. **J Dent Educ.**, v.78, n.5, p.745–756, 2014.
- REIS, G.A.X., HAYAKAWA, L.Y., MURASSAKI, A.C.Y., MATSUDA, L.M., GABRIEL, C.S., OLIVEIRA, M.L.F. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. **Texto contexto Enferm.** v. 26, n. 2, 2017.
- RUNCIMAN, W; HIBBERT, P; THOMSON, R; VAN DER SCHAAF, T; SHERMAN, H; LEWALLE, P; Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **Int J Qual Health Care.** v. 21, n. 1, p. 18-26. 2009.
- STAHL, J.M.; MACK, K; CEBULA, S.; GILLINGHAM, B.L.; Dental Patient Safety in the Military Health System: Joining Medicine in the Journey to High Reliability. **Mil Med.** v. 12, p.185(1-2), feb. 2020.
- TARTAGLIA, A.; MATOS, M.A. Segunda vítima: afinal, o que é isso? **Einstein Journal**, São Paulo, v. 18, 2020.
- TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 361-378, sept. 2018.
- TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 29, n.1, p. 26-37, fev. 2016.
- TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, Campinas, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2006-2007.** Geneva: WHO Press; 2006.
- YANSANE, A; LEE, JH; HEBBALLI, N; OBADAN-UDOH, E; WHITE, J, WALJJ, M; EASTERDAY, C; RINDAL, B; WORLEY, D; KALENDERIAN, E. Assessing the Patient Safety Culture in Dentistry. **JDR Clin Trans Res.** v. 5, n. 4, p. 399-408, oct. 2020.

9 APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**SEGURANÇA DO PACIENTE ASSOCIADA ÀS PRÁTICAS ODONTOLÓGICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS**”, desenvolvida pela pesquisadora Fabricia Paola Fernandes Ribeiro dos Santos (<http://lattes.cnpq.br/3735602098830042>). O objetivo central do estudo é analisar os eventos adversos na prática odontológica na Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal e no Mato Grosso do Sul. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa, sendo garantida a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. A sua participação na pesquisa consistirá em responder um questionário *online* com duração de 10 a 15 minutos.

O (a) senhor (a), ao aceitar participar da pesquisa deverá: 1. Eletronicamente aceitar participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura do TCLE, o qual poderá ser impresso se assim o desejar. 2. Responder ao questionário on-line. Como a coleta de dados irá ocorrer em ambiente virtual é importante que você, participante de pesquisa, guarde em seus arquivos uma cópia do documento. Você poderá ter acesso aos tópicos abordados antes de responder às perguntas, para tomar sua decisão de maneira informada. O questionário busca capturar a sua percepção sobre a presença de eventos adversos na sua prática clínica, a cultura e segurança do paciente na Secretaria de Saúde. O risco decorrente de sua participação na pesquisa é um possível constrangimento ao responder questões íntima, além do desconforto e cansaço. Para minimizar esse risco, será respeitado o seu tempo, oferecendo liberdade e autonomia para responder o questionário, possibilitando descansos ou até mesmo retornar com a coleta dos dados em outro momento, sugerido pelo senhor. Como benefícios, fomentaremos conhecimentos sobre a segurança do paciente na odontologia, contribuindo com apontamentos para aprimorar o processo de trabalho. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Caso a senhora sofra qualquer tipo de dano decorrente da pesquisa, será garantido o direito à indenização, conforme previsto no Código Civil (Lei 10.406 de 2002), sobretudo nos artigos 927 a 954, dos Capítulos I (Da Obrigação de Indenizar) e II (Da I (Da Obrigação de Indenizar), Título IX (Da Responsabilidade Civil).

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar a pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, bem como esclarecer eventuais dúvidas no Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino em Ciências da Saúde CEP/FEPECS e no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS), o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/FEPECS e CEP/UFMS. Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante e artigos científicos. Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Você tem o direito a uma via desse termo, que pode ser salva em seu dispositivo móvel ou no computador. Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias; uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o senhor.

