

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Marina Mazzuco de Souza

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

**Santa Maria, RS
2017**

Marina Mazzuco de Souza

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Prof^a Dr^a. Tânia Solange Bosi de Souza Magnago
Coorientadora: Prof^a Dr^a. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Santa Maria, RS
2017

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Souza, Marina Mazzuco de
Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde / Marina Mazzuco de Souza.- 2017.
129 p.; 30 cm

Orientadora: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago
Coorientadora: Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2017

1. Segurança do Paciente 2. Atenção Primária à Saúde 3. Equipe Multiprofissional I. Magnago, Tânia Solange Bosi de Souza II. Kolankiewicz, Adriane Cristina Bernat III. Título.

© 2017

Todos os direitos autorais reservados a Marina Mazzuco de Souza. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: marina.mazzuco@yahoo.com.br

Marina Mazzuco de Souza

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem.**

Aprovado em 28 de junho de 2017:

Prof.^a Dr.^a Tânia Solange Bosi de Souza Magnago (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz (UNIJUÍ)
(Coorientadora)

Prof.^a Dr.^a Marli Maria Loro (UNIJUÍ)

Prof.^a Dr.^a Rafaela Andolhe (UFSM)

Prof.^a Dr.^a Ângela Isabel dos Santos Dullius (Suplente) (UFSM)

Santa Maria, RS
2017

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Ivone e Marinho que são o alicerce da minha vida, que sempre me apoiaram, incentivaram e me deram as mãos para seguir esta caminhada. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Ao chegar ao final desta etapa percebo o quanto tive e tenho pessoas importantes em meu caminho, as quais me fizeram perceber que nunca estive só. A elas, os meus agradecimentos:

*À **Deus**, pelo dom da vida, por ser o meu maior guia, quem eu sempre encontrei forças para enfrentar os desafios impostos na vida. Gratidão ao seu amor infinito por permitir que meu caminho fosse repleto de pessoas especiais, as quais me estimularam a chegar até aqui.*

*Aos meus pais, **Ivone e Marinho** por todo o incentivo, apoio, preocupação e compreensão. Vocês são exemplos de determinação, obrigada por serem tão especiais, por me proporcionarem essa conquista. Gratidão pela educação e princípios transmitidos, por sempre ensinarem que com humildade, determinação e perseverança podemos realizar nossos sonhos. Faltam palavras diante da imensidão do orgulho e gratidão que tenho por vocês, amo vocês!*

*Aos meus irmãos, **Daniela, Pablo e Mariana**, obrigada pela ajuda, carinho e amizade de vocês. Dani mesmo longe sempre torcendo pela minha realização e com uma palavra de conforto eu para continuar, Pablo pelo companheirismo, suporte e entendimento, Mariana pela paciência, amizade, compreensão e preocupação comigo, pelo dia-a-dia sendo minha fiel companheira. Amo vocês, obrigada por ter vocês comigo!*

*Aos meus sobrinhos **Ana Luiza, Marcos Paulo e João Mariano** que mesmo sem muitas vezes saber foram o estímulo que eu tinha para valorizar a vida, amo vocês meus amores! A minha cunhada **Aline** por ser uma grande incentivadora, meus cunhados, **Tárcio** por mesmo longe eu saber que torce pela minha realização profissional e **Joe** pela amizade e companheirismo em muitos momentos que precisei de você e da Mari! A minha tia **Lucia**, pela ajuda, carinho e conselhos de sempre, te amo tia! As minhas avós **Delacruz e Luiza** por sempre estarem torcendo pelas minhas conquistas e pelas palavras de carinho.*

*Aos meus **amigos** que estiveram comigo, que perto ou longe sempre vibraram nas minhas conquistas! Em especial as minhas “resis”, que levarei sempre comigo, gratidão a amizade de vocês, por sabermos que a distância não muda o nosso sentimento!*

Aos laços de amizade que criei e fortaleci aqui em Santa Maria, um carinho especial pelo Grupo da Jucar onde possibilitou a construção de amizades sinceras e que foram por muitas vezes meu apoio aqui, vocês são muito especiais!

As minhas estimadas **orientadora e coorientadora**, Professoras Dras **Tânia Magnago** e **Adriane Kolankiewicz** por todos os ensinamentos e contribuições nessa caminhada, pela paciência, amizade, compreensão, partilha de conhecimento e experiências.

Sou grata pela confiança que depositaram em mim, pelo incentivo, apoio e conforto nos momentos de aflição e dúvidas. Levarei para sempre esse carinho e admiração pelas profissionais competentes que são!

Ao **Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf)** da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) por proporcionar essa oportunidade de construção e conhecimento para qualificação profissional.

Aos colegas da **9ª Turma de Mestrado em Enfermagem do PPGEnf da UFSM** pela parceria, carinho e amizade, em especial a **Jéssica Carollo** pela amizade que construímos e pelas aulas e planejamentos juntas. O tempo que passamos juntos foi muito especial!

Aos colegas e professores do **GTSSP** pelas trocas de experiência, construções coletivas e apoio. Agradeço a **Patrícia Bitencourt Toscani Greco** que foi uma amiga e incentivadora, presente que o mestrado me proporcionou, obrigada pelo ombro amigo e amizade sincera!

Aos bolsistas **Juliana, Taís, Melissa e Gabriel**, vocês foram incansáveis na coleta de dados, obrigada pelo apoio e comprometimento!

À **Ana Carolina** pela importante tarefa de digitação, obrigada pela sua dedicação!

As professoras doutoras da **Banca Examinadora**, **Marli Maria Loro, Rafaela Andolhe e Angela Isabel Dullius** pela disponibilidade em participar e contribuir nessa banca.

Ao **NEPeS** da Secretaria de Saúde do Município pelo apoio e permissão para desenvolver a pesquisa.

Aos **participantes** que possibilitaram a realização deste estudo, obrigada pela compreensão da importância deste trabalho, por participarem e diante das tantas tarefas que tem para cumprir disponibilizarem uma parcela de seu tempo.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** pela concessão da bolsa de Mestrado.

Por fim, a todos que fazem parte da minha vida, que de alguma maneira me incentivaram, ouviram e ajudaram a seguir em frente mas que não se encontram aqui nominados, meu **MUITO OBRIGADA!**

*“As dificuldades são como as montanhas.
Elas só se aplainam quando avançamos sobre elas.”*

Provérbio Japonês

RESUMO

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

AUTORA: Marina Mazzuco de Souza

ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

COORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Este estudo teve por objetivo avaliar a cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde de um município da região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Estudo transversal, realizado em 2016, com profissionais da área da saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde do município de Santa Maria/RS. Para avaliação da cultura de segurança, utilizou-se a versão brasileira do *Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version* (SAQ-AV) e questões complementares para caracterização sociodemográfica e laboral dos participantes. Os dados foram organizados no programa *Epi-Info*®, versão 6.4, e analisados no programa *PASW Statistics*®. O SAQ-AV foi mensurado pela pontuação total e por seus nove domínios. Foram considerados indicadores de atitudes de segurança positiva os escores $\geq 7,5$. Participaram 254 profissionais dos 28 serviços de saúde (Unidade Básica de Saúde, Estratégia e Saúde da Família, unidades mistas e gestão). Predominaram trabalhadores do sexo feminino (81,1%); com idade entre 22 e 39 anos (53,6%); casados ou que viviam com companheiro (65%); que trabalhavam em ESF (44,1%), cumpriam turno misto de trabalho (84,6%); trabalhavam havia mais de 13 anos (36%); não possuíam outro emprego (78,7%); gostavam do seu emprego (97,2%); a forma de contato com o paciente direta (96,1%). O escore total do SAQ-AV variou entre 3,4 e 8,4 com média 7,0 ($\pm 9,3$). A consistência interna do SAQ-AV foi 0,86. Evidenciou-se avaliação positiva somente no domínio Segurança do Paciente. O SAQ-AV Total apresentou diferença significativa para cultura positiva na percepção dos Técnicos de Enfermagem e profissionais da Estratégia Saúde da Família. O domínio Satisfação no Trabalho foi significativo para cultura positiva nas categorias profissionais de Técnicos de Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, Médicos e Auxiliares de Enfermagem, e a Comunicação apresentou maiores percentuais de avaliação positiva pelos Técnicos de Enfermagem. Dentre as categorias profissionais, somente os Agentes Comunitários de Saúde foram classificados com cultura positiva no domínio Educação Permanente. Profissionais com idade entre 40 e 63 anos apresentaram significativamente maiores percentuais para o baixo reconhecimento do estresse. Os participantes citaram sugestões para aperfeiçoar a segurança do paciente que foram agrupadas em: Protocolos para Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde; Capacitações; Ambiente de Trabalho e Infraestrutura; Condições e Sobrecarga de Trabalho; Comunicação; Erro; Resolutividade. Conclui-se que a cultura de segurança no ambiente da Atenção Primária à Saúde pesquisado precisa ser efetivada. Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde, construir parcerias, envolver os pacientes no cuidado, discutir e dialogar sobre a segurança do paciente entre a equipe e no contexto da realidade institucional são importantes medidas para a cultura de segurança ser solidificada.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Atenção Primária à Saúde. Equipe multiprofissional. *Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version*.

ABSTRACT

PATIENT SAFETY CULTURE IN PRIMARY HEALTH CARE

Author: Marina Mazzuco de Souza
Adviser: Tânia Bosi Solange de Souza Magnago
Co-adviser: Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

This study aimed to evaluate the patient's safety culture in the Primary Health Care of a city in the central-western region of the State of Rio Grande do Sul, Brazil. Cross-sectional study, conducted in 2016, with health professionals working in Primary Health Care in the city of Santa Maria / RS. To evaluate the safety culture, the Brazilian version of the Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version (SAQ-AV) was used, as well as complementary questions for sociodemographic and occupational characterization of the participants. The data were organized in the Epi-Info® program, version 6.4, and analyzed in the PASW Statistics® program. SAQ-AV was measured by the total score and its nine domains. Positive safety attitudes were considered scores ≥ 7.5 . 254 professionals from the 28 health services (Basic Health Unit, Strategy and Family Health, mixed units and management) participated. Female workers predominated (81.1%); Aged between 22 and 39 years (53.6%); Married or living with a partner (65%); Who worked in FHS (44.1%), had a mixed shift (84.6%); Worked for over 13 years (36%); They did not have another job (78.7%); They liked their job (97.2%); The form of contact with the direct patient (96.1%). The SAQ-AV score varied between 3.4 and 8.4 with a mean of 7.0 (± 9.3). The internal consistency of SAQ-AV was 0.86. Positive evaluation was only seen in the Patient Safety domain. Total SAQ-AV presented a significant difference for positive culture in the perception of Nursing Technicians and professionals of the Family Health Strategy. The domain Satisfaction in the Work was significant for positive culture in the professional categories of Nursing Technicians, Community Health Agent, Doctors and Nursing Assistants, and the Communication presented higher percentages of positive evaluation by Nursing Technicians. Among the professional categories, only the Community Health Agents were classified with positive culture in the Permanent Education field. Professionals aged between 40 and 63 years had significantly higher percentages for low recognition of stress. Participants cited suggestions for improving patient safety that have been grouped into: Patient Safety Protocols in Primary Health Care; Training; Work Environment and Infrastructure; Conditions and Work Overload; Communication; Error; Resolutivity. It is concluded that the safety culture in the Primary Health Care environment researched needs to be carried out. Strengthening Health Care Networks, building partnerships, engaging patients in care, discussing and discussing patient safety among staff and in the context of institutional reality are important steps for the safety culture to be solidified.

Keywords: Patient Safety. Primary Health Care. Multiprofessional Team. Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa de localização da UBS e ESF, 2012. Santa Maria, RS	31
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação das variáveis sociodemográficas e laborais, segundo o tipo e a escala de mensuração	37
Tabela 2 – Distribuição dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, segundo variáveis demográficas, Santa Maria, RS, Brasil, 2016	39
Tabela 3 – Distribuição dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, segundo categoria profissional, Santa Maria, RS, Brasil, 2016	40
Tabela 4 – Distribuição dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, segundo variáveis laborais, Santa Maria, RS, Brasil, 2016	40
Tabela 5 – Análise descritiva da relação de colaboração e comunicação dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	43
Tabela 6 – Análise descritiva dos domínios do Safety Attitudes Questionnaire – Ambulatory Version na Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	46
Tabela 7 – Análise do Safety Attitudes Questionnaire – Ambulatory Version, segundo variáveis sociodemograficas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	47
Tabela 8 – Análise do Safety Attitudes Questionnaire – Ambulatory Version, segundo categoria profissional dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	48
Tabela 9 – Análise do Safety Attitudes Questionnaire – Ambulatory Version, segundo variáveis laborais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	49
Tabela 10 – Análise do domínio Satisfação no Trabalho, segundo variáveis sociodemograficas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil.....	50
Tabela 11 – Análise do domínio Satisfação no Trabalho, segundo categoria profissional na Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	50
Tabela 12 – Análise do domínio Satisfação no Trabalho, segundo variáveis laborais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil.....	51
Tabela 13 – Análise do domínio Cultura do Trabalho em Equipe, segundo variáveis sociodemograficas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016	52
Tabela 14 – Análise do domínio Cultura do Trabalho em Equipe, segundo categoria profissional da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016	53
Tabela 15 – Análise descritiva do domínio Cultura do Trabalho em Equipe, segundo variáveis laborais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	54
Tabela 16 – Análise do domínio Condições de Trabalho, segundo variáveis sociodemograficas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	55
Tabela 17 – Análise do domínio Condições de Trabalho, segundo categoria profissional da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	55
Tabela 18 – Análise do domínio Condições de Trabalho, segundo variáveis laborais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	56
Tabela 19 – Análise do domínio Comunicação, segundo variáveis sociodemograficas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	57
Tabela 20 – Análise do domínio Comunicação, segundo categoria profissional da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	58
Tabela 21 – Análise do domínio Comunicação, segundo variáveis laborais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	58

Tabela 22 – Análise do domínio Segurança do Paciente, segundo variáveis sociodemográficas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil.....	59
Tabela 23 – Análise do domínio Segurança do Paciente, segundo categoria profissional da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	60
Tabela 24 – Análise do domínio Segurança do Paciente, segundo variáveis laborais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	61
Tabela 25 – Análise do domínio Educação Permanente, segundo variáveis sociodemográficas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil.....	62
Tabela 26 – Análise do domínio Educação Permanente, segundo categoria profissional da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	62
Tabela 27 – Análise do domínio Educação Permanente, segundo variáveis laborais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016	63
Tabela 28 – Análise do domínio Gerência da Unidade, segundo variáveis sociodemográficas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil.....	64
Tabela 29 – Análise do domínio Gerência da Unidade, segundo categoria profissional da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	65
Tabela 30 – Análise do domínio Gerência da Unidade, segundo variáveis laborais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	65
Tabela 31 – Análise do domínio Reconhecimento do Estresse, segundo variáveis sociodemográficas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	66
Tabela 32 – Análise do domínio Reconhecimento do Estresse, segundo categoria profissional da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	67
Tabela 33 – Análise do domínio Reconhecimento do Estresse, segundo variáveis laborais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	68
Tabela 34 – Análise do domínio Erro, segundo variáveis sociodemográficas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	69
Tabela 35 – Análise do domínio Erro, segundo categoria profissional da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	69
Tabela 36 – Análise do domínio Erro, segundo variáveis laborais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Definições das atitudes de segurança e alguns exemplos no contexto do Questionário de Atitudes de Segurança	24
Quadro 2 - Recomendações para aperfeiçoar a Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACD	Atendente de Consultório Dentário
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CCS	Centro de Ciências da Saúde
EA	Evento Adverso
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia e Saúde da Família
FISMA	Faculdade Integrada de Santa Maria
GAP	Gabinete de Projetos
HBM/SM	Hospital da Brigada Militar de Santa Maria
HCAA	Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo
HCS	Hospital Casa de Saúde
HSFA	Hospital São Francisco de Assis
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEPeS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SAQ-AV	Questionário de Atitudes de Segurança – Ambulatório Versão
SEFAS	Associação Franciscana de Assistência à Saúde
SEG/SM	Sistema de Ensino Gaúcho
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNICEF	Fundo de Nações Unidas para a Infância
UNIFRA	Centro Universitário Franciscano
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Autorização do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria	109
Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM.....	110
Anexo C – Questionário de Atitudes de Segurança (<i>Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version</i>).....	111

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Resumo expandido: publicado nos anais do III Seminário Internacional – Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde – X Semana de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria	115
Apêndice B – Relato de experiência intitulado “Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: um relato de experiência”, apresentado na XXXI Jornada Acadêmica Integrada da UFSM	119
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	121
Apêndice D – Termo de privacidade e confidencialidade dos dados	123
Apêndice E – Análises descritivas por questões do SAQ-AV	124

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	17
1.2	OBJETIVOS	19
1.2.1	Objetivo Geral.....	19
1.2.2	Objetivos Específicos	19
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1	CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	21
2.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	25
2.3	CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	26
3	MÉTODO.....	29
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	29
3.2	CAMPO DE ESTUDO	29
3.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	31
3.3.1	Critérios de inclusão	31
3.3.2	Critérios de exclusão.....	32
3.3.3	Seleção da população	32
3.4	COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	32
3.4.1	Coleta de dados	32
3.4.2	Procedimento de coleta de dados.....	32
3.4.3	Instrumento de pesquisa	34
3.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	35
3.5.1	Análise da variável dependente	35
3.5.2	Análise da consistência interna do SAQ-AV e normalidade dos dados	36
3.5.3	Análise das variáveis independentes	36
3.5.4	Análise da relação entre as variáveis sociodemográficas, laborais e SAQ-AV.....	37
3.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	38
4	RESULTADOS.....	39
4.1	PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	39
4.2	ANÁLISE DO SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE – AMBULATORY VERSION (SAQ-AV)	42
4.2.1	Análise das questões relacionadas a experiência na qualidade da colaboração e comunicação ente os profissionais da APS em sua unidade de saúde.	42
4.2.2	Análise descritiva das respostas aos itens do SAQ-AV conforme os domínios.....	44
4.3	ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE O SAQ-AV, SEUS DOMÍNIOS E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E LABORAIS.....	47
4.4	ANÁLISE DAS RECOMENDAÇÕES PARA O APERFEIÇOAMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	71

5 DISCUSSÃO	75
5.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A TAXA DE RESPOSTAS AO SAQ-AV	75
5.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO ..75	
5.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO SAQ-AV E SEUS DOMÍNIOS	77
5.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANÁLISE DESCRITIVA DO SAQ-AV E SEUS DOMÍNIOS ...77	
5.4.1 Satisfação no Trabalho	78
5.4.2 Cultura do Trabalho em equipe	79
5.4.3 Condições de Trabalho	80
5.4.4 Comunicação	82
5.4.5 Segurança do Paciente	84
5.4.6 Educação Permanente	85
5.4.7 Gerência da Unidade	86
5.4.8 Reconhecimento do Estresse	87
5.4.9 Erro	89
5.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, LABORAIS E A CULTURA DE SEGURANÇA (SAQ-AV).....	90
5.6 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS RECOMENDAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA MELHORAR A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	94
6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES.....	97
REFERÊNCIAS	101
ANEXOS	109
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (NEPES) DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA.....	109
ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM.....	110
ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE AMBULATORY VERSION)	111
APÊNDICES	115
APÊNDICE A - RESUMO EXPANDIDO: PUBLICADO NOS ANAIS DO III SEMINÁRIO INTERNACIONAL – TECENDO REDES NA ENFERMAGEM E NA SAÚDE – X SEMANA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA.	115
APÊNDICE B - RELATO DE EXPERIÊNCIA INTITULADO “SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA”, APRESENTADO NA XXXI JORNADA ACADÊMICA INTEGRADA DA UFSM.....	119
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	121
APÊNDICE D – TERMO DE PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS	123
APÊNDICE E - ANÁLISES DESCRITIVAS POR QUESTÕES DO SAQ-AV.....	124

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tem sido um tema evidente na área da saúde nos últimos anos, em especial na última década. É fundamental para a qualidade do cuidado e assumiu grande importância para os profissionais de saúde que almejam proporcionar cuidados de saúde seguros e eficientes aos pacientes e seus familiares (PEÑA, et al., 2015). A segurança do paciente é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, até um mínimo aceitável (WHO; 2009). Segundo a RDC nº 36 (BRASIL, 2013, p.1), dano é conceituado como comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, assim, pode ser físico, social ou psicológico.

O cuidado e a atenção em saúde trazem benefícios a todos os envolvidos. Entretanto, a ocorrência de incidentes é possível e pode ou não acarretar em evento adverso (EA) aos pacientes assistidos (RIGOBELLO, et al., 2012). As falhas na comunicação e coordenação entre a equipe de saúde envolvida no cuidado são algumas das causas que levam à ocorrência de EA nos diferentes níveis de atenção (VINCENTI, AMALBERTI, 2016).

A principal forma de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é a atenção básica, considerada o primeiro ponto de contato dos pacientes com o sistema de saúde, a qual deve ser a responsável por coordenar o cuidado e fazer a comunicação efetiva em toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Embora considerável parte dos cuidados à saúde da população seja prestada na Atenção Primária à Saúde (APS), as investigações relacionadas à segurança do paciente têm sido pouco exploradas nesse âmbito. O maior percentual de pesquisas relacionadas a esse tema está concentrado na atenção hospitalar (SOUSA, MENDES, 2014).

Os EAs estão cada vez mais presentes no contexto da APS, tendo em vista que há um maior número de acessos e atendimentos que são realizados neste cenário, sendo assim, o interesse pelos fatores relacionados à segurança do paciente fora do ambiente hospitalar tem aumentado. Para isso, faz-se necessário explorar a cultura de segurança do paciente na perspectiva de equipes multiprofissionais inseridas na APS (TIMM, RODRIGUES, 2016).

A segurança do paciente é importante em todos os níveis de atenção à saúde, uma vez que o cuidado envolve a promoção e prevenção dos incidentes, as causas desses acontecimentos, a gestão dos recursos humanos, a efetiva liderança organizacional e o fortalecimento da cultura de segurança (PAESE, DAL SASSO, 2013). A APS é compreendida como componente-chave da atenção à saúde e aprimorar a cultura de segurança

nesse ambiente deve ser prioridade para a gestão das unidades de saúde (PADOVEZE, FIGUEIREDO, 2014).

Os procedimentos realizados na APS apresentam riscos que por vezes são pouco conhecidos, com exceção aos que são relacionados a imunizações. Realizam-se rotineiramente procedimentos com certo grau de invasividade em unidades básicas de saúde, como administração de injetáveis, coleta de exames colpocitológicos, cauterização de colo de útero, inserção de dispositivo intrauterino, curativos, glicemia capilar, inalações, entre outros, para os quais toda equipe de saúde deve estar atenta para que não aconteça algum EA associado (MESQUITA et al., 2016; PADOVEZE, FIGUEIREDO, 2014).

Inúmeras são as atribuições dos profissionais da APS. O enfermeiro, por exemplo, é responsável pelo acompanhamento e orientações à mulher no período gestacional, a prescrição e orientação do plano terapêutico ao paciente diabético que faz uso de insulina no domicílio, entre outras que, se não forem realizadas com segurança e propriedade, podem causar danos ao paciente. Muitas das ações de segurança realizadas na atenção hospitalar podem ser promovidas e aproveitadas na atenção básica, levando em conta as características e necessidades individuais do paciente e a continuidade do seu cuidado (PAESE, DAL SASSO, 2013).

A qualidade no atendimento prestado ao paciente é refletida a partir de uma assistência segura. Nesse sentido, faz-se necessário estabelecer uma cultura de segurança e torná-la o eixo norteador da organização com o envolvimento e comprometimento de todos os profissionais que atuam na instituição (PAESE, 2010).

Na RDC nº 36, a cultura de segurança é conceituada como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, com vistas a substituir a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013, p.1).

Compreender o cenário de uma instituição de saúde a partir da avaliação da cultura de segurança é o ponto de partida para se traçar ações em prol de mudanças para redução da incidência de EA e garantia de cuidados de saúde seguros (TIMM, RODRIGUES, 2016). Estudos que relacionam a segurança do paciente na APS necessitam ser realizados, para se ter um real diagnóstico da cultura de segurança dos profissionais atuantes nestes serviços, fato que justifica a realização deste estudo para suprir essa lacuna do conhecimento.

Destaca-se que a cultura de segurança do paciente na APS tem total influência na sua qualidade a partir do vínculo entre os profissionais da equipe de saúde. Vínculo que pode ser fortalecido a partir das reuniões de equipe que envolvam todos os membros. E, nesse sentido,

oportunizar para se pensar em estratégias e atividades de prevenção de erros (MESQUITA et al., 2016).

A cultura de segurança é avaliada a partir do “clima de segurança”, termo que é utilizado como sinônimo e faz referência aos componentes mensuráveis da cultura, como as percepções dos profissionais, os comportamentos dos gestores e sistemas de segurança de uma instituição. O clima de segurança é o que envolve o ambiente de trabalho e como é percebido pelos trabalhadores (COLLA et al., 2005). Mensurar e avaliar o clima de segurança é o primeiro passo para instituições que priorizam um ambiente de trabalho seguro.

