

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

**DESAFIOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Luiz Marcelo Chiarotto Pierro

São Paulo
2020

Luiz Marcelo Chiarotto Pierro

Desafios da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde

Projeto de Dissertação apresentado no Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde, da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração**.

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Cristina Zago Novaretti

São Paulo – SP
2020

Pierro, Luiz Marcelo Chiarotto.

Desafios da segurança do paciente na atenção primária à saúde. /
Luiz Marcelo Chiarotto Pierro. 2020.

84 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Nove de Julho -
UNINOVE, São Paulo, 2020.

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Marcia Cristina Zago Novaretti.

1. Segurança do paciente. 2. Atenção primária à saúde. 3.
Gestão da segurança. 4. Saúde pública. 5. Cultura de segurança.

Novaretti, Marcia Cristina Zago.

II. Título.

CDU 658:616

LUIZ MARCELO CHIAROTTO PIERRO

**DESAFIOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Profa. Dra. Marcia Cristina Zago Novaretti - Universidade Nove de Julho - UNINOVE

Profa. Dra. Márcia Mello Costa De Liberal - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Prof. Dr. Antonio Pires Barbosa - Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Profa. Dra. Maria Cristina Sanches Amorim- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP (Suplente)

Profa. Dra. Sonia Francisca de Paula Monken - Universidade Nove de Julho – UNINOVE (Suplente)

São Paulo, 15 de junho de 2020.

AGRADECIMENTOS

À CAPES pelo apoio aos pesquisadores.

À Universidade Nove de Julho pela oportunidade, e aos professores Dra Renata M. Daud Gallotti, Profa Dra Cinthya Cosme G. Duran, Prof Dr Cristano Gomes, Prof Camila Gomes e Prof Karla Pontes, que foram fundamentais nesta trajetória.

À Profa. Dra Márcia Cristina Zago Novaretti, pela excelente atenção e orientação construída durante o mestrado. A possibilidade do aprendizado orientado pela Profa Marcia foi um grande diferencial na minha construção como um mestrando. A participação da Profa. Márcia foi além da orientação, participou ativamente da nossa formação acadêmica e como pessoa, trocando informações sobre sua experiência pessoal e nos direcionando ao caminho ético da formação do mestrado. Agradeço também a Sra Queli no auxílio prestado durante o curso.

Aos professores da banca examinadora, Professora Dra Sonia Francisca de Paula Monken, Prof. Dra Vivian Elaine Alflen Soares, Prof. Dra Marcia Mello Costa de Liberal que aceitaram convite para participar desta banca e contribuir para o fomento de novas pesquisas.

A secretaria de Saúde do município e a Sra Vivian pelo apoio a pesquisa.

Agradeço aos profissionais que participaram da pesquisa, e aos gerentes das Unidades Básicas de Saúde que dedicaram parte do seu tempo a responder o questionário.

Aos professores do Mestrado Profissional em Gestão em Sistemas de Saúde Profa Dra Ana Freitas Ribeiro, Prof Dr Antonio Pires Barbosa, Profa Dra Chennyfer Dobbins Abi Rached, Prof Dr Evandro Luiz Lopes, Profa Dra Lara Jansiski Motta Godinho, Profa Dra Sonia Francisca de Paula Monken e Profa Dra Márcia Cristina Zago Novaretti pela contribuição na minha formação como pessoa e como mestrando.

Aos colegas da turma MPAGSS2018 pelos ótimos momentos que passamos juntos. À minha colega de turma e colega de trabalho Dra Andrea Alencar, o Fernando e a Rafinha, pelos bons momentos que compartilhamos nesta empreitada.

A minha família pelo apoio nos momentos de maior tensão nas apresentações.

A minha esposa pela paciência neste período, e além de tudo, por ter cuidado do Heitor nas minhas ausências quase constantes.

RESUMO

A segurança do paciente é considerada uma das dimensões da qualidade. Embora haja muitas pesquisas em ambiente hospitalar sobre segurança do paciente há lacunas quanto ao conhecimento da cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. Ao se considerar que se estima que a atenção primária à saúde pode ter capacidade resolutive de até 80% dos agravos à saúde e, que aproximadamente 75% da população brasileira depende exclusivamente da saúde pública o estudo da cultura de segurança do paciente nesse cenário se faz indicado. Esta pesquisa teve por objetivo analisar a possibilidade de reconhecimento da cultura da segurança do paciente pelos profissionais das unidades básicas de saúde em um Município na região Metropolitana de São Paulo, segundo um questionário específico, e elaborar critérios de intervenção para melhorias nos pontos de maior fragilidade, bem como identificar os fatores que mais contribuem para a segurança do paciente. O questionário foi desenvolvido e aplicado em diversos países, sendo traduzido e validado no Brasil. Trata-se de uma pesquisa em 23 Unidades Básicas de Saúde por meio de um estudo do tipo enquete, e com uso de metodologia quantitativa, descritiva, procedeu-se a avaliação de todos os colaboradores que tinham contato direto ou indireto com pacientes. A Cultura da Segurança do Paciente imprimiu uma nova noção de segurança na Atenção Primária à Saúde contribuindo para a melhoria da assistência à saúde e da saúde pública. A percepção geral da segurança do paciente e da qualidade do cuidado foi percebida por 51,8% dos entrevistados. Trabalhando em equipe obteve 85,52%, acompanhamento do cuidado 87,1%, aprendizagem organizacional 80,1%, pressão e ritmo do trabalho 72,9%. Comunicação sobre erro 65,97%, comunicação aberta 64,87%, padronização do processo 62,75%, treinamento da equipe 48%, troca de informações com outras instituições 37,3% Suporte e liderança 47,85%. Conclusão: Foi identificado que a cultura da segurança do paciente é adequada nas dimensões segurança do paciente no acompanhamento ao cuidado, na aprendizagem organizacional e no trabalho em equipe. Em suporte e Liderança, não houve a percepção da segurança do paciente. Em Pressão e ritmo de trabalho, padronização dos processos, comunicação aberta, comunicação sobre erro e troca de informações com outras instituições, não apresentam essa percepção, sendo a troca de informações com outras instituições e treinamento da equipe com índices inferiores a 50%.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Atenção Primária à Saúde, Gestão da Segurança, Saúde pública, Cultura de segurança

ABSTRACT

Patient safety is considered one of the dimensions of quality. Although there are many research in the hospital environment on patient safety, there are gaps in the knowledge of the culture of patient safety in primary health care. When considering that primary health care is estimated to have a resolution capacity of up to 80% of health problems, and that approximately 75% of the Brazilian population depends exclusively on public health, the study of patient safety culture in this scenario is carried out indicated. This research aimed to analyze the possibility of recognizing the culture of patient safety by professionals from basic health units in a city in the metropolitan region of São Paulo, according to a specific questionnaire, and to elaborate intervention criteria for improvements in the most fragile points as well as identifying the factors that most contribute to patient safety. The questionnaire was developed and applied in several countries, being translated and validated in Brazil. This is a survey of 23 Primary Care Units through a survey-type study, and using quantitative, descriptive methodology. We proceeded to assess all employees who had direct or indirect contact with patients. The Culture of Patient Safety has given rise to a new notion of safety in Primary Health Care, contributing to the improvement of health care and public health. The general perception of patient safety and quality of care was perceived by 51.8% of respondents. Working as a team, it was perceived by 85.52%, care monitoring 87.1%, organizational learning 80.1%, work Pressure and pace 72.9%. Communication on error 65.97%, open communication 64.87%, standardization of the process 62.75%, team training 48%, exchange of information with other institutions 37.3% Support and leadership 47.85%. Conclusion: It was identified that the culture of patient safety is adequate in the dimensions of patient safety in monitoring care, in organizational learning and in teamwork. In support and leadership, there was no perception of patient safety. In Pressure and work pace, standardization of processes, open communication, communication about error and exchange of information with other institutions, they do not present this perception, with the exchange of information with other institutions and training of the team with rates below 50%.

Keyword: Patient Safety, Primary Health Care, Safety Management, public health, safety culture

Sumário	
Introdução	8
Problema de pesquisa	10
Questão de pesquisa	11
Objetivos	11
Geral.....	11
Específico.....	11
JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA.....	12
ESTRUTURA DO TRABALHO.....	13
Referencial teórico	13
Segurança do paciente e bases históricas.....	13
Atenção primária a saúde	16
Cultura da segurança do paciente.....	18
MÉTODO É TÉCNICA DE PESQUISA	21
Delineamento da pesquisa.....	21
Procedimento de Coleta de Dados.....	22
Delineamento da pesquisa.....	22
Procedimento de análise de dados	25
Análise descritiva.....	27
LIMITAÇÃO DA PESQUISA	29
RESULTADO	29
Característica dos profissionais entrevistados.....	30
Alfa de Cronbach	31
Resultados descritivos.....	32
TESTES ESTATÍSTICO DE COMPARAÇÃO	46
DISCUSSÃO	50
CONCLUSÃO	55
CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA	56
REFERÊNCIA	57

1 INTRODUÇÃO

A história da segurança do paciente pode-se dizer começou com o pensador Hipócrates (460 a 370 a.C.) quando formulou o postulado *Primum non nocere*, que significa – primeiro não cause dano. Mais amiúde, outros nomes de relevância como o médico húngaro Ignaz Semmelweis, obstetra, que descobriu que a incidência de “febre puerperal” seria drasticamente reduzida nas enfermarias obstétricas do Hospital Geral de Viena com a prática da higienização das mãos, nas quais os partos eram conduzidos por médicos, e a mortalidade era então três vezes maior do que nas enfermarias onde trabalhavam parteiras (Manor et al., 2016). Outro nome de destaque foi da enfermeira Florence Nightingale, que revolucionou a história da enfermagem quanto ao cuidado com a propagação de infecções no ambiente de atenção à saúde. Ela implementou cuidados específicos de higiene durante a guerra, prevenindo assim a infecção cruzada, reduzindo milhares de mortes por infecção (Lopes & Santos, 2010).

Já no século XX, Codman foi pioneiro em tentar padronizar os atendimentos hospitalares, após verificar falhas nos atendimentos em hospitais americanos, sendo precursor no processo de acreditação hospitalar (Neuhauser, 1990).

A Segurança do Paciente é considerada um componente fundamental na qualidade em cuidados na saúde. Esse assunto ganhou maior importância após a publicação do relatório “Errar é humano” do Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos (Institute of Medicine (US), Committee on Quality of Health Care in America, 2000), que teve como objetivo mostrar a quebra do ciclo da passividade em relação aos erros na assistência ao paciente, realizados pelos profissionais de saúde.

No Brasil, os termos atenção primária, atenção básica e atenção primária à saúde tem sido usados como sinônimos no Brasil, embora possam existir uma diferença no seu conceito ideológico (Mello et al., 2009). Porém, o entendimento é que o termo atenção básica, usado nos documentos do Ministério da Saúde na portaria número 2488\2011, instituindo a PNAB (Programa Nacional da Atenção Básica) seja considerado equivalente à atenção primária à saúde (Cecilio & Reis, 2018).

As experiências na atenção primária inspiraram a construção de outros programas, como por exemplo o Programa de Agentes comunitários de Saúde (PACS), e em seguida o Programa Saúde da Família (PSF), como bases de uma nova política nacional de atenção básica.

O programa Saúde da Família incorporado pela estratégia da atenção primária à saúde foi um marco na saúde brasileira. Inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de risco e vulnerabilidade, esse programa (PSF) passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante do sistema municipal de saúde, permitindo uma nova dinâmica na organização e nas ações de saúde (Escorel et al., 2007).

Posteriormente, essa política passou a refletir o pensamento da Organização Mundial da Saúde (OMS), na publicação do relatório *Primary Health Care Now More Than Ever*, que convoca à reflexão em relação às expectativas da população e à integração da atenção primária à saúde (Organization, 2008).

Fontes do ministério da saúde e Portal Brasil, com dados de 2014, mostram que o sistema de saúde público e gratuito brasileiro contabilizou 4,1 bilhões de tratamentos em nível ambulatorial, 1,4 bilhão de consultas médicas e mais de 11 milhões de internações. O governo gastou com esses atendimentos R\$ 98 bilhões dos cofres públicos. Esses valores financiam programas como o Programa Saúde da Família, que atingindo 112 milhões de pessoas, cobre 56% da população (Coronel et al., 2016).

No Brasil, dados sobre segurança do paciente na atenção básica são escassos. No SUS em geral, a prevalência de eventos adversos foi de 6,4% e 7,1% na saúde suplementar, porém, eventos adversos graves foram de 1,9% no SUS e 1,4% na saúde suplementar. Mortalidade também foi maior no SUS com 22,8% e 12% na saúde suplementar (Couto et al., 2018).

Avaliar a cultura da segurança do paciente se torna importante para mensurar as condições organizacionais que podem levar a possíveis eventos a pacientes nos serviços de saúde (Santana et al., 2014). Para se mensurar é necessário selecionar uma ferramenta adequada e viável com métodos válidos e, com isso programar as mudanças (Andrade et al., 2018).

Uma portaria federal de 2013 instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com o intuito de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (Saúde, 2013).

A identificação de erros pode estar relacionada a fatores individuais, como falta de atenção, deficiências na formação acadêmica, lapsos de memória, etc. Mas pode ocorrer também como falhas sistêmicas, por exemplo, problemas no ambiente

(iluminação, barulho), falha no treinamento, ausência de profissionais, problemas de comunicação, produtos inadequados na utilização à pacientes (Miasso et al., 2006). Conforme Reason, a ocorrência de um erro revela uma sequência de eventos que tiveram uma ou mais falhas para que culminasse no erro (Reason, 2016). Assim, o estudo de pontos críticos na gestão e na assistência à saúde pode contribuir para minimizar ou até mesmo a evitar a recorrência de falhas previamente identificadas.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Atualmente existe um esforço geral para que se pesquise mais a respeito sobre a cultura da segurança do paciente na atenção básica (Marchon et al., 2015).

Embora estejamos no início das pesquisas a respeito da segurança do paciente na atenção básica (Singh, 2007), alguns dados sobre eventos adversos já foram divulgados, mostrando uma clara diferença nas publicações com o tema segurança do paciente em hospitais e na atenção primária. Os estudos são mais específicos em hospitais, pois incidentes sem lesão podem chegar a 60% das internações (Novaretti et al., 2014), e a maioria dos eventos adversos estão associadas à cirurgias e ao tratamento medicamentoso (Kuo et al., 2008). Embora a maior parte dos eventos em hospitais acarrete incapacitações leves, uma proporção considerável está relacionada à morte de pacientes (Gallotti, 2003). Na atenção primária, dados mundiais evidenciam que os eventos se devem principalmente a medicamentos e diagnóstico (Singh, 2007). No Brasil, os estudos atuais confirmam esses dados, e demonstram que os tipos de incidentes mais encontrados estão associados à medicação, diagnóstico, e falhas de comunicação (Marchon et al., 2015). A OMS em 2012 constituiu um grupo chamado “Safer Primary Care Expert Working Group”, com objetivo de estudar os riscos a pacientes na atenção básica, dividi-los em evitável e inevitável, identificar mecanismos de proteção e segurança (Marchon et al., 2014).

