



Danila Araújo e Silva

**Cultura de segurança do paciente em duas unidades básicas de saúde de uma
macrorregião do DF**

Brasília

2021

Danila Araújo e Silva

**Cultura de segurança do paciente em duas unidades básicas de saúde de uma
macrorregião do DF**

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

Orientador: Prof. Dr. Armando Martinho Bardou Raggio.

Coorientadora: Profa. Dra. Kellen Cristina da Silva Gasque.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica em saúde.

Brasília
2021

ARAÚJO E SILVA, DANILA .

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM DUAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE
UMA MACRORREGIÃO DO DF / DANILA ARAÚJO E
SILVA. -Brasília,2021.
50 f.

Dissertação (Mestrado) – Instituto Oswaldo Cruz, Pós-Graduação em Ciências da
Saúde, 2021.

Orientador: ARMANDO Martinho Bardou Raggio. Co-orientador: Kellen
Cristina da Silva Gasque.

Bibliografia: f. 9-34

1. Atenção Primária à Saúde; . 2. Segurança do Paciente; . 3. Avaliação de Serviços
de Saúde. I. Título.

Danila Araújo e Silva

Cultura de segurança do paciente em duas unidades básicas de saúde de uma macrorregião do Distrito Federal.

Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde da Família (Saúde Coletiva).

Aprovado em 31/08/2021.

BANCA EXAMINADORA



Dr. Armando Martinho Bardou Raggio - Orientador - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

Dra. Kellen Cristina da Silva Gasque - Coorientadora - Programa de Saúde da Família – Fiocruz Brasília

Dra. Leila Bernarda Donato Gottens – ProfSaúde/ESCS

Dr. Bruno Brunelli - SES/DF

Dra. Tatiana Oliveira Novais - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

RESUMO

Introdução: A segurança do paciente na Atenção Primária é essencial quando se busca a sustentabilidade dos cuidados de saúde, redução de eventos adversos e melhoria da qualidade dos serviços oferecidos. A APS deve funcionar como a principal porta de entrada ao SUS, ordenando e coordenando os cuidados, além de ofertar grande diversidade e complexidade de carteira de serviços. Sendo assim, vem crescendo a necessidade de expandir a cultura de segurança do paciente na APS a fim de impulsionar a qualidade do cuidado de todo o sistema. **Objetivo:** Analisar a cultura de segurança do paciente e qualidade do cuidado em duas Unidades Básicas de Saúde de uma macrorregião do DF. **Método:** Estudo transversal prospectivo de natureza quantitativa realizada entre profissionais da ESF de duas UBS da região Centro-Sul do DF, através da aplicação do instrumento de avaliação Medical Office Survey on Patient Safety Culture, traduzido e adaptado para o contexto brasileiro. Os dados foram organizados e armazenados em planilhas do programa Microsoft Excel®. As análises estatísticas foram processadas utilizando-se os softwares *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.0 Os dados categóricos foram apresentados em frequência absoluta e percentual. **Resultados:** Das 12 dimensões avaliadas, 3 se apresentaram adequadas e 9 se apresentaram como áreas de fragilidade. As dimensões “Trabalho em equipe” e “Percepção geral de segurança do paciente e qualidade” foram as dimensões com melhor escore para a cultura de segurança do paciente, enquanto “Pressão e ritmo de trabalho” e “Troca de informações com outras instituições” foram classificados com maior fragilidade. **Conclusões:** Os resultados mostraram que a cultura de segurança do paciente nas UBS avaliadas ainda é incipiente em grande parte das dimensões analisadas. Há grande potencial para o fortalecimento da cultura de segurança nessas unidades por se tratar de cenários de práticas de estudantes de medicina, enfermagem, residência multiprofissional e em medicina de família.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Segurança do Paciente. Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Introduction Patient safety in Primary Health Care is essential when seeking the sustainability of health care, reducing adverse events and improving the quality of services offered. The PHC should function as the main gateway to the SUS, ordering and coordinating care, in addition to offering a great diversity and complexity of the service portfolio. Therefore, there is a growing need to expand the patient safety culture in PHC in order to boost the quality of care throughout the system Objective: To analyze the culture of patient safety and quality of care in two Basic Health Units of a DF macro-region. Method: A prospective cross-sectional study of a quantitative nature carried out among FHS professionals from two UBS in the Center-South region of the Federal District, through the application of the Medical Office Survey on Patient Safety Culture assessment instrument, translated and adapted to the Brazilian context. Data were organized and stored in Microsoft Excel® spreadsheets. Statistical analyzes were processed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 22.0 software. Categorical data were presented as absolute and percentage frequencies. Results: Of the 12 dimensions evaluated, 3 were adequate and 9 were presented as areas of weakness. The dimensions “Teamwork” and “General perception of patient safety and quality” were the dimensions with the best score for the patient safety culture, while “Pressure and pace of work” and “Exchange of information with other institutions” were classified with greater fragility. Conclusions: The results showed that the patient safety culture in the evaluated UBS is still incipient in most of the analyzed dimensions. There is great potential for strengthening the safety culture in these units as they are practice scenarios for medical, nursing, multiprofessional residency and family medicine students.

Keywords: Primary Health Care; Patient safety; Health Services Assessment.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Categorias profissionais que atuam nas UBS 1 e UBS 2.....	18
Tabela 2 -	Categorias profissionais dos participantes do estudo.....	23
Tabela 3 -	Tempo de serviço dos participantes do estudo na UBS.....	23
Tabela 4 -	Carga horária semanal dos participantes do estudo.....	24
Tabela 5 -	Coeficientes Alfa de Cronbach para o instrumento como um todo e para cada dimensão na amostra geral, entre enfermeiros e médicos..	24
Tabela 6 -	Percepção positiva associada aos itens da dimensão de segurança do paciente e qualidade do cuidado.....	25
Tabela 7 -	Percepção positiva associada aos itens da dimensão sobre troca de informações entre a equipe e outras instituições de serviço de saúde	26
Tabela 8 -	Percepção positiva associada aos itens da dimensão sobre “trabalhando em equipe”	26
Tabela 9 -	Percepção positiva associada aos itens da dimensão sobre “pressão e ritmo de trabalho.....	26
Tabela 10 -	Percepção positiva associada aos itens da dimensão sobre “treinamento da equipe.....	27
Tabela 11 -	Percepção positiva associada aos itens da dimensão sobre “padronização dos processos.....	27
Tabela 12 -	Percepção positiva associada aos itens da dimensão sobre “Comunicação sobre o erro”.....	27
Tabela 13 -	Percepção positiva associada aos itens da dimensão sobre “acompanhamento do cuidado.....	28
Tabela 14 -	Percepção positiva associada aos itens da dimensão sobre “COMUNICAÇÃO ABERTA”.....	28
Tabela 15 -	Percepção positiva associada aos itens da dimensão sobre “Apoio dos profissionais pelos gestores/administradores/líderes.....	28
Tabela 16 -	Percepção positiva associada aos itens da dimensão sobre “aprendizagem organizacional.....	29
Tabela 17 -	Percepção geral de segurança paciente e qualidade do cuidado.....	29

Tabela 18 -	Percepção positiva associada aos itens da dimensão sobre “Avaliação global sobre o serviço de saúde prestado.....	29
Tabela 19 -	Percentual da média geral de respostas positivas em cada dimensão.	30
Tabela 20 -	Comparativo entre as porcentagens de respostas positividade entre 2 estudos que aplicaram o MOSPC no Brasil com o presente estudo, realizado na Estrutural (ESTR) no DF.....	32
Tabela 21 -	Porcentagem de respostas positivas nos diferentes estudos internacionais que aplicaram o MOSPSC.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DF	DF
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GDF	Governo do DF
MFC	Médico(a) de Família e Comunidade
ONU	Organização das Nações Unidas
ProfSaúde	Programa de pós-graduação stricto sensu em Saúde da Família
Pnab	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
MOSPSC	Medical Office Survey on Patient Safety Culture

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 CONCEITOS RELACIONADOS À CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	13
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 OBJETIVO GERAL.....	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	17
4.2. LOCAL DO ESTUDO.....	17
4.3. AMOSTRA E POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	18
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	19
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	19
4.6 INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	19
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	20
4.8 COLETA DE DADOS.....	20
4.9 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	21
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	35
7 REFERÊNCIAS.....	37
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...40	
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA.....42	
ANEXO A – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA...49	

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 conceitua APS como: “conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolve promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária”. (BRASIL, 2017).

A APS deve funcionar como a principal porta de entrada ao SUS e ser responsável pelo maior volume de atendimentos. Existe grande diversidade e complexidade na carteira de serviços ofertada na Atenção Primária à Saúde (APS). Sendo assim, é necessário que os profissionais de saúde tenham habilidade, conhecimento técnico e atitudes de empatia que envolvam a escuta qualificada e a individualização do atendimento. Há um equívoco ao se pensar que a APS, por não atuar diretamente com procedimentos de alta tecnologia, seja um ambiente protegido e seguro. Entretanto, a ocorrência de eventos adversos é relevante nesse nível de atenção, de acordo com estudo realizado no Brasil que mostrou a incidência de 82% de danos que atingiram os pacientes, muitos deles com gravidade muito alta, dano permanente (25%) ou óbito (7%) (AGUIAR, 2020).