Nome / assinatura

Fabricia Paola Fernandes Ribeiro dos Santos

Telefone: 61-992000505 (As ligações podem ser realizadas a cobrar)

E-mail: fabriciaodontopediatra@gmail.com

Telefones do CEP para contato: CEP/FEPECS – 61-2017-1145 Ramal 6842 CEP/UFMS – 67- 3345-7184.

APÊNDICE 1**Instrumento -- Parte 1: Caracterização do participante da pesquisa**

1) Qual é a sua idade em anos?

2) Você se considera de qual raça ou cor de pele?

- Amarela
- Branca
- Indígena
- Parda
- Preta

4) Qual a Unidade da Federação onde você atua profissionalmente?

- Distrito Federal
- Mato Grosso do Sul

5) Qual o município ou Região Administrativa onde você atua?

6) Qual o seu sexo?

- Feminino
- Masculino

7) Qual o seu tempo de formação na Odontologia em anos?

8) Qual o seu nível de formação?

- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-doutorado

Instrumento - Parte 2: Formulário para rastreadores de Eventos Adversos em Odontologia ambulatorial

QUESTÕES	Não aconteceu nos últimos 12 meses	Aconteceu poucas vezes nos últimos 12 meses	Aconteceu algumas vezes nos últimos 12 meses	Aconteceu muitas vezes nos últimos 12 meses	Aconteceu sempre nos últimos 12 meses
Um paciente apresentou trauma de tecido mole após uso de anestésico local durante o tratamento.					
Um dente adjacente foi cortado/danificado durante o preparo dentário.					
Um paciente sofreu danos em tecidos moles (por ex. gengiva, língua, palato) durante o tratamento restaurador.					
Ocorreu infecção decorrente do cuidado odontológico.					
O paciente necessitou de retorno para atendimento de urgência seja por dor e/ou edema ou outro motivo.					
Um paciente apresentou parestesia após anestesia local.					
Um paciente engoliu material odontológico (por ex. coroa de aço, gaze, rolo de algodão, instrumento quebrado, grampos, ou bráquetes ortodônticos).					
Um paciente apresentou reação alérgica (por ex. a um material odontológico ou anestésico ou outra complicação decorrente de prescrição medicamentosa); a equipe odontológica/paciente não sabia dessa alergia.					
Um procedimento odontológico (restauração, extração, selante, etc.) foi feito em um dente errado.					
O corpo do paciente foi ferido/machucado durante a contenção física. (por ex. pelo uso de faixas, abridores de boca)					
O dente de um paciente foi perfurado durante o procedimento de pulpotomia e/ou pulpectomia.					

Um paciente necessitou de ressuscitação cardiorrespiratória (RCR) durante procedimento odontológico.

Houve a necessidade de retratamento de um mesmo dente ou necessidade de refazer um mesmo procedimento concluído há menos de doze meses.

15. Você registra no prontuário possíveis eventos adversos ocorridos durante o atendimento odontológica? () Sim () Não

16. Na sua vivência, os EA ocorreram com maior frequência, em algum público específico?

() Sim () Não

17. Caso positivo, em qual público específico?

() Crianças menores que 6 anos

() Crianças entre 7 e 12 anos de idade

() Adolescentes

() Adultos

() Idosos

() Pacientes com Necessidades Especiais

Instrumento Parte 3: Cultura de Segurança do Paciente na APS (Timm *et al.*, 2016).