No Brasil, a influência da atenção primária é muito forte, devido a programas como a Estratégia de Saúde da Família, um programa multiprofissional, humanizado, onde a comunicação entre os cuidadores é fator central e Programas como os “Mais Médicos” (Vilaça Mendes, 2018).

Avaliar a cultura da segurança do paciente se torna, portanto, imperativo para mensurar as condições organizacionais que poderiam levar a danos a pacientes que usam os serviços públicos de saúde (Santana et al., 2014).

Ao considerar que se estima que a atenção primária à saúde pode ter capacidade resolutiva

de até 80% dos agravos à saúde e, que aproximadamente 75% da população brasileira depende exclusivamente da saúde pública o estudo da cultura de segurança do paciente nesse cenário se faz indicado (Campos et al., 2014).

1.2 QUESTÃO DE PESQUISA

De que maneira avaliar o nível de cultura de segurança do paciente pode motivar melhorias na atenção primária à saúde?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

Avaliar o nível de cultura de segurança do paciente exercida pelos profissionais de saúde nas Unidades Básicas de Saúde e propor melhorias.

1.3.2 Específicos

- Identificar os fatores que mais contribuem e os que menos contribuem para a segurança do paciente em atenção primária à saúde.
- Identificar quais conhecimentos os profissionais entrevistados detêm sobre segurança do paciente.
- Identificar as dificuldades associadas ao trabalho na cultura da segurança do paciente em atenção básica.
- Identificar locais para intervenção de melhorias nos pontos com maior fragilidade.

1.4 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

Levando em consideração que aproximadamente 75% da população brasileira depende exclusivamente do SUS para assistência à saúde e que cerca de 80% dos problemas de saúde idealmente seriam resolvidos nas unidades de atenção primária à saúde o conhecimento do nível de segurança do paciente nesse cenário pode fornecer ferramentas

importantes para a tomada de decisões que proporcionem um aumento da segurança do paciente e, por fim, contribua para o aprimoramento da assistência à saúde do país.

Conforme as discussões sobre cultura da segurança do paciente evoluem nos ambientes hospitalares, impulsionado por projetos de acreditação e qualidade, estimulando uma cultura positiva, na atenção primária à saúde esses estudos ainda são escassos (Reis et al., 2013). Dados evidenciam que o número de pessoas que buscam a atenção básica aumentou cerca de 450% entre 1981 e 2008 (Paim et al., [s.d.]). Para uma avaliação na atenção primária, foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), proposto pelo Ministério da Saúde, como estratégia para propor as modificações necessárias no funcionamento na atenção básica, qualificar as práticas de gestão e do cuidado (Fausto et al., 2014).

Nessa avaliação se demonstrou a qualidade do serviço ofertado, classificou como regular em cerca em 44% das unidades, e que 62% dos profissionais de saúde não utilizavam os protocolos preconizados para a avaliação clínica inicial dos pacientes. Este mesmo levantamento apontou que somente 38% dos profissionais de saúde que trabalhavam nas unidades utilizam protocolos clínicos em situações de urgência (Marchon et al., 2015).

Diante do exposto, se mostra necessário avaliar a cultura da segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde com pesquisas, ou com auxílio dos Núcleos de Segurança do Paciente, conforme orientação do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde (BR) & Fundação Oswaldo Cruz, 2014).

1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

Esta dissertação apresenta na primeira parte uma introdução que aborda um breve histórico e definições sobre segurança do paciente, atenção primária e cultura da segurança. Em seguida, em problema de pesquisa, abordamos todo o esforço em pesquisa relacionadas a segurança do paciente no Brasil e no Mundo. Seguindo-se, apresentamos questão de pesquisa, objetivo geral e específicos. Na segunda parte, em referencial teórico, abordamos segurança do paciente e bases históricas, atenção primária à saúde, e cultura da segurança do paciente. Na terceira parte, em método e técnica de pesquisa é apresentado o delineamento de pesquisa, procedimento de coleta de dados, e limitação da pesquisa. Na quarta parte apresentamos os Resultado, Discussão, Consideração Final.

2. Referencial Teórico

2.1 Segurança do Paciente e Bases históricas.

A Segurança do Paciente conforme evoluiu contribuiu para a melhoria na qualidade em saúde, contando com contribuições de Florence Nightingale, Semmelweis, Codman, John E. Wennberg, Archibald Leman Cochrane, entre outros. Devido aos trabalhos desenvolvidos por eles, foi possível conhecer a relevância da transmissão de infecção pelas mãos, da organização no cuidado, e da criação de padrões internacionais de qualidade em saúde (Ministério da Saúde (BR) & Fundação Oswaldo Cruz, 2014).

Donabedian em 1980 publicou em seu artigo “ Explorations in Quality Assessment and monitoring definition of quality and approaches to its assessment” onde informa que a qualidade e a segurança são, resultados do cuidado em saúde (DONABEDIAN, 1980).

A segurança é caracterizada como um princípio estrito e fundamental ao paciente. Sua melhoria envolve uma ampla gama de ações de melhorias de desempenho, segurança e gestão de riscos, incluindo controle de infecção, uso racional de medicação e prática médica segura (Gomes, 2008).

O movimento em favor da segurança do paciente teve maior destaque após a publicação do relatório “Errar é Humano” do Instituto de Medicina (Institute of Medicine - IOM) dos EUA. Nesse relatório foram apresentados os resultados de vários estudos demonstrando que das 33,6 milhões de internações resultaram em 44.000 a 98.000 mortes anuais nos Estados Unidos, como consequência de eventos adversos. Com isso, evidenciava que, à época em que o estudo foi feito, se morria mais em ambiente hospitalar do que por acidentes automobilísticos (43.458 mortes por ano), câncer de mama (42.297 mortes por ano) e AIDS (16.516 mortes por ano) nos Estados Unidos (Donaldson et al., 2000).

Tal relatório foi considerado um marco que despertou o mundo para uma atenção maior para com a segurança do paciente nas instituições de saúde (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2000).

Após essa publicação, a Organização Mundial da Saúde lançou em 2004 a “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, cujo objetivo é adotar medidas de melhoria no atendimento ao paciente e aumentar a qualidade dos serviços de saúde (Reis et al., 2013). Segundo a OMS, “Segurança do Paciente é a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável, sendo “mínimo aceitável” aquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não-tratamento, ou outro tratamento.

” Associado a este conceito, ” a segurança do paciente é a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e uso das melhores práticas descritas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente” (*WHO / Safe Surgery*, [s.d.]).

Novos modelos relacionados à segurança do paciente visam reestruturar processos de assistência à saúde, não visando mais procurar culpados, e sim, verificar fragilidades nos processos e antecipar-se à ocorrência de incidentes que possam causar danos aos pacientes (Barbosa, 2013).

Portanto, a segurança do paciente é uma dimensão da qualidade em cuidados de saúde e sua melhora depende de aprendermos a trabalhar com as interações dos seus componentes. No Instituto de Medicina Americano, foi recomendado então que as organizações de saúde criassem um ambiente onde a segurança do paciente fosse considerada prioridade, tornando importante parte da cultura organizacional (Silva et al., 2016).

ATRIBUTOS	DEFINIÇÕES
SEGURANÇA	Evitar lesões e danos decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajuda-los
EFETIVIDADE	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar.
CCP	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, e tomadas de decisão dependem do paciente.
OPORTUNIDADE	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado
EFICIENCIA	Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia
EQUIDADE	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, genero, condição socioeconômica

Fig. 1: Alguns conceitos usados pela organização mundial da saúde.

No Brasil, o programa Nacional da Segurança do Paciente foi instituído por uma portaria em 2013, com o intuito de auxiliar a qualificação do cuidado em saúde nos estabelecimentos de saúde do território nacional, associado a promover e apoiar a iniciativa de implantação de técnicas de segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, e auxiliar na elaboração e apoio na implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente (Saúde, 2013).

Alguns programas tiveram foco específico como o “*Clean Care is Safer Care*”, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde e lançado em 2005, que preconiza o controle de infecção principalmente com ênfase nas lavagens de mãos, visto que infecções associadas aos cuidados em saúde é o evento prejudicial mais frequente na prestação do cuidado em saúde, afetando milhares de pacientes, levando a uma mortalidade

significativa e perdas financeiras (Pittet & Donaldson, 2005). Programas como “*Safe Surgery Saves Lives*” também desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, na 55ª Assembleia Mundial da Saúde, preconiza uma melhor assistência cirúrgica com normas e práticas de segurança pré-estabelecidas para pacientes cirúrgicos (World Health Organization, 2010). Esse programa está incluindo na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, lançado em 2004, para estimular uma consciência profissional e um comprometimento geral para melhor segurança na assistência à saúde (WHO, 2004).

Mais recente, foi publicado o programa “*Medication Without Harm*”, pela Organização Mundial da Saúde em 2017, com o objetivo de reduzir em 50% os danos graves e evitáveis provocados por medicação nos países nos próximos cinco anos. Os erros atribuídos à medicação correspondem a 30% dos erros em hospitais e na atenção básica primária, sendo o principal incidente que leva à evento adverso, principalmente em crianças e idosos. “Uso Seguro de Medicamentos (Medication without harm)” é o tema do Desafio Global de Segurança do Paciente 2017 da OMS”.

Na atenção primária à saúde, a OMS publicou em 2008 o relatório “Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais Que Nunca”, que propõe quatro conjuntos de reformas nos cuidados primários em saúde, sendo eles: reforma da cobertura universal (garantia de equidade), reforma da prestação de serviço (orientar o sistema de saúde para as pessoas), reforma da política pública (para promover e proteger a saúde na comunidade) e reforma da liderança (para autoridades de saúde mais confiáveis).

Mesmo com esses projetos, existem ainda muitas lacunas a respeito desse assunto, e sua mensuração dos tipos de incidentes ocorridos subestimada. Existe escassez de pesquisas e produções científicas relacionadas à segurança do paciente neste nível de atenção. (Mesquita, Silva, Lira, Freitas, & Lira, 2016).

2.2. Atenção Primária à Saúde

Avaliando todos os ganhos obtidos com a democratização do país, consolidada pela constituição de 1988, a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), foi certamente uma das mais importantes (Barbosa, 2013).

Por definição, a “Atenção Primária à Saúde, desde a Conferência de Alma-Ata, é uma assistência sanitária essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os

indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de auto-responsabilidades e autodeterminação” (Lavras, 2011).

No Brasil, o sistema público de saúde é gerenciado por um sistema único e gratuito. Seus princípios são a universalidade, equidade e descentralização (Barbosa, 2013).

Nesse processo de descentralização, a atenção básica tem o objetivo de ofertar acesso universal ao usuário e serviços inclusivos, além de coordenar a expansão da cobertura para níveis mais complexos de cuidado, bem como programar ações entre - setores de promoção de saúde e prevenção de doenças. (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 1970).

A atenção primária no cuidado à saúde Brasileira é reconhecidamente componente importante devido a influencia na saúde e no desenvolvimento da população, com melhora nos indicadores de saúde, maior eficiência no cuidado, maior utilização nas práticas preventivas, maior tratamento de patologias crônicas e melhora ao acesso aos serviços em saúde (Oliveira & Pereira, 2013).

Conforme Starfield define em 2002 no seu livro “Atenção primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia”, a atenção primária implica em acessibilidade e uso da atenção primária pelos necessitados. A longitudinalidade definida como continuidade do cuidado, também implica em uma forma regular de atenção com a criação de vínculo entre usuário e serviço primário de saúde.

Com isso, autores definem que para poder oferecer um cuidado em saúde mais amplo e eficaz, a atenção primária é a mais indicada, por não ser fragmentada ou subespecializada, com pacientes com múltiplos diagnósticos e queixas confusas, sem diagnósticos conhecido.

Na Unidades Básica, são disponíveis os serviços de acolhimento (presta demanda espontânea), consulta médica e de enfermagem, atendimento odontológico, atendimento médico, exames preventivos ginecológicos, curativo, central de receita, dispensação de medicação (preservativos masculinos e femininos inclusive), reuniões entre equipe com orientação a familiares de pacientes, trabalhos de inclusão social, práticas integrativas complementares do SUS, (auriculoterapia, acupuntura,..).

Dentro das Unidades Básicas de Saúde, existe uma composição formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas e auxiliares bucais, recepcionistas, agentes comunitários de saúde, oficiais administrativos com auxiliares. O gerenciamento fica por conta da Gerente da Unidade (Facchini et al., 2006).

Na atenção primária em saúde, está o Programa de Saúde da Família (PSF). (Escorel et al., 2007). O PSF funciona por meio de equipes da saúde da família (ESF) formadas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, criado em 1994. (Fortuna et al., 2005). O avanço do programa no Brasil foi notório e um ganho em termos de qualidade de cobertura de serviço de saúde oferecido aos Brasileiros. A expansão do programa possibilitou elevar a cobertura da população de 6,58% em 1998 para 54,4% em 2012.

A atenção primária é considerada segura, com riscos estimados entre 5 a 80 vezes por 100.000 consultas. Na Holanda um artigo demonstrou que Eventos Adversos de drogas administradas no domicílio foram uma importante causa de hospitalização aguda (Paese & Sasso, 2013).

2.3 Cultura da segurança do paciente.

Conforme dados da literatura, o termo cultura de segurança do paciente foi utilizado pela primeira vez pela International Atomic energy Agency (IAEA) quando publicou o Safety Culture report. Na saúde, a Cultura da Segurança do Paciente foi definida pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) como o produto de valores, associados a atitudes e competências, percepções, e padrões de comportamento individuais e em grupos. Esse compromisso determina uma proficiência no manejo em relação a cultura da segurança do paciente em uma organização (Nieva & Sorra, 2003). Desde então, o termo vem sendo utilizado por indústrias consideradas de alto risco (Flin, Burns, Mearns, Yule, & Robertson, 2006). A cultura da segurança do paciente tem o objetivo de proporcionar uma interpelação do sistema de saúde, com o objetivo de prevenir e reduzir possíveis danos aos pacientes. Nesse modelo de cultura, cada pessoa tem consciência de suas responsabilidades e são conscientes de suas atribuições dentro da organização, sendo responsável pelas consequências de suas ações. (Ferreira Guerreiro da Silva Mendes & Margalho Barroso, 2014)

A avaliação da cultura da segurança do paciente visa diagnosticar o nível de cultura de segurança, possíveis riscos de dano, evoluções das intervenções, acompanhar a evolução da cultura da segurança do paciente com o tempo, bem como notificar incidentes. Na cultura da segurança do paciente, o instrumento de escolha tem sido o questionário. (Guldenmund, 2007)

Avaliação da cultura da segurança do paciente é tida como ponto de partida para compreender o cenário e iniciar as ações e mudanças para reduzir a incidência de eventos adversos (Timm & Soares Rodrigues, 2016).