Dessa forma, uma cultura de segurança positiva é caracterizada pela comunicação, diálogo e confiança mútua em uma equipe, logo, as percepções dos trabalhadores compartilhadas são importantes para a promoção da segurança e a efetividade das ações preventivas (REIS, MARTINS, LAGUARDIA, 2013).

Dentre os instrumentos que avaliam a cultura de segurança destaca-se o *Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version* (Questionário de Atitudes de Segurança – Ambulatório Versão (SAQ-AV)), primeiro questionário descrito para medir a cultura de segurança em ambulatório (MODAK et al., 2007). Este instrumento tem se mostrado uma ferramenta confiável para comparar as atitudes de segurança em diferentes grupos de profissionais prestadores de cuidados de saúde fora do ambiente hospitalar (BONDEVIK, et al., 2014). O SAQ-AV permite a obtenção de dados para se pensar em atividades de melhoria para a segurança do paciente, bem como, atitudes de mudança ao longo do tempo. No Brasil, foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Paese (2010).

1.1 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

O interesse pelo desenvolvimento de estudo na APS despertou no decorrer da trajetória acadêmica, a partir das oportunidades de envolvimento e participação nas diversas áreas da atuação do enfermeiro, com destaque para as desenvolvidas na saúde coletiva. Houve participação em grupos de extensão e pesquisa, bem como, estágios curriculares e extracurriculares, espaços que, muitas vezes, causaram uma inquietação e vontade de querer buscar, pesquisar e aperfeiçoar o conhecimento profissional e pessoal.

Na oportunidade de participar do Grupo de Pesquisa “Trabalho, Saúde e Segurança do Paciente”, pôde-se perceber a importância de se discutir sobre a temática, bem como, interligar com vivências na saúde coletiva, o que instigou e motivou a pesquisar a cultura de

segurança do paciente na APS. Em momentos de discussão sobre a temática no Grupo de Pesquisa, tomou-se conhecimento da validação do SAQ-AV para língua brasileira, com acesso a esse instrumento, o que aumentou o interesse em aprofundar sobre a temática segurança do paciente na APS de Santa Maria.

Sendo assim, em janeiro de 2017 realizou-se a atualização de uma busca já realizada em junho de 2015 com o intuito de aprimorar os conhecimentos acerca da Segurança do Paciente na APS, bem como quais as evidências científicas publicadas até o momento. A revisão bibliográfica originou um resumo expandido (Apêndice A), no qual pode-se evidenciar que o SAQ-AV é um instrumento apropriado para avaliar a cultura de segurança do paciente na APS.

Tendo em vista que a porta de entrada para os cuidados de saúde é a APS, os incidentes mencionados nas pesquisas realizadas nos hospitais também podem ter origem na APS (PAESE, DAL SASSO, 2013). O tema cultura da segurança do paciente na APS do Brasil ainda é muito incipiente, grande parte dos estudos e pesquisas relacionados à segurança do paciente está direcionada para assistência hospitalar (PAESE, 2010).

Frente ao exposto, a motivação da mestranda pela APS e pela temática Segurança do Paciente, e também sua participação como membro na Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), Núcleo Santa Maria, se somaram ao interesse em pesquisar nesse campo de serviços da saúde. Destaca-se que a proposta do estudo vai ao encontro das apresentadas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) do Ministério da Saúde (MS), em que o monitoramento e a prevenção de danos nos diferentes campos de atuação à saúde são propostas (BRASIL, 2014).

Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), as redes de atenção à saúde constroem e permitem a troca de experiências e informações, as quais são valorizadas por um efetivo processo de comunicação, o que permite o intercâmbio de conhecimento entre os atores. Trabalhar em rede é uma estratégia importante para concretizar ações eficazes de saúde pública (MENDES, 2011). Sabe-se que muito já se avançou em melhorias na assistência à saúde pública, porém em termos de política de segurança os usuários ainda encontram-se expostos a riscos importantes ao serem assistidos nos diferentes serviços de saúde (CALDANA et al., 2015).

Para isso, espera-se que os resultados desta pesquisa tragam novas evidências para contribuir com as instituições participantes, bem como com a comunidade científica, e que intervenções possam ser traçadas a partir do diagnóstico de cada unidade de saúde. Que os gestores, com esses resultados, possam discutir em equipe e torná-los uma oportunidade de

aprendizado sobre a segurança do paciente. Sendo assim, que, por meio de atitudes seguras, diálogo e boa comunicação, possa ser construída e consolidada uma cultura de segurança do paciente com o envolvimento de toda a equipe em suas unidades de saúde.

Nessa perspectiva, delinearão-se as perguntas do estudo: Como está a cultura de segurança na APS do Município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, sob o ponto de vista dos profissionais da área da saúde? Como objeto de pesquisa, destacam-se as atitudes e percepções dos profissionais da equipe de saúde da APS sobre segurança do paciente, mensuradas pelo Questionário de Atitudes de Segurança – AV.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar a cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde de um município da região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico e laboral dos profissionais de saúde;
- Mensurar o clima de segurança dos profissionais da equipe de saúde, por meio do Questionário de Atitudes de Segurança – Ambulatório Versão;
- Identificar os fatores que interferem na cultura de segurança do paciente, a partir das características sociodemográficas e laborais dos entrevistados;
- Descrever as recomendações dos profissionais de saúde, a partir de suas sugestões para melhorar a cultura da segurança do paciente.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica está organizada de acordo com os seguintes temas: **Cultura de Segurança do Paciente, Atenção Primária à Saúde e Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde.**

2.1 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente não é um tema novo, cerca de 400 anos a.C., Hipócrates, considerado o pai da medicina, propôs que ao tratar os doentes o primeiro dever era o de ajudar e o segundo, o de não causar dano. Florence Nightingale, em 1863, já manifestava sua preocupação com a segurança do paciente quando escreveu em suas “Notes on Hospitails”: “Primeiramente, não cause danos”, constituindo a segurança como parte integrante da profissão de enfermagem (CASSIANI, 2005).

Os anos de 1990 marcaram-se por um grande avanço mundial para segurança do paciente, quando James Reason publicou o relatório do *Institute of Medicine (IOM)*, intitulado: *To err is human: building a safer health care* (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 2000). Reason contribuiu para a compreensão sobre a maneira com que os erros acontecem, destacou que o erro é resultado de falhas no sistema e, desta forma, deve ser compreendido de uma forma holística (WACHTER, 2013). A partir desta publicação as instituições de saúde perceberam a necessidade de ser fortalecida uma cultura de segurança.

Em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente foi um acontecimento histórico lançado pela OMS. Nela, o foco central era a formulação do Desafio Global para a Segurança do Paciente. O primeiro desafio incorporado foi a redução das infecções relacionadas à Assistência à Saúde. O segundo desafio foi relacionado à Segurança na Assistência Cirúrgica, trazendo que “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” (FONSECA, PETERLINI, COSTA, 2014).

Em 2005, a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente foi criada no Chile, por meio do Programa de Enfermagem da Unidade de Recursos Humanos para a Saúde da OPAS, com objetivo de buscar tendências e estabelecer prioridades para o desenvolvimento da enfermagem na área da Segurança do Paciente. Aconteceu um intercâmbio de informações entre os países, foram avaliadas as prioridades técnicas e as

necessidades de estudos para fortificar o cuidado de enfermagem com base em evidências científicas (CASSIANI, 2010).

Em 2008, a partir da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, foi criada REBRAENSP, na cidade de São Paulo, com a finalidade de aprimorar conhecimentos e esforços entre os comprometidos com o seu desenvolvimento permanente no Brasil (REBRAENSP, 2013). Com o intuito de fortalecer a assistência com qualidade e segurança, a REBRAENSP difunde seu trabalho através de seus Polos (estaduais) e Núcleos (municipais), os quais têm a responsabilidade de implementar os objetivos firmados com a Rede Nacional (CASSIANI, 2010; REBRAENSP, 2013).

No Rio Grande do Sul, a Rede iniciou em 11 de setembro de 2008, em uma reunião na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Nesse encontro participaram 49 enfermeiros de 13 microrregiões de saúde, acontecimento que denominou a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – Polo Rio Grande do Sul (REBRAENSP – Polo RS). Os núcleos da REBRAENSP – Polo RS encontram-se em Porto Alegre, Passo Fundo, Região dos Vales, Região do Paranhana, Santa Maria e Ijuí (URBANETTO; GERHARDT; 2013).

Especificamente, a REBRAENSP-RS núcleo Santa Maria foi criada em agosto de 2010. O núcleo de Santa Maria/RS não possui membros representantes da APS do município. Atualmente possui 28 membros ativos, sendo representados por instituições de saúde e ensino. São instituições de saúde com membros representantes: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Hospital da Brigada Militar de Santa Maria (HBM/SM), Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo (HCAA), Hospital São Francisco de Assis (HSFA), Hospital Casa de Saúde (HCS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospital Unimed e Clínica Sefas. Instituições de ensino: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/Departamento de Enfermagem, Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), Sistema de Ensino Gaúcho (SEG/SM). Instituições de saúde da 4ª Colônia: Hospitais de Agudo, Nova Palma e Restinga Seca.

A segurança faz parte do compromisso ético profissional, sendo também um direito do paciente nos diferentes pontos de atenção à saúde em que este é atendido. Esses locais, como as unidades básicas de saúde, a atenção no domicílio, hospitais, centros de apoio psicossocial, entre outros, devem promover cuidados e serviços seguros à população que ali é atendida (BRASIL, 2010).

O conceito de cultura de segurança obteve maior destaque após o desastre nuclear de Chernobyl, em 1986, e desde então a cultura de segurança é utilizada também por indústrias

consideradas de alto risco. Nesse sentido, a cultura de segurança é um resultado de valores, atitudes, percepções e competências individuais e de grupos, onde determina-se um padrão de comportamento e comprometimento com a gerência de segurança de uma instituição (RIGOBELLO et al. 2012).

Uma cultura de segurança bem estabelecida reflete na qualidade da assistência e no atendimento seguro que são prestados ao paciente. Cultura esta que é norteada pelo empenho da instituição e de seus gestores, no intuito de criar um elo de comunicação efetivo entre todos os envolvidos no cuidado e permitir a construção da confiança para buscar conhecer as dificuldades e desafios que são enfrentados diariamente pelo prestador de cuidado (PAESE, DAL SASSO, 2013).

A partir da formação desses elos de confiança, os incidentes que acontecem em determinado local ou com determinada equipe são expostos mais claramente pelos profissionais. Nesse sentido, a gestão consegue intervir nos processos de trabalho e formação permanente, permitindo que seus trabalhadores contribuam para a promoção da cultura da segurança, bem como para a promoção da assistência segura. Promover a cultura de segurança do paciente é uma obra essencial para a redução de danos e progresso da prestação dos cuidados (MARINHO, 2012).

Para avaliar o clima de segurança na APS, destaca-se o SAQ-AV, o qual é utilizado internacionalmente. O SAQ-AV foi desenvolvido pela Universidade do Texas para ser utilizado em ambulatórios, traduzido e adaptado para a língua brasileira por uma pesquisadora da Universidade Federal de Santa Catarina (PAESE, 2010). O instrumento foi desenvolvido há mais de 15 anos, com o intuito de avaliar a qualidade da segurança, o trabalho em equipe e o comportamento individual dos trabalhadores, em determinado local. O questionário de Atitudes de Segurança compreende nove atitudes: satisfação do trabalho, condições de trabalho, cultura do trabalho em equipe, comunicação, gerência do centro de saúde, segurança do paciente, reconhecimento do estresse, educação permanente e erro (PAESE, DAL SASSO, 2013). Os conceitos e exemplos das atitudes estão presentes no Quadro 1:

Quadro 1 - Definições das atitudes de segurança e alguns exemplos no contexto do Questionário de Atitudes de Segurança

Definição das atitudes de Segurança	Exemplo dos itens incluídos em cada atitude de segurança
Satisfação do trabalho: Positividade da experiência do trabalho desenvolvido.	<i>Este Centro de Saúde é um bom lugar para trabalhar. Eu gosto do meu trabalho.</i>
Cultura do trabalho em equipe: Percepção da qualidade de colaboração entre os profissionais da equipe.	<i>Os médicos e enfermeiros aqui trabalham juntos como um time bem organizado. Eu tenho o suporte que eu preciso de outros colegas para cuidar dos pacientes.</i>
Condições de trabalho: Percepção na qualidade do ambiente de trabalho e suporte de logística.	<i>Sobrecarga de trabalho é comum neste Centro de Saúde. O número de profissionais deste Centro de Saúde é suficiente para atender o número de pacientes.</i>
Comunicação: Transferência da informação e do conhecimento.	<i>Orientações são comuns neste Centro de Saúde. Todas as informações necessárias para a decisão diagnóstica e terapêutica estão rotineiramente disponíveis para mim.</i>
Segurança do paciente: Prevenção e melhoria dos resultados de eventos adversos.	<i>Eu me sentiria seguro recebendo tratamento neste Centro de Saúde como paciente. Segurança do paciente é constantemente reforçada como prioridade neste Centro de Saúde.</i>
Educação permanente: Encontro entre o mundo de formação e o mundo do trabalho.	<i>Treinamentos na minha área são adequadamente supervisionados. Para a tomada de decisão utiliza as ideias e colocações de profissionais bem conceituados/de referência.</i>
Gerência do Centro de Saúde: Ações gerenciais.	<i>A coordenação deste Centro de Saúde apoia meus esforços diários. Eu não consigo expressar as minhas discordâncias com a coordenação deste Centro de Saúde.</i>
Reconhecimento do estresse: Reconhecimento de como o desempenho é influenciado pelos fatores estressantes.	<i>Quando meu trabalho torna-se excessivo, meu desenvolvimento é prejudicado. Eu estou mais sujeito a cometer erros em situações de tensão e hostilidade.</i>
Erro: Evento que pode ser evitado pelos profissionais de saúde mediante a adoção de medidas preventivas.	<i>Resultados de testes anormais são frequentemente esquecidos ou fecham-se os olhos para eles. Eu tenho visto erros que têm potencial para prejudicar o paciente.</i>

Fonte: *Safety Attitudes Questionnaire (Ambulatory Version) University of Texas at Austin, USA, 2003.*
Apud: Paese; Dal Sasso, 2013.

Entende-se que a cultura de segurança do paciente pode ser estabelecida com atitudes seguras e essas construídas por todos os profissionais envolvidos (PAESE, 2010).

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (Cazaquistão), no ano de 1978, pela OMS e pelo Fundo de Nações Unidas para a Infância (UNICEF), ficou estabelecida, num plano mundial, na Declaração de Alma-Ata, a participação efetiva dos Estados na saúde do seu povo através da promoção de políticas de saúde que visem ao bem-estar físico, mental e social como direitos fundamentais dos seus habitantes, enfatizando-se principalmente os cuidados primários, o que define a APS como eixo primordial para a organização dos serviços de saúde (SOUZA; COSTA, 2010).

A expansão da rede primária ocorreu em dois momentos: o primeiro foi a implantação do SUS, onde as ações e serviços de saúde, pelo processo de descentralização, levaram os municípios a ampliarem sua rede de serviços e o quadro de recursos humanos. O segundo momento desencadeou-se a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, o qual visava atender à reformulação do modelo assistencial, necessária para a efetiva implantação do SUS. Suas atribuições foram definidas em 1997, pela Portaria nº. 1.886 (BRASIL, 1997), que aprovou as normas e diretrizes para a regulamentação da implantação e operacionalização do Programa de Saúde da Família (PSF) e PACS (PAESE, 2010).

Nesse contexto, em 1994, foi criado o PSF como uma proposta de reorganização da produção de cuidados de saúde, com objetivo de reorientar a prática assistencial atendendo o sujeito com sua família, e entendendo-o a partir de seu ambiente físico e social (ROECKER, MARCON, 2011). Hoje, o PSF utiliza o nome de Estratégia e Saúde da Família (ESF), tendo como princípios norteadores o caráter substitutivo de suas práticas de assistência; a integralidade e hierarquização das ações; a territorialização e a adscrição da clientela (ROECKER, MARCON, 2011). A ESF caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, propiciando o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (SILVA, 2009).

Nesse sentido, para qualificação da APS no SUS, a ESF consiste em uma das propostas de ação para o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade (TIMM, RODRIGUES, 2016). A enfermagem, como as outras profissões da área da saúde na ESF, funciona em um trabalho coletivo, tendo como foco a atenção à saúde da família, em suas diferentes etapas do ciclo vital (PAESE, DAL SASSO, 2013).

2.3 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS é o nível de atenção mais procurado e acessado pela população. A complexidade dos atendimentos e serviços realizados na APS tem sido mais evidente nas últimas décadas (SOUSA, MENDES, 2014). Isto fortalece a necessidade de se fazer uma assistência segura desde o primeiro nível de atenção.

Em 2006, visando esse fortalecimento, foi elaborado um relatório pelo Comitê Europeu de Segurança do Paciente com o objetivo incrementar estudos sobre a Segurança do Paciente na APS, compreendendo a segurança do paciente como uma dimensão da qualidade do cuidado em todos os níveis de atenção, da promoção ao tratamento da doença (WHO, 2012; SOUSA, MENDES, 2014; MARCHON, JUNIOR, 2014).

Em 2012, a OMS constituiu um Grupo de Trabalho da Atenção Primária à Saúde (*Safer Primary Care Expert Working Group*), do qual fazem parte pesquisadores com o objetivo de investigar os riscos inerentes aos cuidados primários, a origem e magnitude do dano evitável que ocorreu por práticas inseguras e quais são os mecanismos e formas para intervir e melhorar a segurança do paciente na APS (WHO, 2012; SOUSA, MENDES, 2014).

Na perspectiva de ampliar o conhecimento, realizou-se uma busca de artigos científicos sobre os estudos que haviam utilizado o instrumento de pesquisa proposto. A revisão da literatura (Apêndice A) teve como questão norteadora: Quais as publicações científicas produzidas a partir do instrumento “*Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version*”? E como objetivo: Identificar as publicações que avaliaram a cultura de segurança no paciente na Atenção Primária à Saúde a partir do instrumento *Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version*.

Para construção da revisão seguiram-se estas etapas: definição do tema, da questão de pesquisa e do objetivo, e estabeleceram-se os critérios de inclusão e exclusão. A busca bibliográfica ocorreu no mês de janeiro de 2017, desenvolvida nas seguintes bases de dados eletrônicas: Scopus, PubMed e LILACS. Utilizou-se a seguinte estratégia de busca: “*Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version*” como palavra-chave, e buscou-se somente a estratégia em inglês, tendo em vista que o instrumento em questão apresenta em sua forma de adaptação a língua inglesa.

Para seleção dos estudos utilizou-se como critérios de inclusão: artigos originais de pesquisa em inglês, português ou espanhol. Como critérios de exclusão: temática não adequada ao tema proposto, artigo não disponível *online* na íntegra. E utilizou-se recorte temporal com publicações até o mês de dezembro do ano de 2016.

Ressalta-se que os artigos duplicados nas bases de dados foram considerados apenas uma vez. Efetuou-se a leitura dos resumos para possível inclusão e, após, selecionaram-se os estudos que se enquadravam nos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos, e então foi realizada a leitura do artigo na íntegra.

A partir das buscas nas bases de dados, utilizando-se “*Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version*” como palavra-chave, obtiveram-se 14 artigos na base de dados Scopus, 11 na PubMed e zero na LILACS. Destes, um artigo foi excluído por não ser artigo de pesquisa, cinco não responderam a questão de pesquisa, seis não estavam disponíveis *online* na íntegra, cinco estavam duplicados nas bases de dados e quatro foram excluídos pelo recorte temporal, haviam sido publicados no ano de 2017.

Sendo assim, a presente revisão constituiu-se de quatro artigos no *corpus* para análise. Com relação aos anos das publicações, um artigo foi publicado no ano de 2007, dois, em 2011 e um, em 2014. No que se refere ao local de realização das pesquisas, assim foram distribuídas: Estados Unidos da América, Alemanha, Arábia Saudita e Noruega (um em cada país). As populações participantes foram profissionais atuantes em unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família, e em todos os estudos houve participação de médicos e enfermeiros.

Dentre os objetivos dos estudos, relacionaram-se a traduções, adaptações, validações, bem como avaliação da consistência interna dos fatores do *Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version* nas diferentes populações e países em que foi aplicado. Os resultados e considerações apresentados nos artigos demonstraram que o instrumento tem boa confiabilidade interna e que pode ser usado para medir o clima de segurança ou a cultura de segurança nas práticas ambulatoriais.

Verificou-se ainda que o SAQ pode evidenciar resultados das comparações da percepção do clima de segurança na APS entre os diferentes profissionais atuantes neste cenário. A busca na literatura científica para construção desta revisão proporcionou uma visão ampliada sobre a avaliação da cultura de segurança do paciente na APS, bem como seus avanços.

Dessa forma, destaca-se como limitações que muitos estudos ainda não se encontram disponíveis para acesso na íntegra, em contrapartida percebe-se que o tema apresenta avanços no meio científico e vem sendo explorado no ambiente ambulatorial.

Como justificativa, podem-se considerar as publicações que utilizaram o instrumento mas não foram analisadas devido à exclusão pelo recorte temporal. Acredita-se que muito

ainda tem de ser investido em estudos que possam contribuir para equipes de APS sobre a cultura de segurança do paciente.

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A pesquisa caracteriza-se como um estudo transversal. Segundo Pereira (2008), a característica dos estudos transversais é que esses podem avaliar causa e efeito simultaneamente, em um único recorte de tempo, sem existir um período de acompanhamento dos indivíduos. Fornecem uma fotografia e possibilitam realizar um diagnóstico sobre as questões investigadas.

3.2 CAMPO DE ESTUDO

Esta pesquisa teve como cenário a APS do Município de Santa Maria, localizado na região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Santa Maria dispõe de uma área de 1.788,121 km² (mil setecentos e oitenta e oito vírgula cento e vinte um quilômetros quadrados). Nesse sentido, ocupa, o lugar de 34^o (trigésimo quarto) maior município do Estado do RS, a estimativa da população do município, no ano de 2015, totalizou 276.108 pessoas, e em termos habitacionais é o quinto maior município do Estado do RS (IBGE, 2010).

O município localiza-se entre a depressão central e o planalto basáltico, situando-se a 300 km de distância da capital Porto Alegre. Em relação à economia, prevalecem as atividades ligadas ao setor terciário, como comércio e prestação de serviços (IBGE, 2010). Contempla oito regiões administrativas (sul; centro leste; centro urbano; centro oeste; leste; oeste; norte e nordeste) e nove distritos (São Valentin; Pains; Arroio Grande; Arroio do Só; Passo do Verde; Boca do Monte; Palma; Santa Flora; Santo Antão) (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2013).

O município faz parte das Comissões Intergestores Regionais, compõe a 1^a Região de Saúde, a qual pertence à 4^a Coordenadoria Regional de Saúde (4^a CRS), que é o polo de 21 municípios.

Conforme a Norma Operacional Básica 96 (NOB 96), o município encontra-se como Gestão Plena da Atenção Básica (BRASIL, 1996). A Secretaria Municipal de Saúde (SMS/SM) é responsável pela rede pública de APS, a qual constitui-se de serviços distribuídos em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Agentes Comunitários de

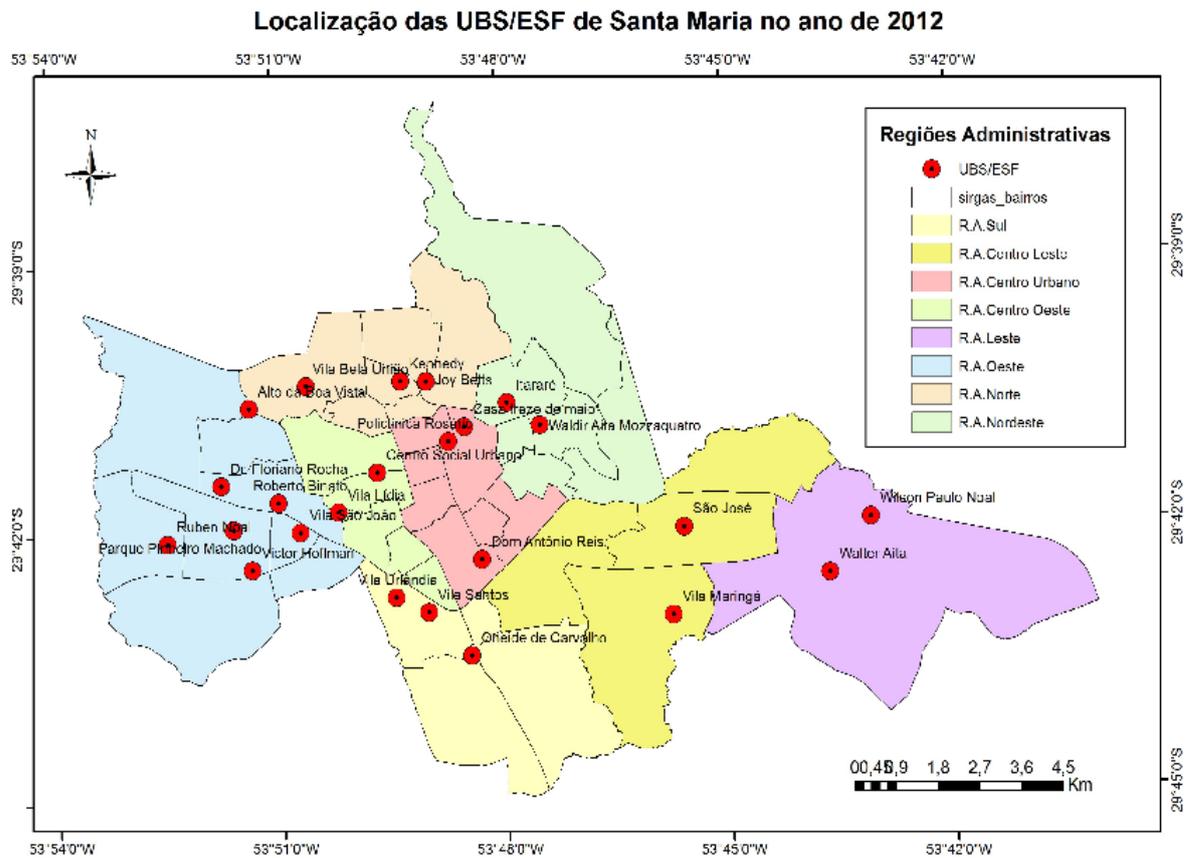
Saúde (EACS), ESF, Serviços Especializados e Complementares, em Pronto Atendimento Adulto e Infantil, Hospitais, Serviço de Vigilância à Saúde, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e UPA, os quais são terceirizados pela Associação Franciscana de Assistência à Saúde (SEFAS) (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2013).