Os incidentes mais comuns na atenção primária à saúde foram relacionados a erros de medicamentos e erros de diagnósticos. Os danos causados pela assistência insegura à saúde podem ser desde emocionais e físicos até mesmo incapacitantes, com sequelas permanentes, impactando no custo do cuidado, prolongando as internações e, podendo levar ao óbito. (MARCHON, 2014).

Diante das evidências expostas acima, vem crescendo a necessidade de expandir a cultura de segurança do paciente na APS a fim de impulsionar a qualidade do cuidado de todo o sistema. Os estudos e a literatura a respeito do tema ainda são escassos. A definição de cultura de segurança deve ser compreendida como um conjunto de medidas e ações que determinam comprometimento com a segurança dos pacientes. Os profissionais precisam aprender com erros e falhas e incorporar os aprendizados de forma a melhorar a assistência à saúde. (RAIMOND, 2019).

2 MARCO TEÓRICO

A segurança do paciente pode ser definida como um conjunto de atitudes que influencia culturas, processos, comportamentos, tecnologias e ambientes da assistência à saúde com a finalidade de reduzir a um mínimo aceitável os riscos assistenciais, a ocorrência de danos evitáveis e conseqüentemente seu impacto para usuários, profissionais e serviços de saúde. (BOHRER,2021)

Seu grande marco ocorreu em 1999, com a publicação do relatório “Errar é humano: construir um sistema de saúde mais seguro” do Instituto de Medicina dos Estados Unidos, que despertou atenção mundial para os erros na prestação de cuidados à saúde e suas conseqüências para os usuários. (ROMERO,2018)

Em 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu o programa The World Alliance for Patient Safety, com o intuito de desenvolver políticas mundiais para melhorar o cuidado aos pacientes nos serviços de saúde. Entre as iniciativas desse programa, destaca-se elaboração de conceitos para os eventos relacionados com a segurança do paciente. Foi desenvolvida a Classificação Internacional de Segurança do Paciente, na qual incidente é definido como todo evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Nesta fase, as discussões acerca da segurança do paciente, eram voltadas para o contexto hospitalar (MARCHON,2014)

O Programa de Segurança do Paciente da OMS iniciou o projeto "Cuidados Primários Mais Seguros" (Safer Primary Care) em 2012, que tem o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre os riscos para os pacientes em cuidados de saúde primários, a dimensão e a natureza dos eventos adversos devido a práticas inseguras. A partir de então, as atenções começam a ser voltadas também para a APS, mesmo que de forma incipiente até os dias atuais. A implementação de mudanças e práticas do sistema é essencial para melhorar a segurança em todos os níveis da assistência médica. Segundo especialistas do projeto Safer Primary Care, um passo importante para tornar os cuidados mais seguros é a criação de uma rede internacional de informações, divulgando e aplicando mundialmente os mecanismos de segurança para proteger os pacientes de atenção primária à saúde. Simultaneamente, é essencial o reconhecimento e compreensão de como a ocorrência e não reconhecimento de sucessivos de erros levam ao incidente. (BATISTA,2020)

Em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, lançado pelo Ministério da Saúde, voltou suas ações iniciais na Atenção Hospitalar, mas também contemplou a atenção

primária à saúde como local de desenvolvimento de ações para a melhoria de segurança do paciente.

2.1 CONCEITOS RELACIONADOS À CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Segurança do paciente consiste em reduzir os riscos e danos desnecessários, que poderiam ser evitados a partir da adoção de medidas e cuidados nos ambientes que prestam cuidados à saúde até que se chegue a um mínimo de risco possível e aceitável (MESQUITA *et al.*, 2016).

De acordo com Souza e Mendes (2014), segurança do paciente é um conceito atrelado ao conceito de qualidade, afinal, a qualidade está presente em todas as avaliações que são realizadas no âmbito da saúde. Por se tratar de algo abstrato e subjetivo, o conceito de qualidade tem diferentes significados para os autores, e vem sendo transformado ao longo dos anos frente às novas descobertas que alteram a dimensão dos cuidados com a saúde (Quadro 1). Mudanças neste entendimento tem transformado a forma como os problemas e questões que surgem neste contexto são tratadas.

De maneira geral, a segurança do paciente se manifesta, principalmente, por meio de cuidados que possam evitar qualquer tipo de dano ou risco aos quais os pacientes possam se expor. Considerando a definição da OMS a respeito de segurança do paciente, a diminuição dos riscos e danos é uma das ações principais, de forma que devem ser adotadas para diminuir os riscos até o valor mínimo admissível.

Estudos recentes demonstram que os riscos mais notados relacionados à APS são alusivos à imunização. Claro que além disso, existem diversos outros riscos que precisam ser considerados como a troca de prontuários, realização de curativos, coleta de exames, prescrição e administração de medicamentos, entre outros procedimentos que, se não forem adequadamente realizados, representam riscos. Além disso, cuidados básicos como a higienização das mãos também precisam ser discutidos e evidenciados quando se trata da segurança do paciente na atenção básica (SILVA *et al.*, 2019).

Quadro 1 – Dimensões da qualidade do cuidado

Brook et al. (1977)	Donabedian (1980)	Holland (1983), Long (1985)	Donabedian (1990)	Aday et al. (1993)	IOM (2001)
Componente técnico	Qualidade técnico-científica	Eficiência	Eficiência	Eficiência	Eficiência
Processo diagnóstico	Acessibilidade e disponibilidade	Efetividade	Efetividade	Efetividade	Efetividade
Processo terapêutico	Relações interpessoais		Equidade	Equidade	Equidade
“Arte” do cuidado	Continuidade		Eficácia		Centralidade do paciente
Interação médico e paciente			Relação médico-paciente		Segurança
			Otimização		Oportunidade
			Aceitabilidade		
			Acessibilidade		
			Amenidades		
			Conformidade com as preferências dos pacientes		
			Legitimidade		

Fonte: Souza e Mendes (2014, p. 27).

Nota-se que a qualidade no atendimento em saúde, já vem sendo debatido há muitos anos, considerando aspectos como o bem-estar do paciente, as relações que se estabelecem no contexto de cuidado, a interação, aspectos técnicos e científicos e tecnologia disponível, entre outras coisas (SOUZA; MENDES, 2014).

É possível encontrar autores que tratam tanto do sentido amplo do conceito de qualidade, quanto de seu sentido restrito. No âmbito restrito, a qualidade se refere a aspectos técnicos-científicos:

1. A aplicação dos conhecimentos científicos e recursos tecnológicos para resolver o problema clínico do paciente, isto é, fazer a coisa certa de forma correta requer que médicos tomem decisões certas sobre o cuidado de cada paciente. Alcançar esse patamar requer ainda habilidade, julgamento e oportunidade de execução em termos de tempo.
2. A relação interpessoal, que diz respeito à qualidade da relação individual estabelecida entre o profissional e o paciente, está associada a elementos como respeito ao paciente, capacidade de comunicação, e habilidade do profissional em obter a confiança do paciente (SOUZA; MENDES, 2014, p. 29).

Do ponto de vista amplo, a qualidade se relaciona com: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, conforme apontam Souza e Mendes (2014, p. 30):

Eficácia: Diz respeito à capacidade de determinada intervenção produzir impacto potencial em uma situação ideal. Ou a capacidade da ciência e tecnologia empregadas no cuidado de trazer melhorias à saúde, quando usadas em circunstâncias mais favoráveis.

Efetividade: Grau de melhoria na saúde alcançado de fato. É a relação entre o impacto real (prática cotidiana) de um serviço ou programa em funcionamento e o impacto potencial em uma situação ideal (estudos de eficácia).

Eficiência: Capacidade de diminuir os custos sem comprometer o nível atingível de melhoria da saúde. É a relação entre o impacto real de um serviço ou programa em funcionamento e seu respectivo custo.

Otimização: Balanço entre melhorias na saúde e custos envolvidos para o alcance dessas melhorias. O processo de aumentar benefícios pode ser desproporcional aos custos acrescidos.

Aceitabilidade: Conformidade aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e membros de suas famílias (depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade, relação médico-paciente e amenidade do cuidado).

Legitimidade: Conformidade com as preferências sociais expressas nos princípios éticos, valores, normas, leis e regulação.

Equidade: Conformidade a princípios que determinam o que é justo e legítimo na distribuição equânime, ou seja, sem distinções, discriminações ou preferências, para o cuidado e concessão de benefícios entre os membros da população.

De acordo com a Cartilha de Segurança do Paciente, de Mendes et al. (s.d.), os principais protocolos básicos de segurança do paciente são: identificação do paciente, prática de higienização das mãos, cirurgia segura, prescrição e administração de medicamentos, prevenção de úlcera por pressão e prevenção de quedas, segurança no uso de equipamentos e materiais, realização de registros de órteses e próteses, implementação de protocolos do Ministério da Saúde, identificação e monitoramento dos riscos no serviço de saúde, controle de EAs e infecções, comunicação efetiva entre profissionais, estímulo à participação dos familiares na assistência.

A qualidade do atendimento em saúde pode ser medida pela capacidade dos serviços prestados em diminuir resultados negativos na vida do paciente, aumentando a possibilidade de bons resultados. A segurança do paciente, juntamente com a efetividade, atenção centrada no paciente, acesso, eficiência e equidade são indicadores da qualidade do atendimento (GALHARDI, 2017).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a cultura de segurança do paciente e qualidade do cuidado em duas UBS de uma macrorregião do Distrito Federal (DF).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar como se apresenta a cultura de segurança do paciente em duas UBS de uma macrorregião do DF, identificando suas fragilidades e fortalezas.