A cultura da segurança do paciente atualmente é considerada um componente crítico nos serviços de saúde, favorece a implantação de práticas seguras e auxilia a diminuição de incidentes. Avaliar a cultura é importante para medir as condições da organização e mensurar possíveis danos à saúde. Para tal, deve-se selecionar uma ferramenta adequada, utilizar métodos de coletas de dados válidos e iniciar as mudanças. (Andrade et al., 2018)

Diversas são as formas de mensurar a cultura da segurança do paciente, como avaliação de risco, entrevistas estruturadas, e a avaliação via um questionário de auto-preenchimento, sendo esse último o método mais utilizado. Entre os questionários usados, o HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety) é o que se considera ter capacidade de fornecer aos gestores dados precisos acerca da segurança do paciente em um serviço de saúde hospitalar, podendo servir de comparativo.(Hellings et al., 2007). Na atenção primária, a Agência de Pesquisa e Qualidade em Assistência à Saúde (AHRQ) patrocinou o desenvolvimento do levantamento em serviço de saúde sobre cultura de segurança do paciente como uma nova pesquisa projetada especificamente para serviços ambulatoriais, e pede aos provedores e funcionários que opinem sobre a cultura da segurança do paciente e dos cuidados de saúde. A pesquisa denominada *Medical Office Survey on Patient safety Culture* (MOSPSC), pode ser usada para avaliar o status atual da cultura da segurança do paciente, identificar pontos fortes e áreas de melhorias da cultura da segurança do paciente, realizar comparações dentro e entre equipamentos de saúde e examinar as tendências nas mudanças da cultura de segurança do paciente ao longo do tempo. (Sorra et al., 2016)

Conseguir uma cultura de segurança do paciente requer um entendimento maior sobre crenças, valores e normas, que são importantes para uma organização, mensurando suas atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente (Paese & Sasso, 2013). Para se alcançar essa cultura da segurança, depende-se de como os gestores em todos os níveis da organização obtém, utilizam e disseminam a informação dentro da atenção primária. (Edmondson, 2004). E dentro das organizações, é necessário reconhecer as áreas de cultura com necessidade de melhoria associadas ao aumento da consciência dos conceitos de segurança do paciente, estabelecer metas (internas e externas) e posteriormente avaliar a efetividade das intervenções. (Colla, Bracken, Kinney, & Weeks, 2005).

A cultura da segurança pode ser dividida por dimensões entendidas como aspectos, que influenciam a cultura da segurança. Essas dimensões são abordadas no questionário usado para a avaliação da cultura da segurança, como a comunicação aberta baseada em confiança, o aprendizado organizacional. Abordagem não punitiva, o trabalho em equipe e a crença compartilhada na importância da segurança (Halligan & Zecevic, 2011). Seguindo o manual, as dimensões sobre a cultura da segurança foram divididas da seguinte maneira:

- a) Comunicação aberta: funcionários falam livremente se veem algo que pode afetar negativamente um paciente, e sentem-se livres para questionar aqueles com mais autoridade.
- b) Feedback e comunicação sobre o erro: funcionários são informados sobre os erros que acontecem, é dado retorno sobre mudanças executadas, e são discutidas maneiras de prevenir erros.
- c) Frequência de eventos reportados: erros dos seguintes tipos são relatados:
 - 1) erros percebidos e corrigidos antes de afetar o paciente,
 - 2) erros sem potencial para prejudicar o paciente, e
 - 3) erros que poderiam prejudicar o paciente, mas não prejudicaram.
- d) Transição do cuidado e passagem de plantão: informações importantes sobre cuidados com o paciente são transferidas entre as unidades hospitalares e durante as mudanças de turno.
- e) Apoio da gestão para a segurança do paciente: o gerenciamento hospitalar fornece um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e mostra que a segurança do paciente é uma prioridade.
- f) Resposta não punitiva ao erro: os funcionários sentem que seus erros e relatos de eventos não são mantidos contra eles, e que os erros não são mantidos em seu arquivo de pessoal.
- g) Aprendizagem organizacional: existe uma cultura de aprendizagem em que os erros levam a mudanças positivas e as mudanças são avaliadas quanto à eficácia.
- h) Percepções gerais da segurança do paciente: os procedimentos e sistemas são bons na prevenção de erros e há uma falta de problemas de segurança do paciente.

- i) Pessoal: há pessoal suficiente para lidar com a carga de trabalho e o número de horas trabalhadas é adequado para oferecer o melhor cuidado aos pacientes.
- j) Expectativas e ações do supervisor/gerente na promoção de segurança: os supervisores/gestores consideram as sugestões da equipe para melhorar a segurança dos pacientes, elogiam o pessoal que seguem os procedimentos de segurança do paciente e não negligenciam os problemas de segurança do paciente.
- k) Trabalho em equipe entre unidades: as unidades hospitalares cooperam e coordenam umas com as outras para prestar o melhor atendimento aos pacientes.
- l) Trabalho em equipe dentro das unidades: ocorre apoio entre as pessoas, se tratam com respeito a equipe.

3 MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA:

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal, quantitativo, do tipo enquete.

O local do estudo foi uma cidade na região metropolitana de São Paulo, pertencente à região do ABC Paulista, na Zona Sudeste da Grande São Paulo, no Estado de São Paulo. A população estimada é de 468.148 hab. distribuídos em 62,293km². O Sistema público de saúde da cidade participante desta pesquisa é composta por 23 Unidades Básicas de Saúde, 12 equipamentos de saúde especializados e 1 Hospital Municipal.

As Unidades básicas de Saúde do município contam com 706 funcionários, que respondem à Coordenadoria da Atenção Básica, vinculada à Secretaria de saúde. Essas unidades atendem uma população determinada, denominada adscrita, obtida por uma divisão entre ruas e bairros, chamado território.

Em agosto de 2019, o município possuía 13 equipes de atenção básica, e 10 equipes de estratégia da família. A produção média da atenção básica, incluindo saúde bucal e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) passou de 30.074 consultas (média de janeiro, fevereiro e março de 2019) para 34.588 (média de abril e maio de 2019). Isso

representou um aumento de 15% nas ofertas da atenção básica (fonte: SCNES, Junho\2019).

A cobertura populacional passou de 97.750 pessoas (média de janeiro, fevereiro e março de 19) para 163.875 (média de abril e maio de 2019), representando um ganho de 67,65% na cobertura da população (fonte: DAB\MS Junho\2019).

O projeto foi desenvolvido entre julho e outubro de 2019. A coleta foi realizada por formulário eletrônico na plataforma do Google denominada forms, do questionário MOSPSC elaborado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); este questionário foi traduzido, adaptado transculturalmente e validado no Brasil (Timm & Soares Rodrigues, 2016).

A pesquisa foi realizada com profissionais da área de saúde lotados em 23 Unidades Básicas de Saúde do município de estudo.

3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS:

Os dados foram coletados, no período de julho de 2019 a Agosto de 2019, por meio questionário intitulado “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária”, na plataforma do Google denominada forms; A coleta se iniciou após aprovação desta pesquisa pelo CEP e autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município. Para otimizar a coleta, foi agendado com cada gerente o dia específico em que foi enviado o questionário proposto; cada gerente de unidade conversou com os colaboradores da unidade e ficou responsável pela distribuição dos formulários de maneira digital.

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

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

Além disso, os participantes são solicitados a fornecer informações demográficas sobre si mesmos (sua área de trabalho / unidade, posição do pessoal, se possui interação direta com os pacientes, posse em sua área de trabalho / unidade, etc.).

Identificação dos participantes da pesquisa

A pesquisa examina a cultura de segurança do paciente do ponto de vista da equipe da Unidade Básica de Saúde. Todos os colaboradores solicitados para completar a pesquisa devem ter conhecimento suficiente sobre a Unidade e suas operações para fornecer respostas informadas para as perguntas da pesquisa. No geral, ao considerar quem a deve preencher o inquérito, pergunte-se:

Esta pessoa sabe sobre as atividades do dia-a-dia nesta Unidade Básica de saúde?

Essa pessoa interage regularmente com a equipe que trabalha nesta Unidade Básica de Saúde?

Participantes da pesquisa

Indivíduos com idade superior a 18 anos, e que trabalhe há pelo menos 6 meses na unidade de saúde, de qualquer qualificação profissional – funcionários da limpeza, segurança, administrativos, motoristas, enfermeiros, médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, gerentes e coordenadores. De acordo com dados fornecidos pela secretaria de saúde, o Município em agosto de 2019, o Município em estudo possui 747 funcionários na atenção básica. Responderam o questionário 47 funcionários de 13 unidades.

Instrumento de coleta de dados

Neste estudo, o instrumento de coleta utilizado foi o *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), desenvolvido e elaborado pela *Agency for Healthcare and Research in Quality* (AHRQ) em 2007. Foi traduzido, adaptado e validado para o Brasil em 2016 (Timm & Rodrigues, 2016). Sua validação foi realizada por especialistas e análise de semântica, realizado pré-testes para avaliar o quanto era compreensível para a

população que irá responder o questionário, com um coeficiente alfa de *Cronbach* de 0,95 expressando alta confiabilidade. A agência AHRQ possui outros estudos específicos para hospitais como o *Survey on Patient Safety Culture*, específico para cultura da segurança do paciente em ambiente hospitalar.

Esse instrumento de pesquisa foi testado em mais de 200 serviços de saúde dos EUA, os quais os participantes variaram por número de funcionários, especialidade (atenção primária, outra especialidade ou multiespecialidade) e localização geográfica. (Timm & Soares Rodrigues, 2016).

Para organização dos dados os itens foram agrupados por dimensão. Para os itens em que as perguntas serão formuladas de forma negativa, será realizada a forma reversa da questão e estas aparecem com a letra “R”. O Instrumento de coleta adaptado e validado no Brasil é composto por 52 questões, medindo as 12 dimensões do constructo da segurança do paciente, divididos da seguinte forma:

1. Comunicação Aberta (4 itens - D1, D2, D4R, D10).
2. Comunicação sobre erro (4 itens – D7R, D8, D11 e D12).
3. Troca de informações com outras instituições (4 itens - B1, B2, B3, B4)
4. Padronização dos processos (4 itens - C8R, C9, C12R, C15)
5. Aprendizagem organizacional (3 itens – F1, F5, F7).
6. Percepção geral de segurança do paciente e qualidade (4 itens – F2, F3R, F4R, F6R)
7. Suporte da liderança para segurança do paciente (4 itens – E1R, E2R, E3, E4R)
8. Acompanhamento do cuidado do paciente (4 itens – D3, D5, D6, D9)
9. Segurança do paciente e problemas de qualidade (10 itens - A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10).
10. Treinamento da equipe (3 itens – C4, C7, C10R)
11. Trabalho em equipe (4 itens – C1, C2, C5, C13).
12. Pressão e ritmo de trabalho (4 itens – C3R, C6R, C11, C14).

3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

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

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

Após aplicação do questionário, foi feita uma análise pelo programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0, no qual se utilizou da estatística descritiva e testes de comparação. Para análise descritiva dos dados, foi utilizada a frequência de resposta para cada item conforme orientação da AHQR:

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

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

O escore de cada dimensão será calculado por meio da média do percentual das respostas de cada item, por dimensão. Assim foram avaliadas as porcentagens de respostas positivas e classificadas como fortes as dimensões que 75% dos participantes responderam concordo totalmente/concordo ou frequentemente/sempre para as perguntas formuladas positivamente; e discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente para as perguntas formuladas negativamente. As dimensões fracas, ou críticas, foram classificadas quando 50% ou mais dos sujeitos responderam negativamente optando por discordo totalmente/discordo ou nunca/raramente para perguntas formuladas positivamente, ou usando concordo totalmente/concordo, sempre/ frequentemente para perguntas formuladas negativamente.

Para a Seção G, a qual faz uma avaliação geral da segurança do paciente e da qualidade do serviço de saúde, foi calculada porcentagem de resposta para cada item a fim de classificá-lo como ruim, razoável, bom, muito bom ou excelente quanto aos aspectos: a. Centrado no paciente: é sensível às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes. B. Efetivo: é baseado no conhecimento científico. C. Pontual: minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais. D. Eficiente: garante um cuidado de bom custo-benefício (evita o desperdício, uso excessivo e incorreto de serviços). E. Imparcial: fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independentemente de gênero, etnia, status socioeconômico, idioma, etc.

Foi realizada uma análise descritiva dos dados, de modo que foram obtidas tabelas com as frequências absolutas e percentuais para cada uma das questões do instrumento de

coleta. Após a análise descritiva, foi calculado o coeficiente Alfa de Cronbach com o intuito de verificar a consistência interna das respostas do questionário. Além disso, foram executados testes de normalidade para verificar se algumas variáveis seguiam uma distribuição Normal de probabilidade. A saber, os testes de normalidade utilizados foram os testes de Shapiro-Wilk e de Anderson-Darling. Os testes de normalidade se fazem necessários para que se possa saber quais os métodos estatísticos que devem ser utilizados na comparação de resultados (se paramétricos e/ou não paramétricos). Após a execução dos testes de normalidade, foram utilizados os testes estatísticos não paramétricos de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney para comparar os resultados das questões segundo o tempo que trabalha na área ou setor e o sexo, respectivamente. Vale salientar que foi considerado um nível de 5% de significância nos resultados obtidos (o mesmo que 95% de confiança).

Tratando-se das referências bibliográficas, para a parte da análise descritiva podemos citar BUSSAB e MORETTIN (2012), enquanto que com relação ao coeficiente Alfa de Cronbach mais informações podem ser vistas em BONETT e WRIGHT (2015). Com relação aos testes de normalidade, temos YAP e SIM (2011). Por fim, para os testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, podemos citar, respectivamente, MCKIGHT e NAJAB (2010) e FAGERLAND e SANDVIK (2009).

Para a execução das análises estatísticas presentes neste relatório, foi utilizado o *software* R v. 3.6.0.

ANÁLISE DESCRITIVA

Nesta seção, iremos apresentar os resultados da análise descritiva dos dados, de modo que foram obtidas tabelas com as frequências absolutas e em percentuais para cada uma das questões do instrumento de coleta utilizado.

De início, a Tabela 1 apresenta as frequências para as questões iniciais do instrumento de coleta. A saber, essas questões iniciais são:

- Qual Unidade Básica de Saúde você trabalha?
- Você trabalha a quanto tempo nesta Unidade?
- Quanto tempo você trabalha na sua atual área ou setor?
- Quantas horas por semana você trabalha nesta Unidade?
- Qual é o seu cargo/função nesta Unidade?
- No seu cargo/função, em geral, você tem interação ou contato direto com os pacientes?
- Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual?
- Grau de instrução;
- Sexo;
- Idade.

Logo após, as Tabelas 2 – 16 apresentam as frequências para as questões que compõem as seguintes dimensões:

- Segurança do paciente e qualidade;
- Troca de informações com outras instituições;
- Trabalhando neste serviço de saúde;
- Comunicação e acompanhamento;
- Apoio de gestores/administradores/líderes;
- Seu serviço de saúde;
- Avaliação global.

Vale salientar que os percentuais apresentados nas tabelas a seguir são os percentuais válidos, isto é, aqueles indivíduos que não responderam ou a questão não se aplica não foram computados.