As UBS, de maneira geral, são compostas por clínico geral, ginecologista, pediatra, odontólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem e algumas contam com agente comunitário de saúde (ACS). Nas unidades da ESF a equipe de saúde é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo e atendente de consultório dentário (ACD), ACS e algumas contam com nutricionista, farmacêutico e fisioterapeuta. Na Secretaria Municipal de Saúde, atuam profissionais com diferentes regimes de trabalho, entre eles, estatutários, celetistas, de contratos emergenciais e contratações com vínculo celetista por Empresas Terceirizadas.

No Município de Santa Maria a atenção básica é composta por UBS designadas como tradicionais e ESF. Como o município encontra-se em processo de reorganização da APS e reformulação das equipes, existem unidades de saúde que são caracterizadas como mistas. As unidades mistas possuem geralmente duas equipes, oferecem à população atendimento de urgência e emergência e serviço de UBS tradicionais ou já possuem equipe de UBS tradicional, porém estão implantando equipes de saúde da família, conforme recomendações do Ministério da Saúde e necessidade e demanda da população (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2013).

Conforme a Figura 1, as UBS e unidades da ESF, no ano de 2012, estavam assim distribuídas nas regiões administrativas:

Figura 1 – Mapa de localização da UBS e ESF, 2012. Santa Maria/RS



Fonte: Prefeitura Municipal de Saúde, 2012.

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Profissionais de saúde e gestores que atuavam na Atenção Primária de Saúde do Município de Santa Maria/RS.

3.3.1 Critérios de inclusão

Ser profissional de saúde atuante na Atenção Primária à Saúde há pelo menos um mês.

3.3.2 Critérios de exclusão

Profissionais atuantes na APS que estivessem em licença saúde ou outro tipo de afastamento no período da coleta de dados.

3.3.3 Seleção da população

Inicialmente, foi realizado o contato com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS), solicitando uma lista dos profissionais atuantes na APS do município. Então, estimou-se uma população de 416 profissionais.

Após a aprovação do projeto e início da coleta de dados, percebeu-se que muitos dos profissionais mencionados na lista não estavam mais atuando na APS do município. Diante disso, foi realizado contato com a coordenação de cada unidade de saúde participante. Assim, pôde-se ter o número real dos profissionais em execução do seu cargo. Dos 416 trabalhadores, 67 profissionais não estavam mais vinculados à APS do município no período da coleta, por aposentadoria ou por duplicidade de nomes na lista (atuavam em mais de uma unidade de saúde).

Sendo assim, a população foi composta por 349 profissionais alocados na APS do referido município.

3.4 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO DE PESQUISA

3.4.1 Coleta de dados

A coleta dos dados¹ foi realizada no período de fevereiro a agosto de 2016, após autorização do NEPeS da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (Anexo A) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM, sob a CAAE n. 52157115.0.0000.5346, em 1º de fevereiro de 2016 (Anexo B).

3.4.2 Procedimento de coleta de dados

¹ A coleta de dados originou um relato de experiência intitulado “Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: um relato de experiência”, apresentado na XXXI Jornada Acadêmica Integrada da UFSM (Apêndice B).

A coleta de dados foi realizada pela mestrande e estudantes de enfermagem previamente capacitados pela coordenadora do projeto. A capacitação dos coletadores foi composta pelas seguintes etapas: leitura, apresentação e aplicação do questionário no grupo de coletadores; identificação e esclarecimento de dúvidas, bem como prováveis dificuldades que poderiam surgir nos momentos da coleta. Ainda, foram orientados sobre os materiais de apoio que deveriam levar a campo, a forma de circulação e apresentação nos ambientes de coleta; postura; sigilo; maneira de identificar e abordar os participantes; a importância da explicação do estudo, entre outras.

Cada coletador recebeu uma pasta contendo: questionários juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), canetas, régua e lista dos profissionais da referida unidade de saúde em que fosse coletar.

Antes de iniciarem as coletas, foi necessário entrar em contato por telefone ou pessoalmente com os coordenadores de cada unidade de saúde explicando a realização da coleta e solicitando uma lista dos profissionais atuantes na unidade e sua função. Também eram agendados uma data e horário mais favoráveis às coletas, de modo que não prejudicasse o andamento do trabalho da equipe da unidade de saúde.

Na maioria das unidades, contatou-se com os trabalhadores após as reuniões de equipe. Nas unidades em que não eram realizadas reuniões semanais com a equipe, agendavam-se uma data e horário de menor fluxo de usuários, bem como em que houvesse maior número de trabalhadores no horário. Nestes casos, os trabalhadores eram convidados individualmente para participarem da pesquisa.

Os profissionais receberam informações referentes à pesquisa, como objetivo, justificativa, relevância do estudo, riscos e benefícios, bem como questões legais e éticas em uma pesquisa. Após a concordância dos trabalhadores para participar da pesquisa, era entregue o questionário acompanhado do TCLE (Apêndice C) em duas cópias. Os participantes que declaravam não poder responder em horário de trabalho foram autorizados a ficar com seu questionário para responderem em outra hora e local. Nesses casos, agendava-se uma data para voltarmos à unidade e recolher o questionário com o profissional.

Conforme retornavam os questionários para os coletadores, os mesmos eram entregues para a coordenadora da coleta. Nos casos em que os profissionais não devolveram os instrumentos no dia marcado para retorno, ou que não foram localizados na unidade nem apresentavam-se afastados ou em período de férias, foram realizadas mais três tentativas, com agendamento de nova data e horário para os coletadores retornarem. Sendo assim,

consideraram-se perdidos os trabalhadores que não entregaram o instrumento após a terceira tentativa.

3.4.3 Instrumento de pesquisa

O instrumento de pesquisa foi o SAQ-AV, traduzido e adaptado para a língua portuguesa do Brasil (Anexo C) por uma pesquisadora da Universidade Federal de Santa Catarina (PAESE, 2010).

O SAQ-AV original foi desenvolvido na Universidade do Texas para ser utilizado em ambulatório. Possui 62 questões divididas em seis domínios: clima de trabalho em equipe, clima de segurança, condições de trabalho, satisfação no trabalho, percepções da gestão e reconhecimento do estresse. As demais questões foram consideradas como gerais, que também fornecem informações sobre o ambiente de trabalho no contexto dos cuidados em ambulatórios (MODAK et al., 2007). Quando traduzido para língua portuguesa do Brasil foi adaptado e dividido em nove domínios, sendo as demais questões pertencentes a domínios específicos (PAESE; 2010). Nesse sentido, a versão brasileira está dividida em quatro blocos, assim descritos:

Bloco A – Identificação do entrevistado: este bloco apresenta questões complementares para caracterização do perfil dos profissionais participantes, variáveis das condições sociodemográficas e laborais. Constitui-se das seguintes questões: categoria profissional, tipo de vínculo com a instituição, sexo, tempo de experiência na APS, tempo em que trabalha naquela unidade de saúde e idade. Este bloco foi adaptado, acrescentando-se questões relacionadas a: escolaridade, situação conjugal, turno de trabalho, outro emprego, gosta do seu trabalho, optou pelo trabalho nesta unidade de saúde, teve algum treinamento, forma de contato com o paciente (direta ou indireta), e a questão idade adaptou-se para data de nascimento.

Bloco B – Este bloco possui uma questão relacionada à qualidade da comunicação e colaboração que o profissional respondente vivencia com os outros profissionais que atuam na sua unidade de saúde, sejam eles médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, recepcionistas, coordenadores, nutricionistas, psicólogos e odontólogos, a partir de uma escala com critérios assim descritos: Muito Baixo, Baixo, Adequado, Alto, Muito Alto e Não se aplica.

Bloco C – SAQ-AV: O bloco compõe as 62 questões do instrumento relacionadas à cultura de segurança do paciente, as quais têm por finalidade identificar as atitudes que

evidenciam a cultura de segurança do paciente dos profissionais das equipes de ESF e UBS, em uma escala com as seguintes respostas: Não concordo fortemente, Não concordo levemente, Neutro, Concordo levemente, Concordo fortemente e Não se aplica. Também possui uma questão sobre já ter respondido o SAQ-AV anteriormente.

Bloco D – Este bloco apresenta um espaço para serem citadas pelos participantes três principais recomendações para aperfeiçoar a segurança do paciente na sua respectiva unidade de saúde.

3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A digitação dos dados foi realizada por duas digitadoras, previamente capacitadas sobre a codificação das respostas, o programa de digitação dos dados, a dupla digitação, a conferência dos erros e inconsistências da digitação. Os dados foram organizados no programa *Epi-Info*®, versão 6.4, por meio da dupla digitação independente. A dupla digitação foi realizada concomitantemente à coleta dos dados.

Após análise das divergências na digitação, os dados foram analisados no programa *PASW Statistics*® (*PredictiveAnalytics Software*, da SPSS Inc., Chicago - USA) 18.0 for Windows.

3.5.1 Análise da variável dependente

O SAQ-AV possui 62 questões, o escore pode variar de 0 a 100 pontos. O zero representa a pior percepção do clima de segurança e 100, a melhor percepção. Neste estudo, optamos pela pontuação de zero a 10.

Inicialmente, os itens reversos foram recodificados, de modo que as questões que tivessem como respostas “discordo totalmente” passassem a “concordo totalmente” e assim com as demais respostas. Os itens reversos foram identificados com a letra R e compreendem as seguintes questões: 1, 12, 17, 24, 33, 36, 39, 55, 56, 57 e 62 (MODAK et al., 2007).

Para cada pergunta do questionário foram estabelecidos escores de 2 a 10, sendo: 2 “não concordo fortemente”, representado pela letra A; 4 “não concordo levemente”, representado pela letra B; 6 “neutro”, representado pela letra C; 8 “concordo levemente”, representado pela letra D; e 10 “concordo fortemente”, representado pela letra E. Essa

transformação das letras A a E para os escores deve-se à necessidade de contabilizar esses resultados em dados quantificáveis e, assim, mensurar o clima de segurança do paciente (PAESE, DAL SASSO, 2013).

A análise do SAQ-AV foi realizada com o SAQ-AV Total e por domínios. Para análise descritiva do SAQ-AV realizou-se o somatório das respostas aos 62 itens do instrumento (MODAK et al., 2007). A pontuação varia de zero a 100. Para calcular o escore de cada domínio, somaram-se as respostas dos itens de cada domínio e dividiu-se o resultado pelo mesmo número de itens do domínio. Consideram-se indicadores de atitudes de segurança positivos os valores de escore ≥ 75 (MODAK et al., 2007).

Neste estudo, adotou-se a pontuação de zero a 10, com ponto de corte valores $\geq 7,5$. Os domínios do SAQ-AV foram classificados de acordo com o ponto de corte para cultura de segurança, dicotomizados em baixo ($<7,5$) e alto ($\geq 7,5$) (PAESE, DAL SASSO, 2013). A frequência (N) de cada domínio analisado pode apresentar um N diferente, conforme o número de respostas “não se aplica” de cada item do instrumento.

As respostas sobre as recomendações para melhorar a segurança do paciente foram agrupadas por temas. Aquelas que se repetiram foram contabilizadas uma única vez.

3.5.2 Análise da consistência interna do SAQ-AV e normalidade dos dados

A análise da confiabilidade do SAQ-AV foi realizada por meio do Coeficiente *Alpha de Cronbach*, calculado no programa *PASW Statistics® (PredictiveAnalytics Software, da SPSS Inc., Chicago - USA) 18.0 for Windows*. O coeficiente *Alpha de Cronbach* é a medida mais utilizada para confirmar a confiabilidade deste instrumento. Os valores variam de 0 a 1 e, quanto mais próximos de 1, indicam maior consistência interna, enquanto que, quanto mais próximos de zero os valores, menor é a consistência. Bisquerra, Sarriela e Martinez (2004) e Field (2009) relatam que valores do coeficiente *Alpha de Cronbach* acima de 0,70 são considerados indicativos de consistência interna.

Para testar a normalidade dos dados, utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, no qual o valor de $p < 0,05$ configura-se como distribuição assimétrica (PEREIRA, 2008).

3.5.3 Análise das variáveis independentes

A análise descritiva das características sociodemográficas e laborais foi realizada conforme descrito na Tabela 1. As variáveis qualitativas foram analisadas por meio da

frequência absoluta (N) e relativa (%). Em relação às variáveis quantitativas, utilizou-se estatística descritiva (média e desvio padrão quando apresentassem distribuição simétrica e mediana e intervalo interquartil, se distribuição assimétrica).

Tabela 1 – Classificação das variáveis sociodemográficas e laborais, segundo o tipo e a escala de mensuração

Variável	Tipo	Apresentação	Mensuração
Idade	Quantitativa contínua	Em anos	Razão
Sexo	Qualitativa Nominal	Feminino, Masculino	Frequência
Situação conjugal	Qualitativa Nominal	Casado, união estável, solteiro, viúvo, separado e divorciado	Frequência
Escolaridade	Qualitativa Ordinal	Ensino fundamental, médio, graduação, pós-graduação	Frequência
Categoria profissional*	Qualitativa Nominal	Nominal	Frequência
Unidade de trabalho	Qualitativa Nominal	Nominal	Frequência
Vínculo com a instituição	Qualitativa Nominal	Contratado, concursado	Frequência
Turno de trabalho	Qualitativa Nominal	Manhã, tarde, misto	Frequência
Tempo de experiência na APS	Quantitativa contínua	Em meses, anos	Razão
Tempo de trabalho na unidade	Quantitativa contínua	Em meses, anos	Razão
Gosta do seu trabalho	Qualitativa dicotômica	Sim, não	Frequência
Optou pelo trabalho na unidade	Qualitativa dicotômica	Sim, não	Frequência
Teve algum treinamento	Qualitativa dicotômica	Sim, não	Frequência
Outro emprego	Qualitativa dicotômica	Sim, não	Frequência
Forma de contato com o paciente	Qualitativa Nominal	Direta, indireta	Frequência

* Categorizado por área da saúde (enfermeiro, médico, fisioterapeuta, farmacêutico, nutricionista, odontólogo, atendente de consultório dentário, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde).

3.5.4 Análise da relação entre as variáveis sociodemográficas, laborais e SAQ-AV

Para a análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas, laborais e os domínios do SAQ-AV, utilizaram-se os testes Qui-Quadrado ou exato de Fisher; Mann-Whitney ou Kruskallis, de acordo com o tipo de variável. Em todas as análises, considerou-se associação estatisticamente significativa quando o valor de p fosse $<0,05$.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os aspectos éticos foram observados conforme preceitos estabelecidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde (BRASIL, 2012), que estabelece parâmetros para pesquisas que envolvem seres humanos. O projeto de pesquisa está registrado no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM, sob o n. 042062. Possui autorização do NEPeS, órgão responsável por autorizar pesquisas em Unidades de Saúde Pública do município, mediante assinatura do Coordenador responsável (Anexo A) e do Comitê de ética em Pesquisa da UFSM (Anexo B).

A pesquisa foi realizada na unidade de trabalho dos profissionais que concordaram em participar do estudo, no horário em que estivessem disponíveis para tal. A participação foi voluntária, explicaram-se a natureza da pesquisa, seus objetivos, a maneira como proceder para responder ao instrumento e o provável tempo para preenchimento. Perante o consentimento do participante foi solicitada a assinatura do TCLE (Apêndice C) em duas vias, uma ficando de posse do participante e a outra, do pesquisador.

Como risco, a participação no estudo poderia acarretar desconforto ao profissional ao responder o questionário. Caso isso ocorresse, o participante poderia interromper a participação, sem quaisquer danos, podendo retomá-lo em outra oportunidade ou não, se assim o desejasse. Com relação a isso, não houve problemas. Os profissionais foram informados que, caso desajassem, poderiam desistir do estudo a qualquer momento, não implicando em danos nem penalizações para si (BRASIL, 2012).

Como benefícios ressaltou-se que a pesquisa não envolveria nenhum benefício direto (financeiro) ao pesquisado. Entretanto, os resultados encontrados na pesquisa poderão ser utilizados pelos profissionais e pela instituição pesquisada, na promoção e implementação de estratégias de ação segura na assistência prestada ao paciente.

Os instrumentos preenchidos estão sob a guarda da Prof.^a Dr.^a Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, na sala 1431, prédio 26, do Departamento de Enfermagem/CCS/UFSM, por um período de cinco anos, podendo ser utilizados como banco de dados para pesquisas futuras, e após o tempo pré-estabelecido serão destruídos (incinerados). A pesquisadora terá o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando o anonimato dos profissionais e instituições participantes (Apêndice D).

4 RESULTADOS

Os resultados discriminados abaixo referem-se a análise das atitudes e percepções dos trabalhadores da APS do município de Santa Maria em relação a Cultura de Segurança do Paciente na APS.

O referido município dispõe de um total de 349 trabalhadores. Desse numérico, 7 (2%) encontravam-se afastados do trabalho por licença para tratamento de saúde. A população elegível foi de 342 profissionais, dos quais 43 (12,6%) trabalhadores recusaram-se a participar do estudo, 39 (11,4%) não foram localizados ou não devolveram o questionário após três tentativas de retorno. Assim, responderam ao questionário 260 trabalhadores. Nesse total, ainda foi necessário excluir 6 (2,3%) questionários devido a falhas no preenchimento (questões em branco).

Participaram do estudo 254 (74,3%) profissionais. Os profissionais participantes fazem parte de um total de 28 serviços de saúde, divididos em UBS, ESF, unidades mistas e gestão.

4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A Tabela 2 apresenta os dados referentes à caracterização dos participantes da pesquisa.

Tabela 2 - Distribuição dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, segundo variáveis demográficas, Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N= 254)

Variáveis	Total	
	N	%
Sexo		
Masculino	48	18,9
Feminino	206	81,1
Idade (N= 224)		
22 a 39 anos	120	53,6
40 a 63 anos	104	46,4
Situação conjugal (N= 251)		
Casado ou com companheiro	165	65,0
Solteiro ou sem companheiro	86	33,9
Escolaridade		
Ensino médio	97	38,2
Nível Superior	157	61,8

Identificou-se predomínio de profissionais do sexo feminino (N=206; 81,1%), com idade entre 22 e 39 anos (N=120; 53,6%). Eram casados ou viviam com companheiro (N=165; 65%) e possuíam graduação como nível de escolaridade (N=157; 61,8%). Na Tabela 3, estão descritas as categorias profissionais participantes do estudo.

Tabela 3 – Distribuição dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, segundo categoria profissional, Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Total	
	N	%
Categoria profissional		
Agente Comunitário de Saúde	62	24,4
Enfermeiro	50	19,7
Técnico de Enfermagem	43	16,9
Médico	42	16,5
Dentista	23	9,1
Auxiliar de Saúde Bucal	9	3,5
Auxiliar de Enfermagem	7	2,8
Outros ¹	18	7,1

¹Outros: fisioterapeuta (2), Educador físico (3), Psicólogo (3), Farmacêutico (4), Nutricionista (3), Assistente social (1), Fonoaudiólogo (2).

Dos 254 profissionais (N=62; 24,4%) eram agentes comunitários de saúde, (N=50; 19,7%) enfermeiros, (N=43; 16,9%) técnicos de enfermagem e (N=42; 16,5%) médicos. Os dados laborais dos profissionais são observados na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, segundo variáveis laborais, Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variáveis	Total	
	N	%
Serviços de saúde		
ESF	112	44,1
Unidade mista ¹	73	28,7
UBS	57	22,4
Gestão ²	12	4,7
Turno (N= 253)		
Manhã	29	11,5
Tarde	10	4,0
Misto (manhã e tarde)	214	84,6
Vínculo		
Concursado	220	86,6
Contratado	34	13,4

Tempo de experiência na APS (N= 250)		
Até 4 anos	81	32,4
5 a 12 anos	79	31,6
Mais que 13 anos	90	36,0
Tempo trabalho na unidade (N= 253)		
Até 1 ano	85	33,6
2 a 5 anos	84	33,2
Mais que 6 anos	84	33,2
Gosta do trabalho (N=253)		
Sim	246	97,2
Não	7	2,8
Optou pelo trabalho nessa unidade (N=253)		
Sim	146	57,7
Não	107	42,3
Teve algum treinamento (N=252)		
Sim	144	57,1
Não	108	42,5
Possui outro emprego (N=253)		
Sim	53	20,9
Não	200	78,7
Forma de contato com o paciente		
Direta	244	96,1
Indireta	10	3,9

¹Unidades que são designadas UBS tradicionais e estão implantando equipes de ESF ou possuem serviço de urgência e emergência com demais serviços da Atenção Básica. ²Caracterizados como serviço de coordenação da atenção básica do município e secretaria de saúde

A maior parte da população trabalhava em ESF (N=112; 44,1%), cumpriam turno misto de trabalho (N=214; 84,6%) e com regime de trabalho do tipo concursado (N=220; 86,6%). Quando questionados ao tempo de experiência na APS a maior parte dos profissionais trabalha há mais de 13 anos (N=90; 36%), com tempo mínimo de 8 meses e máximo de 38 anos. Quanto ao tempo de experiência na unidade de saúde em que trabalhavam prevaleceu de 2 a 5 anos (N=84; 33,2%) e também o tempo maior que 6 anos (N=84; 33,2%), com tempo mínimo de 8 meses e máximo de 27 anos.

Em relação a ter outra atividade laboral, (N=200; 78,7%) não possuíam outro emprego, (N=146; 57,7%) optaram por trabalhar na sua unidade de saúde, (N=246; 97,2%) dizem gostar do seu emprego, (N=144; 57,1%) tiveram algum treinamento e a forma de contato com o paciente foi predominante a direta (N=244; 96,1%).

4.2 ANÁLISE DO SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE – AMBULATORY VERSION (SAQ-AV)

Neste subitem serão apresentados os resultados referentes as atitudes de segurança do SAQ-AV. Compõe a análise dos questionamentos acerca da qualidade da colaboração e comunicação entre os profissionais da equipe de saúde em sua unidade de trabalho bem como, a análise descritiva dos itens do SAQ-AV separadas e organizadas pelos seus domínios correspondentes.

4.2.1 Análise das questões relacionadas a experiência na qualidade da colaboração e comunicação ente os profissionais da APS em sua unidade de saúde.

Conforme a Tabela 5, a relação de comunicação e colaboração entre os profissionais da APS em seu ambiente de trabalho predominou como “adequada” entre as profissões. Os profissionais técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde obtiveram as médias “muito alto” em relação a comunicação e colaboração avaliada pelos profissionais que trabalham na mesma unidade de saúde.

Unidades de saúde que não tinham no quadro de profissionais todas as categorias entrevistadas (odontólogos, atendentes de consultório dentário, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas e psicólogos) pontuaram a maior média em “não aplica”, pois não poderiam ser avaliadas aquelas categorias que não existe a relação de trabalho.