Elaborar uma síntese de evidências da cultura de segurança do paciente dessas duas UBS a partir do diagnóstico realizado.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

A pesquisa desenvolvida corresponde a um estudo transversal prospectivo de natureza quantitativa. Realizada entre profissionais da ESF de duas UBS da região Centro- Sul do DF.

4.2. LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em duas UBS da Cidade Estrutural, que integra a macrorregião Centro-Sul do DF. A UBS 1 da Estrutural é composta por 9 equipes de Estratégia de saúde da Família (eSF), 1 equipe responsável pelo Acolhimento geral, um Núcleo de apoio ao Saúde da Família (NASF), farmácia, sala de vacinas, sala de curativos, sala de pequenos procedimentos, sala de medicações, salas de odontologia, laboratório, acolhimento geral, gerência e supervisão. Tem um total de 90 servidores.

Já a UBS 2 é composta por 3 equipes de eSF, um NASF, farmácia, sala de vacinas e sala de odontologia. Tem um total de 30 servidores.

Vale a pena fazer um breve relato sobre o histórico dos serviços de saúde da Cidade Estrutural a fim de contextualizar o presente estudo. A cidade estrutural surgiu nos arredores do antigo “lixão”, com moradias improvisadas e irregulares que abrigavam os antigos “catadores”. Com o crescimento demográfico da região, surgiram as necessidades de equipamentos sociais, dentre eles os serviços de saúde, que acompanharam a lógica improvisada, temporária e irregular que carregava o contexto da cidade.

Segundo relatos dos primeiros servidores o local no início dos anos 2000 foi utilizado uma construção de madeirite e gesso para oferta dos primeiros serviços de saúde à população, com equipe composta por clínico geral, pediatra, ginecologista, equipe de enfermagem e odontologia. Três equipes de saúde da família começaram a compor os equipamentos de saúde da cidade, com casas alugadas no território, sob o comando do Instituto Candango de Solidariedade. Pela linha histórica, provavelmente essas equipes em 2004 passaram a ser geridas pela Fundação Zerbini.

Em 2009 foi inaugurada a atual UBS 1 com modelo misto de atenção primária, ou seja, equipes de ESF e especialistas focais (ginecologia, pediatra e clínico e enfermeiros), que atendiam a população não coberta pela ESF e faziam matriciamento dessas equipes. Houve expansão do número de ESF de 3 para 9 equipes.

Na falta de unidades de atendimentos mais complexos e/ou de emergência na cidade e considerando o perfil socioeconômico da população a unidade assumiu em 2010 uma nova atribuição de atendimento, 24 horas, com o incremento de uma sala vermelha e alguns equipamentos de emergência. Atualmente não há mais este tipo de atendimento.

Em 2017, com o Plano de Conversão da APS no âmbito da SESDF, foram criadas mais 3 equipes de ESF e os especialistas focais não aderiram à alteração de especialidade, sendo transferidos para as Policlínicas da região Centro-Sul.

Atualmente, existem 12 equipes funcionando na Cidade Estrutural sob a coordenação da GSAP 04, sendo: 09 equipes funcionando dentro da UBS 1 e 03 equipes funcionando na UBS 2, espaço cedido pelo Tribunal Regional Eleitoral.

4.3. AMOSTRA E POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por uma amostra não-probabilística, selecionada por conveniência e estratificada por categoria. Ela foi constituída com 82 (oitenta e um) profissionais da ESF que atuam nas UBS 1 e 2 da Estrutural.

É importante destacar a presença de viés tanto do participante quanto do pesquisador, afinal o pesquisador atua em uma das UBS onde foi aplicado o questionário. Tal fato pode ter estimulado ou inibido as pessoas de aderirem a pesquisa e até mesmo buscarem respostas adequadas e não sinceras. A amostra foi selecionada por conveniência e limitada com a intenção de fazer um diagnóstico local da cultura de segurança do paciente. Entretanto, tudo isso limita a generalização dos resultados encontrados para outras realidades. A tabela abaixo demonstra a distribuição desses profissionais nas duas UBS.

Tabela 1 - Categorias profissionais que atuam nas UBS 1 e UBS 2

Categoria profissional	UBS 1	UBS 2	TOTAL
Agente Comunitário de Saúde	16	8	24
Assistente Social	0	1	1
Enfermeiro	11	4	15
Fisioterapeuta	1	1	2
Fonoaudiólogo	1	0	1
Gerência/Supervisor	2	0	2
Médico	5	3	8
Odontólogo	3	1	4
Técnicos de enfermagem	15	4	19

Residentes de Medicina	2	0	2
Residentes de Enfermagem	3	0	3
Interno de Medicina	1	0	1
Total	60	22	82

Fonte: Elaborado pela autora.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo todos os servidores que atuam diretamente com os usuários na UBS 1 e UBS 2 da Cidade Estrutural, sendo eles os agentes comunitários de saúde (ACS), os técnicos de enfermagem, os enfermeiros, os médicos, os residentes de medicina e enfermagem, os dentistas, os técnicos de higiene dental, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social, supervisor e gerente da UBS.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos do estudo 23 servidores que estavam afastados do trabalho no momento da aplicação do instrumento, em decorrência de férias e licenças.

4.6 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Para a coleta de dados foi utilizado o instrumento intitulado “Medical Office Survey on Patient Safety Culture” (MOSPSC), que consiste em um formulário desenvolvido em 2008 pela “Agency for Health Care Research and Quality” (AHRQ). O instrumento é voltado especificamente para a APS, com a proposta de avaliar a cultura de segurança do paciente em um ambiente de trabalho em equipe, no qual coexistam pelo menos três categorias profissionais distintas.

Neste estudo não será aplicado o item I do questionário por não estar de acordo com a metodologia desenvolvida neste estudo pois se trata de uma questão discursiva. Sendo assim os participantes responderão questões das seções A até H. O questionário permite identificar a cultura de segurança do paciente na APS, observando se esta é favorável ou não. Um ambiente favorável e seguro ao paciente é identificado quando as respostas positivas superam 50% de todo o questionário; além disso, a ferramenta permite a identificação de pontos que precisam ser melhorados, funcionando como um importante indicador de necessidade de mudanças (RAIMONDI et al., 2019).

No Brasil, foi traduzido e adaptado para nossa realidade por Timm (2015) que intitulou o instrumento de “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária”

(PCSPAP) e manteve as 12 (doze) dimensões do instrumento original. As dimensões relacionadas à segurança do paciente são: Seção A com 10 questões relacionadas à segurança do paciente e à qualidade da assistência; Seção B com 4 questões sobre troca de informações entre a equipe e outras instituições de serviços de saúde; Seção C com 15 questões relacionadas à temática “trabalhando neste serviço de saúde”; Seção D com 12 questões sobre a comunicação entre os profissionais e o acompanhamento do paciente; Seção E com 4 questões relacionadas ao apoio dos profissionais pelos gestores/administradores/líderes; Seção F com 7 questões sobre a temática “seu serviço de saúde”; Seção G com 2 questões referentes à avaliação global sobre o serviço de saúde prestado; Seção H com 3 questões sobre prática profissional e Seção I com 1 questão discursiva sobre comentários dos participantes.

É importante destacar que, da seção A até a seção G, as questões são do tipo Escala Likert, na seção H as questões são de múltipla escolha.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Quanto às considerações éticas da pesquisa, assinala-se que o trabalho de campo para a coleta de dados empíricos ocorreu em março de 2021, após emissão de parecer de aprovação do protocolo de pesquisa por Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Osvaldo Cruz, parecer número 4.401.327. Todos os participantes expressaram concordância em participar do estudo mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi assegurado aos participantes da pesquisa, o acesso às informações relativas ao desenvolvimento da pesquisa e aos resultados obtidos, o direito de retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem qualquer prejuízo, o anonimato e o sigilo quanto às informações individualmente prestadas.

4.8 COLETA DE DADOS

Para recrutar os participantes, solicitamos às Gerências das UBS 1 e 2 que enviassem os dados de contato (e-mail e telefone) de todos os servidores envolvidos diretamente no cuidado com os usuários (os agentes comunitários de saúde, os técnicos de enfermagem, os enfermeiros, os médicos, os residentes de medicina e enfermagem, os dentistas, os técnicos de higiene dental, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social, supervisor e gerente da UBS), por e-mail, salientando o sigilo e a finalidade exclusiva de aplicação da presente pesquisa. Neste mesmo e-mail, foi solicitado que os participantes fossem informados sobre o convite para participar da pesquisa. Após a obtenção dessas informações, enviamos o

link com o convite à pesquisa para os participantes, preferencialmente pelo WhatsApp, dada a sua penetração nos telefones brasileiros, ou, na impossibilidade desta forma, por e-mail.

Os participantes tiveram acesso ao link para responder à pesquisa no navegador de internet em seu dispositivo, seja ele celular, computador ou tablet. O tempo de resposta foi de aproximadamente 20 minutos, segundo cálculo feito pela própria plataforma da pesquisa.

O TCLE foi de caráter obrigatório, sendo a manifestação da participante feita por meio do assinalamento da opção “Declaro ter lido o TCLE e concordo em participar da pesquisa”.