3.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Como limitação, destaco o ponto fraco do questionário por ser muito extenso. Com isso o tempo para responder o questionário também é muito longo. Outra limitação foi a instabilidade política no município que impactou no número de pessoas que responderam.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

<i>Julho</i>	<i>Agosto</i>	<i>Setembro</i>	<i>Outubro</i>	<i>Novembro</i>	<i>Dezembro</i>
<i>Gerentes e coordenadores</i>	<i>Médicos</i>	<i>Auxiliares</i>	<i>ACS</i>	<i>Repassar</i>	
<i>15\07 a 25\07 e 25\07 a 01\08</i>	<i>05\08 a 15\08 e</i>	<i>De enfermagem</i>	<i>01\10 a 15\10</i>	<i>nas Unidades</i>	
<i>Responsáveis técnicos</i>	<i>Enfermeiros</i>	<i>15\09 a 25\09</i>			
	<i>20\08 a 05\09</i>				

4. Resultados

O município de Mauá possuía em agosto de 2019, 747 funcionários na atenção primária à saúde. São 84 médicos, 122 auxiliares/técnicos de enfermagem, 65 enfermeiros, 35 dentistas, 29 auxiliares de saúde bucal, 38 apoios operacional, 38 recepcionistas, 289 agentes comunitárias de saúde, 50 pessoas do setor administrativo. Das 23 unidades, 2 estavam sendo reformadas durante a pesquisa e não participaram, e 3 unidades não responderam o questionário.

Os resultados foram apresentados em três etapas. Na primeira etapa descrevemos os itens da seção H, que descreve dados relacionados a categorias profissionais, tempo de trabalho, carga de trabalho. A segunda etapa é composta pelo alfa de Cronbach, para testar a confiabilidade das respostas do instrumento. A terceira etapa apresentação dos resultados descritivos.

4.1: Características dos profissionais entrevistados:

Tabela 1: Frequências para as questões iniciais.

Questões	Alternativas	n	%
Qual Unidade Básica de Saúde você trabalha?	UBS Capuava	1	2,1
	UBS Florida	2	4,3
	UBS Guapituba	4	8,5
	UBS Itapark	4	8,5
	UBS Jardim Mauá	10	21,3
	UBS Oratório	3	6,4
	UBS Paranavai	1	2,1
	UBS Parque das Américas	15	31,9
	UBS Parque São Vicente	2	4,3
	UBS Santa Lídia	1	2,1
	UBS São João	3	6,4
	UBS Zaira I	1	2,1
Você trabalha a quanto tempo nesta Unidade?	Menos de 1 ano	10	21,3
	Entre 1 e 5 anos	14	29,8
	Entre 6 e 10 anos	16	34
	Entre 11 e 15 anos	4	8,5
	Entre 16 e 20 anos	2	4,3
	Mais de 21 anos	1	2,1
Quanto tempo você trabalha na sua atual área ou setor?	Menos de 1 ano	4	8,5
	Entre 1 e 5 anos	13	27,7
	Entre 6 e 10 anos	14	29,8
	Entre 11 e 15 anos	8	17
	Mais de 21 anos	8	17
Quantas horas por semana você trabalha nesta Unidade?	Menos de 20 horas	3	6,4
	De 20 a 39 horas	3	6,4
	De 40 a 59 horas	41	87,2
Qual é o seu cargo/função nesta Unidade?	ACS	2	4,3
	Administração/Direção	5	10,6
	Agente de saúde	12	25,5
	Auxiliar Administrativo/Secretário	1	2,1
	Enfermeiro	9	19,1
	Farmacêutico/Bioquímico/Biólogo/Biomédico	1	2,1
	Gerente	3	6,4
	Médico do Corpo Clínico/Médico Assistente	7	14,9
	Médico do programa Mais Médicos	1	2,1
	Odontólogo	6	12,8
No seu cargo/função, em geral, você tem interação ou contato direto com os pacientes?	Não	2	4,3
	Sim	45	95,7
Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual?	De 1 a 5 anos	12	25,5
	De 6 a 10 anos	18	38,3
	De 11 a 20 anos	9	19,1
	De 21 a 30 anos	3	6,4
	De 31 a 40 anos	5	10,6
Grau de instrução	Primeiro grau (ensino básico) completo	1	2,1
	Segundo grau (ensino médio) completo	8	17
	Ensino superior incompleto	2	4,3
	Ensino superior completo	15	31,9
	Pós-graduação (nível Especialização)	21	44,7
Sexo	Feminino	41	87,2
	Masculino	6	12,8
Idade	Entre 25 e 35 anos	10	21,3
	Entre 36 e 45 anos	19	40,4
	Entre 46 e 55 anos	10	21,3
	Mais de 56 anos	8	17

Este questionário permite que todos os profissionais da atenção primária à saúde possam responder. Devido a isso, tivemos 10 categorias diferentes de profissionais. A categoria de maior participação foi a de agente comunitário de saúde (25,5%) seguida por enfermeiros (19,1%). Frente às respostas observa-se que 53,2% dos profissionais trabalham de 1 a 10 anos na unidade. No que tange à carga horária de trabalho, a maioria dos profissionais (87,2%), trabalha de 40 a 59 horas semanais. A maior parte dos participantes é do sexo feminino (87,0%) e predomina a idade entre 36-45 anos, (40,4%). Um número considerável tem especialização (44,7%)

4.2: Alfa de Cronbach

Nesta seção iremos apresentar os valores obtidos para o coeficiente Alfa de Cronbach, o qual serve para avaliar a consistência das respostas do instrumento de coleta no que se refere às dimensões. O valor da amplitude varia entre zero e um, e quanto mais próximo de um, maior a confiabilidade e consistência interna do instrumento. Os resultados são apresentados na Tabela 9.

Segundo GEORGE e MALLERY (2016), temos que valores aceitáveis para o coeficiente Alfa de Cronbach devem ser maiores a 0,7.

Tabela 2: Alfa de Cronbach.

Dimensões	Alfa de Cronbach
Segurança do paciente e qualidade	0,84
Troca de informações com outras instituições	0,87
Trabalhando neste serviço de saúde	0,86
Comunicação e acompanhamento	0,82
Apoio de gestores/administradores/líderes	0,78
Seu serviço de saúde	0,78
Avaliação global	0,89
Geral	0,92

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 2, podemos perceber que os valores do coeficiente Alfa de Cronbach para cada uma das dimensões são superiores a 0,7,

indicando a consistência de cada uma das respostas obtidas para as questões que compõem as respectivas dimensões.

4.3. Resultados descritivos.

Apresentamos os dados obtidos com a pesquisa da cultura segurança do paciente na atenção primária a saúde.

4.3.1: Questões sobre segurança do paciente e qualidade

Nesta dimensão (Seção A do questionário), abordamos situações específicas a problemas relacionados a qualidade do serviço prestado nas unidades. Nesta dimensão, os temas abordados foram: “ Identificação do paciente”, “Prontuário, registros”, “diagnósticos e testes” e “equipamento”

Tabela 2: Frequências para a dimensão de segurança do paciente e qualidade.

Questões	Alternativas	n	%
Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo	Não aconteceu nos últimos 12 meses	14	43,8
	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	2	6,3
	Várias vezes nos últimos 12 meses	3	9,4
	Pelo menos uma vez por mês	3	9,4
	Pelo menos uma vez por semana	7	21,9
	Diariamente	3	9,4
No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registo de outro paciente	Não aconteceu nos últimos 12 meses	18	60
	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	9	30
	Diariamente	3	10
O prontuário/registo de um paciente não estava disponível quando necessário	Não aconteceu nos últimos 12 meses	5	12,5
	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	14	35
	Várias vezes nos últimos 12 meses	5	12,5
	Pelo menos uma vez por mês	1	2,5
	Pelo menos uma vez por semana	10	25
	Diariamente	5	12,5
Informações clínicas de um paciente foram arquivadas,digitalizadas ou inseridas no prontuário/registo de outro paciente	Não aconteceu nos últimos 12 meses	11	33,3
	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	9	27,3
	Várias vezes nos últimos 12 meses	8	24,2
	Diariamente	5	15,2
Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição	Não aconteceu nos últimos 12 meses	9	22
	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	12	29,3
	Várias vezes nos últimos 12 meses	8	19,5
	Pelo menos uma vez por mês	5	12,2
	Pelo menos uma vez por semana	5	12,2
	Diariamente	2	4,9
O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição	Não aconteceu nos últimos 12 meses	8	19,5
	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	17	41,5
	Várias vezes nos últimos 12 meses	5	12,2

	Pelo menos uma vez por mês	8	19,5
	Pelo menos uma vez por semana	1	2,4
	Diariamente	2	4,9
Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta	Não aconteceu nos últimos 12 meses	20	76,9
	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	1	3,8
	Várias vezes nos últimos 12 meses	4	15,4
	Pelo menos uma vez por semana	1	3,8
Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário	Não aconteceu nos últimos 12 meses	7	21,9
	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	6	18,8
	Várias vezes nos últimos 12 meses	13	40,6
	Pelo menos uma vez por mês	3	9,4
	Pelo menos uma vez por semana	3	9,4
Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário	Não aconteceu nos últimos 12 meses	4	11,1
	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	9	25
	Várias vezes nos últimos 12 meses	12	33,3
	Pelo menos uma vez por mês	6	16,7
	Pelo menos uma vez por semana	2	5,6
	Diariamente	3	8,3
Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não avaliado em tempo hábil	Não aconteceu nos últimos 12 meses	5	13,5
	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	2	5,4
	Várias vezes nos últimos 12 meses	7	18,9
	Pelo menos uma vez por mês	5	13,5
	Pelo menos uma vez por semana	5	13,5
	Diariamente	13	35,1

Na tabela 2, pode-se observar que a ocorrência de problemas de qualidade no ambiente da atenção primária à saúde são frequentes, variando de 23,1% os problemas relativos à revisão dos medicamentos pelos profissionais de saúde durante o atendimento à 88,9% referentes a exames laboratoriais e de imagem que não estavam prontos por ocasião da consulta. Quanto à frequência o mais comum foi um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não avaliado em tempo hábil, detectado em 35,1% dos participantes do estudo como de ocorrência diária.

4.3.2: Troca de informações com outras instituições

Nesta dimensão (Seção B do questionário), é avaliado como a unidade básica de saúde troca informações com outras instituições. A avaliação prioriza principalmente a relação com outros Hospitais, Laboratórios e centro de Imagem, Farmácias e outras unidades básicas de saúde. As respostas constam na tabela 3.

Tabela 3: Frequências para a dimensão de troca de informações com outras instituições.

Questões	Alternativas	n	%
Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde?	Nenhum problema nos últimos 12 meses	5	15,6
	Um ou dois problemas nos últimos 12 meses	6	18,8
	Vários problemas nos últimos 12 meses	5	15,6
	Problemas pelo menos uma vez por mês	5	15,6
	Problemas pelo menos uma vez por semana	6	18,8
	Problemas diariamente	5	15,6
Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde?	Nenhum problema nos últimos 12 meses	4	11,8
	Um ou dois problemas nos últimos 12 meses	10	29,4
	Vários problemas nos últimos 12 meses	7	20,6
	Problemas pelo menos uma vez por mês	6	17,6
	Problemas pelo menos uma vez por semana	4	11,8
	Problemas diariamente	3	8,8
Farmácias?	Nenhum problema nos últimos 12 meses	9	23,7
	Um ou dois problemas nos últimos 12 meses	5	13,2
	Vários problemas nos últimos 12 meses	9	23,7
	Problemas pelo menos uma vez por mês	2	5,3
	Problemas pelo menos uma vez por semana	6	15,8
	Problemas diariamente	7	18,4
Hospitais?	Nenhum problema nos últimos 12 meses	8	26,7
	Um ou dois problemas nos últimos 12 meses	3	10
	Vários problemas nos últimos 12 meses	6	20
	Problemas pelo menos uma vez por mês	2	6,7
	Problemas pelo menos uma vez por semana	5	16,7
	Problemas diariamente	6	20

Na tabela 3 pode-se verificar que problemas de troca de informações com Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde, outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde, Farmácias e Hospitais são frequentemente observados, variando de 73,3% (Hospitais) a 84,4% (Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde)

Neste caso, em troca de informações, verifica que não ocorre por parte do entrevistado a percepção da realização da segurança do paciente.

4.3.3: Frequência para a dimensão trabalhando em equipe.

Nesta dimensão (Seção C do questionário), é avaliado o trabalho em equipe e a relação entre os colaboradores durante o trabalho. Nesta seção, as questões são avaliadas

individualmente. Nesta dimensão são avaliadas as questões “Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas o ajudam? ”, “ Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais? ”, “Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito? ”, “Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes? ”

Nos itens “ Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas o ajudam?”, “ Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais?”, “Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito? ”, o grau de percepção positiva (somado concordo e concordo totalmente) foi superior a 75%.

No item “Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes? ” Não houve a percepção da segurança do paciente.

Tab 4: Frequência e percentual de respostas na dimensão do trabalho na unidade de saúde.

Questões	Alternativas	n	%
Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam?	Discordo	1	2,2
	Nem concordo nem discordo	2	4,3
	Concordo	27	58,7
	Concordo totalmente	16	34,8
Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais?	Discordo	0	0
	Nem concordo nem discordo	1	2,1
	Concordo	33	70,2
	Concordo totalmente	13	27,7
Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito?	Discordo	1	2,2
	Nem concordo nem discordo	7	15,2
	Concordo	31	67,4
	Concordo totalmente	7	15,2
Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes	Discordo totalmente	3	6,4
	Discordo	4	8,5
	Nem concordo nem discordo	8	17
	Concordo	25	53,2
	Concordo totalmente	7	14,9

Na tabela 4 nota-se que a maioria dos participantes refere um bom relacionamento entre colegas (97,9%) e boa cooperação entre eles (93,5%). Nesta pesquisa, 14,9% dos participantes relatam que o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes não é valorizado.

4.3.4: Acompanhamento do cuidado

Essa dimensão está contida no setor “D”. É usado como escala e é composta por 04 itens (questões): “Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma

consulta para cuidados preventivos ou de rotina”, “Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento”, “Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço”, “Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento”.

Nesta dimensão, apenas “Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço” não apresentou a percepção da segurança do paciente acima de 75%.

Tabela 5: Frequência e percentual das respostas na dimensão Acompanhamento do cuidado

Perguntas	Alternativas	n	%
Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina	Às vezes	3	6,7
	Quase sempre	8	17,8
	Sempre	34	75,6
Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento	Raramente	1	2,3
	Às vezes	3	6,8
	Quase sempre	9	20,5
	Sempre	31	70,5
Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço	Nunca	1	2,4
	Raramente	4	9,8
	Às vezes	7	17,1
	Quase sempre	8	19,5
	Sempre	21	51,2
Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento	Raramente	1	2,2
	Às vezes	2	4,4
	Quase sempre	13	28,9
	Sempre	29	64,4

Na dimensão acompanhamento do cuidado (tabela 5), observa-se que 29,1% dos participantes relatam que o serviço não faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço ou o faz eventualmente.

4.3.5: Suporte e Liderança

Na dimensão suporte e liderança, contida dentro do item “E”, denominada apoio de gestores, não foi respondida por líderes ou chefes. Nesta dimensão, temos algumas questões negativas. Aqui as respostas positivas também são agrupadas em concordo

totalmente/concordo. As questões “ Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço”, “Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes“, “Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes”, “Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes” tiveram todas uma percepção negativa em relação a cultura da segurança do paciente.