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

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

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

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

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

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

5. Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Medicamento							
6. O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
7. Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Diagnósticos & Testes							
8. Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
8. Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
9. Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

SEÇÃO C: Trabalhando <i>neste</i> serviço de saúde						
Quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações?	Discordo totalmente ▼	Discordo ▼	Não concordo nem discordo ▼	Concordo ▼	Concordo totalmente ▼	Não Se Aplica ou Não Sei ▼
1. Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

10. Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
13. Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
14. Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
15. A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SEÇÃO D: Comunicação e Acompanhamento

Com que frequência os fatos a seguir ocorrem neste serviço?	Nunca ▼	Raramente ▼	As vezes ▼	Quase sempre ▼	Sempre ▼	Não Se Aplica ou Não Sei ▼
1. Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos <i>preventivos</i> .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

9. Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

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

SEÇÃO G: Avaliação global

Avaliação global da qualidade

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

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

Avaliação Geral - em Segurança do Paciente

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

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

SEÇÃO I – Seus comentários

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

OBRIGADO POR COMPLETAR ESTA PESQUISA.

ANEXO I - Anuência da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul e do Distrito Federal



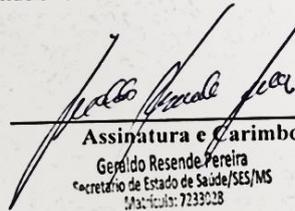
Campo Grande, MS, 10 de Novembro de 2020.

ANUÊNCIA DE PESQUISA

O Senhor Secretário Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul, Dr. Geraldo Resende Pereira, CPF: 128.969.181-91 confirma a anuência da pesquisa a ser realizada pela Cirurgiã-Dentista Fabícia Paola Fernandes R. dos Santos, aluna regularmente matriculada no programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), da Fundação Oswaldo Cruz, sendo orientada nesta pesquisa pelo professora Dra. Inara Pereira da Cunha. O trabalho tem como título “SEGURANÇA DO PACIENTE ASSOCIADA ÀS PRÁTICAS ODONTOLÓGICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS”. O estudo tem por objetivos identificar os eventos adversos e fatores associados na prática odontológica, pela percepção dos Cirurgiões-Dentistas inseridos na Atenção Primária em Saúde do Distrito Federal e do Mato Grosso do Sul, por meio de um questionário online. Os pesquisadores contam com o apoio da SES/MS para a divulgação da pesquisa nos grupos de coordenadores da atenção primária em saúde, e demais mídias sociais.

Campo Grande/MS

10 de Novembro de 2020.


Assinatura e Carimbo
Geraldo Resende Pereira
Secretário de Estado de Saúde/SES/MS
Matrícula: 7233028

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



TERMO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

AUTORIZAÇÃO

Eu, Fernando Erick Damasceno Moreira, coordenador da Coordenação de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, estou ciente de minhas corresponsabilidades como instituição coparticipante no cumprimento da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, na realização do projeto de pesquisa **SEGURANÇA DO PACIENTE ASSOCIADA ÀS PRÁTICAS ODONTOLÓGICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS**, de responsabilidade do(a) pesquisador(a) Fabricia Paola Fernandes Ribeiro dos Santos, para, a partir da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa* **CEP/FEPECS**, como instituição proponente do projeto de pesquisa, e também da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS/FHB/SES como instituição co-participante.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos *participantes de pesquisa* nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fernando Erick Damasceno Moreira
Coordenação de Atenção Primária à Saúde
COAPS/SAS/SES-DF
Matrícula: 1.688.486-8

Fernando Erick Damasceno Moreira
Coordenação de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

ANEXO II – Anuência do uso do instrumento de avaliação de cultura de segurança do paciente na Atenção Primária em Saúde.



Universidade de Brasília - UnB
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Brasília – DF, 27 de outubro de 2020.

A/C Fabricia Paola F. R. dos Santos e Dra. Inara Pereira da Cunha

Prezadas,

Agradecemos o interesse pelo estudo *"Adaptação Transcultural do Questionário Medical Office Survey on Patient Culture sobre Segurança do Paciente para Atenção Primária"*.

A respeito de solicitação para o uso do instrumento adaptado e validado *"Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária"* segue o consentimento formal.