4.9 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram organizados e armazenados em planilhas do programa Microsoft Excel®. As análises estatísticas foram processadas utilizando-se os softwares *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.0 (Franz Faul, Universität Kiel, Germany). Os dados categóricos foram apresentados em frequência absoluta e percentual.

Foram consideradas respostas positivas aquelas em que se assinalaram as opções “não aconteceu nos últimos 12 meses” ou “aconteceu uma ou duas vezes nos últimos 12 meses” para as sentenças das dimensões relacionadas à segurança do paciente/qualidade e troca de informações com outros setores. Nas demais dimensões foram consideradas respostas positivas aquelas em que se assinalaram as opções 4 ou 5 (concordo totalmente ou concordo) para as sentenças formuladas positivamente, ou 1 ou 2 (discordo totalmente ou discordo) nas perguntas formuladas negativamente. As sentenças formuladas negativamente foram as dos itens: C3, C6, C8, C10, C12, C14, D4, D7, D10, E1, E2, E3, E4, F3R, F4R e F6R. Foi calculado o percentual de respostas positivas para cada um dos itens das oito dimensões em segurança do paciente, bem como o percentual global médio em cada dimensão. Para o cálculo desse percentual utilizou-se a seguinte fórmula: % de respostas positivas da dimensão X = $(A/B) \times 100$. Sendo que A corresponde ao número de respostas positivas aos itens da dimensão; B = número total de respostas aos itens da dimensão (positivas, neutras e negativas).

Para a interpretação dos resultados foram cumpridas as recomendações da AHRQ, a qual tem por base o uso de percentagens de respostas positivas para classificação das dimensões, sendo o score final de cada dimensão obtido por meio da média do percentual de respostas positivas. A classificação das dimensões teve como cálculo uma média percentual igual ou superior a 75% (setenta e cinco por cento) como ponto forte em relação à cultura de segurança do paciente e média percentual de resposta positiva igual ou inferior a 50%

(cinquenta por cento) como ponto de melhoria à cultura de segurança do paciente (AHRQ, 2015).

Para testar a confiabilidade/consistência das respostas, foi calculado o *alfa de Cronbach* para cada dimensão e para o instrumento como um todo. Foram considerados coeficientes alfa indicativos de consistência quase perfeita aqueles entre 0,81 e 1,00, consistência substancial de 0,61 a 0,80, consistência moderada de 0,41 a 0,60, razoável entre 0,21 e 0,40 e pequena consistência valores inferiores a 0,21 (LANDIS, KOCH, 1977).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas respostas de 40 profissionais, dos quais 37,5% (n=15) eram enfermeiros e 22,5% (n=9) médicos. Com relação ao tempo de serviço na UBS e à carga horária de trabalho, observou-se que 40% (n=16) atuavam no local há 11 anos ou mais e 92,5% (n=37) trabalhavam entre 33 a 40 horas por semana. Dois (5%) profissionais eram gestores/administradores ou tinham responsabilidade para tomar decisões financeiras pelo serviço. As categorias profissionais, o tempo de serviço e a carga horária de trabalho dos participantes do estudo estão descritas nas Tabelas 2, 3 e 4.

Tabela 2 - Categorias profissionais dos participantes do estudo (n=40)

Categorias profissionais	Frequência	
	(n)	Percentual (%)
Enfermeiro	15	37,5
Médico	9	22,5
Agente Comunitário de Saúde	5	12,5
Técnico de enfermagem, técnico de laboratório ou técnico de saúde bucal	5	12,5
Assistente Social	1	2,5
Fisioterapeuta	1	2,5
Odontólogo	1	2,5
Gerência: gerente de laboratório ou administrador gerente de enfermagem	1	2,5
Outro	2	5,0

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 3 - Tempo de serviço dos participantes do estudo na UBS (n=40)

Tempo de serviço na UBS	Frequência (n)	Percentual (%)
Há 11 anos ou mais	16	40,0
De 6 anos a menos de 11 anos	9	22,5
De 3 anos a menos de 6 anos	6	15,0
De 1 ano a menos de 3 anos	7	17,5
De 2 meses a menos de 1 ano	1	2,5
Há menos de 2 meses	1	2,5

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 4 - Carga horária semanal dos participantes do estudo (n=40)

Carga horária semanal	Frequência (n)	Percentual (%)
33 a 40 horas por semana	38	94,9
25 a 32 horas por semana	1	2,6
5 a 16 horas por semana	1	2,6

Fonte: Elaborada pela autora.

Com relação à confiabilidade/consistência das respostas para o instrumento como um todo, o valor geral do Coeficiente Alfa de Cronbach obtido foi de 0,911 (quase perfeita). Na análise da consistência para cada dimensão, observou-se consistência quase perfeita para duas dimensões, substancial para três dimensões e moderada para duas dimensões. Os valores e interpretações dos Coeficientes Alfa para amostra geral, para categoria profissional de enfermeiros e de médicos estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 - Coeficientes Alfa de Cronbach para o instrumento como um todo e para cada dimensão na amostra geral, entre enfermeiros e médicos

Dimensão	Amostra Geral (n=40)		Enfermeiros (n=15)		Médicos (n=9)	
	α	Consistência	A	Consistência	α	Consistência
Instrumento todo	0,911	Quase perfeita	0,944	Quase perfeita	0,849	Quase perfeita
Seção A – Segurança do paciente e qualidade do cuidado	0,869	Quase perfeita	0,743	Substancial	0,814	Quase perfeita
Seção B – Troca de informações com outras instituições	0,859	Quase perfeita	0,928	Quase perfeita	0,970	Quase perfeita
Seção C – Trabalhando neste serviço de saúde	0,739	Substancial	0,876	Quase perfeita	-- 0,468	Moderada
Seção D – Comunicação e acompanhamento	0,771	Substancial	0,868	Quase perfeita	0,522	Moderada
Seção E – Apoio de gestores/administradores/líderes	0,473	Moderada	0,664	Substancial	0,273	Razoável

Seção F – Seu serviço de saúde	0,487	Moderada	0,733	Substancial	0,052	Pequena
Seção G – Avaliação global	0,775	Substancial	0,806	Quase perfeita	0,423	Moderada

Fonte: Elaborada pela autora.

As dimensões analisadas estão representadas nas Tabelas 6 a 12, indicando o percentual de percepção positiva conforme descrito nos métodos.

Tabela 6 - Percepção positiva associada aos itens da dimensão de segurança do paciente e qualidade do cuidado, % (n)

Dimensão	Amostra Geral (n=40)	Médicos (n=9)	Enfermeiros (n=15)
A1 - Acesso ao cuidado: Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo	40,0 (16)	44,4 (4)	40,0 (6)
A2 - Identificação do paciente: No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registro de outro paciente	67,5 (27)	66,7 (6)	86,7 (13)
A3 - Prontuários/registros: O prontuário/registro de um paciente não estava disponível quando necessário	15,0 (6)	44,4 (4)	6,7 (1)
A4 - Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário de outro paciente	80,0 (32)	88,9 (8)	93,4 (14)
A5 - Equipamento: Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava de reparo ou substituição	12,5 (5)	33,3 (3)	6,7 (1)
A6 - Medicamento: O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição	42,5 (17)	55,5 (5)	46,7 (7)
A7 - Medicamento: Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelos profissionais de saúde durante sua consulta	25,0 (10)	44,4 (4)	40,0 (6)
A8 - Diagnósticos e testes: Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário	10,0 (4)	11,1 (1)	0,0 (0)
A9 - Diagnósticos e testes: Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário	10,0 (4)	0,0 (0)	13,3 (2)
A10 - Diagnósticos e testes: Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil	30,0 (12)	22,2 (2)	33,4 (5)
MÉDIA	33,25%	36,67%	41,11%

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 7 - Percepção positiva associada aos itens da dimensão sobre troca de informações entre a equipe e outras instituições de serviço de saúde, % (n)

Dimensão	Amostra		Médicos	Enfermeiros
	Geral (n=40)	(n=9)	(n=15)	
B1 - Centros de imagem/laboratórios de rede de atenção à saúde	22,5 (9)		11,1 (1)	40,0 (6)
B2 - Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde	12,5 (5)		33,3 (3)	6,7 (1)
B3 - Farmácias	17,5 (7)		33,3 (3)	13,3 (2)
B4 - Hospitais	7,5 (3)		22,2 (2)	0,0 (0)
MÉDIA	15,0%		25,0%	15,0%

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 8 - Percepção positiva associada aos itens da dimensão sobre “trabalhando em equipe”, % (n)

Dimensão	Amostra		Médicos	Enfermeiros
	Geral (n=40)	(n=9)	(n=15)	
C1 - Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam	62,5 (25)		77,8 (7)	46,7 (7)
C2 - Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre médicos e demais profissionais	70,0 (28)		55,6 (5)	60,0 (9)
C5 - Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito	72,5 (29)		66,7 (6)	60,0 (9)
C13 - Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes	55,0 (22)		22,2 (2)	60,0 (9)
MÉDIA	65		55,6	56,6

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 9 - Percepção positiva associada aos itens da dimensão sobre “pressão e ritmo de trabalho”, % (n)