Tabela 5 – Análise descritiva da relação de colaboração e comunicação dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N= 254)

Profissão	Respondentes		MB		B		AD		A		MA		NS	
	N		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Médicos	251		28	11,2	28	11,2	97	38,2	47	18,5	44	17,3	7	2,8
Enfermeiros	254		25	9,8	17	6,7	71	28,0	64	25,2	68	26,8	9	3,5
Técnicos de enfermagem	254		23	9,1	15	5,9	67	26,4	68	26,8	70	27,6	11	4,3
Agente Comunitário de Saúde	251		26	10,4	24	9,6	53	21,1	49	19,5	53	21,1	46	18,3
Recepcionista da unidade	247		22	8,9	21	8,5	78	31,6	49	19,8	60	24,3	17	6,9
Coordenadores	249		26	10,4	32	12,9	70	28,1	46	18,5	53	21,3	22	8,8
Odontólogos	250		27	10,8	23	9,2	56	22,4	39	15,6	44	17,6	61	24,4
Atendente de consultório dentário	254		22	8,7	17	6,7	43	16,9	31	12,2	39	15,4	102	40,2
Nutricionistas	252		16	6,3	12	4,8	24	9,5	8	3,2	12	4,8	180	71,4
Farmacêuticos	253		19	7,5	13	5,1	10	4,0	7	2,8	11	4,3	193	76,3
Fisioterapeutas	252		25	9,9	6	2,4	23	9,1	16	6,3	15	6,0	167	66,3
Psicológicos	254		14	5,5	10	3,9	25	9,8	13	5,1	19	7,5	173	68,1

Nota: MB: muito baixo; B: baixo; AD: adequado; A: alto; MA: muito alto; NS: não se aplica

4.2.2 Análise descritiva das respostas aos itens do SAQ-AV conforme os domínios

No Apêndice E, estão apresentadas as análises descritivas por questões do SAQ-AV. Em relação ao domínio Satisfação no trabalho as respostas foram predominantes por “concordo fortemente”. Os itens 47 e 52 prenominou em “não concordo fortemente” (N=85; 33,5% e N=107; 42,1%), respectivamente. Quando questionados se “O moral na Unidade Saúde era alta”, obteve-se valores similares para “concordo levemente” (N=75; 29,5%) e “concordo fortemente” (N=77; 30,3%).

O domínio Cultura do trabalho em equipe apresentou, na maior parte das questões, a alternativa “concordo fortemente” como resposta. Ressalta-se que no item 24 que avalia reversamente “Nesta Unidade de Saúde, é difícil falar se eu perceber algum problema com o cuidado do paciente”, apresentou maior frequência de respostas “não concordo fortemente” (N=97; 38,2%), na questão 37 a alternativa “neutro” foi evidenciada por (N=85; 33,5%) dos profissionais. “Não se aplica” esteve presente em todos os itens desse domínio.

Os resultados referentes ao domínio Condições de trabalho apresentaram o maior número de respostas em “não concordo fortemente”, bem como, todos os itens tem respostas “não se aplica”. O item 1, que diz respeito a sobrecarga de trabalho na unidade houve predomínio de respostas em “concordo fortemente” (N=103; 40,6%). Questões relacionadas ao reabastecimento de medicamentos, itens 60 e 61, apresentaram a maior frequência de respostas “não concordo fortemente” e “não se aplica”, respectivamente. Ressalta-se que as questões 60 e 61 causaram dúvidas e foram questionadas por alguns profissionais.

Resultados relacionados ao domínio Comunicação apresentaram uma variedade maior em relação as respostas, destaca-se que a resposta “não se aplica” está presente em todos os itens. Os itens 12, 16, 55 e 56 foram predominantes nas respostas “não concordo fortemente”, no entanto, nem todas as respostas “não concordo fortemente” são consideradas negativas nesses itens. Como, por exemplo o item 16 “É comum o atraso no desenvolvimento do cuidado devido a falha de comunicação”, profissionais em sua maioria responderam que “não concordam fortemente”. A resposta “neutro” também está presente em todos os questionamentos desse domínio.

No domínio Comunicação, ao serem questionados se a obtenção de informações através de relatórios de incidentes era utilizada para assegurar a segurança do paciente (item 54) muitos profissionais manifestavam suas respostas dizendo que não existiam relatórios de incidentes na unidade, o que pode ser justificado por (N=90; 35,4%) e (N=34; 13,4%) com respostas “neutro” e “não se aplica”, respectivamente. No item 59 “Há transferência adequada

e em tempo sobre a informação do paciente entre o médico da atenção básica e o especialista” os profissionais relatavam que, por vezes, eram falhos os retornos dos encaminhamentos para referência nas diferentes especialidades.

No domínio Segurança do paciente houve predomínio das respostas “concordo fortemente”, nota-se que todos os itens apresentam respostas “neutro” e “não se aplica” respondidas pelos profissionais. Nos itens do domínio Educação permanente destaca-se o predomínio de respostas “neutro” em todos os itens. Ressalta-se que ao questionamento do item 42 “Treinamentos na minha área são adequadamente supervisionados” os participantes relatavam que nunca haviam participado de treinamentos na unidade.

Ao ser avaliada a Gerência da unidade, os profissionais “concordam fortemente” que a coordenação do Centro de Saúde está realizando um bom trabalho, item 9, e que a mesma também apoia os seus esforços diários, item 10, (N=130; 51,2% e N=123; 48,4%), respectivamente. Destaca-se o predomínio da resposta “não concordo fortemente” no item 17, refere-se quanto à coordenação da unidade de saúde não conhecer o compromisso com a segurança do paciente. Profissionais responderam não concordando com essa afirmativa.

No domínio Reconhecimento do estresse, os profissionais reconhecem o estresse ao serem apresentadas em sua maioria respostas como “concordo fortemente” e “concordo levemente” em questões como a 25, 31, 32, 33, 56 e 57. No domínio Erro ressalta-se que as respostas “neutro” e “não se aplica” estão presentes em todos os itens. Itens 44 “Eu tenho realizado erros que tiveram potencial para prejudicar os pacientes” e 62 “Resultado de teste anormal são frequentemente esquecidos ou fecha-se os olhos para” obtiveram o maior número de respostas “não concordo fortemente”, (N=144; 56,7% e N=141; 55,5%) respectivamente.

A análise descritiva por pontuações do SAQ-AV está apresentada na Tabela 6. Conforme exposto nesta Tabela, dos nove domínios do SAQ-AV, apenas um apresentou média $\geq 7,5$ pontos, sendo considerada avaliação positiva. O domínio Segurança do Paciente apresentou média 8,2 ($\pm 1,8$). Nos demais, a avaliação foi considerada negativa para cultura de segurança do paciente. Os domínios “Condições de Trabalho” e “Erro” obtiveram os resultados mais baixos, ambos com média 5,0 ($\pm 1,3$ e $\pm 2,0$, respectivamente). O SAQ-AV geral também apresentou escore negativo, com média 7,0 ($\pm 9,3$). No que tange a consistência interna do instrumento, verifica-se que apresentou boa confiabilidade, com alfa igual a 0,86 na avaliação do SAQ-AV Total. Em relação aos domínios, apenas o domínio Comunicação apresentou valor de alfa maior ou igual 0,70.

Tabela 6 – Análise descritiva dos domínios do Safety Attitudes Questionnaire – Ambulatory Version na Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Domínios SAQ	Respondentes		Média	Desvio Padrão	Mediana	Intervalo IQ ‡			Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach
	N	%				25	50	75			
SAQ-AV Total	217	85,4	7,0	9,3	7,0	6,0	7,0	7,3	3,4	8,4	0,86
Satisfação no Trabalho	250	98,4	7,3	1,0	7,3	7,0	7,3	8,2	3,3	10,0	0,41
Cultura do Trabalho em Equipe	252	99,2	7,2	2,0	7,3	6,3	7,3	9,0	1,3	10,0	0,39
Condições do Trabalho	242	95,3	5,0	1,3	5,0	4,0	5,0	5,4	1,4	10,0	0,42
Comunicação	242	95,3	7,1	1,2	7,2	6,3	7,2	8,1	2,3	10,0	0,76
Segurança do Paciente	254	100,0	8,2	1,8	8,7	7,3	8,7	10	0,0	10,0	0,63
Educação Permanente	250	98,4	6,5	2,1	6,7	4,7	6,7	8,0	7,0	10,0	0,55
Gerência da Unidade	251	98,8	7,4	2,1	7,5	6,0	7,5	9,5	0,0	10,0	0,69
Reconhecimento do Estresse	245	96,5	6,3	1,1	6,4	5,8	6,4	6,9	1,3	9,3	0,27
Erro	252	99,2	5,0	2,0	5,5	4,0	5,5	6,0	0,0	9,0	0,35

‡ Intervalo Interquartil

4.3 ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE O SAQ-AV, SEUS DOMÍNIOS E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E LABORAIS.

Neste subitem, serão apresentados os resultados dos fatores que interferem na segurança do paciente, de acordo com as características sociodemográficas e laborais dos participantes. A relação entre os domínios do SAQ-AV e as variáveis sociodemográficas e laborais dos profissionais da saúde da APS estão apresentadas nas Tabelas 7 a 36.

Tabela 7 – Análise do Safety Attitudes Questionnaire – Ambulatory Version, segundo variáveis sociodemográficas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		p
	N	%	N	%	
Sexo					0,761**
Masculino	31	77,5	9	22,5	
Feminino	141	79,7	36	20,3	
Idade					0,074**
22 a 39 anos	76	72,4	29	27,6	
40 a 63 anos	74	83,1	15	16,9	
Situação conjugal					0,666**
Casado ou com companheiro	111	79,9	28	20,1	
Solteiro ou sem companheiro	58	77,3	17	22,7	
Escolaridade					0,225**
Ensino médio	56	74,7	19	25,3	
Nível superior	116	81,7	26	18,3	

* Ponto de corte. ** Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Os dados sociodemográficos dos participantes quando relacionados ao SAQ-AV geral não apresentaram relação estaticamente significativa. Percebe-se que a cultura de segurança do paciente negativa (<7,5) foi predominante nos profissionais do sexo feminino, na faixa etária de 40 a 63 anos, nos casados e nos com nível superior ($p>0,05$).

Na Tabela 8, está descrita a análise do SAQ-AV por categoria profissional.

Tabela 8 – Análise do Safety Attitudes Questionnaire – Ambulatory Version, segundo categoria profissional dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Cultura Negativa ($<7,5$)		Cultura positiva ($\geq 7,5$)*		p
	N	%	N	%	
Categoria profissional					0,050**
Agente comunitário de saúde	37	80,4	9	19,6	
Enfermeiro	36	80,0	9	20,0	
Técnico de Enfermagem	22	66,7	11	33,3	
Médico	28	75,7	9	24,3	
Dentista	20	87,0	3	13,0	
Auxiliar de saúde bucal	7	77,8	2	22,2	
Auxiliar de enfermagem	5	83,3	1	16,7	
Outros***	17	94,4	1	5,6	

* Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado com correção. ***Fisioterapeuta, Educador físico, Psicólogo, Farmacêutico, Nutricionista, Assistente social, Fonoaudiólogo.

Em relação as categorias profissionais que participaram do estudo, os Dentistas foram os profissionais que apresentaram maior percentual para cultura negativa e os técnicos de enfermagem para cultura de segurança positiva. Não houve relação estatisticamente significativa em relação as categorias profissionais com o SAQ-AV.

Na Tabela 9, dos dados laborais dos profissionais que evidenciaram diferença significativa para avaliação positiva no SAQ-AV geral destacam-se as Unidades de ESF e aqueles que tem tempo de experiência na APS entre 5 a 12 anos ($p < 0,05$). A gestão e profissionais com tempo de atuação na APS superior a 13 anos apresentaram diferença significativa para cultura negativa ($p < 0,05$).

Tabela 9 – Análise do Safety Attitudes Questionnaire – Ambulatory Version, segundo variáveis laborais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		p
	N	%	N	%	
Serviços de saúde					0,042**
UBS	41	82,0	9	18,0	
ESF	66	73,3	24	26,7	
Unidade mista	53	81,5	12	18,5	
Gestão	12	100,0	-	-	
Turno de trabalho					0,185**
Manhã	23	88,5	3	11,5	
Tarde	7	87,5	1	12,5	
Misto	142	78,0	40	22,0	
Vínculo					0,494***
Contratado	26	83,9	5	16,1	
Concursado	146	78,5	40	21,5	
Tempo de experiência na APS					0,001***
Até 4 anos	58	82,9	12	17,1	
5 a 12 anos	42	63,6	24	36,4	
Mais que 13 anos	68	88,3	9	11,7	
Tempo que trabalha nesta unidade					0,844***
Até 1 ano	57	77,0	17	23,0	
2 a 5 anos	55	79,7	14	20,3	
Mais que 6 anos	59	80,8	14	19,2	
Gosta do seu trabalho					0,721****
Sim	167	79,1	44	20,9	
Não	4	80,0	1	20,0	
Optou pelo trabalho nesta unidade					0,877***
Sim	101	78,9	27	21,1	
Não	71	79,8	18	20,2	
Teve algum treinamento					0,292***
Sim	87	76,3	27	23,7	
Não	83	82,2	18	17,8	
Possui outro emprego					0,193***
Sim	38	86,4	6	13,6	
Não	134	77,5	39	22,5	
Forma de contato com o paciente					0,209****
Direta	163	78,4	45	21,6	
Indireta	9	100,0	-	-	

* Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado com correção. ***Teste Qui-Quadrado de Pearson. ****Teste Exato de Fisher.

Quanto à Satisfação no Trabalho, os dados são observados na Tabela 10.

Tabela 10 – Análise do domínio Satisfação no Trabalho, segundo variáveis sociodemográficas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Satisfação no Trabalho				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Sexo					0,159**
Masculino	20	41,7	28	58,3	
Feminino	107	53,0	95	47,0	
Idade					0,678**
22 a 39 anos	59	49,2	61	50,8	
40 a 63 anos	53	52,0	49	48,0	
Situação conjugal					0,504**
Casado ou com companheiro	80	49,1	83	50,9	
Solteiro ou sem companheiro	45	53,6	39	46,4	
Escolaridade					0,102**
Ensino médio	41	44,1	52	55,9	
Nível superior	86	54,8	71	45,2	

* Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Não foi evidenciada diferença estatisticamente significativa entre os grupos avaliados ($p > 0,05$).

Tabela 11 – Análise do domínio Satisfação no Trabalho, segundo categoria profissional na Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Satisfação no Trabalho				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Categoria profissional					0,023**
Agente comunitário de saúde	29	48,3	31	51,7	
Enfermeiro	31	62,0	19	38,0	
Técnico de Enfermagem	12	29,3	29	70,7	
Médico	19	45,2	23	54,8	
Dentista	15	65,2	8	34,8	
Auxiliar de saúde bucal	5	55,6	4	44,4	
Auxiliar de enfermagem	3	42,9	4	57,1	
Outros***	13	72,2	5	27,8	

*Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado com correção. ***Fisioterapeuta, Educador físico, Psicólogo, Farmacêutico, Nutricionista, Assistente social, Fonoaudiólogo.

A análise das categorias profissionais evidenciou diferença entre os grupos avaliados. Predominou percentual para avaliação positiva quanto a Satisfação no Trabalho nas categorias agente comunitário de saúde (51,7%), técnico de enfermagem (70,7%), médicos (54,8%) e auxiliar de enfermagem (57,1%). Os dentistas obtiveram maior percentual para avaliação negativa (65,2%).

Tabela 12 – Análise do domínio Satisfação no Trabalho, segundo variáveis laborais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Satisfação no Trabalho				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Serviços de saúde					0,072**
UBS	31	54,4	26	45,6	
ESF	49	45	60	55	
Unidade mista	38	52,8	34	47,2	
Gestão	9	75	3	25	
Turno de trabalho					0,135***
Manhã	15	51,7	14	48,3	
Tarde	2	20,0	8	80,0	
Misto	110	52,4	100	47,6	
Vínculo					0,169***
Contratado	21	61,8	13	38,2	
Concursado	106	49,1	110	50,9	
Tempo de experiência na APS					0,788***
Até 4 anos	41	51,3	39	48,8	
5 a 12 anos	36	46,8	41	53,2	
Mais que 13 anos	46	51,7	43	48,3	
Tempo de trabalho na unidade					0,314***
Até 1 ano	48	57,1	36	42,9	
2 a 5 anos	38	45,8	45	54,2	
Mais que 6 anos	40	48,8	42	51,2	
Gosta do seu trabalho					0,720****
Sim	123	50,8	119	49,2	
Não	3	42,9	4	57,1	
Optou trabalhar na unidade					0,101***
Sim	67	46,2	78	53,8	
Não	59	56,7	45	43,3	
Teve algum treinamento					0,297***
Sim	67	47,5	74	52,5	
Não	58	54,2	49	45,8	
Possui outro emprego					0,830***
Sim	27	51,9	25	48,1	
Não	99	50,3	98	49,7	
Contato com o paciente					0,002****
Direto	117	48,8	123	51,3	
Indireto	10	100	0	0	

*Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado com correção. ***Teste Qui-Quadrado de Pearson. ****Teste Exato de Fisher.

A Tabela 12 evidencia que a forma de contato direto com o paciente apresentou maior percentual para cultura positiva no domínio Satisfação no Trabalho ($p < 0,5$). Os demais dados laborais não apresentaram diferença entre os grupos.

No domínio Cultura do Trabalho em Equipe quando relacionado aos dados sociodemográficos dos participantes, observou-se que os solteiros apresentaram significativamente maiores percentuais para cultura positiva (58,8%). Já os profissionais com escolaridade de nível médio apresentaram maiores percentuais para cultura negativa (60,4%) ($p < 0,05$).

Tabela 13 – Análise do domínio Cultura do Trabalho em Equipe, segundo variáveis sociodemográficas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Cultura do Trabalho em Equipe				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva ($\geq 7,5$)*		
	N	%	N	%	
Sexo					0,396**
Masculino	22	46,8	25	53,2	
Feminino	110	53,7	95	46,3	
Idade					0,537**
22 a 39 anos	58	48,7	61	51,3	
40 a 63 anos	55	52,9	49	47,1	
Situação conjugal					0,012**
Casado ou com companheiro	95	57,9	69	42,1	
Solteiro ou sem companheiro	35	41,2	50	58,8	
Escolaridade					0,045**
Ensino médio	58	60,4	38	39,6	
Nível superior	74	47,4	82	52,6	

* Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Na Tabela 14, são apresentadas as relações entre o domínio Cultura do Trabalho em Equipe e as categorias profissionais da APS.

Tabela 14 – Análise do domínio Cultura do Trabalho em Equipe, segundo categoria profissional da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Trabalho em Equipe				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Categoria profissional					0,533**
Agente comunitário de saúde	45	72,6	17	27,4	
Enfermeiro	25	50,0	25	50,0	
Técnico de Enfermagem	15	35,7	27	64,3	
Médico	22	53,7	19	46,3	
Dentista	9	39,1	14	60,9	
Auxiliar de saúde bucal	5	55,6	4	44,4	
Auxiliar de enfermagem	2	28,6	5	71,4	
Outros***	9	50,0	9	50,0	

*Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado com correção. ***Fisioterapeuta, Educador físico, Psicólogo, Farmacêutico, Nutricionista, Assistente social, Fonoaudiólogo.

A Tabela 14 evidencia que não houve significância estatística entre as categorias profissionais e o domínio Cultura do Trabalho em Equipe. Verificou-se que os ACS foram os profissionais que apresentaram maior percentual para cultura negativa e os Auxiliares de enfermagem para Cultura positiva no Trabalho em Equipe ($p > 0.05$).

A Tabela 15 apresenta as relações entre o domínio Cultura do Trabalho em Equipe e as variáveis laborais dos profissionais da APS. Em relação a isso, evidenciou-se diferença significativa para maiores percentuais de avaliação da cultura negativa entre os que atuavam há mais que 6 anos na mesma unidade de saúde, bem como profissionais que atuavam até um 1 ano apresentaram diferença significativa para cultura positiva. Da mesma forma, os que apresentavam contato de forma indireta com os pacientes apresentaram maior percentual para cultura negativa do trabalho em equipe (Tabela 15).

Tabela 15 – Análise descritiva do domínio Cultura do Trabalho em Equipe, segundo variáveis laborais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Cultura do Trabalho em Equipe				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Serviços de saúde					0,444**
UBS	31	54,4	26	45,6	
ESF	56	50,9	54	49,1	
Unidade mista	35	47,9	38	52,1	
Gestão	10	83,3	2	16,7	
Turno de trabalho					0,595**
Manhã	15	51,7	14	48,3	
Tarde	3	30,0	7	70,0	
Misto	114	53,8	98	46,2	
Vínculo					0,789***
Contratado	18	54,5	15	45,5	
Concursado	114	52,1	105	47,9	
Tempo de experiência na APS					0,836***
Até 4 anos	41	51,3	39	48,8	
5 a 12 anos	39	50	39	50	
Mais que 13 anos	49	54,4	41	45,6	
Tempo de trabalho na unidade					0,043***
Até 1 ano	35	41,7	49	58,3	
2 a 5 anos	45	54,2	38	45,8	
Mais que 6 anos	51	60,7	33	39,3	
Gosta do seu trabalho					0,548****
Sim	127	52,0	117	48,0	
Não	4	57,1	3	42,9	
Optou trabalhar na unidade					0,473***
Sim	79	54,1	67	45,9	
Não	52	49,5	53	50,5	
Teve algum treinamento					0,508***
Sim	77	54,2	65	45,8	
Não	54	50,0	54	50,0	
Possui outro emprego					0,175***
Sim	23	44,2	29	55,8	
Não	109	54,8	90	45,2	
Contato com o paciente					0,020****
Direto	123	50,8	119	49,2	
Indireto	9	90,0	1	10,0	

* Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado com correção. ***Teste Qui-Quadrado de Pearson. ****Teste Exato de Fisher.

Na Tabela 16, são apresentadas as relações entre o domínio Condições de Trabalho e as variáveis sociodemográficas dos profissionais da APS.

Tabela 16 – Análise do domínio Condições de Trabalho, segundo variáveis sociodemográficas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Condições de Trabalho				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Sexo					0,171**
Masculino	45	95,7	2	4,3	
Feminino	193	99,0	2	1,0	
Idade					0,616**
22 a 39 anos	115	98,3	2	1,2	
40 a 63 anos	95	97,9	2	2,1	
Situação conjugal					0,611**
Casado ou com companheiro	154	98,7	2	1,3	
Solteiro ou sem companheiro	81	97,6	2	2,4	
Escolaridade					0,524**
Ensino médio	89	98,9	1	1,1	
Nível superior	149	98,0	3	2,0	

* Ponto de corte. **Teste Exato de Fisher.

De acordo com a Tabela 16, em relação ao domínio Condições de Trabalho, verificou-se percentuais para cultura negativa em todas as variáveis avaliadas ($p > 0,05$). As relações entre o domínio Condições de Trabalho as categorias profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, são apresentadas na Tabela 17.

Tabela 17 – Análise do domínio Condições de Trabalho, segundo categoria profissional da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Condições de Trabalho				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Categoria profissional					0,574**
Agente comunitário de saúde	57	100,0	-	-	
Enfermeiro	47	97,9	1	2,1	
Técnico de Enfermagem	40	97,6	1	2,4	
Médico	39	97,5	1	2,5	
Dentista	23	100,0	-	-	
Auxiliar de saúde bucal	8	88,9	1	11,1	
Auxiliar de enfermagem	6	100,0	-	-	
Outros***	18	100,0	-	-	

*Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado com correção. ***Fisioterapeuta, Educador físico, Psicólogo, Farmacêutico, Nutricionista, Assistente social, Fonoaudiólogo.

Verificou-se que todas as categorias profissionais apresentaram maiores percentuais para cultura negativa ($p > 0,05$). Na Tabela 18, apresentam-se as relações entre o domínio Condições de Trabalho e as variáveis laborais dos profissionais da APS.

Tabela 18 – Análise do domínio Condições de Trabalho, segundo variáveis laborais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Condições de Trabalho				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Serviços de saúde					0,530**
UBS	53	98,1	1	1,9	
ESF	105	99,1	1	0,9	
Unidade mista	68	97,1	2	2,9	
Gestão	12	100,0	-	-	
Turno de trabalho					0,826**
Manhã	26	100,0	-	-	
Tarde	8	88,9	1	11,1	
Misto	204	99,0	2	1,0	
Vínculo					0,456***
Contratado	33	97,1	1	2,9	
Concursado	205	98,6	3	1,4	
Tempo de experiência na APS					0,518**
Até 4 anos	78	97,5	2	2,5	
5 a 12 anos	73	98,6	1	1,4	
Mais que 13 anos	83	98,8	1	1,2	

Tempo de trabalho na unidade					0,072**
Até 1 ano	80	96,4	3	3,6	
2 a 5 anos	78	98,7	1	1,3	
Mais que 6 anos	79	100,0	-	-	
Gosta do seu trabalho					0,888***
Sim	230	98,3	4	1,7	
Não	7	100,0	-	-	
Optou trabalhar na unidade					0,646***
Sim	139	97,9	3	2,1	
Não	98	99,0	1	1,0	
Teve algum treinamento					0,634***
Sim	132	97,8	3	2,2	
Não	104	99,0	1	1,0	
Possui outro emprego					0,178***
Sim	46	95,8	2	4,2	
Não	191	99,0	2	1,0	
Contato com o paciente					0,844***
Direto	228	98,3	4	1,7	
Indireto	10	100,0	-	-	

* Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado com correção. ***Teste Exato de Fisher.