Considerando que existe um trabalho de mestrado autorizado em março de 2019, em andamento no Distrito Federal com o uso deste instrumento, ressalta-se a importância de observar que este instrumento não seja aplicado no mesmo cenário com o mesmo público alvo, para que não tenha sobreposição de coleta de dados, fato que pode comprometer a qualidade e viabilidade do estudo. Destaca-se a importância de que não seja realizado desvio de finalidade no uso do instrumento que é direcionado para avaliação de Cultura de Segurança do Paciente.

**Formulário de Autorização para uso do instrumento:
Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária**

Autor responsável: Enfa. Ma. Márcia Timm

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues

Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Publicado por: Márcia Timm e Maria Cristina Soares Rodrigues

Especificações:

- 1- Nenhuma alteração, adição ou deleção é permitida.
- 2- A permissão só se aplica à pesquisa especificada nesta correspondência.



3- A fonte original deve ser citada: Timm M, Rodrigues MCS. Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care. Acta Paul Enferm. 2016; 29(1):26-37.

Solicitante: Fabricia Paola F. R. dos Santos

Data: 22/10/2020

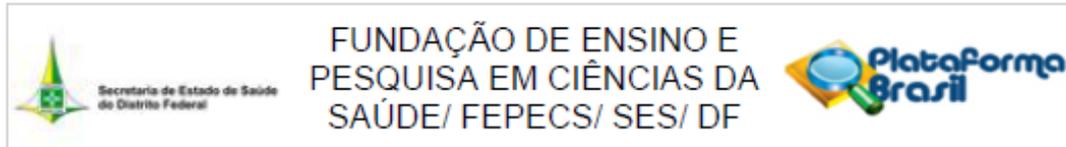
A permissão das autoras, concedida nos termos supramencionados, é representada por:



Márcia Timm

Mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília.

ANEXO III – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.



FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEGURANÇA DO PACIENTE ASSOCIADA ÀS PRÁTICAS ODONTOLÓGICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS

Pesquisador: FABRICIA PAOLA FERNANDES RIBEIRO DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42462820.4.3001.5553

Instituição Proponente: DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.661.103

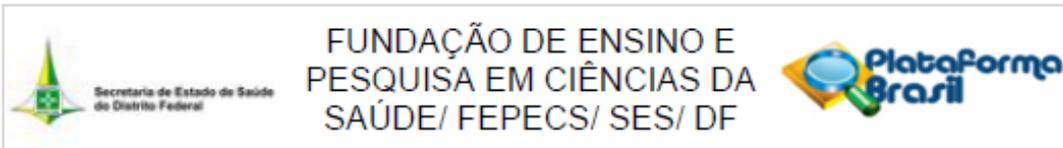
Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de pendências, projeto de TCC-Mestrado. As informações descritas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivos da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1704380.pdf", postado em 07/04/2021.

Resumo:

"Este projeto tem como objetivo analisar os Eventos Adversos na prática odontológica na Atenção Primária, na percepção dos Cirurgiões-Dentistas, além de apontar quais fatores contribuem para esse desfecho. Para essa análise, o instrumento da pesquisa prevê três partes, sendo a primeira uma entrevista com 12 questões referentes aos dados sócio-demográficos e profissionais dos participantes, um questionário, no qual será avaliada a presença de 15 Eventos Adversos e aplicação de questionário de Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária já validado. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa e analítica, considerando as sete macrorregiões do Distrito Federal (DF) e as quatro macrorregiões do Mato Grosso do Sul (MS). A população de estudo incluirá os 363 cirurgiões-dentistas da Atenção Primária em Saúde do Distrito Federal e os 554 provenientes do Mato Grosso do Sul, totalizando 917 profissionais".

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.661.103

Hipótese:

"O fato de que os dados divulgados acerca de incidentes na odontologia, inserida na Atenção Primária em Saúde, sejam escassos, sugere que não há ocorrências de eventos adversos associados ao cuidado odontológico, culminando com pouca ou nenhuma atenção relativa a essa temática pela ESB, e que não é preciso capacitar os profissionais sobre essa temática. Frente a esse cenário a pesquisa visa responder: Quais são os eventos adversos na prática odontológica na Atenção Primária na percepção dos Cirurgiões-Dentistas? Quais fatores contribuem para esse desfecho?"