Dimensão	Amostra		Médicos	Enfermeiros
	Geral (n=40)	(n=9)	(n=15)	
C3 - Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente	17,5 (7)		0,0 (0)	20,0 (3)
C6 - Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis	12,5 (5)		0,0 (0)	13,3 (2)
C11 - Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes	15,0 (6)		0,0 (0)	6,7 (1)
C14 - Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente	12,5 (5)		0,0 (0)	13,3 (2)
MÉDIA	14,4		0,0	13,25

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 10 - Percepção positiva associada aos itens da dimensão sobre “treinamento da equipe”, % (n)

Dimensão	Amostra		Médicos	Enfermeiros
	Geral (n=40)	(n=9)	(n=15)	(n=15)
C4 - Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados	20,0 (8)		0,0 (0)	20,0 (3)
C7 - Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento	30,0 (12)		22,2 (2)	13,3 (2)
C10 - Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados	20,0 (8)		0,0 (0)	13,3 (2)
MÉDIA	23,3		7,3	15,3

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 11 - Percepção positiva associada aos itens da dimensão sobre “padronização dos processos”, % (n)

Dimensão	Amostra		Médicos	Enfermeiros
	Geral (n=40)	(n=9)	(n=15)	(n=15)
C8 - Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável	62,5 (25)		44,4 (4)	60,0 (9)
C9 - Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente	20,0 (8)		22,2 (2)	13,3 (2)
C12 - Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho	22,5 (9)		0,0 (0)	20,0 (3)
C15 - A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades	42,5 (17)		22,2 (2)	40,0 (6)
MÉDIA	45,8		22,2	33,3

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 12 - Percepção positiva associada aos itens da dimensão sobre “Comunicação sobre o erro”, % (n)

Dimensão	Amostra		Médicos	Enfermeiros
	Geral (n=40)	(n=9)	(n=15)	(n=15)
D7 - A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si	25,0 (10)		22,2 (2)	20,0 (3)
D8 - A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço	60,0 (24)		55,6 (5)	66,7 (10)
D11 - Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente	55,0 (22)		44,4 (4)	60,0 (9)
D12 - Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço	20,0 (8)		22,2 (2)	13,3 (2)
MÉDIA	40		36,1	40

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 13 - Percepção positiva associada aos itens da dimensão sobre “acompanhamento do cuidado”, % (n)

Dimensão	Amostra		Médicos	Enfermeiros
	Geral (n=40)	(n=9)	(n=15)	
D3 - Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina	42,5 (17)		33,3 (3)	46,7 (7)
D5 - Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento	32,5 (13)		44,4 (4)	26,7 (4)
D6 - Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço	55,0 (22)		44,4 (4)	60,0 (9)
D9 - Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento	50,0 (20)		77,8 (7)	26,7 (4)
MÉDIA	45		49,9	37,5

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 14 - Percepção positiva associada aos itens da dimensão sobre “Comunicação aberta”, % (n)

Dimensão	Amostra		Médicos	Enfermeiros
	Geral (n=40)	(n=9)	(n=15)	
D1 - Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho	72,5 (29)		55,6 (5)	86,7 (13)
D2 - Neste serviço a equipe é incentivada	25,0 (10)		11,1 (1)	46,7 (7)
D4 - Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto	50,0 (20)		33,3 (3)	46,7 (7)
D10 - Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes	35,0 (14)		22,2 (2)	46,7 (7)
MÉDIA	45,62		30,55	56,7

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 15 - Percepção positiva associada aos itens da dimensão sobre “Apoio dos profissionais pelos gestores/administradores/líderes”, % (n)

Dimensão	Amostra		Médicos	Enfermeiros
	Geral (n=40)	(n=9)	(n=15)	
E1 - Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço	35,0 (14)		33,3 (3)	33,3 (5)
E2 - Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes	67,5 (27)		44,4 (4)	73,3 (11)
E3 - Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes	10,0 (4)		22,2 (2)	6,7 (1)
E4 - Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes	47,5 (19)		44,4 (4)	53,3 (8)
MÉDIA	40,0%		36,1%	41,7%

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 16 - Percepção positiva associada aos itens da dimensão sobre “aprendizagem organizacional”, % (n)

Dimensão	Amostra	Médicos	Enfermeiros
	Geral (n=40)	(n=9)	(n=15)
F1 - Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas	60,0 (24)	66,7 (6)	60,0 (9)
F5 - Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam	62,5 (25)	55,6 (5)	46,7 (7)
F7 - Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam	42,5 (17)	55,6 (5)	33,3 (5)
MÉDIA	55	59,3	46,6

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 17 - Percepção geral de segurança paciente e qualidade do cuidado, % (n)

Dimensão	Amostra	Médicos	Enfermeiros
	Geral (n=40)	(n=9)	(n=15)
F2 - Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes	45,0 (18)	55,6 (5)	13,3 (2)
F3 - Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria	65,0 (26)	55,6 (5)	66,7 (10)
F4 - É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes	82,5 (33)	66,7 (6)	80,0 (12)
F6 - Neste serviço a quantidade de atividades realizada é mais importante que a qualidade do cuidado prestado	42,5 (17)	22,2 (2)	33,3 (5)
MÉDIA	58,75	50	48,3

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 18 - Percepção positiva associada aos itens da dimensão sobre “Avaliação global sobre o serviço de saúde prestado”, % (n)

Dimensão	Amostra	Médicos	Enfermeiros
	Geral (n=40)	(n=9)	(n=15)
G1 A - Centrado no paciente: É sensível às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes	55,0 (22)	66,7 (6)	40,0 (6)
G1 B - Efetivo: É baseado no conhecimento científico	67,5 (27)	33,3 (3)	80,0 (12)
G1 C - Pontual: Minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais	45,0 (18)	33,3 (3)	40,0 (6)
G1 D - Eficiente: Garante um cuidado de bom custo-benefício (evita desperdício, uso excessivo e incorreto de serviços)	55,0 (22)	33,3 (3)	46,7 (7)

G1 E - Imparcial: Fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos independentemente do sexo, etnia, status socioeconômico, idioma etc.	67,5 (27)	55,6 (5)	53,3 (8)
G2 - No geral, como você classificaria os sistemas e processos clínicos que este serviço utiliza para prevenir, identificar, corrigir problemas que tenham o potencial de afetar pacientes?	17,5 (7)	0,0 (0)	13,3 (2)
MÉDIA	51,3%	37,0%	45,6%

Fonte: Elaborada pela autora.

Os percentuais médios gerais de respostas positivas das dimensões na amostra geral e nas categorias de médicos e enfermeiros estão apresentados na Tabela 19.

Tabela 19 - Percentual da média geral de respostas positivas em cada dimensão (%)

Dimensão	Amostra Geral	Médicos	Enfermeiros
Trabalho em equipe	65	55,6	56,6
Percepção geral de segurança do paciente e qualidade	58,7	50	48,3
Aprendizagem organizacional	55	59,3	46,6
Padronização dos processos	45,8	22,2	33,3
Comunicação aberta	45,62	30,55	56,7
Acompanhamento do cuidado do paciente	45	49,9	37,5
Comunicação sobre o erro	40	36,1	40
Suporte da liderança para segurança do paciente	40	36,1	41,7
Segurança do paciente e problemas de qualidade	33,25	36,67	41,11
Treinamento da equipe	23,3	7,3	15,3
Troca de informações com outras instituições	15	25	15
Pressão e ritmo de trabalho	14,4	0,0	13,25

Fonte: Elaborada pela autora.

A promoção de uma cultura de segurança forte nos sistemas de saúde é essencial para a prevenção e redução de erros. Uma cultura positiva de segurança do paciente é construída a partir de crenças, valores, atitudes, comportamentos que refletem o comprometimento de uma instituição com a qualidade e a segurança do paciente (CHOUDHRY; FAG; MOHAMED, 2007). Uma cultura de segurança forte é aquela em que cada integrante da equipe reconhece e assume suas responsabilidades para a segurança do paciente e atua para melhorar os cuidados oferecidos (WHO, 2009).

Os resultados obtidos neste estudo permitiram avaliar a percepção da cultura de segurança do paciente entre profissionais que atuam na ESF de duas UBS que compõem a macrorregião Centro-Sul do DF, a Cidade Estrutural. Esta foi a primeira avaliação quantitativa sobre cultura de segurança no cenário da APS realizada neste cenário. Muitos participantes relataram total desconhecimento sobre o assunto e outros conheciam o assunto, mas não percebiam sua aplicabilidade no dia a dia das atividades desenvolvidas pela APS.

A participação de 9 categorias profissionais foi um ponto importante. Aproximadamente 66% dos trabalhadores de saúde do local responderam ao questionário, o que representou uma boa adesão quando comparado a estudo realizado no interior de São Paulo, que contou com participação de 52% dos profissionais de 15 categorias profissionais diferentes (GALHARDI, 2018). Cabe ressaltar que a participação de médicos e enfermeiros foi expressiva e contemplou todos os profissionais de ambas as categorias. Uma grande limitação que foi encontrada e relatada por diversos profissionais foi a extensão do questionário e a complexidade de alguns itens. Além disso, a aplicação do instrumento do estudo aconteceu durante a pandemia de COVID, em que os profissionais se apresentavam saturados de informações recebidas por meio digital e com todas as atenções voltadas para o controle da doença.