Verifica-se que em todos os grupos há predomínio de percentuais maiores para cultura negativa; porém, sem diferença estatística entre os grupos. O domínio Comunicação e sua relação com as variáveis sociodemográficas está apresentado na Tabela 19.

Tabela 19 – Análise do domínio Comunicação, segundo variáveis sociodemográficas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Comunicação				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Sexo					0,360**
Masculino	22	50,0	22	50,0	
Feminino	114	57,6	84	42,4	
Idade					0,065**
22 a 39 anos	54	47,4	60	52,6	
40 a 63 anos	60	60,0	40	40,0	
Situação conjugal					0,883**
Casado ou com companheiro	88	56,4	68	43,6	
Solteiro ou sem companheiro	46	55,4	37	44,6	
Escolaridade					0,785**
Ensino médio	49	55,1	40	44,9	
Nível superior	87	56,9	66	43,1	

* Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Nenhuma categoria das variáveis sociodemográficas apresentou diferença estatisticamente significativa com o domínio Comunicação.

Tabela 20 – Análise do domínio Comunicação, segundo categoria profissional da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Comunicação				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Categoria profissional					0,009**
Agente comunitário de saúde	33	58,9	23	41,1	
Enfermeiro	27	54,0	23	46,0	
Técnico de Enfermagem	14	35,9	25	64,1	
Médico	23	57,5	17	43,5	
Dentista	13	56,5	10	43,5	
Auxiliar de saúde bucal	7	77,8	2	22,2	
Auxiliar de enfermagem	5	71,4	2	28,6	
Outros***	14	77,8	4	22,2	

*Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado com correção. ***Fisioterapeuta, Educador físico, Psicólogo, Farmacêutico, Nutricionista, Assistente social, Fonoaudiólogo.

Conforme a Tabela 20, os Técnicos de enfermagem apresentaram maiores percentuais de avaliação positiva, as demais categorias foram classificadas com maiores percentuais para cultura negativa (p=0,009). A relação entre o domínio Comunicação e as variáveis laborais está descrita na Tabela 21.

Tabela 21 – Análise do domínio Comunicação, segundo variáveis laborais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Comunicação				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Serviços de saúde					0,009**
UBS	32	59,3	22	40,7	
ESF	50	48,5	53	51,5	
Unidade mista	42	57,5	31	42,5	
Gestão	12	100,0	-	-	
Turno de trabalho					0,084**
Manhã	20	71,4	8	28,6	
Tarde	6	60,0	4	40,0	
Misto	110	54,2	93	45,8	
Vínculo					0,583**

Contratado	20	60,6	13	39,4	
Concursado	116	55,5	93	44,5	
Tempo de experiência na APS					0,004***
Até 4 anos	42	54,5	35	45,5	
5 a 12 anos	32	42,7	43	57,3	
Mais que 13 anos	59	68,6	27	31,4	
Tempo de trabalho na unidade					0,350***
Até 1 ano	42	51,9	39	48,1	
2 a 5 anos	43	53,8	37	46,3	
Mais que 6 anos	50	62,5	30	37,5	
Gosta do seu trabalho					0,657****
Sim	133	56,4	103	43,6	
Não	2	40,0	3	60,0	
Optou trabalhar na unidade					0,817***
Sim	79	56,8	60	43,2	
Não	57	55,3	46	44,7	
Teve algum treinamento					0,611***
Sim	74	54,8	61	45,2	
Não	61	58,1	44	41,9	
Possui outro emprego					0,440***
Sim	35	68,6	16	31,4	
Não	101	52,9	90	47,1	
Contato com o paciente					0,003****
Direto	126	54,3	106	45,7	
Indireto	10	100,0	-	-	

*Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado com correção. ***Teste Qui-Quadrado de Pearson. ****Teste Exato de Fisher.

Os profissionais de ESF apresentaram estatisticamente diferença significativa para cultura positiva, quando comparados às demais unidades. Já os profissionais cujo tempo de experiência na APS foi menor que 4 anos e maior que 13 e, aqueles que tem contato direto com o paciente evidenciaram significativamente maiores percentuais para cultura negativa no domínio Comunicação.

A relação entre o domínio Segurança do Paciente e os dados sociodemográficos dos profissionais está apresentada na Tabela 22.

Tabela 22 – Análise do domínio Segurança do Paciente, segundo variáveis sociodemográficas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Segurança do Paciente				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Sexo					0,134**
Masculino	12	25,0	36	75,0	
Feminino	75	36,4	131	63,6	
Idade					0,190**
22 a 39 anos	34	28,3	86	71,7	
40 a 63 anos	38	36,5	66	63,5	
Situação conjugal					0,489**
Casado ou com companheiro	59	35,8	106	64,2	
Solteiro ou sem companheiro	27	31,4	59	68,6	
Escolaridade					0,250**
Ensino médio	29	29,9	68	70,1	
Nível superior	58	36,9	99	63,1	

*Ponto de corte. ** Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Não foi evidenciado diferença estatística significativa entre os grupos avaliados e o domínio de Segurança do Paciente. Na Tabela 23, são analisadas as relações entre as categorias profissionais e o domínio Segurança do Paciente.

Tabela 23 – Análise do domínio Segurança do Paciente, segundo categoria profissional da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Segurança do Paciente				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Categoria profissional					0,131**
Agente comunitário de saúde	19	30,6	43	69,4	
Enfermeiro	17	34,0	33	66,0	
Técnico de Enfermagem	12	27,9	31	72,1	
Médico	20	47,6	22	52,4	
Dentista	5	21,7	18	78,3	
Auxiliar de saúde bucal	2	22,2	7	77,8	
Auxiliar de enfermagem	3	42,9	4	57,1	
Outros***	9	50,0	9	50,0	

*Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado com correção. ***Fisioterapeuta, Educador físico, Psicólogo, Farmacêutico, Nutricionista, Assistente social, Fonoaudiólogo.

Todas as categorias profissionais apresentaram maiores percentuais para cultura positiva no domínio segurança do paciente ($p > 0,05$). Na Tabela 24, são apresentadas as relações do domínio segurança do paciente com as variáveis laborais da profissionais da APS.

Tabela 24 – Análise do domínio Segurança do Paciente, segundo variáveis laborais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Segurança do Paciente				p
	Cultura Negativa ($<7,5$)		Cultura positiva ($\geq 7,5$)*		
	N	%	N	%	
Serviços de saúde					0,002**
UBS	28	49,1	29	50,9	
ESF	26	23,2	86	76,8	
Unidade mista	23	31,5	50	68,5	
Gestão	10	83,3	2	16,7	
Turno de trabalho					0,019**
Manhã	16	55,2	13	44,8	
Tarde	3	30,0	7	70,0	
Misto	68	31,8	146	68,2	
Vínculo					0,802***
Contratado	11	32,4	23	67,6	
Concursado	76	34,5	144	65,5	
Tempo de experiência na APS					0,001***
Até 4 anos	26	32,1	55	67,9	
5 a 12 anos	16	20,3	63	79,7	
Mais que 13 anos	42	46,7	48	53,3	
Tempo de trabalho na unidade					0,998***
Até 1 ano	29	34,1	56	65,9	
2 a 5 anos	29	34,5	55	65,5	
Mais que 6 anos	29	34,5	55	65,5	
Gosta do seu trabalho					0,555*****
Sim	84	34,1	162	65,9	
Não	2	28,6	5	71,4	
Optou trabalhar na unidade					0,747***
Sim	49	33,6	97	66,4	
Não	38	35,5	69	64,5	
Teve algum treinamento					0,167***
Sim	44	30,6	100	69,4	
Não	42	38,9	66	61,1	
Possui outro emprego					0,220***
Sim	22	41,5	31	58,5	
Não	65	32,5	135	67,5	
Contato com o paciente					<0,001****
Direto	78	32,0	166	68,0	
Indireto	9	90,0	1	10,0	

*Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado com correção. ***Teste Qui-Quadrado de Pearson. ****Teste Exato de Fisher.

As variáveis laborais relativas aos trabalhadores de ESF, aos que trabalhavam no turno da tarde, com experiência entre 5 e 12 anos na APS e que atuavam de forma direta com o paciente apresentaram relação significativa com maiores percentuais para cultura positiva da segurança do paciente (Tabela 24).

Na Tabela 25, o domínio Educação Permanente é avaliado segundo as variáveis sociodemográficas dos profissionais da APS.

Tabela 25 – Análise do domínio Educação Permanente, segundo variáveis sociodemográficas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Educação Permanente				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Sexo					0,033**
Masculino	25	53,2	22	46,8	
Feminino	141	69,5	62	30,5	
Idade					0,808**
22 a 39 anos	78	66,1	40	33,9	
40 a 63 anos	69	67,6	33	32,4	
Situação conjugal					0,552**
Casado ou com companheiro	109	67,7	52	32,3	
Solteiro ou sem companheiro	55	64,0	31	36,0	
Escolaridade					0,007**
Ensino médio	52	55,9	41	44,1	
Nível superior	114	72,6	43	27,4	

*Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado de Pearson.

No domínio Educação Permanente foram classificados significativamente com maiores percentuais para cultura negativa os profissionais do sexo feminino e com escolaridade de nível superior (Tabela 25).

Tabela 26 – Análise do domínio Educação Permanente, segundo categoria profissional da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Educação Permanente				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Categoria profissional					0,004**
Agente comunitário de saúde	28	47,5	31	52,5	
Enfermeiro	33	66,0	17	34,0	
Técnico de Enfermagem	26	61,9	16	38,1	
Médico	33	78,6	9	21,4	
Dentista	17	73,9	6	26,1	
Auxiliar de saúde bucal	8	88,9	1	11,1	
Auxiliar de enfermagem	5	71,4	2	28,6	
Outros***	16	88,9	2	11,1	

*Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado com correção. ***Fisioterapeuta, Educador físico, Psicólogo, Farmacêutico, Nutricionista, Assistente social, Fonoaudiólogo.

Dentre as categorias profissionais, somente os ACS foram classificados com cultura positiva no domínio Educação Permanente. Nas demais, predominou percentual para cultura negativa nesse domínio (p=0,004).

A relação entre as variáveis laborais e o domínio Educação permanente está descrita na Tabela 27.

Tabela 27 – Análise do domínio Educação Permanente, segundo variáveis laborais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Educação Permanente				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Serviços de saúde					0,005**
UBS	47	83,9	9	16,1	
ESF	59	53,6	51	46,4	
Unidade mista	50	69,4	22	30,6	
Gestão	10	83,3	2	16,7	
Turno de trabalho					0,077**
Manhã	23	79,3	6	20,7	
Tarde	8	80,0	2	20,0	
Misto	135	64,3	75	35,7	
Vínculo					0,084***
Contratado	27	79,4	7	20,6	

Concursado	139	64,4	77	35,6	
Tempo de experiência na APS					0,008****
Até 4 anos	58	72,5	22	27,5	
5 a 12 anos	41	52,6	37	47,4	
Mais que 13 anos	64	72,7	24	27,3	
Tempo de trabalho na unidade					0,789****
Até 1 ano	56	65,9	29	34,1	
2 a 5 anos	57	69,5	25	30,5	
Mais que 6 anos	53	64,6	29	35,4	
Gosta do seu trabalho					0,691****
Sim	161	66,5	81	33,5	
Não	4	57,1	3	42,9	
Optou trabalhar na unidade					0,237****
Sim	93	63,7	53	36,3	
Não	73	70,9	30	29,1	
Teve algum treinamento					<0,001****
Sim	76	53,9	65	46,1	
Não	88	82,2	19	17,8	
Possui outro emprego					0,031****
Sim	41	78,8	11	21,2	
Não	124	62,9	73	37,1	
Contato com o paciente					0,722****
Direto	159	66,0	82	34,0	
Indireto	7	77,8	2	22,2	

*Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado com correção. ***Teste Qui-Quadrado de Pearson. ****Teste Exato de Fisher.

A Tabela 27 evidencia que os profissionais da UBS, com tempo de experiência na APS superior há 13 anos, que não tiveram treinamento e possuíam outro emprego foram classificados com os maiores percentuais para cultura negativa na educação permanente ($p < 0,05$).

A relação entre o domínio Gerência da Unidade e as variáveis sociodemográficas está descrita na Tabela 28.

Tabela 28 – Análise do domínio Gerência da Unidade, segundo variáveis sociodemográficas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Gerência da Unidade				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Sexo					0,072**
Masculino	14	29,2	34	70,8	
Feminino	88	43,3	115	56,7	
Idade					0,356**
22 a 39 anos	41	34,7	77	65,3	
40 a 63 anos	42	40,8	61	59,2	

Situação conjugal					0,954**
Casado ou com companheiro	67	40,9	97	59,1	
Solteiro ou sem companheiro	34	40,5	50	59,5	
Escolaridade					0,712**
Ensino médio	40	42,1	55	57,9	
Nível superior	62	39,7	94	60,3	

*Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Não foi evidenciada relação estatística significativa entre os grupos avaliados e o domínio Gerência da Unidade.

Tabela 29 – Análise do domínio Gerência da Unidade, segundo categoria profissional da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Gerência da Unidade				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Categoria profissional					0,689**
Agente comunitário de saúde	30	50,0	30	50,0	
Enfermeiro	22	44,9	27	55,1	
Técnico de Enfermagem	12	27,9	31	72,1	
Médico	17	40,5	25	59,5	
Dentista	4	17,4	19	82,6	
Auxiliar de saúde bucal	4	44,4	5	55,6	
Auxiliar de enfermagem	3	42,9	4	57,1	
Outros***	10	55,6	8	44,4	

*Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado com correção. ***Fisioterapeuta, Educador físico, Psicólogo, Farmacêutico, Nutricionista, Assistente social, Fonoaudiólogo.

Com relação as categorias profissionais, não houve diferença entre os grupos avaliados. Na Tabela 30, é analisado a relação entre as variáveis laborais e o domínio Gerência da unidade.

Tabela 30 – Análise do domínio Gerência da Unidade, segundo variáveis laborais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Gerência da Unidade				P
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Serviços de saúde					0,117**
UBS	20	35,1	37	64,9	
ESF	42	38,2	68	61,8	
Unidade mista	32	44,4	40	55,6	
Gestão	8	66,7	4	33,3	
Turno de trabalho					0,655***
Manhã	10	34,5	19	65,5	
Tarde	5	50,0	5	50,0	
Misto	87	41,2	124	58,8	
Vínculo					0,823***
Contratado	14	42,4	19	57,6	
Concursado	88	40,4	130	59,6	
Tempo de experiência na APS					0,538***
Até 4 anos	30	37,5	50	62,5	
5 a 12 anos	29	36,7	50	63,3	
Mais que 13 anos	39	44,3	49	55,7	
Tempo de trabalho na unidade					0,311***
Até 1 ano	31	36,9	53	63,1	
2 a 5 anos	32	38,1	52	61,9	
Mais que 6 anos	39	47,6	43	52,4	
Gosta do seu trabalho					0,445****
Sim	97	39,9	146	60,1	
Não	4	57,1	3	42,9	
Optou trabalhar na unidade					0,680***
Sim	57	39,3	88	60,7	
Não	44	41,9	61	58,1	
Teve algum treinamento					0,756***
Sim	56	39,7	85	60,3	
Não	45	41,7	63	58,3	
Possui outro emprego					0,088***
Sim	16	30,2	37	69,8	
Não	85	43,1	112	56,9	
Contato com o paciente					0,017****
Direto	94	39,0	147	61,0	
Indireto	8	80,0	2	20,0	

*Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado com correção. ***Teste Qui-Quadrado de Pearson. ****Teste Exato de Fisher.

De acordo com a Tabela 30, evidenciou-se que profissionais que tem o contato direto com o paciente foram classificados para cultura positiva relacionada ao domínio Gerência na Unidade, quando comparados aos que possuem contato indireto com o paciente ($p=0,017$).

Tabela 31 – Análise do domínio Reconhecimento do Estresse, segundo variáveis sociodemográficas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Reconhecimento do Estresse				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Sexo					0,583**
Masculino	42	89,4	5	10,6	
Feminino	171	86,4	27	13,6	
Idade					0,040**
22 a 39 anos	95	81,2	22	18,8	
40 a 63 anos	91	91,0	9	9,0	
Situação conjugal					0,366**
Casado ou com companheiro	140	88,6	18	11,4	
Solteiro ou sem companheiro	71	84,5	13	15,5	
Escolaridade					0,238**
Ensino médio	83	90,2	9	9,8	
Nível superior	130	85,0	23	15,0	

*Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Quanto ao Reconhecimento do Estresse, profissionais de 40 a 63 anos foram classificados significativamente com maiores percentuais para o baixo reconhecimento do estresse.

Tabela 32 – Análise do domínio Reconhecimento do Estresse, segundo categoria profissional da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Reconhecimento do Estresse				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Categoria profissional					0,886**
Agente comunitário de saúde	51	91,1	5	8,9	
Enfermeiro	40	83,3	8	16,7	
Técnico de Enfermagem	37	86,0	6	14,0	
Médico	35	85,4	6	14,6	
Dentista	20	87,0	3	13,0	
Auxiliar de saúde bucal	8	88,9	1	11,1	
Auxiliar de enfermagem	7	100,0	-	-	
Outros***	15	83,3	3	13,1	

*Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado com correção. ***Fisioterapeuta, Educador físico, Psicólogo, Farmacêutico, Nutricionista, Assistente social, Fonoaudiólogo.

O domínio Reconhecimento do Estresse não apresentou diferença significativa quando comparadas as categorias profissionais.

Na Tabela 33, descreve-se a relação entre domínio Reconhecimento do estresse e as variáveis laborais dos profissionais da APS. A mesma aponta que os profissionais da gestão apresentaram maior percentual para cultura negativa relacionada ao reconhecimento do estresse ($p=0,015$).

Tabela 33 – Análise do domínio Reconhecimento do Estresse, segundo variáveis laborais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Reconhecimento do Estresse				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Serviços de saúde					0,015**
UBS	48	85,7	8	14,3	
ESF	88	82,2	19	17,8	
Unidade mista	65	92,9	5	71,1	
Gestão	12	100,0	-	-	
Turno de trabalho					0,056**
Manhã	28	96,6	1	3,4	
Tarde	8	100,0	0	0,0	
Misto	176	85,0	31	15,0	
Vínculo					0,759***
Contratado	29	85,3	5	14,7	
Concursado	184	87,2	27	12,8	
Tempo de experiência na APS					0,196***
Até 4 anos	65	83,3	13	16,7	
5 a 12 anos	64	84,2	12	15,8	
Mais que 13 anos	80	92,0	7	8,0	
Tempo de trabalho na unidade					0,134***
Até 1 ano	71	85,5	12	14,5	
2 a 5 anos	65	82,3	14	17,7	
Mais que 6 anos	76	92,7	6	7,3	
Gosta do seu trabalho					0,631****
Sim	206	86,9	31	13,1	
Não	6	85,7	1	14,3	
Optou trabalhar na unidade					0,730***
Sim	119	86,2	19	13,8	
Não	93	87,7	13	12,3	
Teve algum treinamento					0,767***
Sim	118	87,4	17	12,6	
Não	93	86,1	15	13,9	
Possui outro emprego					0,249****
Sim	48	92,3	4	7,7	
Não	164	85,4	28	14,6	

Contato com o paciente					0,368****
Direto	203	86,4	32	13,6	
Indireto	10	100,0	0	0,0	

*Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado com correção. ***Teste Qui-Quadrado de Pearson. ****Teste Exato de Fisher.

A relação entre as variáveis sociodemográficas e o domínio Erro está descrita na Tabela 34.

Tabela 34 – Análise do domínio Erro, segundo variáveis sociodemográficas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Erro				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Sexo					0,401**
Masculino	43	89,6	5	10,4	
Feminino	190	93,1	14	6,9	
Idade					0,258**
22 a 39 anos	114	95,0	6	5,0	
40 a 63 anos	93	91,2	9	8,8	
Situação conjugal					0,315****
Casado ou com companheiro	148	90,8	15	9,2	
Solteiro ou sem companheiro	82	95,3	4	4,7	
Escolaridade					0,708**
Ensino médio	88	91,7	8	8,3	
Nível superior	145	92,9	11	7,1	

*Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado de Pearson. ****Teste Exato de Fisher.

Na análise da relação entre o domínio Erro e as variáveis sociodemográficas dos profissionais, não foi evidenciada diferença estatisticamente significativa (Tabela 34).

Tabela 35 – Análise do domínio Erro, segundo categoria profissional da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Erro				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva (≥7,5)*		
	N	%	N	%	
Categoria profissional					0,476**
Agente comunitário de saúde	55	91,7	5	8,3	
Enfermeiro	47	94,0	3	6,0	

Técnico de Enfermagem	39	90,7	4	9,3
Médico	40	95,2	2	4,8
Dentista	22	95,7	1	4,3
Auxiliar de saúde bucal	9	100,0	-	-
Auxiliar de enfermagem	5	71,4	2	28,6
Outros***	16	88,9	2	11,1

*Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado com correção. *** Fisioterapeuta, Educador físico, Psicólogo, Farmacêutico, Nutricionista, Assistente social, Fonoaudiólogo.

A Tabela 35 demonstra que a relação do domínio Erro com as categorias profissionais foi classificada em maiores percentuais para a cultura negativa ($p > 0,05$).

Tabela 36 – Análise do domínio Erro, segundo variáveis laborais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (N=254)

Variável	Erro				p
	Cultura Negativa (<7,5)		Cultura positiva ($\geq 7,5$)*		
	N	%	N	%	
Serviços de saúde					0,615**
UBS	49	86,0	8	14,0	
ESF	103	93,6	7	6,4	
Unidade mista	69	94,5	4	5,5	
Gestão	12	100,0	-	-	
Turno de trabalho					0,676**
Manhã	27	93,1	2	6,9	
Tarde	10	100,0	-	-	
Misto	195	92,0	17	8,0	
Vínculo					0,513***
Contratado	32	94,1	2	5,9	
Concursado	201	92,2	17	7,8	
Tempo de experiência na APS					0,477**
Até 4 anos	75	92,6	6	7,4	
5 a 12 anos	75	94,9	4	5,1	
Mais que 13 anos	79	89,8	9	10,2	
Tempo de trabalho na unidade					0,364****
Até 1 ano	80	94,1	5	5,9	
2 a 5 anos	79	94,0	5	6,0	
Mais que 6 anos	73	89,0	9	11,0	
Gosta do seu trabalho					0,428***
Sim	226	92,6	18	7,4	
Não	6	85,7	1,0	14,3	
Optou trabalhar na unidade					0,016****
Sim	139	95,9	6	4,1	
Não	93	87,7	13	12,3	
Teve algum treinamento					0,287****
Sim	129	90,8	13	9,2	

Não	102	94,4	6	5,6	
Possui outro emprego					0,629***
Sim	49	92,5	4	7,5	
Não	183	92,4	15	7,6	
Contato com o paciente					0,450***
Direto	223	92,1	19	7,9	
Indireto	10	100,0	-	-	

*Ponto de corte. **Teste Qui-Quadrado com correção. ***Teste Exato de Fisher. ****Teste Qui-Quadrado de Pearson.

No que se refere a relação do domínio Erro e as variáveis laborais, verificou-se que profissionais que optaram por trabalhar na sua unidade de saúde tiveram maiores percentuais para cultura negativa ($p < 0,05$). As demais variáveis não apresentaram diferença entre os grupos avaliados.

4.4 ANÁLISE DAS RECOMENDAÇÕES PARA O APERFEIÇOAMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Neste subitem, estão apresentadas as sugestões apontadas pelos participantes, afim de aperfeiçoar a Cultura de Segurança do Paciente em suas unidades de trabalho. Essas recomendações foram dispostas como estavam descritas no instrumento de coleta de dados, e organizadas por temas. As respostas que se repetiram, eram semelhantes ou com o mesmo sentido foram agrupadas e contabilizadas uma única vez.