Metodologia de análise de dados:

"Para os dados quantitativos será utilizado o software Statistical Package For The Social Science – SPSS, versão 20.0. Todas as variáveis da primeira parte do instrumento, das questões fechadas da parte dois e três serão transferidas para o banco de dados do programa, permitindo uma análise estatística descritiva e apresentada por meio de tabelas e gráficos contendo a as frequências absolutas e relativas para as variáveis

categóricas, sendo todos os dados objetos de discussão e reflexão com base na literatura.

Para o estudo da associação dos fatores que contribuem para o incidente no paciente, os dados quantitativos serão tratados sob a análise de regressão, considerando as estimativas de razão de chances (OR) e os respectivos IC95% brutos e ajustados, relativos a cada variável independente".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

"Analisar os eventos adversos e seus fatores associados à prática odontológica, por meio da percepção dos Cirurgiões-Dentistas inseridos na Atenção Primária em Saúde do Distrito Federal e do Mato Grosso do Sul".

Objetivos Secundários:

- "Conhecer o perfil profissional e experiência no âmbito da segurança do paciente dos Cirurgiões-dentistas inseridos na Atenção Primária em saúde;

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-907
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)2017-1145 E-mail: cep@fepecs.edu.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 4.661.103

- Identificar a percepção dos profissionais sobre a frequência de eventos adversos em sua prática odontológica;
- Avaliar a cultura de segurança do paciente na prática odontológica na Atenção Primária em Saúde".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Esta pesquisa envolve o risco de constrangimento, pois contém informações pessoais, sendo que nenhum dos processos adotados causam danos imediatos ou futuros aos participantes.

Benefícios:

"Os benefícios poderão ser observados após a sua finalização, com a utilização dos dados que emergirem da pesquisa e que poderão reorientar a organização do processo de trabalho na perspectiva da cultura e segurança do paciente".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O parecer consubstanciado do CEP/FEPECS, nº 4.606.075, centro co-participante, apontou as seguintes inadequações:

1. Quanto aos "Riscos e benefícios": o projeto apontou o risco de constrangimento, porém não aponta a devida medida de minimização. Os riscos e benefícios devem estar descritos de forma transparente não só no TCLE, mas também no projeto básico e projeto brochura, bem como as medidas que reduzem ou eliminem os riscos. Caberá ao pesquisador destacar, além dos riscos e benefícios relacionados com a pesquisa, aqueles riscos característicos dos ambientes virtuais em função das limitações das tecnologias utilizadas. Com base na Resolução CNS-MS nº466/2012, itens III.1-b; III.2-d; IV.3-b e item V e Norma Operacional 001/2013, item 3.4.1-12, Carta Circular 01/2021 CONEP/MS, solicita-se adequação da redação no projeto de informações básicas -PB, com descrição detalhada de riscos e as devidas medidas de minimização visando proteção do participante de pesquisa, considerando, também as limitações do ambiente virtual.(PENDÊNCIA ATENDIDA-)

2. Quanto ao "TCLE": tendo em vista a realização da pesquisa em ambiente virtual, solicita-se adequação da redação considerando os riscos característicos deste formato de coleta de dados. Fundamento normativo: Carta Circular 01/2021 CONEP/SECNS/MS, itens 2.2.2,2.2.3 e 2.5.(PENDÊNCIA ATENDIDA)

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-907
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 E-mail: cep@fepecs.edu.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 4.661.103

3. Quanto ao "Termo de Anuência": foi apresentado apenas o termo de concordância da Região Norte. Considerando que a pesquisa em questão envolve a participação de profissionais, cirurgiões-dentistas, de sete macrorregiões de saúde, solicita-se apresentação do Termo de Anuência da Coordenação Geral da Atenção Primária, junto à ADMC/SES-DF. (Fundamento normativo: Norma Operacional CNS-MS 001/2013, item 3.3-h). (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