Foram avaliadas neste estudo doze dimensões da cultura de segurança do paciente. O “Trabalho em equipe”, “Percepção geral de segurança do paciente e qualidade” e “Aprendizagem organizacional” foram as dimensões da cultura de segurança com os maiores escores obtidos e classificadas como adequadas. Entretanto, nenhuma das dimensões avaliadas obteve escore acima de 75 para que fosse considerada forte indicando que todas as dimensões merecem atenção. Já as áreas com maiores fragilidades foram “Pressão e ritmo de trabalho” e “Troca de informações com outras instituições”.

A dimensão “trabalho em equipe” atingiu o melhor escore dentro do estudo (65%). Porém, deve ser classificada como adequada, mas não forte pois não atingiu mais de 75% de respostas positivas. Galhardi (2018) obteve 79% de respostas positivas utilizando o mesmo instrumento de avaliação. Investigações semelhantes foram realizadas no Iemen (2015), Ohio (2012), Espanha (2013) e Ilha da Madeira em Portugal (2016) também resultando em escores positivos elevados (HAGOPIAN, 2012; WEBAIR, 2015; TORIJANO-CASALENGUA, 2013; WESTAT, 2012; ORNELAS, 2016).

As tabelas 20 e 21 demonstram comparativo entre porcentagens de respostas positivas de alguns estudos brasileiros e internacionais.

Tabela 20 - Comparativo entre as porcentagens de respostas positividade entre 2 estudos que aplicaram o MOSPC no Brasil com o presente estudo, realizado na Estrutural (ESTR) no DF.

Dimensões	ESTR	MANAUS	SP
	2021	2018	2018
Trabalho em equipe	65	82,9	79
Avaliação global de qualidade	58,7	63,6	70
Aprendizagem organizacional	55	66	74
Padronização dos processos	45,8	56,6	56
Comunicação aberta	45,6	49,3	51
Acompanhamento do cuidado	45	84,5	80
Apoio de gestores/líderes	40	14,7	47
Comunicação de erros	40	68,3	61
Segurança do paciente e qualidade	33,2	57,3	83
Treinamento da equipe	23,3	28,8	47
Troca de informações com outras instituições	15	66,4	79
Pressão e ritmo de trabalho	14,4	13,5	33

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 21 - Porcentagem de respostas positivas nos diferentes estudos internacionais que aplicaram o MOSPSC

Dimensões	EST 2020	RAM	AHRQ	YEMEN	OHIO	ESPANHA
		2016	2016	2015	2012	2010
Trabalho em equipe	65	83	87	96	83	57
Avaliação global em segurança do paciente	58,7	72	80	77	75	48
Aprendizagem organizacional	55	72	80	83	71	63
Padronização dos processos	45,8	60	69	65	64	34
Comunicação aberta	45,6	50	69	58	65	42
Acompanhamento do cuidado	45	79	86	52	75	63
Apoio de gestores/líderes	40	49	69	63	62	39
Comunicação de erros	40	57	71	67	59	48
Segurança do paciente e qualidade	33,2	67	86	-	69	72
Treinamento da equipe	23,3	64	75	61	74	42
Troca de informações com outras instituições	15	67	82	-	51	58
Pressão e ritmo de trabalho	14,4	24	50	57	37	12

Fonte: Elaborada pela autora.

Por ser uma das diretrizes de atuação dos profissionais da ESF, o trabalho em equipe tem sido uma característica da segurança do paciente percebida claramente. Ter uma cultura positiva para o trabalho em equipe pode indicar a existência de respeito mútuo e relações de trabalho estreitas entre profissionais e provedores. Estudos observacionais e análises retrospectivas de incidentes ou eventos adversos indicam que a origem de muitos dos fatores contribuintes está no trabalho de equipe imperfeito, não na falta de habilidades clínicas. Muitos eventos adversos poderiam ter sido evitados por um melhor trabalho em equipe. Entretanto, tais estudos não indicam exatamente quais aspectos do trabalho em equipe devem ser melhorados. (MANSER, 2009).

Outra característica essencial para garantir o bom funcionamento do cuidado na APS é a troca de informações com outras instituições. As informações trocadas devem ser completas, precisas e pontuais. Esta foi considerada uma dimensão frágil no presente estudo atingindo 15% de respostas positivas. Em estudo realizado na cidade de Ceilândia, no DF também ficou evidente a fragilidade da troca de informações da APS com “centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde” e “hospitais” (SOARES TEIXEIRA, 2018).

A dimensão “Apoio de líderes e gestores” foi considerada adequada por 40% dos participantes. Em estudo desenvolvido em Manaus, o “suporte da liderança” para a segurança do paciente foi considerada crítica. (MOISÉS, 2018). Existe uma estreita relação entre cultura organizacional, comportamento da liderança e satisfação com o emprego, de maneira que quando há uma boa interação entre as lideranças e os profissionais, estes contribuirão mais e se sentirão mais estimulados a cumprir a missão e os objetivos definidos pela instituição. Além disso, existem quatro aspectos de fundamental importância para que haja saúde mental no trabalho: o uso de faculdades intelectuais, a liberdade de organização, a cooperação coletiva e o reconhecimento no trabalho. Estes quatro pontos dependem da organização do trabalho e, portanto, da sua cultura, incluindo valores e práticas. Conclui-se que as organizações em saúde devem conservar valores e práticas em sua cultura que protejam a saúde mental de seus trabalhadores, pois assim o trabalho se tornará mais prazeroso, conferindo maior qualidade ao cuidado prestado (GARCIA, 2014).

Além disso, é essencial que os líderes defendam e construam um ambiente de trabalho que incentive as expressões individuais, de modo que as equipes de saúde possam aprender com os próprios erros. A mudança na forma de abordagem dos erros, em que a culpa individual é minimizada ou eliminada e o foco é direcionado às falhas do sistema que contribuem para eventos adversos, pode fortalecer a cultura de segurança. Uma gestão comprometida e que

direciona suas ações para a segurança do paciente busca também, priorizar pelo processo de educação continuada nos serviços. (GALHARDI, 2018).

A dimensão da pesquisa relacionada a “treinamento da equipe” foi apontada como a terceira área de maior fragilidade. Os profissionais consideram que não são treinados previamente à implantação de novos processos, fluxos ou rotinas, com isso, em algumas situações acabam realizando tarefas para os quais não foram capacitados previamente. Tal situação pode expor o paciente ao risco, decorrente de erros relacionados diretamente com a assistência ou de erros devido a falhas na execução dos fluxos, e pode ocasionar a descontinuidade do cuidado. Por meio de capacitações e treinamentos, os profissionais desenvolvem habilidades e competências essenciais para uma assistência mais segura e livre de erros potencialmente evitáveis. A aprendizagem contínua e treinamento da equipe são reconhecidas como uma das principais maneiras de melhorar esse aspecto da segurança. (WEGNER, 2016)

Embora a Educação Permanente dos profissionais da ESF seja vista como uma prioridade para a melhoria do cotidiano de trabalho por contribuir para a qualificação dos serviços, para a valorização profissional e da prática por meio do empoderamento de conhecimentos significativos sobre o cotidiano do trabalho, esse processo de educação em serviço tem sido negligenciado por gestores e líderes da ESF não acontecendo de forma sistematizada e organizada (BARTH *et al.*, 2014).

A dimensão “Pressão e ritmo de trabalho” foi avaliada como a área de maior fragilidade pelos participantes. Em estudo desenvolvido em Portugal, na ilha de Madeira, a dimensão relacionada à “Sobrecarga de trabalho” também foi o ponto de maior fragilidade encontrado. (ORNELAS; PAIS; SOUSA, 2016). Em outro estudo desenvolvido no Estado do Rio Grande do Sul, a cultura de segurança do paciente foi positiva na maior parte dos domínios do instrumento, excetuando-se para o domínio Pressão e ritmo de trabalho (PAI, 2019).

6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

É importante evidenciar que o presente estudo se desenvolveu durante a pandemia da Covid-19. A APS como porta de entrada do sistema de saúde, passou a ordenar, coordenar e acompanhar o cuidado dos usuários portadores de COVID. Além disso, é a responsável pela imunização contra COVID. Tudo isso realizado pelos mesmos profissionais que já acumulavam funções e sofriam com a sobrecarga de trabalho e com treinamento insuficiente da equipe.

Segurança do paciente é um tema bastante consolidado na atenção hospitalar. Entretanto, quando aplicado à realidade da APS, muitos trabalhadores da saúde expressam desconhecimento a respeito. Este estudo colaborou para o despertar de um olhar crítico e para que fossem iniciadas as elaborações de planos e ações para prestação de cuidados de forma mais segura, especialmente nas duas UBS participantes. Há grande potencial para o fortalecimento da cultura de segurança nessas unidades por se tratar de cenários de práticas de estudantes de medicina, enfermagem, residência multiprofissional e em medicina de família.

Vale ressaltar que não é possível generalizar os resultados deste estudo pois trata-se de um diagnóstico situacional de uma realidade local, com amostra limitada. Entretanto, os resultados deste estudo já podem subsidiar discussões entre gestores locais e profissionais de saúde a fim de identificar as necessidades e limitações a melhoria da segurança do paciente.

De acordo com os resultados da pesquisa percebe-se que a cultura de segurança do paciente nas duas UBS avaliadas ainda tem pontos de extrema fragilidade e até os itens que se mostraram adequados ainda precisam ser trabalhados para serem considerados fortalezas. Dentre os aspectos avaliados como positivos na percepção dos profissionais, o “trabalho em equipe” e a “comunicação aberta” foram as áreas de maior solidez identificada pelos profissionais. Já os aspectos relacionados à “Pressão e ritmo de trabalho” e “Treinamento da equipe” foram as áreas de maior fragilidade e que, merecem receber uma atenção especial e subsidiar o planejamento de ações gerenciais direcionadas para seu fortalecimento.