Quadro 2 - Recomendações para aperfeiçoar a Cultura de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde de Santa Maria, RS, Brasil, 2016
(continua)

Temas	Recomendação
Protocolos para Segurança do Paciente na APS	Implementar protocolos para Segurança do Paciente Padronizar protocolos de atendimento para doenças agudas, crônicas e atendimentos de emergência Triagem separada para pacientes com risco de contaminação Procedimento Operacional Padrão Institucional
Capacitações	Treinamentos, qualificação profissional, cursos, seminários e pesquisas na área Educação permanente Reuniões de equipe periódicas para organizar o processo de trabalho e <i>feedback</i> das atividades realizadas Capacitação para interpretação de exames laboratoriais e de imagem
Ambiente de trabalho e infraestrutura	Acessibilidade adequada para usuários com necessidades especiais Abastecimento de materiais adequados para assistência segura Medicamentos suficientes, exames em tempo adequado Central de esterilização com equipamentos adequados para evitar contaminação Materiais para atendimento de urgência Ampliação da unidade com equipamentos modernos Segurança na unidade com vigilantes durante todo o dia
Condições e Sobrecarga de Trabalho	Diminuir a sobrecarga de trabalho aumentando a equipe do RH Número de profissionais suficientes para suprir a demanda e desempenhar adequadamente sua função Disponibilidade de especialistas para atendimento de referência funcionar Equipe médica fixa e com cumprimento de horário integral Comprometimento de cada profissional com a sua função Divisão de responsabilidades entre a equipe Remapear a população para que seja um número apropriado de usuários com o número de profissionais

(conclusão)

Comunicação	<p>Comunicação adequada entre profissionais e usuários</p> <p>Acolhimento aos usuários com o questionamento do real motivo do acesso a unidade</p> <p>Diálogo, paciência, simplicidade, espírito de equipe, saber ouvir</p> <p>Chamar os pacientes pelo nome correto e completo</p> <p>Vocabulário acessível para o entendimento de todos (usuários e profissionais)</p> <p>Orientação para os pacientes referente ao tratamento e medicações</p> <p>Coordenação mais ativa e aberta a sugestões referentes aos problemas da unidade</p>
Erro	<p>Admitir e dialogar sobre o erro</p> <p>Procurar minimizar o erro, observar mais</p> <p>Prescrições com letras legíveis</p>
Resolutividade	<p>Procurar finalizar o que for possível do atendimento na unidade e encaminhar quando necessário ao atendimento correto</p> <p>Agilidade em procedimentos de urgência, exames e encaminhamentos</p> <p>Referência e contra referência resolutivas no desfecho dos resultados para saúde do paciente</p> <p>Comprometimento da coordenação da unidade, apoio da gestão do município</p> <p>Condutas éticas na interação entre as Redes de Atenção à Saúde</p> <p>Identificar incidentes e debater/discutir com a equipe as causas e condutas</p> <p>Estratificação de risco de pacientes pelos critérios clínicos e sociais</p> <p>Rastrear a população pelos prontuários e conhecer a população e dificuldades que apresentam</p>

Fonte: Dados do trabalho, 2016.

Conforme o Quadro 2, as dimensões evidenciadas a partir da análise das respostas foram divididas em: Protocolos para Segurança do Paciente na APS, Capacitações, Ambiente de Trabalho e Infraestrutura, Condições e Sobrecarga de Trabalho, Comunicação, Erro e Resolutividade. Cada uma dessas dimensões compõe subitens dos quais são formados pelas respostas dos profissionais. No que se refere à frequência das respostas para esse questionamento, 136 questionários foram entregues em branco (53,5%).

5 DISCUSSÃO

Neste capítulo, os resultados foram discutidos com base nas produções nacionais e internacionais que utilizaram o SAQ-AV como instrumento de pesquisa. O questionário SAQ-AV foi validado para a língua portuguesa por Paese (2010), aplicado em uma população de enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde atuantes em equipes de EFS e PACS.

Este estudo explorou as atitudes que interferem na segurança do paciente na realidade das unidades de saúde pertencentes à APS de Santa Maria/RS, Brasil. Até a presente data não foram encontradas publicações nacionais que avaliassem a cultura de segurança do paciente por meio do SAQ-AV com todos os profissionais da equipe de saúde da APS.

5.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A TAXA DE RESPOSTAS AO SAQ-AV

A taxa geral de respostas do estudo foi de 74,3%. Estudos de validação SAQ-AV realizados no Texas (Modak et al., 2007), na Noruega (Bondevik et al., 2014) e na Holanda (Smits et al., 2017) encontram taxas de resposta inferiores (67%, 52% e 43,2%, respectivamente). Os autores consideram como um percentual moderado de retorno das respostas.

Podem-se destacar como fatores propulsores do bom índice de resposta ao instrumento atingido neste estudo: compromisso, comprometimento e persistência dos coletadores dos dados; apoio da coordenação da unidade de saúde em oportunizar a coleta em dias de reuniões de equipe, bem como, a disponibilidade dos profissionais que participaram do estudo. O tema cultura de segurança do paciente é instigante e um assunto novo nesse ambiente de pesquisa, o que permitiu maior adesão dos profissionais. Também, os resultados fornecerão um diagnóstico institucional, a respeito da temática. O tempo médio para o preenchimento do instrumento foi de vinte minutos neste estudo.

5.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Observou-se predominância de profissionais do sexo feminino (N=206; 81,1%). Dados também observados por Paese (2010), Modak et al. (2007) e Smits et al. (2017), com percentuais que variaram de 68,6% a 88,5%. O predomínio da população feminina vai ao

encontro do crescimento significativo e contínuo da presença das mulheres no mercado de trabalho e progressiva diminuição nas diferenças de gênero desde as últimas décadas. Pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP), evidenciaram que, no Brasil, desde 2009, o número de mulheres que entram na faculdade de medicina é maior do que o de homens (SCHEFFER, CASSENOTE, 2013).

Quanto à idade dos profissionais, prevaleceu a faixa etária de 22 a 39 anos (N=120; 53,6%). Estudo realizado na Holanda por Smits et al. (2017) apresentou faixa etária superior (41 a 50 anos). Evidencia-se que a maior parte dos profissionais participantes foram ACS. O número de ACS por unidade de saúde deve ser de oito a 12 ACS, sendo este suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, não ultrapassando o máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2012).

O trabalho do ACS institui-se em potencializar as ações em saúde, é o mediador entre saberes técnicos e populares, entre a comunidade e a equipe. Para isso, é necessário também que seja capacitado e inserido nas atividades pactuadas pela equipe da sua unidade de saúde. O ACS, no seu cotidiano de trabalho, é capaz de prestar uma atenção diferenciada à sua comunidade a partir das visitas domiciliares, as quais ampliam o vínculo, permitem trocas e com a utilização de uma linguagem acessível favorecem as ações educativas. Ao assumir o papel de mediador, o ACS representa-se como um protagonista para a continuidade do cuidado e ações de educação em saúde (GOMES et al., 2016).

Os enfermeiros representaram 19,7% dos profissionais e foram a segunda categoria profissional com maior participação na pesquisa. Médicos representaram 16,5% dos profissionais participantes. Bondevivik et al. (2014) também apresentaram em seu estudo maior participação de enfermeiros comparados aos médicos. Esses autores consideram que uma possível razão para isso poderia ser que os enfermeiros estão presentes por mais tempo nas unidades de saúde do que os médicos. Contrapondo, estudo realizado por Smits et al. (2017) evidencia maior participação de médicos (61,2%) do que de enfermeiros (24,6%) em pesquisa realizada com o SAQ-AV.

Neste estudo, dentre as categorias profissionais, a que apresentou maior número de perdas e dificuldade para coleta dos dados foi a médica. Além da dificuldade para encontrá-los, pois trabalhavam em mais de uma unidade de saúde, muitos não se dispunham a responder ao questionário.

O tempo de experiência dos profissionais na APS foi superior a 13 anos (N=90; 36%). De forma semelhante, Smits et al. (2017) identifica experiência profissional entre 11 e 20 anos. Os profissionais participantes do estudo pioneiro com o SAQ-AV, no Texas,

apresentaram uma média de seis anos de experiência no seu trabalho (MODAK et al., 2007). É possível pressupor que os profissionais apresentaram um bom tempo de experiência nas instituições em que atuavam, o que pode favorecer o planejamento, a organização, o conhecimento da área adscrita, os usuários cadastrados, o fortalecimento do vínculo e, desta maneira, uma cultura de segurança melhor.

No estudo de Paese (2010) a média de anos experienciados pelos profissionais na APS foi de aproximadamente sete anos. Quanto ao tempo de trabalho, a maior parte dos trabalhadores cumpria uma carga horária diária de oito horas, seguida de profissionais que cumpriam seis horas diárias. Neste estudo, a maior parte dos profissionais (N=214; 84,6%) cumpria turno misto de trabalho (manhã e tarde).

5.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO SAQ-AV E SEUS DOMÍNIOS

Na análise do SAQ-AV total, evidenciou-se um *Alfa de Cronbach* (α) de 0,86, que indica boa confiabilidade interna do instrumento. Quando analisados separadamente, o domínio comunicação foi o único que apresentou boa consistência interna ($\alpha > 0,75$). Todos os demais domínios apresentaram alfa inferiores.

Ao ser validado por Modak et al. (2007) o SAQ-AV apresentou boa consistência interna para os seis domínios: satisfação no trabalho ($\alpha=0,86$), percepção de manejo ($\alpha=0,72$), clima de segurança ($\alpha=0,76$), condições de trabalho ($\alpha=0,68$) e clima de trabalho em equipe ($\alpha=0,82$). Na tradução norueguesa, a confiabilidade interna do instrumento foi positiva para os domínios: Cultura do Trabalho em Equipe, Segurança do Paciente, Satisfação no Trabalho e Condições do Trabalho, com alfa variando entre 0,71 a 0,83 (BONDEVİK et al., 2014). Smits et al. (2017) identificou pontuações que variaram entre 0,49 e 0,86.

5.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANÁLISE DESCRITIVA DO SAQ-AV E SEUS DOMÍNIOS

Nesta pesquisa, o escore total do SAQ-AV apresentou média 7,0 (DP=9,3). Em relação aos nove domínios, apenas o domínio Segurança do Paciente apresentou percentual positivo para cultura de segurança. Esse resultado remete à reflexão sobre o ambiente e a prática assistencial na APS, pois, uma vez que quase a totalidade dos domínios apresentaram

escores negativos para cultura de segurança, são resultados que implicam para a prática de uma assistência segura e de qualidade (ALVES, GUIRARDELLO, 2016).

Ao encontro dos resultados aqui observados, Smits et al. (2017) também evidenciou escore médio abaixo de 7,5 em todos os domínios analisados. Contrário a isso, Modak et al. (2007) observou escore médio positivo para cultura de segurança nos domínios: Cultura do Trabalho em Equipe, Clima de Segurança e Satisfação no Trabalho.

5.4.1 Satisfação no Trabalho

O domínio Satisfação no Trabalho é composto por nove questões e apresentou média 7,3. Dentre as questões que compõem este domínio, “Eu gosto do meu trabalho” apresentou N=197 (77,6%) e “Esta unidade de saúde é um bom lugar para trabalhar”, N=160 (63%) de respostas que concordavam fortemente com a afirmação, o que corrobora com a média apresentada neste domínio. Smits et al. (2017) observou média de 4,16. Para Modak et al. (2007) as médias variaram de 69,9 a 83 entre os participantes, sendo gestores e enfermeiros os profissionais que se apresentaram mais satisfeitos com seu trabalho. A percepção de enfermeiros atuantes em unidades básicas de saúde foi considerada positiva para Satisfação no Trabalho, com escore médio de 84 (ZAKARI, 2011).

Boas relações no ambiente de trabalho e autonomia para exercer suas funções são condições que estão relacionadas positivamente com a satisfação no trabalho e a baixa probabilidade de desejo de mudança de emprego (ALVES, GUIRARDELLO, 2016). Zakari (2011) relata existir uma ligação positiva entre a satisfação no trabalho e o aumento na qualidade da segurança do paciente, o que promove um fortalecimento da cultura de segurança e uma assistência em ambientes de cuidados primários.

A maneira com que os profissionais e coordenadores das instituições lidam com erros e as dificuldades de comunicação nas complexidades que envolvem a assistência à saúde interferem na satisfação profissional (ALVES, GUIRARDELLO, 2016). Melo, Barbosa e Souza (2011) destacam que o desempenho profissional, a rotatividade, o absenteísmo, a satisfação pessoal e dos pacientes estão interligados com a satisfação no trabalho. Sendo assim, devem ser valorizados esses fatores que influenciam para que os profissionais mantenham-se satisfeitos e participativos com sua equipe e, então, exerçam um cuidado eficaz e seguro, com atitudes positivas para o bem-estar pessoal e profissional.

A partir da experiência de alguns autores, profissionais satisfeitos com seu desempenho e desenvolvimento no trabalho podem aprimorar a transformação do seu

ambiente de trabalho em um local mais seguro. Sendo assim, aperfeiçoar a eficiência na qualidade e segurança do paciente (ZAKARI, 2011; MARINHO, RADÜNZ, BARBOSA, 2014).

5.4.2 Cultura do Trabalho em equipe

O domínio Cultura do trabalho em equipe apresentou escore médio 7,2. Resultados com médias semelhantes foi encontrado no estudo de Modak et al. (2007), em que variaram entre 71,8 e 79,6 avaliadas por médicos, enfermeiros e gestores. Paese, Dal Sasso (2013) apresentou médias entre 5,0 e 6,13 a partir da percepção de ACS, técnicos de enfermagem e enfermeiros atuantes em equipes de ESF e PACS em Florianópolis/SC.

A interação, cooperação e auxílio são aspectos importantes a serem praticados por profissionais envolvidos com o processo do cuidar. Uma instituição composta por uma equipe bem relacionada, unida e disposta a trabalhar em conjunto propicia uma assistência segura e, conseqüentemente, diminuem as chances de erros e EA (MATIELLO et al., 2016).

Corroborando com o evidenciado na literatura científica, os respondentes desta pesquisa concordaram fortemente que tinham o suporte de que precisavam de outros colegas para cuidar dos pacientes (N=103; 40,6%), e que médicos e enfermeiros trabalhavam como um time bem organizado (N=111; 43,7%). Os profissionais não concordaram fortemente que na sua unidade de saúde fosse difícil falar se percebessem algum problema com o cuidado do paciente (N=97; 38,2).

De acordo com Kell e Shimizu (2010), o trabalho em equipe depende dos esforços de cada membro do grupo no desenvolvimento de suas atividades para que o resultado final seja satisfatório. Os profissionais das equipes do PSF que participaram do estudo acima evidenciaram que a hierarquia se fazia presente nas suas unidades de trabalho, porém que deve existir o compartilhamento e divisão das atividades e obrigações. Para isso, deve-se ter clareza das funções de cada membro da equipe para que sejam divididas responsabilidades nas tomadas de decisões e que cada profissional tenha liberdade de expor sua opinião diante das ações desenvolvidas em equipe (KELL, SHIMIZU, 2010).

Ao ser avaliado o desempenho do trabalho individual comparado ao do trabalho em equipe, estudo de metanálise concluiu que aqueles que trabalham em equipe têm maior produtividade, bem-estar psicológico, autoestima e apoio social (WALSHE, BOADEN, 2006). Nesse sentido, o trabalho em equipe proporciona avanços e melhoria na segurança do paciente. Autores relatam que compreender as potencialidades e habilidades dos colegas é um

fator que proporciona um bom trabalho em equipe (WALSHE, BOADEN, 2006; PAESE, DAL SASSO, 2013).

Hoffmann et al. (2011) evidenciam que o tamanho de uma equipe tem impacto nas percepções das atitudes de cultura de segurança, relatam que, quanto maior uma equipe, menor é percebida a cultura. A falta de trabalho em equipe eficaz e falhas na comunicação são consideradas as principais causas de erros e influenciam fortemente na ocorrência de incidentes de segurança do paciente (GABRANI et al., 2016).

Nas unidades da ESF o trabalho em equipe torna-se um desafio, uma vez que para o bom desempenho da assistência são necessárias a colaboração e cooperação de uma equipe multidisciplinar articulada e engajada em buscar possibilidades para a prática segura.

Para que a efetividade do trabalho em equipe de ESF seja desencadeada faz-se necessária a construção de novas práticas, considerando a reorganização, o amadurecimento e o trabalho coletivo. O trabalho em equipe é uma estratégia para fortalecimento e promoção da qualidade da assistência e práticas de atenção à saúde no SUS, sendo assim, para equipes de ESF é um desafio e requer responsabilidade, confiança, solidariedade para trilhar esse caminho (GARCIA et al., 2015).

Diante da complexidade das necessidades de saúde da população que é atendida por equipes na APS, o trabalho individual e fragmentado não levará à efetividade do cuidado. A integração e a corresponsabilização da equipe juntamente com o usuário são estratégias que poderão facilitar a resolutividade, transformar e qualificar a realidade em que estão inseridos (GARCIA et al., 2015).

5.4.3 Condições de Trabalho

O domínio Condições de Trabalho, avaliado a partir de sete itens, apresentou escore médio negativo para cultura de segurança (5,0). Resultados indicam que a quantidade de profissionais da unidade de saúde não é suficiente para atender o número de pacientes. Isso é preocupante, visto que a sobrecarga de trabalho foi relatada como comum na unidade de saúde (N=103; 40,6).

Modak et al. (2007) encontrou médias entre 58,7 e 66,7 para as condições de trabalho, sendo que médicos, enfermeiros e assistentes médicos apresentaram percepções relativamente semelhantes e baixas em relação aos gestores (29%, 36% e 35%, respectivamente). Ao contrário, enfermeiros na Arábia Saudita apresentaram percepção positiva para as condições de trabalho (média 77,0) (Zakari, 2011), o que contribui para a segurança do paciente.

A associação entre a segurança do paciente e a sobrecarga de trabalho é tema persistente na área da saúde e fortemente discutido pela OMS (WHO, 2004). Essa questão, em um aspecto, relaciona-se ao dimensionamento de pessoal e ao desafio dos gestores no sistema de saúde. Apesar de a literatura evidenciar que existem riscos entre a segurança do paciente e o inadequado número de profissionais, devem-se considerar as particularidades de cada cenário da prática e os diferentes grupos de profissionais que realizam o cuidado (MAGALHÃES, DALL'AGNOL, MARCK, 2013).

Outro aspecto diz respeito ao ambiente físico de trabalho. Por vezes, não é adequado e não apresenta uma infraestrutura para dar conta da demanda. Circunstâncias como essas são imprescindíveis de serem gerenciadas para que os profissionais tenham melhores condições de desempenhar o seu trabalho.

Paese e Dal Sasso (2013) encontraram relação significativa das Condições de Trabalho com a cultura de segurança, evidenciada pela sobrecarga de trabalho, pois o número de profissionais para atendimento da demanda dos Centros de Saúde e a falta de recursos materiais são fatores que comprometem a assistência.

No que diz respeito ao abastecimento de materiais e medicamentos, os respondentes, quando questionados se as medicações são reabastecidas de maneira oportuna, ou seja, se são recebidas em tempo oportuno para que não tenha falta e se esse medicamento chega de maneira adequada (validade e condicionamento), responderam que não concordavam fortemente (N=84; 33,1%). Para esse mesmo questionamento houve respondentes que se posicionaram na alternativa “não se aplica” (N=64; 25,2%), o que leva a pensarmos que podem ser unidades de saúde em que não ocorre dispensação de medicamentos.

Nesse sentido, a dispensação, o acompanhamento farmacoterapêutico e orientações farmacêuticas são atividades a serem desenvolvidas pelo farmacêutico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2009). A presença de farmacêuticos vinculados na promoção à atenção dos indivíduos, familiares e comunidades ainda é uma realidade que deve ser fortalecida no âmbito da APS no Brasil (PINHEIRO, 2010). Para isso, a inserção do farmacêutico nas equipes de saúde da APS faz-se necessária a fim de fortalecer o cuidado integral ao usuário.

No intuito de fortalecer a cultura das condições de trabalho, estratégias que são evidenciadas em relação aos trabalhadores relacionam-se a capacitações e treinamentos para aperfeiçoamento diante das condições adversas a que muitas vezes são expostos. Já aos gestores, para prevenção de ocorrências éticas são necessários investimentos materiais e humanos (OLIVEIRA et al., 2014). Marinho, Radünz, Barbosa (2014), ao avaliarem as

condições de trabalho dos profissionais, evidenciaram que o número de profissionais e o treinamento dos mesmos necessita ser aprimorado para eficiência da cultura de segurança.

5.4.4 Comunicação

A atitude Comunicação, avaliada por meio de 17 itens, apresentou média 7,1, o que não evidencia uma cultura positiva. No entanto, quando os profissionais foram questionados em relação à qualidade da comunicação e colaboração que tinham com seus colegas de trabalho na unidade de saúde, a maior parte considerou a relação como adequada (Tabela 5).

Falhas na comunicação e colaboração implicam na eficácia da cultura de segurança e potencializam a fragmentação do sistema, são condições para a possível ocorrência de erros com efeitos negativos para o paciente. O bom relacionamento e a colaboração entre a equipe são facilitadores para resolver situações conflituosas (MATIELLO, 2016).

A comunicação entre os profissionais na sua equipe, entre o usuário e o serviço e entre os serviços prestadores de cuidado é o elo para segurança da assistência. Para o alcance do sucesso da segurança do paciente ser de domínio público, a ampla comunicação necessita ser oportuna e compreendida por todos os atores envolvidos, bem como ser fortalecida entre os serviços de referência e contrarreferência para a integralidade da assistência (BRASIL, 2014). A ausência da eficácia na comunicação favorece a ocorrência de prejuízos para a equipe e o usuário que necessita do serviço.

A efetiva comunicação, colaboração e competências técnicas são ações que devem ser valorizadas e presentes nas relações dos profissionais prestadores de cuidados primários em saúde para que seja evidenciada de maneira eficaz a cultura de segurança do paciente. As medidas de segurança do paciente incluem a comunicação e boa relação entre uma equipe de saúde (GABRANI et al., 2016).

Na medida em que existe uma comunicação em relação às questões e atitudes de segurança, é possível a construção de um elo de confiança em todos os níveis hierárquicos de uma instituição. O envolvimento de gestores na supervisão da segurança das atividades diárias realizadas pela sua equipe colabora para um bom relacionamento entre a equipe e, nesse sentido, para consequentes avanços e melhorias para segurança do paciente (PAESE, DAL SASSO, 2013).

A gestão é responsável pela implementação de políticas locais, pela tomada de decisões, por coordenar, acompanhar, avaliar e ter autonomia no serviço de saúde. Para isso, a comunicação entre gestores e trabalhadores da assistência deve ser efetiva para que atividades

e mudanças sejam conduzidas de acordo com os interesses da comunidade (LIMA et al., 2015).

Os respondentes deste estudo concordaram fortemente que ideias e colocações da enfermagem eram bem aceitas pela equipe (N=124; 48,8%), que os erros eram enfrentados de forma apropriada (N=114; 44,9%), que eram comuns as orientações na unidade de saúde (N=179;70,5%), que sentiam-se encorajados pelos colegas da equipe a relatar o interesse ou preocupação referente à segurança do paciente (N=113; 44,5%) e que doenças importantes eram comunicadas entre os profissionais envolvidos no cuidado do caso (N=150;59,1%). Resultados importantes que corroboravam com um bom relacionamento de comunicação para esses entrevistados.

A APS deve ser norteadora na comunicação entre os serviços, acompanhar e instruir seus usuários sobre os serviços de referência, orientar sobre os possíveis tratamentos propostos. Organizações com uma cultura de segurança positiva, resolutiva e que apresentam um trabalho satisfatório são caracterizadas pelo envolvimento dos pacientes em seu cuidado e pela comunicação efetiva (LIMA et al., 2015).

Segundo Paese e Dal Sasso (2013), a comunicação é um recurso para evitar ameaças à segurança do paciente, e a mesma, quando não eficaz em uma equipe, é um fator contribuinte para a ocorrência de EA. Nesse sentido, 33,9% (N=86) dos profissionais deste estudo não concordaram fortemente sobre a existência de transferência adequada de informações do paciente entre o médico da APS e o especialista. Percebe-se uma falha no sistema de referência e contrarreferência. A comunicação eficaz é preconizada pelo Ministério da Saúde, bem como uma maneira de assegurar a integralidade das ações em saúde (FRATINI, SAUPE, MASSAROLI, 2008).

Estudo de revisão aponta que a falha na comunicação interprofissional, com o paciente e a gestão, falta de medicamentos, falhas na recepção dos pacientes, infraestrutura da unidade inadequada, tarefas excessivas e pressão para os profissionais serem mais produtivos são fatores contribuintes aos incidentes que ocorrem na APS (MARCHON, JUNIOR, 2014).

Estudo espanhol sobre a prevalência de EA na APS evidenciou que a maioria deles poderiam ter sido evitada, que problemas de comunicação e fatores organizacionais foram a raiz de muitos EA (PEÑA et al., 2015). As falhas na comunicação contribuem para ocorrência de EA e são fatores que afetam a cultura de segurança. Proporcionar condições adequadas para o trabalho e uma efetiva comunicação contribui fortemente para a prevenção de incidentes.

Outro dado importante deste estudo foi que 35,4% dos profissionais estiveram “neutros”, e 13,4% responderam que “não se aplica” quando questionados sobre a utilização de relatórios de incidentes para assegurar a segurança dos pacientes. A notificação de incidentes, a existência de relatórios nas unidades de saúde e o interesse por parte dos profissionais em buscá-los e investigá-los são de suma importância para a efetivação de ações de melhoria.

Segundo Peña et al. (2015), a informatização de relatórios baseados nos incidentes são a base para identificar lacunas e criar um sistema seguro. Nesse sentido, o seu sucesso baseia-se no desenvolvimento de uma cultura organizacional que se empenhe para a produção de dados quando houver a ocorrência.