Tabela 6: Frequência e percentual das respostas na dimensão Suporte e Liderança

Questões	Alternativas	n	%
Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço	Discordo totalmente	2	4,5
	Discordo	8	18,2
	Nem concordo nem discordo	7	15,9
	Concordo	15	34,1
	Concordo totalmente	12	27,3
Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes	Discordo totalmente	2	4,7
	Discordo	17	39,5
	Nem concordo nem discordo	7	16,3
	Concordo	11	25,6
	Concordo totalmente	6	14
Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes	Discordo totalmente	4	8,7
	Discordo	10	21,7
	Nem concordo nem discordo	4	8,7
	Concordo	24	52,2
	Concordo totalmente	4	8,7
Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes	Discordo totalmente	3	6,8
	Discordo	25	56,8
	Nem concordo nem discordo	6	13,6
	Concordo	9	20,5
	Concordo totalmente	1	2,3

Na tabela acima pode-se verificar que para 61,4% dos participantes os líderes/chefes não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço. Para 39,6% dos pesquisados, os líderes/chefes ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes. A maioria dos participantes deste estudo concorda que os líderes/chefes dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes e apenas 22,8% afirma que ele frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes.

4.3.6: Aprendizagem Organizacional

A dimensão “Aprendizagem organizacional” está contido na seção “F”, e tem a função de avaliar a percepção do profissional em relação a erro e aprender com eles.

Nesta seção, as questões estão relacionadas às condutas frente a um problema. E como melhoria, se há necessidade de mudança, se o serviço é eficiente em achar esses problemas e preveni-los.

Nesta dimensão as respostas também são agrupadas em concordo totalmente/concordo como percepção positiva.

As questões “Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas”, “Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam” e “Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam”, tiveram percepção da cultura da segurança acima de 75%.

Tabela 7: Frequência e percentual das respostas na dimensão Aprendizagem Organizacional

Questões	Alternativas	n	%
Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas	Discordo	3	6,7
	Nem concordo nem discordo	4	8,9
	Concordo	35	77,8
	Concordo totalmente	3	6,7
Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam	Discordo totalmente	1	2,3
	Discordo	2	4,5
	Nem concordo nem discordo	7	15,9
	Concordo	31	70,5
	Concordo totalmente	3	6,8
Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam	Discordo totalmente	1	2,4
	Discordo	4	9,5
	Nem concordo nem discordo	4	9,5
	Concordo	30	71,4
	Concordo totalmente	3	7,1

Quanto à aprendizagem organizacional (tabela 7), observa-se que a maioria dos participantes refere que quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas (84,5%). O serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam (77,3%) e neste

serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam (78,5%).

4.3.7: Percepção Geral da segurança do paciente e da Qualidade do cuidado

Contido na dimensão “F”, a dimensão percepção geral da segurança do paciente e da qualidade é composta por quatro questões, sendo 3 relacionadas a erros e uma relacionada a qualidade do cuidado prestado.

As questões “Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes”, “Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria”, “É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes”, “Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado”, tiveram percepção abaixo de 75% em relação a cultura da segurança do paciente.

Tabela 8: Frequência e percentual das respostas na dimensão Percepção Geral da segurança do paciente e da Qualidade do cuidado

Questões	Alternativas	n	%
Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes	Discordo totalmente	3	6,7
	Discordo	10	22,2
	Nem concordo nem discordo	8	17,8
	Concordo	23	51,1
	Concordo totalmente	1	2,2
Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria	Discordo totalmente	3	6,8
	Discordo	22	50
	Nem concordo nem discordo	6	13,6
	Concordo	11	25
	Concordo totalmente	2	4,5
É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes	Discordo totalmente	4	10
	Discordo	21	52,5
	Nem concordo nem discordo	7	17,5
	Concordo	7	17,5
	Concordo totalmente	1	2,5
Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado	Discordo totalmente	1	2,3
	Discordo	19	43,2
	Nem concordo nem discordo	9	20,5
	Concordo	9	20,5
	Concordo totalmente	6	13,6

A tabela 8 mostra que pouco mais da metade dos pesquisados referem que os processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes; que erros acontecem com mais frequência do que deveria para 29,5%; e para 34,1% a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado.

4.3.8: Pressão e ritmo de trabalho.

Essa dimensão está contida na seção “C” é também é composta por 4 itens. Nesta seção é abordado situações como número de profissionais em relação a quantidade de pacientes e atendimentos, se o profissional se sente apressado ao realizar os atendimentos na unidade.

As questões “Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente? “, “Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis? ”, “Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes”, “Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente” apresentaram percepção abaixo de 75% do esperado.

Tabela 9: Frequência e percentual das respostas na dimensão Pressão e ritmo de trabalho

Questões	Alternativas	n	%
Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente?	Discordo	14	32,6
	Nem concordo nem discordo	11	25,6
	Concordo	11	25,6
	Concordo totalmente	7	16,3
Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis?	Discordo	1	2,3
	Nem concordo nem discordo	2	4,5
	Concordo	17	38,6
	Concordo totalmente	24	54,5
Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes	Discordo totalmente	17	36,2
	Discordo	28	59,6
	Nem concordo nem discordo	2	4,3
	Concordo	0	0
	Concordo fortemente	0	0
Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente	Discordo totalmente	1	2,2
	Discordo	11	23,9
	Nem concordo nem discordo	3	6,5
	Concordo	21	45,7
	Concordo totalmente	10	21,7

A tabela 9 apresenta que 41,9% dos participantes desta pesquisa sentem-se apressados ao atender o paciente. A quantidade de paciente é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis é referida por 93,1%. Nenhum pesquisado concorda que a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes. Por fim, para 67,4% há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente.

4.3.9: Treinamento da equipe

Nesta dimensão contida na seção “C” é composta por 3 questões. São abordados temas que avaliam se as equipes são treinadas e atualizadas com a implantação de novos processos. Avalia também se os profissionais realizam atividades sem treinamento prévio. Nas questões “Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados?”, “Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento?” e “Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados.” Apresentaram todas percepções menor que 75% em relação a segurança do paciente.

Tabela 10: Frequência e percentual das respostas na dimensão Treinamento da equipe

Questões	Alternativas	n	%
Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados?	Discordo totalmente	7	17,1
	Discordo	5	12,2
	Nem concordo nem discordo	7	17,1
	Concordo	20	48,8
	Concordo totalmente	2	4,9
Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento?	Discordo totalmente	6	14
	Discordo	12	27,9
	Nem concordo nem discordo	7	16,3
	Concordo	17	39,5
	Concordo totalmente	1	2,3
Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados	Discordo totalmente	5	12,2
	Discordo	13	31,7
	Nem concordo nem discordo	3	7,3
	Concordo	19	46,3
	Concordo totalmente	1	2,4

4.3.10: Padronização dos processos

Esta dimensão é composta por quatro itens. São avaliadas questões relacionadas à organização do serviço, se as atividades são padronizadas e se ocorre problemas com fluxo de trabalho.

As questões “Neste serviço a desorganização são maiores que as aceitáveis?“, “Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente“, “Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho” e “A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades” apresentaram percepção da cultura abaixo de 75%.

Tabela 11: Frequência e percentual das respostas na dimensão Padronização dos processos

Questões	Alternativas	n	%
Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável?	Discordo totalmente	8	17,4
	Discordo	24	52,2
	Nem concordo nem discordo	7	15,2
	Concordo	6	13
	Concordo totalmente	1	2,2
Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente	Discordo totalmente	3	7,7
	Discordo	7	17,9
	Nem concordo nem discordo	4	10,3
	Concordo	22	56,4
	Concordo totalmente	3	7,7
Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho	Discordo	16	38,1
	Nem concordo nem discordo	3	7,1
	Concordo	21	50
	Concordo totalmente	2	4,8
A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades	Discordo totalmente	3	7
	Discordo	3	7
	Nem concordo nem discordo	6	14
	Concordo	29	67,4
	Concordo totalmente	2	4,7

Na dimensão analisada, a maioria refere que a equipe de cada serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades (72,1%), que há problemas no fluxo de trabalho para 54,8%, que há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente (64,1%) e que a desorganização maior que o aceitável é baixa (15,2%)

4.3.11: Comunicação Aberta

Inserida na seção “D” denominada “Comunicação e acompanhamento”, é composta por 4 itens, que visam avaliar se as equipes são ouvidas e se são incentivadas a expressar suas opiniões e ideias, além de avaliar o receio e a dificuldade dos profissionais em expressar opiniões diferentes.

As questões “Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho”, “Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista”, “Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto”, “Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista”, “Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto” não apresentaram percepção positiva para segurança do paciente.

“Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista” apresentou percepção maior que 75% a respeito da cultura da segurança do paciente.

Tabela 12: Frequência e percentual das respostas na dimensão Comunicação Aberta

Questões	Alternativas	n	%
Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho	Nunca	1	2,2
	Raramente	2	4,4
	Às vezes	11	24,4
	Quase sempre	10	22,2
	Sempre	21	46,7
Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes	Nunca	9	20,9
	Raramente	13	30,2
	Às vezes	14	32,6
	Quase sempre	4	9,3
	Sempre	3	7
Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto	Nunca	16	39
	Raramente	10	24,4
	Às vezes	11	26,8
	Quase sempre	2	4,9
	Sempre	2	4,9
Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista	Raramente	6	13
	Às vezes	5	10,9
	Quase sempre	15	32,6
	Sempre	20	43,5

A tabela acima apresenta que os médicos de cada serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho para 68,9%; apenas 10% relatam ser difícil expressar opiniões diferentes; somente 9,8% dizem que a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto; para 76,1% a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista.

4.3.12: Comunicação sobre erro

Inserida também na seção “D”, a dimensão Comunicação sobre erro e é composta por 4 questões.

Na questão “A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si”, “A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço” e “Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço” apresentam uma percepção menor que 75% em relação a cultura da segurança.

Na questão “Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente“, houve uma percepção maior que 75% em relação a segurança do paciente na atenção primária.

Tabela 13: Frequência e percentual de respostas na dimensão Comunicação sobre erro

Questões	Alternativas	n	%
A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si	Nunca	3	8,8
	Raramente	7	20,6
	Às vezes	12	35,3
	Quase sempre	1	2,9
	Sempre	11	32,4
A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço	Nunca	1	2,5
	Raramente	3	7,5
	Às vezes	6	15
	Quase sempre	10	25
	Sempre	20	50
Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente	Nunca	1	2,1
	Raramente	1	2,1
	Às vezes	5	10,6
	Quase sempre	10	21,3
	Sempre	30	63,8
Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço	Raramente	2	4,7
	Às vezes	9	20,9
	Quase sempre	13	30,2
	Sempre	19	44,2

A tabela 13 apresenta que 35,3% dos participantes acreditam que seus erros possam ser usados contra si; 75% refere que a equipe fala abertamente sobre os problemas no serviço; 85,1% discutem maneiras de evitar que erros aconteçam novamente; 74,4% os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam em cada serviço.

4.3.13: Frequências e percentual para a dimensão de avaliação global.

Tabela 14: Frequências e percentual de respostas na dimensão centrado no paciente, Efetivo, Pontual, Eficiente, Imparcial e geral.

Questões	Alternativas	n	%
Centrado no paciente: É sensível às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes	Ruim	2	4,3
	Regular	11	23,4
	Muito boa	27	57,4
	Excelente	7	14,9
Efetivo: É baseado no conhecimento científico	Ruim	0	0
	Regular	8	17
	Muito boa	27	57,4
	Excelente	12	25,5
Pontual: Minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais	Ruim	1	2,8
	Regular	16	44,4
	Muito boa	12	33,3
	Excelente	7	19,4
Eficiente: Garante um cuidado de bom custo-benefício (evita o desperdício, uso excessivo e incorreto de serviços)	Ruim	1	2,8
	Regular	13	36,1
	Muito boa	13	36,1
	Excelente	9	25
Imparcial: Fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independentemente de sexo, etnia, status socioeconômico, idioma etc	Ruim	1	2,8
	Regular	6	16,7
	Muito boa	11	30,6
	Excelente	18	50
No geral, como você classificaria os sistemas e processos clínicos que este serviço utiliza para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham o potencial de afetar pacientes?	Muito ruim	1	2,8
	Ruim	1	2,8
	Regular	12	33,3
	Muito boa	14	38,9
	Excelente	8	22,2

A maioria dos respondentes avalia que a unidade onde trabalham é efetiva (82,9%), imparcial (80,6%); é centrado no paciente (72,3%); pontual (62,7%); eficiente (61,1%) e que os sistemas e processos clínicos utilizados na unidade são muito bons ou excelentes para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham o potencial de afetar pacientes (62,1%).

4.3.12: Cultura da segurança do paciente

Neste estudo, o instrumento de coleta utilizado foi o *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), desenvolvido e elaborado pela *Agency for Healthcare and Research in Quality* (AHRQ) em 2007. Foi traduzido, adaptado e validado para o Brasil em 2016 (Timm & Rodrigues, 2016).

4.3.14: TESTES ESTATÍSTICOS DE COMPARAÇÃO

Os testes estatísticos utilizados foram os testes de Kruskal-Wallis, para os resultados apresentados a seguir. Além disso, vale salientar que foi considerado um nível de 5% de significância nos resultados obtidos para os referidos testes (o mesmo que 95% de confiança).

OBS: Valores de significância (p -valor) inferiores a 0,05 indicam a existência de diferença estatisticamente significativa nos resultados.

Nas comparações realizadas por sexo, as dimensões de segurança do paciente e qualidade, troca de informações com outras instituições, comunicação e acompanhamento, apoio de gestores/administradores/líderes, seu serviço de saúde, e avaliação global, não apresentaram comparações estatisticamente significativa.

A dimensão trabalhando neste serviço de saúde (anexo 9) apresentou diferença estatística significativa com relação aos resultados apresentados pela questão “Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais?”, de modo que o pessoal do sexo masculino tende a concordar mais com o devido fato do que o pessoal do sexo feminino, e diferença estatisticamente significativa também com relação aos resultados apresentados pela questão “Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes”, de modo que o pessoal do sexo masculino tende a concordar menos com o devido fato do que o pessoal do sexo feminino. Isso difere de outros artigos onde o sexo feminino apresenta maior porcentagem de respostas positivas para essa dimensão. (Rodríguez-Cogollo et al., 2014).

Na dimensão treinamento da equipe (anexo 10), não houve comparações estatisticamente significativa, embora na literatura exista uma maior percepção da segurança do paciente nos profissionais que trabalham a mais tempo (Moisés, 2018).

De acordo com os resultados apresentados no anexo 5, usando a comparação das questões que compõem a dimensão de segurança do paciente e qualidade de acordo com o tempo que trabalha na área ou setor atual podemos destacar as seguintes interpretações:

Houve diferença estatisticamente significativa nos resultados da questão “Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo”, “No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registo de outro paciente”, “O prontuário/registo de um paciente não estava disponível quando necessário” e “O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição” segundo o tempo que trabalha na área ou setor atual, de modo que quem trabalha entre 6 e 10 anos tende a responder que o fato ocorre com mais frequência;

Tabela 15: Comparação das questões que compõem a dimensão de troca de informações com outras instituições de acordo com o tempo que trabalha na área ou setor atual.

Troca de informações com outras instituições	Mediana					p-valor
	Menos de 1 ano	Entre 1 e 5 anos	Entre 6 e 10 anos	Entre 11 e 15 anos	Mais de 21 anos	
Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde?	3.5	3.5	5	4	2	0.039 *
Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde?	2	3	3	5	2	0.072
Farmácias?	2	3	4	5	3	0.626
Hospitais?	3.5	3.5	5	4.5	1	0.042 *

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 15, podemos destacar que houve diferença estatisticamente significativa nos resultados da questão “Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde?” Segundo o tempo que trabalha na área ou setor atual, de modo que quem trabalha entre 6 e 10 anos tende a responder que o problema ocorre com mais frequência; houve também diferença estatisticamente significativa nos resultados da questão “Hospitais?” Segundo o tempo que trabalha na área ou setor atual, de modo que quem trabalha entre 6 e 10 anos tende a responder que o problema ocorre com mais frequência.