Diante disso, a gestão dos serviços de saúde na ESF deve desempenhar um papel fundamental para a implantação de medidas voltadas à segurança do paciente, uma vez que a prevenção do erro requer mudança de cultura, não sendo, portanto, uma questão inter e multiprofissional, exigindo o envolvimento de cada profissional e da gestão. Há uma demanda de tempo para que as mudanças sejam construídas e assimiladas, assim como para que os profissionais sejam sensibilizados em sua prática diária. Deve existir também um sentimento

de responsabilidade coletiva e compartilhada, uma vez que as atitudes de culpabilização individual não são capazes de provocar as mudanças necessárias.

Existem algumas estratégias para construção da cultura de segurança do paciente. São elas: identificação e notificação do erro; concepção sobre o erro coletivo e a importância do trabalho em equipe; consumo e produção de pesquisas como subsídios para efetivar a transformação cultural nas instituições; transposição do modelo biomédico para integralidade da atenção; educação permanente para inserção do tema no cotidiano profissional; inserção da segurança do paciente como tema transversal na formação de profissionais da saúde; o fortalecimento do trabalho em equipe; o apoio da tecnologia da informação; e o vínculo com o paciente e a comunidade.

Através de processos de gestão é possível planejar e incentivar o desenvolvimento de projetos na área de segurança do paciente, traçar o uso de indicadores de qualidade, favorecer as condições de trabalho, implantar um sistema de registro de incidentes e promover uma educação em serviço reflexivo para os profissionais. Dessa forma, a ESF terá um planejamento estratégico alinhado à política de segurança do paciente instituída nacionalmente. Entretanto, um grande desafio é a sensibilização de gestores e profissionais para prática de segurança do paciente na APS.

Estimar a cultura de segurança do paciente na esfera da ESF requer uma análise aprofundada das percepções dos profissionais, pacientes e dos contextos em que as ações em saúde são desenvolvidas, uma vez que existe uma heterogeneidade, sendo desenvolvida em diferentes locais relacionados às circunstâncias de vida dos usuários. Isto espelha o caráter multifatorial das situações que estão por trás das áreas de fragilidade à segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Ricardo Saraiva; DA SILVA, Henrique Salmazo. Segurança do paciente na atenção primária í saúde: uma reflexão teórica. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 10, n. 59, p. 4442-4455, 2020.
- AMALBERTI, René; VINCENT, Charles. Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. 2016.
- BARTH, Priscila Orlandi et al. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 3, pág. 604-11, 2014.
- BATISTA, Marcos Antonio Silva; GONÇALVES, Rosane Cristina Mendes. Cultura de segurança do paciente na atenção primária. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 11, p. 879
- BOHRER, Jéssica Karine Lopes et al. Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. 2021.73-87981, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- CHOUDHRY, R. M.; FAG, D.; MOHAMED, S. The nature of safety culture: a survey of the state-of-the-art. *Safety Science*, n. 45, p. 903-1012, 2007.
- COSTA, A. O que é a teoria do queijo suíço? LinkedIn, 2017. Disponível em: <<https://www.linkedin.com/pulse/o-que-%C3%A9-teoria-do-queijo-su%C3%AD%C3%A7o-al%C3%A9xia-costa/>>. Acesso em: 07 nov. 2019.
- GARCIA, Alessandra Bassalobre. Cultura organizacional e vivências de prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de enfermagem de um hospital filantrópico do interior do Estado de São Paulo. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- GALHARDI, Nathalia Malaman et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 31, p. 409-416, 2018.
- GÖTTEMS, Leila Bernardo Donato et al. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1409-1419, 2009.
- HAGOPIAN, Benjamin et al. Better medical office safety culture is not associated with better scores on quality measures. **Journal of patient safety**, v. 8, n. 1, p. 15-21, 2012.
- JAMES, J. T. A new evidence-base estimate of patient hamrs associates with hospital care. *J. Patient. Saf.*, v. 9, n. 3, p. 122-128, 2013.
- Joint Commission Sentinel Event Alert. The essential role of leadership in developing a safety culture. Joint Commission. Issue 57, March 1, 2017.
- MANSER, Tanja. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anesthesiologica Scandinavica*, v. 53, n. 2, p. 143-151, 2009.
- MARIANA, Soares Teixeira et al. Segurança do paciente na atenção primária: análise de situações que favorecem eventos adversos. In: XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. 2018.

MACEDO, Lilian Louzada et al. A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: distinções entre categorias profissionais. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 1, 2020.

MARCHON, Simone Grativol; MENDES JUNIOR, Walter Vieira. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 1815-1835, 2014.

MARCHON, Simone Grativol; MENDES JUNIOR, Walter Vieira; PAVÃO, Ana Luiza Braz. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. *Cadernos de saúde publica*, v. 31, p. 2313-2330, 2015.

MOISÉS, Mitsi Silva et al. Cultura de segurança do paciente em um distrito de saúde na Estratégia Saúde da Família no município de Manaus. 2018.

MENDES, A. C. R. et al. Cartilha de segurança do paciente – passo a passo para a implantação do núcleo de segurança do paciente. AGEVISA, s.d., 2018.

MESQUITA, K. O. et al. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, v. 21, n. 2, p. 01-08, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção primária. Política nacional de atenção básica. Brasília: MS, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

NORA, Carlise Rigon Dalla; BEGHETTO, Mariur Gomes. Desafios da segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão de escopo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 5, 2020.

PAI, Sandra Dal et al. Psychometric validation of a tool that assesses safety culture in Primary Care. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, p. 642-650, 2019.

RAIMONDI, D. C. et al. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, n. esp., p. 1-9, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180133.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2019.

ROMERO, Manuel Portela et al. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. **Revista Bioética**, v. 26, p. 333-342, 2018.

SILVA, A. P. F. et al. Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, n. esp., p. 1-9, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spee20180164.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

SOARES TEIXEIRA, Mariana et al. Segurança do paciente na atenção primária: análise de situações que favorecem eventos adversos Seguridad del paciente en la atención primaria: análisis de situaciones que favorecen los eventos adversos Patient safety in primary care: analysis of situations.

Sorra J, Gray L, Famolaro T, Yount N, Behm J. AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety Culture: User's Guide [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; June 2016. (AHRQ Publication No. 15(16) -0051-EF (Replaces 08(09)-0059). [cited 2018 Aug 13]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/userguide/mosurveyguide.pdf>
» <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/userguide/mosurveyguide.pdf>

SOUSA, P.; MENDES, W. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

SOUZA, Marina Mazzuco de et al. Patient safety culture in the Primary Health Care. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 72, n. 1, p. 27-34, Feb. 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100027&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0647>.

TIMM, Márcia; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 29, n. 1, p. 26-37, 2016.

TORIJANO-CASALENGUA, María Luisa et al. Validação de um questionário para avaliar a cultura de segurança do paciente de profissionais de atenção primária na Espanha. **Atenção Primária**, v. 45, n. 1 p. 21-37, 2013.

The Health Foundation: Inspiring Improvement. Improving safety in primary care. 2011

WEBAIR, Hana H. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em ambiente de atenção primária, Al-Mukala, Iêmen. **BMC Family Practice**, v. 16, n. 1, pág. 1-9, 2015.

WEGNER, Wiliam et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery**, v. 20, 2016.

WESTAT, Rockville et al. Medical Office Survey on Patient Safety Culture: 2012 User Comparative Database Report. 2012.

WHO – World Health Organization. Global priorities for patient safety research. 2009. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44205/9789241598620_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 07 nov. 2019.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu estou sendo convidado(a) a participar de um estudo de título:

“CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM DUAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UMA MACRORREGIÃO DO DF “cujos objetivos são: Analisar como se apresenta a cultura de segurança do paciente em duas unidades básicas de saúde de uma macrorregião do DF, suas fragilidades e fortalezas e elaborar uma síntese de evidências da cultura de segurança do paciente dessas duas unidades básicas de saúde a partir do diagnóstico realizado.

PRIVACIDADE

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, qualquer dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Além disso, a pesquisa será respondida de forma anônima e os resultados serão apresentados de forma agregada.

DA NATUREZA VOLUNTÁRIA E NÃO ONEROSA

Entendo que esse estudo possui finalidade acadêmica e minha participação é voluntária e, portanto, não fui obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a), além disso, informo que não receberei nenhum pagamento por esta participação.

DESISTÊNCIA

Posso ainda me recusar a participar do estudo ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, sem qualquer prejuízo.