Fortalecer a cultura de segurança entre os profissionais requer eficiência na comunicação, uso de relatórios para otimizar a aprendizagem organizacional, acompanhar os pacientes que são encaminhados para serviços especializados, bem como reforçar para os pacientes a importância do seu papel no processo do cuidado (PEÑA, CASALENGUA, CAÑADAS, 2016). A comunicação entre profissionais e pacientes satisfaz a relação de confiança, conhecimento e trocas de experiências que fortalecem o vínculo e continuidade do cuidado.

5.4.5 Segurança do Paciente

A Segurança do Paciente apresentou o escore médio 8,2, evidenciando-se como o mais alto entre os domínios. Compõe-se de três itens para formar o domínio, os quais apresentaram como maior índice de respostas “concordo fortemente” pelos respondentes. Mostrando que os profissionais sentiam-se seguros para receber tratamento de saúde na sua unidade como pacientes (N=161;63,4%), que todos os profissionais da unidade possuíam responsabilidade em relação à segurança do paciente (N=149;58,7%), que a segurança do paciente era constantemente reforçada como prioridade na unidade (N=105; 41,3).

Os participantes do estudo, em sua maioria, consideraram que seu ambiente de trabalho não trazia riscos para a assistência ao paciente. Porém, vale ressaltar que em outros itens do instrumento foram evidenciados resultados que demonstram dificuldades de comunicação, gerenciamento, e atitudes com potencial positivo para ocorrência de erros.

Fermo et al. (2016) evidencia resultados que corroboram com os apresentados neste estudo. Os autores observam que o cuidado seguro é refletido individualmente, pela

percepção de cada profissional, sem considerar os demais fatores organizacionais que envolvem o sistema.

Paese e Dal Sasso (2013) também apontaram em seu estudo o domínio Segurança do Paciente com o escore médio mais alto. Pode-se considerar que esta é uma atitude importante para os profissionais participantes do estudo. Modak et al. (2007) relata que enfermeiros e gestores apresentaram os maiores escores para a atitude Segurança do Paciente. Os autores referem que esses resultados são consistentes com outras pesquisas, as quais evidenciam que as melhores atitudes são daqueles que estão no topo da hierarquia nas organizações. Embora seja útil e importante os líderes apresentarem atitudes positivas para segurança do paciente, por vezes, deve ser avaliado se estas não estão apresentando uma visão irrealista da prática dos outros profissionais da equipe. Este domínio se refere ao comprometimento dos profissionais e gestores com a segurança do paciente.

5.4.6 Educação Permanente

A Educação Permanente não apresentou média geral positiva para a cultura de segurança, o escore médio evidenciado foi 6,5. Uma das questões do domínio Educação Permanente refere-se aos treinamentos que acontecem no ambiente de trabalho e se esses são adequadamente supervisionados. Os profissionais posicionaram-se neutros nesse questionamento (N=54; 21,3%) e 9,1% (N=23) responderam a opção “não se aplica”. Os treinamentos são necessários e fortalecedores para segurança do paciente em todas as equipes das unidades de saúde.

A educação permanente é uma forma de incentivo para compartilhar as experiências e conhecimentos do dia a dia das equipes de saúde. São momentos em que o profissional tem a possibilidade de discutir e opinar a respeito da ocorrência de EA, o que leva a equipe progredir para uma cultura de segurança do paciente (WEGNER et al., 2016).

Resultados apresentados no estudo de Paese, Dal Sasso (2013) são semelhantes aos deste. Segundo a percepção de enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS a pontuação média variou entre 5,76 e 6,01, expressando uma cultura de segurança negativa relacionada à educação permanente. Sendo assim, o incentivo para a discussão de erros com o intuito de aprender com a situação é uma atitude que irá colaborar para uma cultura de segurança positiva nos ambientes de cuidado da APS.

Para capacitar os trabalhadores, formar as organizações de trabalho com práticas de aprendizagem que possibilitem transformar a realidade do cotidiano dos serviços de saúde

baseando-se na prática da educação em saúde, o Brasil criou a Política Nacional de Educação Permanente (BRANDÃO, OLIVEIRA, 2013; BRASIL, 2014). O bom resultado e funcionamento dessa política dependem da participação e engajamento de toda a equipe de saúde.

Segundo Wegner et al. (2016), os gestores das instituições de saúde precisam rever estratégias para aprimorar e motivar a acontecer a educação permanente em saúde, capacitações teóricas a partir de conferências e palestras não são a melhor estratégia para essa construção e formação profissional. Para o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente, o compromisso do trabalho em equipe, a partilha de conhecimento e o envolvimento da equipe nas discussões dos casos clínicos dos pacientes são pressupostos para a efetividade do ambiente seguro e pautado na coletividade.

A OMS recomenda a formação dos profissionais de saúde com educação para a segurança do paciente, e sugere a temática nas grades curriculares de todos os cursos que formam profissionais para o cuidado em saúde (BRASIL, 2014). Resultados oriundos dessa normativa podem ser, muitas vezes, presenciados nas unidades de saúde que contam com a atuação de docentes, acadêmicos e residentes das diferentes áreas da saúde. Muitas vezes, eles têm um olhar ampliado para a segurança do paciente, para a construção do conhecimento e a educação permanente, colaborando para que melhores resultados sejam alcançados pela equipe de saúde no todo.

5.4.7 Gerência da Unidade

O domínio Gerência da Unidade, que compreende quatro itens, apresentou média 7,4. Os participantes, quando questionados, concordaram fortemente em relação à coordenação da unidade de saúde estar realizando um bom trabalho (N=130;51,2%) e que recebiam apoio pelos seus esforços diários (N=123; 48,4%). Percebe-se que os profissionais sentiam-se valorizados pelos gestores/coordenadores da sua unidade de saúde.

Metade dos profissionais entrevistados respondeu que não concordava fortemente que a coordenação da unidade de saúde não conhecesse o compromisso com a segurança do paciente (N=137; 53,9%). Ao que parece, os profissionais percebiam que existia compromisso por parte dos coordenadores com a segurança do paciente. O apoio da gestão para a segurança do paciente, na inclusão da equipe para tomada de decisões, no suporte, na flexibilidade e no reconhecimento da equipe estão relacionados com a satisfação profissional (ALVES, GUIRARDELLO, 2016) e são de extrema importância para a segurança do paciente.

No estudo de Modak et al. (2007) as médias variaram entre 50,4 e 72,5, não sendo positivas para a cultura de segurança a partir da participação de médicos, enfermeiros, gestores e assistentes médicos. Ainda, no estudo acima, foi evidenciado que os gestores não tiveram avaliações positivas por parte dos médicos, em contraste com a percentagem de gestores com uma avaliação positiva de si próprios.

Paese e Dal Sasso (2013) observaram médias que variaram entre 4,36 e 5,47 em relação ao domínio Gerência da Unidade. Evidenciaram ainda que técnicos de enfermagem e enfermeiros possuíam uma visão semelhante em relação à Gerência da Unidade de saúde, o que pode estar relacionado à representatividade do estudo, em que a maior parte foi representada por enfermeiros (80%).

A participação dos gestores na supervisão das atividades diárias, no contato e valorização do trabalho de sua equipe, no diálogo sobre as questões relacionadas à segurança do paciente são atitudes que promovem a construção de um nível de confiança e integração da equipe.

O reflexo de uma assistência de qualidade resulta de um atendimento seguro e, para isso, é necessário que todos os prestadores de cuidado em uma instituição trabalhem juntos para ser estabelecida essa cultura de segurança. Sendo assim, os gestores de uma instituição são presença fundamental nas tomadas de decisões juntamente com sua equipe.

Uma gestão comprometida com a segurança se esforça para apoiar e envolver-se na melhoria das condições de trabalho da sua equipe, como treinamentos, disponibilidade e abastecimento de materiais para a realização de procedimentos ambulatoriais, equipamentos adequados e com boas condições de uso, entre outros (MARINHO, RADÜNS, BARBOSA, 2014).

A gestão precisa responsabilizar-se pela discussão e prevenção de EA, com identificação e análise dos motivos que levam à possível ocorrência dos mesmos. Deve haver uma transformação cultural, a qual seja responsável por uma cultura de responsabilidade e não de culpabilidade, o que por vezes pode ser complexo de ser implementado, pois muitos são os fatores que influenciam o seu sucesso, necessitando da colaboração e envolvimento de toda a equipe (TIMM, RODRIGUES, 2016).

5.4.8 Reconhecimento do Estresse

O oitavo domínio avaliado, Percepção do Estresse, representado por nove itens do SAQ-AV, apresentou escore médio 6,3 para a cultura de segurança. Percentual para baixo

escore do reconhecimento do estresse. Resultado semelhante foi encontrado por Zakari (2011), com escore médio 60,0.

Maiores pontuações para reconhecimento do estresse indicam um maior reconhecimento dos efeitos do estresse sobre a capacidade do trabalhador para atuar de forma otimizada na prestação de cuidados seguros (MODAK et al., 2007). Neste estudo, os respondentes apresentaram respostas que condizem com o reconhecimento do estresse quando concordaram fortemente em perceber que quando o trabalho tornava-se excessivo o seu desenvolvimento era prejudicado (N=154; 60,6%), sentiam-se menos efetivos no trabalho quando estavam cansados (N=126; 49,6%), percebiam estarem mais sujeitos a cometer erros em situações de tensão e hostilidade (N= 118; 46,5%).

O estresse relaciona-se com a segurança do paciente, pois está amplamente associado ao cansaço, ansiedade, desmotivação por não realizar o trabalho da maneira esperada, com apoio e motivação da equipe. Esses estressores podem influenciar no desempenho da assistência e aumentar os riscos para ocorrência de EA (BARBOSA et al., 2016). É importante que os profissionais reconheçam quais são as condições estressoras para o desempenho de seu trabalho e, assim, fortaleçam a cultura de um ambiente seguro.

Estudo realizado no Texas constatou que menos da metade dos profissionais participantes apresentou escores positivos para o reconhecimento do estresse (MODAK et al., 2007). Os enfermeiros apresentaram maior reconhecimento do estresse do que médicos. No estudo desenvolvido com enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS por Paese e Dal Sasso (2013), o Reconhecimento do Estresse também apresentou escores negativos, variou entre 5,5 e 5,9.

O questionamento “Eu me sinto esgotado com meu trabalho” apresentou uma divisão semelhante nas respostas dos participantes que não concordavam levemente com a afirmação (N=68; 26,8%) e concordavam levemente (N=66; 26,0%), e também aqueles que concordaram levemente em relação à fadiga prejudicar o desempenho durante a rotina de trabalho (N=84; 33,1%). Considera-se que são afirmações importantes, pois os profissionais por vezes não aceitam que estão fadigados ou esgotados e pensam que precisam cumprir suas atividades e obrigações.

Nesse sentido, deve-se valorizar e considerar que a carga de trabalho excessiva prejudica o desempenho do trabalhador. Problemas de relacionamento no trabalho oriundos de falha na comunicação também podem ser causadores de estresse e implicar na qualidade do cuidado e tomada de decisão. Para isso, planejar e desenvolver atividades sobre o estresse, suas causas e influências para o profissional da saúde podem contribuir para o conforto e

bem-estar do trabalhador e conseqüentemente favorecer a segurança do paciente e o cuidado com qualidade (SERRANHEIRA et al., 2009).

5.4.9 Erro

Este foi um dos domínios que apresentou o escore médio mais baixo para a cultura de segurança, evidenciado pela média 5.0. O questionamento como “A cultura sobre a segurança do paciente, nesta Unidade de Saúde, torna-se fácil aprender a partir dos erros dos outros” corrobora com esse resultado, pois apresentou mais respostas de profissionais que se posicionavam “neutros” (N=81; 31,9%) e 7,1% (N=18) responderam que “não se aplica”.

Cabe pensar que a cultura de aprender com os erros não se fazia sólida em muitas das unidades de saúde inseridas do estudo. Fato observado quando, no decorrer da coleta de dados, ao serem questionados se sabiam da ocorrência de algum erro ou EA na unidade, as respostas eram, em sua maioria, que não sabiam e realizavam o seu trabalho apenas. Justifica-se também que, quando questionados sobre se tinham realizado erros que tiveram potencial para prejudicar o paciente, 56,7% (N=144) não concordaram fortemente com a afirmação e 19,3% (N=49) dos profissionais responderam que “não se aplica”. Questionamento que foi relatado na coleta de dados como “eu não cometo erros”.

Nem sempre o erro é um ato intencional, sendo assim, sua ocorrência pode ocasionar sentimentos de vergonha e frustração, o que dificulta a notificação (DUARTE et al., 2015). Fatores como a falta de comunicação sobre erros e falhas nas notificações de EA podem ser contribuintes para uma cultura de segurança negativa em um serviço de saúde.

Gabrani et al. (2016) constata que erros são difíceis de discutir, em seu estudo a equipe de APS, em especial os médicos, deixaram claro que não consideravam a probabilidade da ocorrência de erros em situações de tensão. A pesquisa de Paese e Dal Sasso (2013) também evidenciou este domínio com a média mais baixa. As autoras identificam que os participantes consideraram essa atitude como a menos relevante para a cultura de segurança. De certa forma, o erro ainda é associado à cultura da culpa e punição, onde ainda se associa o erro como resultado de um descuido provocado pelo profissional que presta a assistência (PAESE, DAL SASSO, 2013).

Autores destacam que os principais erros citados por médicos de saúde da família estão relacionados a falhas na prescrição, realização de exames corretos, como também a resultados laboratoriais anormais, arquivamento de prontuários e distribuição de medicamentos. Fatores contribuintes para a ocorrência de erros nesses processos estão

relacionados à falha na coordenação das informações entre os profissionais dos diferentes serviços que prestam assistência à saúde (VINCENT, AMALBERTI, 2016).

A literatura destaca que “evitar a culpa” ainda é um assunto bastante complexo a ser trabalhado no campo da cultura de segurança. Para isso, dialogar em equipe sobre o erro e a culpa pode ser uma alternativa para avançar e desenvolver o pensar crítico sobre as atitudes frente ao próprio erro e o erro do colega (WACHTER, 2013; PAESE, DAL SASSO, 2013).

O erro deve ser visto a partir de uma concepção coletiva, da comunicação e diálogo acerca da notificação, para então aprimorar a mudança cultural e o desenvolvimento da cultura de segurança. A partir das notificações de EA, a equipe poderá corrigir e pensar nos motivos que levaram à ocorrência do evento e então evitar a recorrência (WEGNER et al., 2016). Deve-se transformar o erro em uma oportunidade de aprendizado e crescimento pessoal e em equipe.

Autores consideram que a carga de trabalho excessiva pode predispor à ocorrência de erros, profissionais esgotados tendem ao descuido no trabalho. Sendo assim, as instituições de saúde necessitam esforçar-se para superar a cultura da punição e da culpa e então constituir uma cultura educativa que incentive a segurança e seja dirigida pelo aprendizado (MARINHO, RADÜNZ, BARBOSA, 2014).

Marinho, Radünz, Barbosa (2014) destacam em seu estudo que melhorar a cultura de segurança do paciente requer esforços de toda a equipe prestadora de cuidado, com apoio e envolvimento principalmente dos gestores, que estes promovam e incentivem a mudança da cultura não punitiva, que estimulem o relato dos erros, proporcionando um local de trabalho com a segurança do paciente consolidada e valorizada.

5.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, LABORAIS E A CULTURA DE SEGURANÇA (SAQ-AV)

Quanto à análise da relação entre o escore do SAQ-AV geral e cada um dos seus domínios com os dados sociodemográficos e laborais dos profissionais, observou-se que o SAQ-AV geral, a Satisfação no Trabalho, a Cultura do Trabalho em equipe, a Comunicação, a Segurança do Paciente, a Educação Permanente, a Gerência da Unidade, o Reconhecimento do Estresse e o Erro apresentaram significância com algum dos dados laborais ou sociodemográficos. O único domínio que não apresentou relação significativa com nenhum dos dados dos profissionais foi Condições de Trabalho.

O SAQ-AV geral apresentou relação significativa com o tempo de experiência dos profissionais na APS e em relação à unidade de saúde, ambos com maior significância para cultura de segurança negativa. Paese e Dal Sasso (2013) não evidenciaram diferença estatística entre as categorias profissionais em relação à percepção das atitudes de segurança quando analisadas em um contexto geral, ou seja, todas as categorias profissionais percebiam as atitudes de forma semelhante.

A Satisfação no Trabalho evidenciou diferença significativa em relação às categorias profissionais; ACS, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem e forma de contato direto com o paciente obtiveram maiores percentuais para cultura positiva. Os enfermeiros apresentaram maior percentual significativo para cultura negativa da satisfação no trabalho. Fato que é justificado pela literatura ao evidenciar que o nível de satisfação no trabalho de enfermeiros está diminuindo em nível mundial, como principais fatores dessa insatisfação encontram-se a falta de profissionais para compor a equipe, falta de reconhecimento profissional e alta pressão assistencial (CRUZ, ABELLÉN, 2015).

Bondevik et al. (2014) apresentaram estudo com diferença significativa na relação da cultura de segurança com o domínio Satisfação no Trabalho, em que os enfermeiros obtiveram pontuações significativamente mais elevadas que médicos, dado que vem de encontro aos evidenciados neste estudo. A satisfação do profissional no seu ambiente de trabalho é o que motiva a sua atuação no cuidado ao próximo.

A atitude Cultura de Trabalho em Equipe apresentou relação significativa para cultura positiva ($\geq 7,5$) com profissionais solteiros ou sem companheiros e que trabalhavam até um ano na unidade de saúde e aqueles que trabalhavam havia mais de 6 anos na unidade apresentaram relação significativa para cultura negativa ($< 7,5$). Paese e Dal Sasso (2013) evidenciaram relação significativa de enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS na atitude Cultura de Trabalho em Equipe com a cultura de segurança do paciente.

Este estudo não apresentou relação significativa entre as categorias profissionais e o domínio Cultura do Trabalho em Equipe. Autores ressaltam que ACS realizam suas atividades diretamente no domicílio dos pacientes e na comunidade, que por vezes não têm um contato com muita frequência com os demais profissionais, o que pode acarretar em uma relação diferente do trabalho em equipe se comparados com aqueles que compartilham o mesmo espaço de trabalho na maior parte do dia (PAESE, DAL SASSO, 2013).

Ressalta-se a importância de o trabalho em equipe na APS ser fortalecido com um núcleo básico de profissionais dispostos a refletir criticamente sobre as soluções que são aplicáveis para concretizar-se uma cultura segura em sua instituição. Para o fortalecimento do

modelo atual de saúde da APS, a equipe de saúde juntamente com seus gestores devem incentivar a prevenção, notificação e capacitação para os profissionais quanto ao manejo efetivo dos riscos a que estão expostos durante a prestação de cuidados. A estrutura do sistema, as tomadas de decisões em conjunto e avaliações da assistência prestada aos pacientes são atitudes que promovem a cultura do trabalho em equipe (TIMM, RODRIGUES, 2016).

A atitude Condições de Trabalho não foi estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis analisadas, porém teve resultados preocupantes, pois todas as variáveis apresentaram os maiores percentuais para cultura negativa. Para Modak et al. (2007), os prestadores de cuidado de saúde mais velhos evidenciaram resultados estatisticamente significativos que os mais jovens em relação a este domínio Condições de Trabalho em estudo com o SAQ-AV. As condições de trabalho, a complexidade das atividades e os aspectos culturais estão comumente associados à ocorrência de eventos adversos nos serviços de saúde (OLIVEIRA et al., 2014).

Os profissionais atuantes em equipes de ESF e técnicos de enfermagem apresentaram percentuais para avaliação da cultura positiva no domínio comunicação. Dado que corrobora em relação à categoria profissional e à relação significativa com a comunicação em estudo que utilizou esse mesmo instrumento de pesquisa (PAESE, DAL SASSO, 2013). A comunicação e o trabalho em equipe estão presentes em grande parte dos eventos adversos que acontecem nos locais de cuidado à saúde. Nesse sentido, torna-se necessário o fortalecimento desses pilares entre os prestadores de cuidados (WEGNER et al., 2016). O resultado deste estudo parece apontar que deve ser fortalecida a comunicação entre os profissionais atuantes em cuidados primários.

A Segurança do Paciente apresentou relação significativa para cultura de segurança positiva com profissionais de equipes de ESF, que trabalhavam no turno da tarde, com tempo de experiência na APS entre 5 e 12 anos e que atuavam no cuidado de forma direta com o paciente. Autores apontam que profissionais mais experientes podem ajudar na rotina de trabalho no que diz respeito aos aspectos rotineiros, e que também podem contribuir com colegas que são mais novos na equipe, o que favorece a comunicação, o trabalho em equipe, a troca de conhecimentos e experiências, fato que culminará no fortalecimento da cultura de segurança (PARANAGUÁ et al., 2016). Bondevik et al. (2014) evidenciou que médicos apresentaram pontuações significativamente mais elevadas que enfermeiros em relação à segurança do paciente.

A relação do domínio Educação Permanente e a cultura de segurança foi estatisticamente significativa para cultura negativa com profissionais do sexo feminino, escolaridade de nível superior, equipes de UBS, tempo de experiência na APS superior a 13 anos, quem não teve treinamento e os que não possuíam outro emprego. Resultados que fortalecem a recomendação da OMS de que deve ser inserida no contexto da formação dos profissionais a temática segurança do paciente. Nesse sentido, muito ainda se tem que avançar na formação dos profissionais para o fortalecimento da cultura de segurança e a educação para segurança do paciente (BRASIL, 2014).

Uma equipe de saúde tem grande responsabilidade na prevenção dos EA associados à assistência em saúde, contudo, os profissionais ainda estão pouco instrumentalizados na sua formação para lidar com esses erros. Faz-se necessário mudar a atual concepção das falhas no processo de cuidado e, nesse sentido, inserir no cotidiano das equipes debates e discussões que promovam um olhar ampliado dos profissionais frente às dificuldades vivenciadas (WEGNER et al., 2016).

Paese e Dal Sasso (2013) demonstraram que existe relação significativa da Gerência da Unidade e a cultura de segurança positiva, sendo percebida pelos enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS. Bondevik et al. (2014) obteve maior significância pelos profissionais do sexo feminino em relação à percepção da gestão. Neste estudo, a variável que apresentou relação significativa da cultura positiva com o domínio Gerência da Unidade foi a forma de contato direto com o paciente.

O Reconhecimento do Estresse foi significativo para cultura negativa com profissionais com idade entre 40 e 63 e profissionais da gestão. Denota-se que profissionais mais velhos apresentaram relação significativa ao não reconhecimento do estresse. Reconhecer que o estresse oriundo das exigências do trabalho pode ser causador de adoecimento, limitar a rotina de trabalho e, conseqüentemente, apresentar uma qualidade reduzida no cuidado, tornando-o inseguro, tais percepções precisam ser valorizadas pelos profissionais da saúde (FERMO et al., 2016).

Modak et al. (2007) evidenciou em seu estudo que menos da metade dos participantes da pesquisa obteve escores positivos de reconhecimento do estresse. Enfermeiros apresentaram maior reconhecimento positivo em relação aos médicos e considera-se que escores positivos indicam maior reconhecimento do estresse.

O domínio erro apresentou maiores percentuais para cultura negativa pelos profissionais que optaram por trabalhar na sua unidade de saúde. Esse resultado leva à reflexão de que a comunicação na unidade escolhida para trabalhar e o bom relacionamento

não estavam totalmente presentes. Fermo et al. (2016) corrobora com essa justificativa ao trazer em seu estudo que os erros na maior parte das vezes ocorrem por falha na comunicação dos profissionais, para isso, espaços de aprendizagem e trocas de experiências podem ser um meio fortalecedor da comunicação.

5.6 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS RECOMENDAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA MELHORAR A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Neste estudo, foram identificadas as sugestões dos profissionais para aperfeiçoar a cultura de segurança do paciente na sua unidade de trabalho. As recomendações foram dispostas e organizadas em dimensões para melhor compreensão. Protocolos para segurança do paciente na APS é uma das dimensões que compõem recomendações relacionadas à implementação e padronização de protocolos para segurança do paciente, atendimentos de emergência entre outros.

Autores descrevem que protocolos são desenvolvidos com o intuito de facilitar o processo de atendimento para as equipes de saúde de cuidados primários, para a construção de uma abordagem adequada às singularidades dos usuários, acolhimento ordenado e coordenado com a participação de toda equipe de saúde (CASALENGUA et al., 2013; PEÑA, CASALENGUA, CAÑADAS, 2016). Nesse sentido, faz-se necessária a implantação de protocolos mencionada pelos participantes, como também normas de Procedimento Operacional Padrão Institucional para realização de procedimentos.

Os protocolos institucionais servem para aprendizagem dos envolvidos, permitem uma reflexão e análise situacional com atenção aos incidentes e EA, bem como propostas de soluções em conjunto com a equipe, as quais são facilitadores para as informações aos pacientes sobre as situações de seu tratamento ou encaminhamentos (PEÑA, CASALENGUA, CAÑADAS, 2016). Portanto, é necessário que periodicamente sejam avaliados e para serem identificadas as melhorias necessárias e dar *feedback* para a equipe.