No anexo 7, foi realizado a comparação das questões que compõem a dimensão de comunicação e acompanhamento de acordo com o tempo que trabalha na área ou setor atual, apresentando diferença estatisticamente significativa nos resultados da questão “Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente” segundo o tempo que trabalha na área ou setor atual, de modo que quem trabalha a menos tempo tende a responder que o devido fato ocorre com uma maior frequência.

Tabela 16: Comparação das questões que compõem a dimensão de apoio de gestores/administradores/líderes de acordo com o tempo que trabalha na área ou setor atual.

Apoio de gestores/administradores/líderes	Mediana					p-valor
	Menos de 1 ano	Entre 1 e 5 anos	Entre 6 e 10 anos	Entre 11 e 15 anos	Mais de 21 anos	
Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço	5	4	2	4	4	0.067
Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes	4.5	3	2	3.5	3.5	0.012 *
Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes	2	4	4	3.5	4	0.232
Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes	2	2	2	3	2	0.182

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 16, podemos destacar as seguintes interpretações:

- Houve diferença estatisticamente significativa nos resultados da questão “Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes” segundo o tempo que trabalha na área ou setor atual, de modo que quem trabalha a menos tempo tende a concordar mais com o devido fato.

Na comparação das questões que compõem a dimensão de apoio de gestores/administradores/líderes de acordo com o sexo não houve nenhuma comparação estatisticamente significativa (anexo 8). As comparações que compõem a dimensão de

segurança do paciente e qualidade de acordo com o tempo, também não apresentou resultados significativos (anexo 6).

Discussão

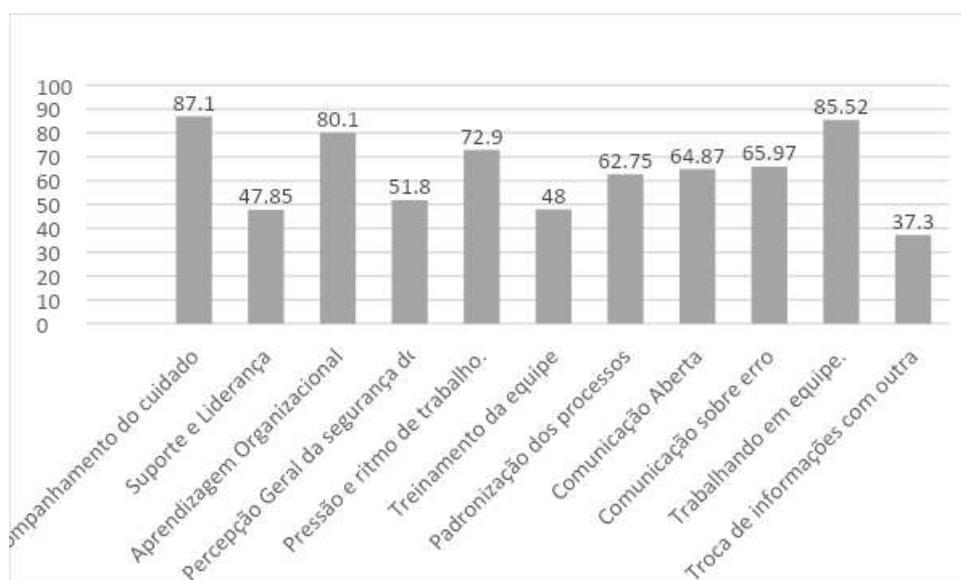
Os resultados obtidos na aplicação do questionário Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC), em sua versão traduzida e validada para o Brasil, nos permitiu avaliar a percepção da cultura da segurança do paciente nos profissionais que atuam na atenção primária à saúde no município. Está é a primeira avaliação sobre esse tema na atenção primária no município.

Avaliar essa percepção nos colaboradores, nos permite avaliar a inserção destes profissionais em ambientes com fragilidades de informação pela gestão, falta de insumos e problemas na estrutura física.

Conhecer é um grande aliado para se conseguir tornar o atendimento ao paciente seguro. Inúmeros trabalhos evidenciam um impacto prático na segurança do paciente após uma pesquisa de segurança do paciente. (Huehns & Fletcher, 2010).

A cultura da segurança do paciente necessita que cada pessoa na instituição reconheça suas responsabilidades, mas existe o reconhecimento de que erros e incidentes acontecem e que o cuidado à saúde tem seus riscos. (NPSA, 2006)

A pesquisa por questionário é um ótimo instrumento para mensurar a cultura. (Andrade et al., 2018).



No Brasil, a tradição de avaliação da cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde é muito baixa (Kurcgant & Massarollo, 2016), longe da porcentagem média de respostas da AHRQ (Mardon et al., 2010).

Os entrevistados foram na sua maioria, mulheres, do parque das américas, trabalham de 1 a 5 anos na unidade e entre 6 e 10 anos neste tipo de setor. A maioria dos colaboradores serem do sexo feminino e o tempo de trabalho são compatíveis com estudos sobre trabalhadores das unidades básicas de saúde. (Tomasi et al., 2008)(Marsiglia, 2011).

Em tempo de trabalho na sua área atual, o perfil de colaboradores evidenciou que 27,7% trabalham entre 1 e 5 anos, e 29,8% entre 6 e 10 anos. A média de 57,5% é semelhante a outros estudos da atenção primária. (Marsiglia, 2011).

O perfil demográfico evidenciou maioria dos colaboradores entre 36 a 45 anos, compatível com estudos que avaliam os colaboradores em unidades do Brasil todo. (Tomasi et al., 2008).

A respeito das horas de trabalho, 87,2% dos colaboradores trabalham entre 40 e 59 horas, já evidenciado em outras publicações (Cotta et al., 2006).

Na pesquisa realizada, as dimensões acompanhamento do cuidado, aprendizagem organizacionais e trabalho em equipe, apresentaram atitudes que evidenciam uma cultura da segurança do paciente.

Na dimensão acompanhamento do cuidado, onde é avaliado o acompanhamento de pacientes crônicos e que necessitam de acompanhamento, teve uma percepção de cultura de segurança positiva com 87,1%, porém, 29,1% dos participantes relatam que o serviço não faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço ou o faz eventualmente.

Esse valor é encontrado em outros artigos que apresentam média de 86% conforme trabalho de Famolaro e a AHRQ em 2016. A questão relacionada ao monitoramento de pacientes que necessitam deste serviço, a percepção da cultura ficou em 93,4%. Em alguns países da Europa, essa dimensão é considerada forte devido a aprimoramentos nas últimas décadas (Borkan et al., 2010).

Na dimensão aprendizagem organizacional, a percepção da cultura da segurança foi de 80,1%. Valor superior a artigos publicados. (Ghobashi et al., 2014) A maior relevância

foi em relação a possibilidade de mudança da maneira como as coisas são realizadas após a ocorrência de algum problema com 84,5%. O serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir erros (77,3%) e avaliam essas mudanças posteriormente (78,5%).

Em relação à dimensão trabalho em equipe, foi considerada forte com 85,52% de percepção positiva. A maioria dos participantes refere um bom relacionamento entre colegas (97,9%) e boa cooperação entre eles (93,5%) Estudos apresentaram valores próximos com 70% de percepção (Rodríguez-Cogollo et al., 2014). Essa dimensão se apresenta forte em outros estudos (Astier-Peña et al., 2015). É destacado que acima de 90% dos colaboradores se ajudam quando estão muito ocupados, bem como acreditam que o serviço é organizado. Também é relatado que existe um déficit importante de funcionários, assim como que, 14,9% dos participantes relatam que o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes não é valorizado

O trabalho em equipe é relevante na segurança do paciente pois é uma modalidade de trabalho coletivo que atua de maneira independente e isolado com que os profissionais de saúde usualmente executam seu trabalho. (Peduzzi et al., 2013). Os profissionais que ainda não estão inseridos de maneira sólida nas equipes de saúde, ou não conhecem os trabalhos na sua totalidade, devem ser incluídos na sua totalidade (Peruzzo et al., 2018).

Verifica-se que para 61,4% dos participantes os líderes/chefes não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço. Para 39,6% dos pesquisados, os líderes/chefes ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes. A maioria dos participantes deste estudo concordam que os líderes/chefes dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes e apenas 22,8% afirmam que eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes. O envolvimento da alta gestão com os colaboradores da unidade, estimula uma melhora na assistência prestada e na segurança institucional (Zhang et al., 2002).

Pressão e ritmo de trabalho evidencia que 41,9% dos participantes desta pesquisa sentem-se apressados ao atender o paciente, e a demanda de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis (93,1%), e 67,4% referem que há número maior de

pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente. Nenhum pesquisado concorda que a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes. A respeito dos erros, 35,3% dos participantes acreditam que seus erros possam ser usados contra si; 75% refere que a equipe fala abertamente sobre os problemas no serviço; 85,1% discutem maneiras de evitar que erros aconteçam novamente; 74,4% os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam em cada serviço.

A mensuração da ocorrência de problemas de qualidade no ambiente da atenção primária à saúde são frequentes, variando de 23,1% os problemas relativos à revisão dos medicamentos no ato do atendimento e 88,9% referentes a exames laboratoriais e de imagem que não disponíveis quando necessário. Quanto à frequência o mais comum foi um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não avaliado em tempo hábil, detectado em 35,1% dos participantes do estudo como de ocorrência diária

Em troca de informações com outras instituições, tivemos o pior índice, com problemas relatados diariamente ou pelo menos uma vez por semana, com problemas variando de 73,3% (Hospitais) a 84,4% (Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde). Nesta dimensão, é preconizado que as informações trocadas sejam precisas e completas. Falhas nesse processo evidenciam troca de informações de maneira errônea ou incompleta (Raimondi et al., 2019). Alguns artigos já classificavam essa dimensão como uma fragilidade (Ghobashi et al., 2014)(Rodríguez-Cogollo et al., 2014), sendo portanto, uma área para propor melhorias.

Nas dimensões relacionadas a comunicação, existe uma cultura no cuidado preventivo ou de rotina, porém, a falta de possibilidade de expressar opiniões diferentes e a falta de monitoramento dos pacientes crônicos, evidenciaram uma fragilidade na cultura da segurança nessas dimensões. A comunicação, quando realizada de maneira correta, contribui para uma assistência segura. Estudos demonstram que o trabalho em equipe melhora a comunicação e a tomada de decisões (Nogueira & Rodrigues, 2015). Um estudo com o objetivo de identificar incidentes e fatores para a ocorrência destes, apontou que falhas na comunicação é o principal fator que contribui para ocorrência de erros na atenção primária (Marchon et al., 2014).

Em suporte e liderança, pouco mais que a metade dos entrevistados acreditam que à prioridade nas melhorias dos processos, bem como tomam decisões baseados no que é

melhor ao serviço, em detrimento a população. Nesta dimensão, considerada crítica, visto apenas 47% dos participantes tiveram percepção positiva da cultura da segurança do paciente. Esses valores são iguais a outros estudos (Galhardi et al., 2018). Essa fragilidade pode acontecer pela falta de afinidade entre a cultura organizacional, a liderança e a satisfação do empregado (Tsai, 2011). Portanto, as intervenções neste grupo são importantes para efetivar a cultura da segurança do paciente. (Raimondi et al., 2019)

A respeito da dimensão percepção geral da segurança do paciente e da qualidade do cuidado, foi demonstrado que vários itens foram relatados como ocorrendo em uma certa frequência. Pouco mais da metade dos pesquisados referem que os processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes; que erros acontecem com mais frequência do que deveria para 29,5%; e para 34,1% a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado. Essa fragilidade é encontrada em estudos (Webair et al., 2015).

Na avaliação global, ocorreu que a maioria das pessoas avaliam como muito boa a dimensão que envolve a questão medicina centrada no paciente, efeito; já a pontualidade a maioria classificou como regular. Com isso, indica-se que os profissionais que atuam na atenção primária reconhecem a cultura da segurança do paciente. Outros estudos não demonstram a presença desta cultura (Webair et al., 2015). Isso demonstra que ainda não é uniforme essa cultura da segurança na atenção primária.

Estudos demonstram que os profissionais de saúde percebem a cultura da segurança do paciente em alguns países, mas existem diferenças em relação idade, profissão e tempo de trabalho (Smits et al., 2018). Em nosso estudo 22,2% dos pacientes consideraram excelente e 38,9% muito boa.

A maioria dos respondentes avalia que a unidade onde trabalham é efetiva (82,9%), imparcial (80,6%); é centrado no paciente (72,3%); pontual (62,7%); eficiente (61,1%) e que os sistemas e processos clínicos utilizados na unidade são muito bons ou excelentes para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham o potencial de afetar pacientes (62,1%).

Como limitação do estudo, a amostra reduzida dificulta a avaliação geral da realidade do município, porém, pode nortear futuras avaliações da cultura da segurança. Associado a

isso, a lacuna que existe ao que concerne à segurança do paciente na atenção primária à saúde.

CONCLUSÃO

O componente principal para uma boa qualidade do cuidado é a segurança do paciente (Sorra et al., 2016)

Ao longo deste estudo, foi apresentada a cultura da segurança do paciente em um município no Estado de São Paulo. Considerando os resultados da análise da pesquisa, foi possível identificar que a cultura de segurança do paciente é adequada nas dimensões segurança do paciente no acompanhamento ao cuidado (87,1%), na aprendizagem organizacional (80,1%) e no trabalho em equipe (85,52%).

Em suporte e Liderança, não houve a percepção da segurança do paciente. Isso reflete no resultado final, visto a falta de suporte por parte da liderança impactar nas ações dos profissionais e na percepção da segurança. Isso se comprova com os números negativos relacionados a percepção geral da segurança do paciente e da qualidade do cuidado. Pressão e ritmo de trabalho, padronização dos processos, comunicação aberta, comunicação sobre erro e troca de informações com outras instituições, não apresentam essa percepção, sendo a troca de informações com outras instituições e treinamento da equipe com índices inferiores a 50%.

A interpretação, análise e resultados apresentados nesta pesquisa contribui para fomentar maiores pesquisas e verificar fragilidades no processo de segurança do paciente. Essa pesquisa é útil tanto para gestores como para os colaboradores das unidades, e assim, desenvolverem melhorias na qualidade do serviço prestado.

CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA

Este estudo de campo no cenário de unidades básicas de saúde de um município da grande São Paulo utilizou metodologia que pode ser replicada em outras unidades congêneres no Brasil e no exterior. O conhecimento da cultura organizacional de qualquer organização permite identificar pontos frágeis a ser discutidos com a equipe de trabalho para saná-los e com a administração superior para as informações serem compartilhadas com outros gestores de modo a contribuir para a melhoria dos serviços prestados.

Já os pontos fortes também identificados devem ser estudados e compartilhados para que possam servir de estímulo para outras unidades que não apresentam tal resultado. Os colaboradores de cada unidade podem participar de reuniões periódicas para trocar experiências e também fortalecer a cultura de segurança que é baseada em conhecimento, confiança, credibilidade e intercomunicabilidade.