PROCEDIMENTOS

A participação se dará exclusivamente por meio de um questionário nesta ferramenta online, com questões acerca da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. O tempo estimado para conclusão é de 10 minutos, podendo variar.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Estou ciente que os riscos decorrentes de minha participação na pesquisa são aqueles associados ao uso de dispositivos com telas, além de um possível desconforto em responder alguma questão relacionada a uma problemática complexa, à experiência pessoal e às concepções acerca das temáticas. Os benefícios desta pesquisa poderão ser sentidos a curto e longo prazo. A curto prazo esperamos provocar uma primeira reflexão sobre segurança do paciente e prevenção de eventos adversos. Esperamos que a partir da análise dos dados encontrados e da síntese de evidências encontradas possamos melhorar diversos pontos na segurança do paciente na atenção primária

RESPONSÁVEL E CONTATOS

Estou ciente que pesquisador responsável por esse trabalho é Danila Araújo e Silva, a qual poderei manter contato pelo telefone (61) 981951671 e/ou pelo e-mail pesquisamestradoseguranca@gmail.com

ASSISTÊNCIA E ACESSO ÀS INFORMAÇÕES

Além disso, foi-me assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

RESULTADOS

Os resultados da pesquisa serão divulgados aos interessados pelo e-mail pesquisamestradoseguranca@gmail.com. Os dados e materiais coletados na pesquisa serão arquivados pelo período mínimo de 5 anos.

CONSENTIMENTO

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

COMITÊ DE ÉTICA

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Avenida L3 Norte, s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A, Brasília DF, CEP: 70910-900, pelo telefone: (61) 3329-4607 / 332916 4638 cepbrasil@fiocruz.br. O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira: de 9 h às 12 h, e de 14 h às 17 h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária

INSTRUÇÕES DA PESQUISA

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

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

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

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

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

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

Acesso ao cuidado	Diariamente	Pelo menos uma vez na semana	Pelo menos uma vez ao mês	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não aconteceu nos últimos 12 meses	Não se aplica ou não sei
1. Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Identificação do paciente							
2. No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/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 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 de 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 pelos profissionais de saúde durante sua consulta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Diagnósticos e testes

8. Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

9. Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

10. Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

SEÇÃO B: Troca de informações com outras instituições

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

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

SEÇÃO C: Trabalhando neste serviço de saúde

Quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica ou não sei
1. Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre médicos e demais profissionais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
13. Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
14. Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
15. A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SEÇÃO D: Comunicação e acompanhamento

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

SEÇÃO E: Apoio de gestores/administradores/líderes

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

1 Sim > Vá para a Seção F

2 Não > Continue abaixo

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

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

SEÇÃO F: Seu serviço de saúde

Quanto você concorda ou discorda das seguintes afirmações?

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

SEÇÃO G: Avaliação global

Avaliação global da qualidade

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

	Ruim	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente

a. Centrado no paciente: É sensível às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Efetivo: É baseado no conhecimento científico.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Pontual: Minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Eficiente: Garante um cuidado de bom custo-benefício (evita 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 do sexo, etnia, status socioeconômico, idioma etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Avaliação em segurança do paciente

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

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

SEÇÃO H: Questões sobre a prática profissional

1. Há quanto tempo você trabalha neste serviço?

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

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

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

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

- a. Médico
- b. Enfermeiro
- c. Gerência
 - Administrador
 - Gerente de enfermagem
 - Gerente de laboratório
 - Outro gerente: _____
- d. Equipe administrativa
 - Registros médicos
 - Recepção
 - Recepcionista
 - Encarregado dos agendamentos (consultas, exames, cirurgias, etc.)
 - Outro cargo administrativo: _____
- e. Técnico de enfermagem
- f. Outro pessoal clínico:
 - Técnico de laboratório
 - Técnico em saúde bucal
 - Odontólogo
 - Farmacêutico
 - Assistente social
 - Fisioterapeuta
 - Psicólogo
 - Agente Comunitário de Saúde
 - Nutricionista
 - Terapeuta Ocupacional
 - Outra função. Por favor, especifique: _____

ANEXO A – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM DUAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UMA MACRORREGIÃO DO DISTRITO FEDERAL

Pesquisador: DANILA ARAUJO E SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39684320.4.0000.8027

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.401.327

Apresentação do Projeto:

O protocolo submetido a esta plataforma descreve o vertente projeto da seguinte forma: "Os serviços de atenção primária estão no centro dos cuidados de saúde em muitos países. Eles são a porta de entrada no sistema de saúde e impactam diretamente no uso de outros recursos de saúde e assistência. Grandes desafios vêm sendo enfrentados como o aumento da longevidade, a carga de doenças crônicas, a complexidade de casos atendidos na APS. (WHO,2016) A atenção primária insegura pode aumentar a morbidade e a mortalidade evitável e levar ao uso desnecessário de recursos hospitalares e de elevado custo. Assim, melhorar a segurança na atenção primária é essencial quando se busca a sustentabilidade dos cuidados de saúde (WHO,2016). Além disso, é válido ressaltar que uma proporção significativa de incidentes de segurança registrados em hospitais teve sua origem em níveis anteriores de atendimento. Segundo Auraaen et al. (2018), os erros nos cuidados primários e ambulatoriais são comuns. Cerca de metade dos danos causados ao paciente se origina nos cuidados primários e ambulatoriais. As estimativas também sugerem que quatro em cada dez pacientes enfrentam problemas de segurança em sua interação com esse cenário. Os incidentes de segurança nos cuidados primários e ambulatoriais podem resultar em uma maior necessidade de cuidados ou hospitalizações. As evidências disponíveis estimam que os custos diretos dos lapsos de segurança nos cuidados primários e ambulatoriais representam cerca de 2,5% do total dos gastos com saúde. O Programa de Segurança do Paciente da OMS iniciou o projeto "Cuidados Primários Mais Seguros " (Safer Primary Care) em 2012, que tem como finalidade

promover o entendimento e o conhecimento sobre os riscos para os pacientes na atenção primária; a magnitude e natureza do dano evitável devido a práticas inseguras nesses ambientes; e mecanismos seguros para proteger os pacientes da atenção primária. A implementação de mudanças e práticas do sistema é crucial para melhorar a segurança em todos os níveis da assistência médica. Segundo especialistas do projeto Safer Primary Care, um passo importante para tornar os cuidados mais seguros é a criação de uma rede internacional de informações, tornando os mecanismos de segurança para proteger os pacientes de atenção primária à saúde conhecidos e aplicáveis. Concomitantemente, faz-se necessário conhecer e entender como as cascatas de erros levam ao incidente (WHO, 2012). Em 1990, James Reason propôs o modelo de queijo suíço para analisar erros e incidentes relacionados à segurança dos pacientes; a teoria propõe que um sistema complexo como o de saúde apresenta vários riscos que podem causar danos aos pacientes, que são impedidos por barreiras e estas barreiras possuem fraquezas. A imagem do queijo suíço se relaciona com esta teoria pois as fraquezas das barreiras são representadas pelos buracos do queijo; estes buracos ou barreiras são abertos ao acaso, mas quando se alinham acabam atingindo o paciente (COSTA, 2017). Nos últimos anos, no Brasil, com a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), houve uma ampliação do acesso aos serviços, aumentando o número de pacientes atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) e elevando sua complexidade (MENDES, 2012). A ESF responde por uma parcela expressiva dos cuidados ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, o fortalecimento da cultura de segurança entre os profissionais é um importante passo para o desenvolvimento institucional de estratégias para melhoria da qualidade e redução de incidentes na atenção primária à saúde (MENDES, 2012). Segundo a portaria 529, de 02/04/2013, que instituiu o Programa Nacional de segurança do paciente (PNSP), a cultura de Segurança se traduz a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização. Essas características são: cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança."

Continuação do Parecer: 4.401.327

pesquisa poderão ser sentidos a curto e longo prazo. A curto prazo esperamos provocar uma primeira reflexão sobre segurança do paciente e prevenção de eventos adversos. Esperamos que a partir da análise dos dados encontrados e da síntese de evidências encontradas possamos melhorar diversos pontos na segurança do paciente na atenção primária".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O vertente projeto de pesquisa está bem descrito, com coerência entre objetivos e metodologia. Apresenta elementos suficientes para a análise qualificada dos aspectos éticos a serem considerados. A avaliação entre os riscos e benefícios permite verificar a viabilidade do projeto e vislumbrar o potencial de contribuição dos resultados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória encontram-se adequados para a correta análise dos aspectos éticos do projeto apresentado.

Recomendações:

De acordo com as Resoluções do CNS 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e 510/16 c, Capítulo VI - V, os pesquisadores responsáveis deverão enviar ao CEP relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo pelo colegiado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovar o vertente protocolo sem necessidade de retorno a este CEP.

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_1636522.pdf	28/10/2020 18:21:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.pdf	28/10/2020 18:20:17	DANILA ARAUJO E SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	28/10/2020 18:16:42	DANILA ARAUJO E SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	28/10/2020 18:16:28	DANILA ARAUJO E SILVA	Aceito
Brochura Pesquisa	BROCHURAPESQUISA.pdf	28/10/2020 18:08:35	DANILA ARAUJO E SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	28/10/2020 18:07:09	DANILA ARAUJO E SILVA	Aceito

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA) 

Continuação do Parecer: 4.401.327

Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/10/2020 18:07:09	DANILA ARAUJO E SILVA	Aceito
Outros	autorizacao.pdf	21/10/2020 15:43:37	DANILA ARAUJO E SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromisso.pdf	21/10/2020 15:40:40	DANILA ARAUJO E SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuenciainstitucional.pdf	21/10/2020 15:38:41	DANILA ARAUJO E SILVA	Aceito
Declaração de concordância	termodeconcordancia.pdf	21/10/2020 15:37:58	DANILA ARAUJO E SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	21/10/2020 15:30:35	DANILA ARAUJO E SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 16 de Novembro de 2020

Assinado por:
BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE
(Coordenador(a))