1. Projeto de informações básicas, postado em 07/04/2021 (adequado)
2. Carta de resposta a pendências, postada em 07/04/2021 (adequada) Pendências atendidas
3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE, postado em 07/04/2021 (DEFERIDO)
4. Projeto detalhado - brochura, postado em 07/04/2021 (adequado)
5. Termo de Anuência, devidamente datado e assinado pelo Coordenador COAPS, postado em 26/03/2021 (adequado)
6. Cronograma, postado em 26/03/2021 (estudo piloto= maio/2021 e coleta de dados= junho e julho/2021) (DEFERIDO)

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PROJETO APROVADO

A equipe de pesquisa resolveu as pendências apontadas no último parecer emitido pelo CEP-FEPECS.

*O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-907
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 E-mail: cep@fepecs.edu.br

Continuação do Parecer: 4.661.103

projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

** Considerando a pandemia (COVID-19), reiteramos que sejam obedecidas as orientações vigentes do Governo do Distrito Federal (quanto à limitação de acessos, isolamentos sociais e circulações desnecessárias em ambientes que possam gerar riscos ao pesquisador e aos participantes da pesquisa).

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1704380.pdf	07/04/2021 08:23:37		Aceito
Outros	Cartarespostapendencias.pdf	07/04/2021 08:22:05	FABRICIA PAOLA FERNANDES RIBEIRO DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEfabricia.pdf	07/04/2021 08:20:54	FABRICIA PAOLA FERNANDES RIBEIRO DOS SANTOS	Aceito
Brochura Pesquisa	BrochuraFabricia0704.pdf	07/04/2021 08:19:19	FABRICIA PAOLA FERNANDES RIBEIRO DOS SANTOS	Aceito
Declaração de concordância	AutorizacaoCOAPS.pdf	26/03/2021 14:41:17	FABRICIA PAOLA FERNANDES RIBEIRO DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAFABRICIA.pdf	26/03/2021 14:25:56	FABRICIA PAOLA FERNANDES RIBEIRO DOS SANTOS	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Encaminhamentodoprojeto.pdf	25/02/2021 10:00:08	FABRICIA PAOLA FERNANDES RIBEIRO DOS SANTOS	Aceito
Outros	Cartapendencias.pdf	28/12/2020 13:26:47	FABRICIA PAOLA FERNANDES RIBEIRO DOS SANTOS	Aceito
Outros	Checklist.pdf	28/12/2020	FABRICIA PAOLA	Aceito

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-907
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 E-mail: cep@fepecs.edu.br

Continuação do Parecer: 4.661.103

Outros	Checklist.pdf	12:58:24	FERNANDES RIBEIRO DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpdf.pdf	28/12/2020 12:39:54	FABRICIA PAOLA FERNANDES RIBEIRO DOS SANTOS	Aceito
Outros	Termodecompromisso.pdf	27/11/2020 12:15:16	FABRICIA PAOLA FERNANDES RIBEIRO DOS SANTOS	Aceito
Outros	CurriculoJanini.pdf	27/11/2020 12:08:01	FABRICIA PAOLA FERNANDES RIBEIRO DOS SANTOS	Aceito
Outros	CurriculoInara.pdf	27/11/2020 12:03:05	FABRICIA PAOLA FERNANDES RIBEIRO DOS SANTOS	Aceito
Outros	CurriculoFabricia.pdf	27/11/2020 12:01:22	FABRICIA PAOLA FERNANDES RIBEIRO DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura.pdf	26/11/2020 16:49:30	FABRICIA PAOLA FERNANDES RIBEIRO DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 20 de Abril de 2021

Assinado por:
Marcondes Siqueira Carneiro
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-907
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 E-mail: cep@fepecs.edu.br