REFERÊNCIAS

AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. ([s.d.]). 52.

Andrade, L. E. L., Lopes, J. M., Souza Filho, M. C. M., Vieira Júnior, R. F., Farias, L. P. C., Santos, C. C. M. dos, & Gama, Z. A. da S. (2018). Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 161–172. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>

Anuario2018.pdf. ([s.d.]). Recuperado de

<https://www.iess.org.br/cms/rep/Anuario2018.pdf>

Barbosa, E. C. (2013). 25 Anos do Sistema Único de Saúde: Conquistas e Desafios. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 2(2), 85–102.

<https://doi.org/10.5585/rgss.v2i2.51>

Cecilio, L. C. de O., & Reis, A. A. C. dos. (2018). Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 34, e00056917. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00056917>

Colla, J. B., Bracken, A. C., Kinney, L. M., & Weeks, W. B. (2005). Measuring patient safety climate: A review of surveys. *Quality and Safety in Health Care*, 14(5), 364. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.014217>

Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring: definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor*. Recuperado de <https://ci.nii.ac.jp/naid/10010151458/>

Edmondson, A. C. (2004). Learning from failure in healthcare: Frequent opportunities, pervasive barriers. *Quality and Safety in Health Care*, 13(suppl 2), ii3. <https://doi.org/10.1136/qshc.2003.009597>

- Escorel, S., Giovanella, L., Mendonça, M. H. M. de, & Senna, M. de C. M. (2007). O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21, 164–176.
<https://doi.org/10.1590/S1020-49892007000200011>
- Fausto, M. C. R., Giovanella, L., Mendonça, M. H. M. de, Seidl, H., & Gagno, J. (2014). A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, 38, 13–33. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>
- Famolaro, T., Yount, N. D., Burns, W., Flashner, E., Liu, H., & Sorra, J. (2016). *Hospital survey on patient safety culture: 2016 usercomparativedatabase report*. Agency for Healthcare Research and Quality.
- Ferreira Guerreiro da Silva Mendes, C. M., & Margalho Barroso, F. F. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 197–205.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.06.003>
- Flin, R., Burns, C., Mearns, K., Yule, S., & Robertson, E. M. (2006). Measuring safety climate in healthcare. *Quality and Safety in Health Care*, 15(2), 109.
<https://doi.org/10.1136/qshc.2005.014761>
- Fontelles, M. J., Simões, M. G., & Farias, S. H. ([s.d.]). *METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA: DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PESQUISA*. 8.
- Gallotti, R. M. D. (2003). *Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviço de emergências clínicas de um hospital universitário terciário: Um olhar para a qualidade da atenção* (Text, Universidade de São Paulo).
<https://doi.org/10.11606/T.5.2003.tde-15082005-171758>

- Gomes, A. Q. F. (2008). *Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais: Estudo exploratório*. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4827>
- Guldenmund, F. W. (2007). The use of questionnaires in safety culture research – an evaluation. *Safety Science*, 45(6), 723–743.
<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2007.04.006>
- Halligan, M., & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: A review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Quality & Safety*, 20(4), 338–343.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040964>
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System* (L. T. Kohn, J. M. Corrigan, & M. S. Donaldson, Orgs.). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
- Kuo, G. M., Phillips, R. L., Graham, D., & Hickner, J. M. (2008). Medication errors reported by US family physicians and their office staff. *Quality and Safety in Health Care*, 17(4), 286. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.024869>
- Lavras, C. (2011). Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 20, 867–874.
- Lopes, L., & Santos, S. (2010). Florence Nightingale – Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 2), 181–189. <https://doi.org/10.12707/RIII10HM3>
- Manor, J., Blum, N., & Lurie, Y. (2016). “No Good Deed Goes Unpunished”: Ignaz Semmelweis and the Story of Puerperal Fever. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 37(8), 881–887. <https://doi.org/10.1017/ice.2016.100>

- Marchon, S. G., Mendes Junior, W. V., Marchon, S. G., & Mendes Junior, W. V. (2014). Patient safety in primaryhealthcare: A systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(9), 1815–1835. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00114113>
- Marchon, S. G., Mendes Junior, W. V., & Pavão, A. L. B. (2015). Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(11), 2313–2330. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194214>
- Medical Office Survey on Patient Safety Culture [Text]. ([s.d.]). Recuperado 7 de julho de 2019, de <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/medical-office/index.html>
- Mesquita, K. O. de, Silva, L. C. C. da, Lira, R. C. M., Freitas, C. S. L., & Lira, G. V. (2016). SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA. *Cogitare Enfermagem*, 21(2). <https://doi.org/10.5380/ce.v21i2.45665>
- Metodologia_de_pesquisa_aplicavel_as_ciencias_sociais.pdf*. ([s.d.]). Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33863767/metodologia_de_pesquisa_aplicavel_as_ciencias_sociais.pdf
- Miasso, A. I., Silva, A. E. B. de C., Cassiani, S. H. de B., Grou, C. R., Oliveira, R. C. de, & Fakh, F. T. (2006). O processo de preparo e administração de medicamentos: Identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3), 354–363. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300008>
- Ministério da Saúde. ([s.d.]). Recuperado 9 de agosto de 2018, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
- Neuhauser, D. (1990). Ernest Amory Codman, M.D., and EndResults of Medical Care. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 6(2), 307–325.

- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality & Safety in Health Care, 12 Suppl 2*, ii17-23. https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
- Novaretti, M. C. Z., Santos, E. de V., Quitério, L. M., Daud-Gallotti, R. M., Novaretti, M. C. Z., Santos, E. de V., ... Daud-Gallotti, R. M. (2014). Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem, 67(5)*, 692–699. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>
- Oliveira, M. A. de C., & Pereira, I. C. (2013). Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem, 66(spe)*, 158–164. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>
- Paese, F., & Sasso, G. T. M. D. (2013). Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem, 22(2)*, 302–310. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005>
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (1970). *Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: História, avanços e desafios*. 21.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: História, avanços e desafios. *O sistema de saúde brasileiro*, 11–21.
- Pittet, D., & Donaldson, S. L. (2005). Clean Care is Safer Care: The First Global Challenge of the WHO World Alliance for Patient Safety. *INFECTION CONTROL AND HOSPITAL EPIDEMIOLOGY, 4*.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. ([s.d.]). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem*. Artmed Editora.

- Reis, C. T., Martins, M., & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: Um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2029–2036. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>
- Santana, H. T., Siqueira, H. N., Costa, M. M. de M., Oliveira, D. C. A. N. de, Gomes, S. M., Sousa, F. C. de, ... Evangelista, M. do S. N. (2014). A segurança do paciente cirúrgico na perspectiva da vigilância sanitária — uma reflexão teórica. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*, 2(2), 34–42. *Seguranca_paciente_cirurgias_seguras_guia.pdf*. ([s.d.]). Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_guia.pdf
- Silva, N. D. M. da, Barbosa, A. P., Padilha, K. G., & Malik, A. M. (2016). Patient safety in organizational culture as perceived by leaderships of hospital institutions with different types of administration. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(3), 490–497. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400016>
- Singh, H., Thomas, E. J., Khan, M. M., & Petersen, L. A. (2007). Identifying Diagnostic Errors in Primary Care Using an Electronic Screening Algorithm. *JAMA Internal Medicine*, 167(3), 302–308. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.3.302>
- Timm, M., & Soares Rodrigues, M. C. (2016). Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=307045560005>
- “Uso Seguro de Medicamentos (Medication without harm)” é o tema do Desafio Global de Segurança do Paciente 2017 da OMS. ([s.d.]). Recuperado 3 de julho de

2019, de <https://www.conass.org.br/uso-seguro-de-medicamentos-medication-without-harm-e-o-tema-do-desafio-global-de-seguranca-do-paciente-2017-da-oms/>

WHO | Safe Surgery. ([s.d.]). Recuperado 3 de julho de 2019, de WHO website:

<https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>

Whr08_pr.pdf. ([s.d.]). Recuperado de

https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf

COMITE DE ÉTICA E PESQUISA

Avaliação e autorização institucional para a realização de pesquisa científica.

DADOS DO PROJETO:

Disciplina/Especialidade:

Programa de Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde.

Título do Projeto:

Desafios da Segurança do Paciente na Atenção Primária à saúde

Autores:

Aluno: Luiz Marcelo Chiarotto Pierro

Orientadora: Professora Dra Marcia Cristina Zago Novaretti

Instituição/Faculdade:

Universidade Nove de Julho – Uninove

Justificativa do Trabalho

Conforme as discussões sobre cultura da segurança do paciente evoluem nos ambientes hospitalares, impulsionado por projetos de acreditação e qualidade, estimulando uma cultura positiva, na atenção primária à saúde esses estudos ainda são escassos. Dados evidenciam que o número de pessoas que buscam a atenção básica aumentou cerca de 450% entre 1981 e 2008.

Para uma avaliação na atenção primária, foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), proposto pelo Ministério da Saúde, como estratégia para propor as modificações necessárias no funcionamento na atenção básica, qualificar as práticas de gestão e do cuidado.

Nessa avaliação se demonstrou a qualidade do serviço ofertado, classificou como regular em cerca em 44% das unidades, e que 62% dos profissionais de saúde não utilizavam os protocolos preconizados para a avaliação clínica inicial dos pacientes. Este mesmo levantamento apontou que somente 38% dos profissionais de saúde que trabalhavam nas unidades utilizam protocolos clínicos em situações de urgência.

Diante do exposto, se mostra necessário avaliar a cultura da segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde com pesquisas, ou com auxílio dos Núcleos de Segurança do Paciente, conforme orientação do Ministério da Saúde.

Objetivos:

Geral

Avaliar o nível de cultura de segurança do paciente exercida pelos profissionais de saúde nas Unidades Básicas de Saúde e elaborar critérios de intervenção para melhoria.

Específicos

- Identificar os fatores que mais contribuem e os que menos contribuem para a segurança do paciente em atenção primária à saúde.
- Identificar quais conhecimentos os profissionais entrevistados detêm sobre segurança do paciente.
- Identificar a dificuldade associadas ao trabalho na cultura da segurança do paciente em atenção básica.
- Identificar locais para intervenção de melhorias nos pontos com maior fragilidade.

Metodologia:

Trata-se de um estudo observacional (investigador atua como expectador de fenômenos ou fatos, sem realizar qualquer intervenção que possa interferir no curso natural e/ou no desfecho dos mesmos), descritiva (descreve características de uma determinada população envolvendo técnicas padronizadas de coleta de dados), transversal (em um curto período de tempo, em um determinado momento), quantitativa (traduzir em números opiniões e/ou informações para poder classificá-las e analisá-las. Será trabalhado com variáveis e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los. Indicado para ações coletivas), do tipo enquete (permite a coleta de informações sobre ações, conhecimentos, intenções, opiniões, atitudes e valores dos entrevistados por meio do autorrelato, com o objetivo de obter informação).

O Local do estudo será uma cidade na região metropolitana de São Paulo, pertencente à região do ABC Paulista, na Zona Sudeste da Grande São Paulo, no Estado de São Paulo. A população estimada é de 468.148 hab. distribuídos em 62,293km². A saúde da cidade é composta por 23 Unidades Básicas de Saúde, 12 equipamentos de saúde especializados e 1 Hospital Municipal.

Cronograma do Projeto:

<i>Julho</i>	<i>Agosto</i>	<i>Setembro</i>	<i>Outubro</i>	<i>Novembro</i>	<i>Dezembro</i>
<i>Gerentes e coordenadores</i>	<i>Médicos</i>	<i>Auxiliares</i>	<i>ACS</i>		
<i>15/07 a 25/07 e 25/07 a 01/08</i>	<i>05/08 a 15/08 e</i>	<i>De enfermagem</i>	<i>01/10 a 15/10</i>		
<i>Responsáveis técnicos</i>	<i>20/08 a 05/09</i>	<i>15/09 a 25/09</i>			

O projeto será desenvolvido entre Julho e Outubro de 2019. A coleta será realizada por formulário eletrônico na plataforma do Google denominada forms, do questionário MOSPSC elaborado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Este questionário foi traduzido, adaptado transculturalmente e validado no Brasil.

As pesquisa será realizada com profissionais da área de saúde em 23 Unidades Básicas de Saúde.

- Consentimento Livre e Esclarecido

SIM (X) NÃO ()

- Patrocinio

SIM () NÃO (X)

Declaro que estou ciente das diretrizes do regulamento técnico para realização de pesquisa científica nas Unidades Básicas de Saúde, e de que caso as mesmas não sejam observadas podem implicar na suspensão do projeto na instituição, bem como, assumo o compromisso de encaminhar os relatórios exigidos e também assumo a responsabilidade do envio dos resultados e publicações ao centro de estudos desta instituição

Mauá, 15 de Maio de 2019



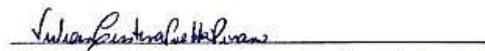
Luiz Marcelo C Pierro

PARA PREENCHIMENTO DA COMISSÃO TÉCNICA:

Avaliado pela comissão técnica em: 13 /06 / 2019

Parecer

(X) APROVADO () NÃO APROVADO



Assinatura e Carimbo do representante da comissão técnica
Vivian Pivetta Pirani
Gerente Educação
Permanente

ANEXO 2

INSTRUÇÕES DA PESQUISA

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

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

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

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

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

Os itens a seguir descrevem situações que podem ocorrer em serviços de saúde, afetando a segurança do paciente e a qualidade do cuidado.

Pelos seus cálculos, com que frequência os fatos listados abaixo aconteceram em seu local de trabalho NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

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

Equipamento

5. Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição. 1 2 3 4 5 6 9

Medicamento

6. O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição. 1 2 3 4 5 6 9
7. Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta. 1 2 3 4 5 6 9

Diagnósticos e Testes

8. Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário. 1 2 3 4 5 6 9
9. Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário. 1 2 3 4 5 6 9
10. Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem não foi acompanhado/avaliado em tempo hábil. 1 2 3 4 5 6 9

SEÇÃO B: Troca de informações com outras instituições

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

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

SEÇÃO C: Trabalhando neste serviço de saúde

Quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações?	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Não se Aplica ou Não Sei
	1	2	3	4	5	
1. Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- | | Nunca | Raramente | Às vezes | Quase sempre | Sempre | Não se Aplica ou Não Sei |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| 1. Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 2. Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 3. Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 4. Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 5. Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |

- | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 6. Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório <i>esperado</i> de outro serviço. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₉ |
| 7. A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₉ |
| 8. A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₉ |
| 9. Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₉ |
| 10. Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₉ |
| 11. Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₉ |
| 12. Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₉ |

SEÇÃO E: Apoio de gestores/administradores/líderes

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

₁ Sim → **Vá para Seção F**

₂ Não → **Continue abaixo**

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

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

SEÇÃO F: Seu serviço de saúde

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

SEÇÃO G: Avaliação global

Avaliação global da qualidade

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

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

Avaliação Geral - em Segurança do Paciente

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

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

SEÇÃO H: Questões sobre a prática profissional

1. Há quanto tempo você trabalha neste serviço?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a. Há menos de 2 meses | <input type="checkbox"/> d. De 3 anos a menos de 6 anos |
| <input type="checkbox"/> b. De 2 meses a menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> e. De 6 anos a menos de 11 anos |
| <input type="checkbox"/> c. De 1 ano a menos de 3 anos | <input type="checkbox"/> f. Há 11 anos ou mais |

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

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

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

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

Técnico em Saúde Bucal

- Odontólogo Fisioterapeuta Nutricionista
 Farmacêutico Psicólogo Terapeuta
Ocupacional
 Assistente Social Agente Comunitário de Saúde
 Outra função. Por favor, especifique: _____

Anexo 3: Testes de normalidade.

Questões	Shapiro-Wilk	Anderson-Darling
Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo	< 0.001 *	< 0.001 *
No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registo de outro paciente	< 0.001 *	< 0.001 *
O prontuário/registo de um paciente não estava disponível quando necessário	< 0.001 *	< 0.001 *
Informações clínicas de um paciente foram arquivadas, digitalizadas ou inseridas no prontuário/registo de outro paciente	< 0.001 *	< 0.001 *
Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição	0.001 *	0.001 *
O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição	< 0.001 *	< 0.001 *
Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta	< 0.001 *	< 0.001 *
Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário	0.004 *	0.001 *
Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário	0.007 *	0.004 *
Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem avaliado em tempo hábil	< 0.001 *	< 0.001 *
Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde?	0.011 *	0.019 *
Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde?	0.014 *	0.009 *
Farmácias?	0.001 *	0.001 *
Hospitais?	0.001 *	0.002 *
Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam?	< 0.001 *	< 0.001 *
Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais?	< 0.001 *	< 0.001 *
Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente?	< 0.001 *	< 0.001 *
Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados?	< 0.001 *	< 0.001 *
Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito?	< 0.001 *	< 0.001 *
Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis?	< 0.001 *	< 0.001 *
Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento?	< 0.001 *	< 0.001 *

Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável?	< 0.001 *	< 0.001 *
Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente	< 0.001 *	< 0.001 *

Questões	Shapiro-Wilk	Anderson-Darling
Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados	< 0.001 *	< 0.001 *
Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes	< 0.001 *	< 0.001 *
Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho	< 0.001 *	< 0.001 *
Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes	< 0.001 *	< 0.001 *
Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente	< 0.001 *	< 0.001 *
A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades	< 0.001 *	< 0.001 *
Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho	< 0.001 *	< 0.001 *
Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista	< 0.001 *	< 0.001 *
Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina	< 0.001 *	< 0.001 *
Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto	< 0.001 *	< 0.001 *
Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento	< 0.001 *	< 0.001 *
Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço	< 0.001 *	< 0.001 *
A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si	< 0.001 *	< 0.001 *
A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço	< 0.001 *	< 0.001 *
Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento	< 0.001 *	< 0.001 *
Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes	0.001 *	< 0.001 *
Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente	< 0.001 *	< 0.001 *
Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço	< 0.001 *	< 0.001 *
Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço	< 0.001 *	< 0.001 *
Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes	< 0.001 *	< 0.001 *
Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes	< 0.001 *	< 0.001 *

Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes	< 0.001 *	< 0.001 *
Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas	< 0.001 *	< 0.001 *

Questões	Shapiro-Wilk	Anderson-Darling
Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes	< 0.001 *	< 0.001 *
Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria	< 0.001 *	< 0.001 *
É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes	< 0.001 *	< 0.001 *
Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam	< 0.001 *	< 0.001 *
Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado	< 0.001 *	< 0.001 *
Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam	< 0.001 *	< 0.001 *
Centrado no paciente: É sensível às preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes	< 0.001 *	< 0.001 *
Efetivo: É baseado no conhecimento científico	< 0.001 *	< 0.001 *
Pontual: Minimiza esperas e atrasos potencialmente prejudiciais	< 0.001 *	< 0.001 *
Eficiente: Garante um cuidado de bom custo-benefício (evita o desperdício, uso excessivo e incorreto de serviços)	< 0.001 *	< 0.001 *
Imparcial: Fornece a mesma qualidade de cuidados a todos os indivíduos, independentemente de sexo, etnia, status socioeconômico, idioma etc	< 0.001 *	< 0.001 *
No geral, como você classificaria os sistemas e processos clínicos que este serviço utiliza para prevenir, identificar e corrigir problemas que tenham o potencial de afetar pacientes?	< 0.001 *	< 0.001 *

Como podemos perceber pelos resultados apresentados no anexo 3, temos que todos os valores de significância foram inferiores a 0,05. Sendo assim, temos que as questões sob análise no anexo 3 não seguem uma distribuição Normal de probabilidade. Nesse sentido, devem ser utilizados métodos estatísticos não paramétricos de comparação dos resultados dessas questões.

Vale salientar que os métodos estatísticos não paramétricos não levam em consideração a pressuposição sobre a distribuição de probabilidade dos dados, ao contrário dos métodos estatísticos paramétricos.

Anexo 4:

TESTES ESTATÍSTICOS DE COMPARAÇÃO

Os testes estatísticos utilizados foram os testes de Kruskal-Wallis, para os resultados apresentados nas a seguir. Além disso, vale salientar que foi considerado um nível de 5% de significância nos resultados obtidos para os referidos testes (o mesmo que 95% de confiança).

OBS: Valores de significância (*p*-valor) inferiores a 0,05 indicam a existência de diferença estatisticamente significativa nos resultados.

Tabela:

Comparação das questões que compõem a dimensão de segurança do paciente e qualidade de acordo com o tempo que trabalha na área ou setor atual.

Segurança do paciente e qualidade	Mediana					<i>p</i> -valor
	Menos de 1 ano	Entre 1 e 5 anos	Entre 6 e 10 anos	Entre 11 e 15 anos	Mais de 21 anos	
Um paciente não conseguiu uma consulta em até 48 horas para um problema sério/agudo	2	1	5	2	1	0.017*
No atendimento de um paciente foi utilizado um prontuário/registo de outro paciente	2	2	4	1	1	0.031*
O prontuário/registo de um paciente não estava disponível quando necessário	2	2	5	4	2	0.008*
Informações clínicas de um paciente foram arquivadas,digitalizadas ou inseridas no prontuário/registo de outro paciente	1.5	2	3	2	2.5	0.522
Um equipamento necessário ao atendimento não funcionou adequadamente ou necessitava reparo ou substituição	2	2	3	4	2	0.724
O paciente retornou à unidade de saúde para esclarecer ou corrigir uma prescrição	3.5	2	4	2	2	0.017*
Os medicamentos utilizados por um paciente não foram revisados pelo profissional de saúde durante sua consulta	2	1	1	1	1	0.355
Os exames laboratoriais ou de imagem não foram realizados quando necessário	2	2	3	3	3	0.177
Os resultados de exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando necessário	2.5	2.5	3.5	3.5	2	0.062

Um resultado anormal de um exame laboratorial ou de imagem avaliado em tempo hábil	3.5	3	4	6	4.5	0.323
--	-----	---	---	---	-----	-------

Anexo 5

Tabela de comparação das questões que compõem a dimensão de trabalhando neste serviço de saúde de acordo com o tempo que trabalha na área ou setor atual.

Trabalhando neste serviço de saúde	Mediana					p-valor
	Menos de 1 ano	Entre 1 e 5 anos	Entre 6 e 10 anos	Entre 11 e 15 anos	Mais de 21 anos	
Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam?	4	4	4	4	5	0.454
Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais?	4	4	4	4	4	0.792
Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente?	3.5	3	3	3	3	0.983
Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados?	4	3	4	4	3.5	0.825
Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito?	4	4	4	4	4	0.871
Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis?	4.5	5	5	5	4	0.898
Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento?	4	3	4	2	2	0.486
Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável?	1.5	2	2	2	2.5	0.182
Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente	4	4	4	4	3	0.482
Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados	2	2	3.5	4	4	0.361
Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes	1.5	2	1.5	2	2	0.885
Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho	2	3	4	3	4	0.222
Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes	4	4	4	4	4	0.650
Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente	2	4	4	4	3.5	0.594
A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades	4	4	4	4	4	0.217

Anexo 6

Comparação das questões que compõem a dimensão de troca de informações com outras instituições de acordo com o tempo que trabalha na área ou setor atual.

Troca de informações com outras instituições	Mediana					p-valor
	Menos de 1 ano	Entre 1 e 5 anos	Entre 6 e 10 anos	Entre 11 e 15 anos	Mais de 21 anos	
Centros de imagem/laboratórios da rede de atenção à saúde?	3.5	3.5	5	4	2	0.039 *
Outros serviços de saúde/médicos da rede de atenção à saúde?	2	3	3	5	2	0.072
Farmácias?	2	3	4	5	3	0.626
Hospitais?	3.5	3.5	5	4.5	1	0.042 *

Anexo 7:

Comparação das questões que compõem a dimensão de comunicação e acompanhamento de acordo com o tempo que trabalha na área ou setor atual.

Comunicação e acompanhamento	Mediana					p-valor
	Menos de 1 ano	Entre 1 e 5 anos	Entre 6 e 10 anos	Entre 11 e 15 anos	Mais de 21 anos	
Os médicos deste serviço estão abertos para as ideias dos demais integrantes da equipe sobre como melhorar os processos de trabalho	4	5	5	3.5	4	0.122
Neste serviço a equipe é incentivada a expressar outros pontos de vista	5	4	4	4	4	0.384
Neste serviço os pacientes são avisados quando precisam agendar uma consulta para cuidados preventivos ou de rotina	5	5	5	4.5	5	0.280
Neste serviço a equipe tem receio de fazer perguntas quando algo não parece correto	2	1	2	3	2.5	0.259
Este serviço registra a maneira como pacientes crônicos seguem o plano de tratamento	5	5	5	4	5	0.211
Este serviço faz acompanhamento quando não recebe um relatório esperado de outro serviço	5	5	4.5	4	4	0.793

A equipe deste serviço acredita que seus erros possam ser usados contra si	4	3	2	5	3	0.056
A equipe fala abertamente sobre os problemas neste serviço	5	4	5	4	3.5	0.218
Este serviço acompanha os pacientes que precisam de monitoramento	4.5	5	5	5	5	0.931
Neste serviço é difícil expressar opiniões diferentes	2	2	2	3	3	0.310
Neste serviço discutimos maneiras de evitar que erros aconteçam novamente	5	5	5	3.5	4	0.006 *
Os funcionários estão dispostos a relatar erros que observam neste serviço	5	4.5	4	3.5	4	0.367

Anexo 8

Comparação das questões que compõem a dimensão de seu serviço de saúde de acordo com o tempo que trabalha na área ou setor atual.

Seu serviço de saúde	Mediana					p-valor
	Menos de 1 ano	Entre 1 e 5 anos	Entre 6 e 10 anos	Entre 11 e 15 anos	Mais de 21 anos	
Quando há um problema em nosso serviço avaliamos se é necessário mudar a maneira como fazemos as coisas	4	4	4	4	4	0.664
Nossos processos de trabalho são adequados para prevenir erros que poderiam afetar os pacientes	2.5	3	4	3	3.5	0.193
Neste serviço acontecem erros com mais frequência do que deveria	4	3	2	2.5	2.5	0.085
É apenas por acaso que não cometemos mais erros que afetam nossos pacientes	3.5	2	2	2	2	0.486
Este serviço é eficiente em modificar processos de trabalho para prevenir que problemas se repitam	4	4	4	4	4	0.649
Neste serviço a quantidade de atividades realizadas é mais importante que a qualidade do cuidado prestado	3	4	2	3	2.5	0.283
Neste serviço, após realizarmos mudanças para melhorar o processo de atendimento ao paciente, avaliamos se elas funcionam	4	4	4	4	4	0.753

Anexo 9:

Comparação das questões que compõem a dimensão de trabalhando neste serviço de saúde de acordo com o sexo.

Trabalhando neste serviço de saúde	Mediana		p-valor
	Feminino	Masculino	
Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam?	4	4	0.524
Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais?	4	5	0.026 *
Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente?	3	3.5	0.664
Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados?	4	3	0.685
Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito?	4	4	0.398
Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis?	5	5	0.225
Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento?	3	2	0.321
Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável?	2	2	0.763
Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente	4	4	0.663
Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados	3	4	0.593
Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes	2	1	0.013 *
Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho	4	3.5	0.889
Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes	4	4	0.554
Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente	4	4	0.958
A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades	4	4	0.849

Anexo 10:

Comparação das questões que compõem a dimensão de trabalhando e treinamento neste serviço de saúde de acordo com o tempo que trabalha na área ou setor atual.

Trabalhando neste serviço de saúde	Mediana					p-valor
	Menos de 1 ano	Entre 1 e 5 anos	Entre 6 e 10 anos	Entre 11 e 15 anos	Mais de 21 anos	
Quando alguém neste serviço está muito ocupado, outros colegas ajudam?	4	4	4	4	5	0.454
Neste serviço há uma boa relação de trabalho entre os médicos e demais profissionais?	4	4	4	4	4	0.792
Neste serviço frequentemente nos sentimos apressados ao atender o paciente?	3.5	3	3	3	3	0.983
Este serviço treina a equipe sempre que novos processos são implantados?	4	3	4	4	3.5	0.825
Neste serviço tratamos uns aos outros com respeito?	4	4	4	4	4	0.871
Neste serviço a quantidade de pacientes é muito alta em relação ao número de médicos disponíveis?	4.5	5	5	5	4	0.898
Este serviço garante que sua equipe receba atualizações necessárias ao atendimento?	4	3	4	2	2	0.486
Neste serviço a desorganização é maior que o aceitável?	1.5	2	2	2	2.5	0.182
Neste serviço há procedimentos para verificar se o trabalho foi realizado corretamente	4	4	4	4	3	0.482
Os profissionais que trabalham neste serviço são solicitados a realizar tarefas para as quais não foram treinados	2	2	3.5	4	4	0.361
Neste serviço a quantidade de profissionais da equipe é suficiente para atender o número de pacientes	1.5	2	1.5	2	2	0.885
Neste serviço há problemas com o fluxo de trabalho	2	3	4	3	4	0.222
Este serviço valoriza o trabalho em equipe no cuidado aos pacientes	4	4	4	4	4	0.650
Neste serviço há número maior de pacientes que a capacidade para atendê-los de maneira eficiente	2	4	4	4	3.5	0.594
A equipe deste serviço segue processos padronizados para realizar suas atividades	4	4	4	4	4	0.217

Observando os resultados, temos que nenhuma das comparações foi estatisticamente significativa.

Anexo 11: Comparação das questões que compõem a dimensão de apoio de gestores/administradores/líderes de acordo com o tempo que trabalha na área ou setor atual.

Apoio de gestores/administradores/líderes	Mediana					<i>p</i> -valor
	Menos de 1 ano	Entre 1 e 5 anos	Entre 6 e 10 anos	Entre 11 e 15 anos	Mais de 21 anos	
Eles não estão investindo recursos suficientes para melhorar a qualidade do cuidado neste serviço	5	4	2	4	4	0.067
Eles ignoram erros que se repetem no cuidado aos pacientes	4.5	3	2	3.5	3.5	0.012 *
Eles dão prioridade à melhoria dos processos de atendimento aos pacientes	2	4	4	3.5	4	0.232
Eles frequentemente tomam decisões baseadas no que é melhor para o serviço e não no que é melhor para os pacientes	2	2	2	3	2	0.182