Outra dimensão se relaciona a “capacitações”, identificada a partir de recomendações como treinamentos e qualificações para os profissionais, reuniões periódicas de equipe para ser organizado o processo de trabalho em conjunto e *feedback* das atividades desempenhadas na unidade de saúde. O empenho, colaboração e compromisso de cada profissional são importantes para realização de treinamentos.

Fermo et al. (2016) apresentaram resultados de recomendações semelhantes às representadas neste estudo, evidenciando o interesse dos participantes em aperfeiçoar sua formação profissional para proporcionar uma assistência segura. Para isso, Fermo et al. (2016) indicam como forma de capacitações e treinamentos a construção de programas educativos, que levem à reflexão sobre as habilidades individuais de cada profissional, a comunicação entre a equipe e o compromisso para participação efetiva nesses momentos de aprendizagem.

Treinamentos profissionais são considerados elementos-chave por Marinho, Radünz e Barbosa (2014) para a qualidade do cuidado e avanços na segurança do paciente, bem como ações de aprendizagem que qualifiquem os profissionais de saúde para que estes sejam conscientes da importância e responsabilidade que têm com o paciente.

Os profissionais citaram recomendações sobre a melhoria da acessibilidade para os usuários com necessidades especiais, abastecimento adequado de medicamentos, materiais para atendimento de urgência, entre outros. Pesquisa aponta como pontos fracos para a implantação do clima de segurança a falta de planejamento, organização e infraestrutura da instituição, ineficiência da discussão e conhecimento da segurança do paciente na formação dos profissionais e falhas na comunicação (LUIZ et al., 2015). Nesse sentido, para um cuidado seguro o ambiente de trabalho deve ser adequado para atender às condições e demandas dos pacientes.

Condições e sobrecarga de trabalho formaram uma dimensão a partir das recomendações como número de profissionais suficientes para suprir a demanda e desempenhar adequadamente sua função, diminuir a sobrecarga de trabalho, divisão de responsabilidades entre a equipe, equipe médica fixa, disponibilidade de especialistas nos serviços de referência, entre outras.

A sobrecarga de trabalho é reflexo da falta de investimento na APS, é uma dimensão que leva à reflexão de aspectos importantes para a segurança do paciente e saúde do trabalhador. O aumento de doenças crônicas e envelhecimento da população estão tornando o atendimento primário complexo e para isso são necessários investimentos para que aconteça uma atenção segura e de qualidade, bem como os serviços de referência e contrarreferência precisam ser efetivos (PEÑA et al., 2015).

A comunicação, troca de experiência, discussão sobre erros e redução de EA são apontadas como condições fortalecedoras para o clima de segurança (LUIZ et al., 2015). No estudo, recomendações acerca da comunicação adequada entre profissionais e usuários, acolhimento, diálogo, paciência, vocabulário acessível, identificação correta do paciente,

prescrições legíveis, admitir e dialogar sobre o erro são citadas pelos profissionais e formaram os domínios comunicação e erro.

As recomendações trazidas, neste estudo, evidenciam que os profissionais estavam dispostos a fortalecer a cultura de segurança na sua unidade e percebiam que a comunicação contribui para práticas seguras na APS. A continuidade dos serviços e cuidados prestados na APS relacionam-se diretamente com a comunicação e colaboração entre os profissionais, falhas de comunicação podem constituir uma fonte potencial para o erro e realização de procedimentos inadequados (MARINHO, RADÜNZ, BARBOSA, 2014).

O último domínio é a “resolutividade”, formado a partir das recomendações em relação à agilidade nos encaminhamentos de urgência e realização de exames, referência e contrarreferência resolutivas, comprometimento da coordenação da unidade, identificação de incidentes, rastrear população por meio dos prontuários para identificar as demandas que apresentam. A comunicação, planejamento resolutivo entre os diferentes níveis de cuidado, a discussão sobre incidentes e capacitações para análise do motivo e desfecho dos mesmos estão entre as atitudes que influenciam a eficácia da cultura de segurança (PEÑA, CASALENGUA, CAÑADAS, 2016). Luiz et al. (2015) citam como pontos fortes para o clima de segurança a formação e desenvolvimento profissional, a mudança organizacional e investigação e planejamento estratégico.

Ao encontro do último domínio referido pelos profissionais, pode-se pensar no fortalecimento das linhas de cuidado na APS, as quais expressam os fluxos assistenciais e a importância da referência do itinerário terapêutico, que devem ser seguidos na prestação de assistência ao usuário, garantindo a eficácia para atendimento da sua necessidade (BRASIL, 2015).

As recomendações dos profissionais para aperfeiçoar a segurança do paciente vão ao encontro dos baixos escores evidenciados nos domínios condições de trabalho, comunicação, educação permanente e erro, quando sugerem que sejam realizadas capacitações, treinamentos, aumento do número de profissionais, abastecimento de materiais e equipamentos adequados, diálogo e discussão sobre erro.

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES

O instrumento desta pesquisa foi o Questionário de Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version*), traduzido e adaptado para a língua portuguesa. Foi escolhido para avaliar a cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde de um município da região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os resultados obtidos nesta dissertação permitem concluir:

- Perfil da população

Participaram 254 profissionais dos 28 serviços de saúde (Unidade Básica de Saúde, Estratégia e Saúde da Família, unidades mistas e gestão). Predominaram trabalhadores do sexo feminino (N=206; 81,1%); com idade entre 22 e 39 anos (N=120; 53,6%); casados ou que viviam com companheiro (N=165; 65%); trabalhavam na ESF (N=112; 44,1%); cumpriam turno misto de trabalho (N=214; 84,6%); trabalhavam havia mais de 13 anos (N=90; 36%); não possuíam outro emprego (N=200; 78,7%); gostavam do seu emprego (N=246; 97,2%); e a forma de contato com o paciente direta (N=244; 96,1%).

- Aplicabilidade do SAQ-AV e seus domínios

Evidenciou-se boa confiabilidade, com alfa igual a 0,86 na avaliação do SAQ-AV Total. No entanto, quando avaliado por domínio, apenas a Comunicação apresentou alfa $>0,70$. A relação de comunicação e colaboração entre os profissionais da APS em seu ambiente de trabalho predominou como “adequada” entre as diferentes categorias profissionais.

Dos nove domínios do SAQ-AV, Segurança do Paciente foi o único que apresentou média $\geq 7,5$ pontos, sendo considerada avaliação positiva. Nos demais, a avaliação foi considerada negativa para cultura de segurança do paciente. Os domínios Condições de Trabalho e Erro obtiveram os resultados mais baixos (média 5,0).

Ao serem analisados os fatores que interferem na segurança do paciente, de acordo com as características sociodemográficas e laborais, o SAQ-AV Total apresentou diferença significativa para cultura negativa na percepção dos Dentistas, gestores e profissionais com tempo de atuação na APS superior a 13 anos, Técnicos de Enfermagem e profissionais da ESF

para cultura positiva. As categorias profissionais de Técnicos de Enfermagem, ACS, Médicos e Auxiliares de Enfermagem evidenciaram diferença significativa para cultura positiva no domínio Satisfação no Trabalho.

O domínio Comunicação apresentou maiores percentuais de avaliação positiva pelos Técnicos de Enfermagem, as demais categorias profissionais com maiores percentuais para cultura negativa. A Educação Permanente apresentou relação significativa para cultura negativa com as variáveis sociodemográficas sexo feminino e escolaridade de nível superior, variáveis laborais pelos profissionais da UBS, com tempo de experiência na APS superior a 13 anos, que não tiveram treinamento e possuíam outro emprego. Dentre as categorias profissionais, somente os ACS foram classificados com cultura positiva no domínio Educação Permanente. Profissionais com idade entre 40 e 63 anos foram classificados significativamente com maiores percentuais para o baixo reconhecimento do estresse.

As recomendações citadas pelos profissionais para aperfeiçoar a cultura de segurança do paciente na APS originaram as seguintes dimensões: Protocolos para Segurança do Paciente na APS, Capacitações, Ambiente de Trabalho e Infraestrutura, Condições e Sobrecarga de Trabalho, Comunicação, Erro e Resolutividade.

O ambiente APS pode ser considerado favorável para a prática profissional, porém a cultura de segurança precisa ser implementada. Estabelecer uma cultura de segurança construtiva, com valores compartilhados, atitudes e comportamentos seguros na prática diária são fatores importantes para melhorar a segurança do paciente em ambientes e equipes de cuidados primários. O fortalecimento entre as Redes de Atenção à Saúde e a construção de parcerias pode ser um caminho para estimular a solidificação da cultura de segurança nas instituições. Para isso, o envolvimento dos pacientes torna-se cada vez mais importante para melhorar a cultura de segurança na APS, uma vez que os pacientes são mais autônomos quando comparados ao ambiente hospitalar.

A cultura de segurança do paciente se forma a partir de uma estrutura multifatorial para instituir cuidados seguros que não causem danos e seja prestada uma assistência de qualidade. Nesse sentido, é importante o diálogo sobre a segurança do paciente entre a equipe e no contexto da realidade institucional. A cultura não envolve apenas uma categoria profissional, mas sim todos os profissionais provedores do cuidado devem ser conscientes do seu papel e quais as contribuições que podem prestar para fortalecer o vínculo de uma equipe que promova a cultura de segurança.

- Pontos positivos

Primeiro estudo para avaliar a cultura de Segurança do Paciente com equipe multiprofissional atuante na APS do Município de Santa Maria. Os resultados promovem a reflexão de que para a solidificação da cultura de segurança do paciente na APS os profissionais devem reconhecer suas responsabilidades com a segurança do paciente e se esforçarem continuamente para melhorar a assistência prestada.

- Dificuldades e limitações do estudo

O período da coleta de dados foi maior do que o planejado. Atrasou o início devido à espera pela autorização do município. Deparou-se com a dificuldade de encontrar alguns profissionais durante o horário de trabalho e, também, a disponibilidade em preencher o questionário. No entanto, destaca-se a colaboração e apoio da coordenação da unidade de saúde em oportunizar a coleta em dias de reuniões de equipe.

Observou-se que, dentre as categorias profissionais, a que apresentou maior número de perdas e dificuldade para coleta dos dados foi a médica. Embora os participantes tenham sido orientados a respeito do sigilo das informações e que os dados seriam analisados no coletivo das respostas, pode ser que ainda tenha um viés de informação por receio de serem identificados.

Ainda, teve-se dificuldade quanto ao recolhimento dos questionários quando era necessário deixar com o profissional para ele poder participar. Muitas vezes, o profissional não se lembrava de entregar o questionário no dia combinado, sendo necessários outros retornos no mesmo local para recolhê-lo.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. F. S.; GUIRARDELLO, E. B. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.37, n.2, e58817, jun., 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58817>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

BARBOSA, M. H. et al. Clima de segurança do paciente em unidades de clínica médica e cirúrgica. **Rev. Eletr. Enf.**, v.18, e1183,2016. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/39763/21984>>. Acesso em: 10 Jan 2017.

BISQUERRA, R.; SARRIERA, J. C.; MARTÍNEZ, F. **Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 256 p.

BONDEVIK, G. T. et al. The safety attitudes questionnaire – ambulatory version: psychometric properties of the Norwegian translated version for the primary care setting. **BMC Health Services Research**, v.14, n.139, p.1-10, 2014. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/139>. Acesso em: 1 ago. 2015.

BRANDÃO, G. C. G.; OLIVEIRA, M. A. C. O processo de trabalho das equipes de saúde da família de Campina Grande – PB, Brasil, na perspectiva da educação permanente em saúde. **Indagatio Didactica**, v.5, n.2, out.,2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Norma Operacional Básica Nº96 do Sistema Único de Saúde – SUS**. Publicada em 6/11/1996. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 1886/GM**, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf

BRASIL. **Resolução nº. 466/12**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. 2012. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso: 6 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. –Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **RDC n. 36**, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 01 set. 2015.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n 278**, 27 de fevereiro de 2014. Diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2014.

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

CALDANA, G, et al. Rede Brasileira de enfermagem e Segurança do Paciente: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jul-Set, v.24, n.3, p.906-11, 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00906.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2015.

CASALENGUA, M. L. T. et al. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de Atención Primaria en España. **Aten Primaria**, v.45, p.21-37, 2013.

CASSIANI, S. H. de B. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Rev. Bras de Enferm**, v.58, n.1, p.95-9, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a19.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

CASSIANI, S. H. de B. Enfermagem e a pesquisa sobre segurança dos pacientes. Editorial. **Acta Paul Enferm**, v.23, n.6, 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600001>. Acesso em: 10 ago. 2015.

COLLA, J. B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Quality & Safety in Health Care**, v. 14, n. 5, p. 364-366, Oct. 2005. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744072/pdf/v014p00364.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

CRUZ, S. P. de la; ABELLÁN, M. V. Desgaste profissional, stress e satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.3, p. 543-552, mai./jun., 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0284-2586.pdf>. Acesso em 5 Jan. 2017.

DUARTE, S. da C. M. et al. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.6, p.1074-1081, nov./dez, 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01074.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2016.

FERMO, V. C. et al. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.37, n.1, e55716, Porto Alegre, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n1/0102-6933-rgenf-37-1-1983-144720160155716.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2017.

FIELD, A. **Descobrendo a Estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 688 p.

FONSECA, A. da S.; PETERLINI, F. L.; COSTA, D. A. Segurança do paciente. São Paulo (SP): Martinari, 2014. 276 p.

FRATINI, J.R.G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc cuid saúde**, v.7, n.1, p. 065-072, jan./mar., 2008.

GABRANI, J. C. et al. Provider Perspectives on Safety in Primary Care in Albania. **Journal of Nursing Scholarship**. v.48, n.6, p.552-560, 2016.

GARCIA, A. C. P. et al. O trabalho em equipe na estratégia saúde da família. **Rev Epidemiol Control de Infect.**, v.5, n.1, p.31-36, 2015. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/5314/4127>. Acesso em: 7 Jan. 2017.

GOMES, R. de C. M. et al. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p.1637-1646, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501637&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 11 jan. 2017.

HOFFMANN, B. et al. The Frankfurt Patient Safety Climate Questionnaire for General Practices (FraSiK): analysis of psychometric Properties. **BMJ Qual Saf**, n.20, p.707-805, 2011. Disponível em: <doi:10.1136/bmjqs.2010.049411>. Acesso em: 2 ago. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Cidades. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 20 set. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Cidades. Rio Grande do Sul. Santa Maria. Infográficos: evolução populacional e pirâmide etária 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=431690&search=rio-grande-do-sul|santa-maria|infogr%E1ficos:-evolu%E7%E3opopulacional-epir%E2mide-et%E1ria>>. Acesso em: 20 set. 2015.

KELL, M. do C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Cienc saúde coletiva**, v.15, n.1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15s1/065.pdf>. Acesso em: 12 set. 2016.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. To err is human: building a safer health system. Washington (US): National Academy Press; 2000.

LIMA, A. S. et al. A educação permanente na gestão da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Rev enferm UFPE on line**, v.9, p.8135-8145, mai., Recife, 2015. Disponível em: < 10.5205/reuol.6235-53495-1-RV.0904supl201520>. Acesso em: 5 Jan. 2017.

LUIZ, R. B. et al. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.5, p.880-887, set./out., 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00880.pdf>. Acesso em: 20 Nov. 2016.

MAGALHÃES, A. M. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente – estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v.21, p.1-9, jan./fev., 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf>. Acesso em: 12 Jan 2017.

MARCHON, S. G.; JUNIOR, W. V. M. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: revisão sistemática. **Cad. Saúde Publica**, v.30, n.9, p.1-21, Rio de Janeiro, set, 2014.

MARINHO, M. M. **Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança do paciente: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica**. 2012. 135p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MARINHO, M. M.; RADÜNZ, V.; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. **Texto Contexto Enferm**, v.23, n.3, p.581-590, jul./set., 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf. Acesso em: 18 jan. 2017.

MATIELLO, R. D. C. et al. A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. **Cogitare Enferm**, v.21, n.esp, p.01-09, 2016. Disponível em:< <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45408/pdf>>. Acesso em: 4 dez. 2016.

MELO, M. B.; BARBOSA, M. A.; SOUZA, P. R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.4, p.1-9, jul./ago., 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_26.pdf. Acesso em: 10 jan. 2017.

MENDES, E, V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p

MESQUITA, K. O. de, et al. Segurança do paciente na atenção Primária à Saúde: Revisão integrativa. **Cogitare Enferm**, v.21, n.2, p.01-08, abr/jun, 2016. Disponível em: < <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45665/28526>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

MODAK, I. et al. Measuring Safety Culture in the Ambulatory Setting: The Safety Attitudes Questionnaire—Ambulatory Version. **J Gen Intern Med**. v.1, n.22, janeiro, 2007. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2227589/>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover a segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc Anna Nery**, v.18, n.1, p.122-129, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700019&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 12 nov. 2016.

PAESE, F. **Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde**. 2010. 181p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC, 2010.

PAESE, F.; DAL SASSO, G. T. M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n.2, p.302-10, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200005> Acesso em: 10 mar 2016.

PADOVEZE, M. C.; FIGUEIREDO, R. M. de. O papel da atenção primária na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.6, p.1137-44, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reusp/v48n6/pt_0080-6234-reusp-48-06-1137.pdf. Acesso em: 12 mar. 2016.

PARANAGUÁ, T. T. B. et al. Suporte para aprendizagem na perspectiva da segurança do paciente na atenção primária em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.24, e.2771, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02771.pdf>. Acesso em 20 Jan, 2017.

PEÑA, M. P. A. et al. Are Spanish primary care professionals aware of patient safety? **European Journal of Public Health**, v. 25, n. 5, p.781–787, 2015. Disponível em: < <https://academic.oup.com/eurpub/article/25/5/781/2399128/Are-Spanish-primary-care-professionals-aware-of>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

PEÑA, M. P. A.; CASALENGUA, M. L. T.; CAÑADAS, G. O. Prioridades em seguridad del paciente em Atención Primaria. Editorial. **Aten Primaria**, v.48, n.1, p.3-7, 2016.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PINHEIRO, R. M. Serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde. **Rev Tempus Actas Saúde Colet.**, v.4, n.3, p.15-22, 2010. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/101%20-%20PINHEIRO,%20R%20M%20Servicos%20farmaceuticos%20APS_2010.pdf. Acesso em: 10 Nov. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Plano Municipal de Saúde 2013-2016**. Primeira Versão. Santa Maria/RS, 2013.

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

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.7, p.2029-2036, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700018. Acesso em: 13 jun.2016.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v.25, n.5, p.728-735, 2012. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500013>.

Acesso em: 10 jul. 2016.

ROECKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Esc Anna Nery**, v.15, n.4, p.701-09, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 2 ago. 2015.

SERRANHEIRA F. et al. Segurança do doente e Saúde e Segurança dos profissionais de Saúde: duas faces da mesma moeda. **SPMT**, p.5-29, 2009. Disponível em: https://www.ensp.unl.pt/ensp/corpo-docente/websites_docentes/florentino_serranheira/seg_doente_01_st07.pdf. Acesso em: 6 Dez. 2016.

SILVA, R. V. G. de O. **O Trabalho de enfermagem na articulação entre Atenção Hospitalar e Atenção Básica no pós alta da criança – subsídios para a criança**. 2009.165F. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

SMITS, Marleen et al. The psychometric properties of the ‘safety attitudes questionnaire’ in out-of-hours primary care services in the Netherlands. **Plos One**, v.16, p.1-12, 2017.

SCHEFFER, M. C.; CASSENOTE, A. J. F. A feminização da medicina no Brasil. **Rev. bioét. (Impr.)**, v.21, n.2, p.268-77, 2013.

SOUZA, G. C. de A.; COSTA, I. do C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc**, São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

SOUSA, P.; MENDES, W. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. / organizado por Paulo Sousa e Walter mendes. – Rio de Janeiro, EaD/ENSP, 2014. 452 p

TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta Paul Enferm**, v.29, n.1, p.26-37, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000100026&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 9 jan. 2017.

URBANETTO, J. S.; GERHARDT, L. M. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa [Editorial]. **Rev Gaúcha Enferm**, v.34, n.3, p.8-9, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a01v34n3.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2015.

VINCENTI, C.; AMALBERTI, R. Cuidado de Saúde mais Seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: < <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Cuidado%20de%20Sa%C3%BAde%20mais%20Seguro%20-%20PDF.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

WALSHE, K.; BOADEN R. Patient Safety: Research into practice. **New York (NY): Open University Press**. 2006. Disponível em: < https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=bqjxUq0jAikC&oi=fnd&pg=PP1&ots=nhm0F-XME3&sig=c1jO69-hbx-3_NlpATQsKstkRAM&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false> Acesso em: 10 dez. 2016.

WACHTER, R. M. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre (RS): Artmed, 2ª edição. 2013. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=LWQ3AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&ots=sACrbheWzf&sig=JeUdRXnbLPZmCukawGAtmA9f72M&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 20 ago. 2015.

WEGNER, Wiliam; et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Esc Anna Nery**, v.20, n.3, jul-set, 2016.

WHO. World Health Organization. **World alliance for patient safety**. [Internet]. Washington DC; 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>>. Acesso em: 10 Jan. 2017.

WHO. World Health Organization. **Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente**. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. Geneva: WHO; 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

WHO. World Health Organization. **Safer Primary Care: a global challenge**. Summary of inaugural meeting Safer Primary Care Expert Working Group; 2012; Geneva. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/index.html

ZAKARI, N. Attitude of Academic Ambulatory Nurses toward Patient Safety Culture in Saudi Arabia. **Life Science Journal**, v.8, n.3, p.230-237, 2011. Disponível em:<http://www.lifesciencesite.com/lj/life0803/041_6340life0803_230_237.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2016.

ANEXOS

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (NEPES) DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município da saúde
Núcleo de Educação Permanente
e-mail: nepessantamaria@gmail.com – Fone (55) 3921-7201

AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste informar que o projeto de dissertação de mestrado intitulado “**Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde**” de autoria da discente **Marina Mazzuco de Souza** sob orientação da **Profª Drª Tânia Solange Bosi de Souza Magnago**, curso de enfermagem (UFSM), poderá ser desenvolvido junto ao Serviço de Saúde de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo geral avaliar a cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde de um município da Região Centro-Oeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os participantes da pesquisa serão profissionais da equipe de saúde atuantes nas 14 unidades da ESF e 12 UBS.

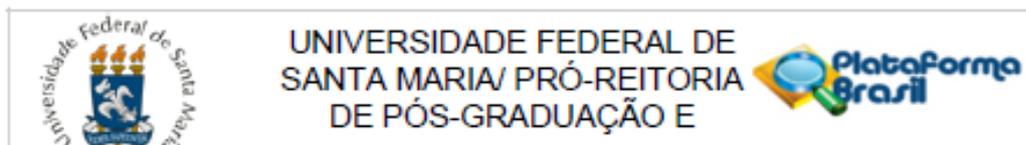
Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 22 de dezembro de 2015.

Núcleo de Educação Permanente da Saúde
Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA SAÚDE
PORTARIA 0040/2007 SMS

ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Segurança do paciente na atenção primária à saúde

Pesquisador: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52157115.0.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.399.615

Apresentação do Projeto:

O projeto corresponde a uma dissertação de mestrado vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Trata-se de um estudo transversal, que será desenvolvido em unidades da Estratégia e Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde do Município de Santa Maria. Serão incluídos profissionais que atuam na equipe de saúde há pelo menos seis meses, que tenham 18 anos ou mais e excluídos os profissionais que estiverem de licença saúde ou outro tipo de afastamento no período da coleta de dados. A coleta de dados será realizada no período de janeiro a junho de 2016 após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. Utilizar-se-á um questionário com dados sociodemográficos e laborais e o Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version, traduzido e adaptado para a língua brasileira, que compreende nove atitudes de segurança: satisfação do trabalho, condições de trabalho, cultura do trabalho em equipe, comunicação, gestão do centro de saúde, segurança do paciente, reconhecimento do estresse, educação permanente e erro. Os dados serão inseridos no programa Epi-Info®, versão 6.4, com digitação dupla independente. Após análise das divergências nas digitações, os dados serão transferidos e analisados no programa PASW Statistics® (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago - USA) 18.0 for Windows.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA (SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE AMBULATORY VERSION)

De acordo com a sua experiência nesta Unidade de Saúde, utilize a escala para descrever a qualidade de colaboração e comunicação que você tem experienciado com:

MB	B	AD	A	MA	NS
Muito baixo	Baixo	Adequado	Alto	Muito alto	Não se aplica

Assinale com um círculo as letras abaixo

	MB	B	AD	A	MA	NS
1. Médicos	1	2	3	4	5	0
2. Enfermeiros	1	2	3	4	5	0
3. Técnicos de Enfermagem	1	2	3	4	5	0
4. Agente Comunitário de Saúde	1	2	3	4	5	0
5. Recepcionista da Unidade de Saúde	1	2	3	4	5	0
6. Coordenadores	1	2	3	4	5	0
7. Odontólogos	1	2	3	4	5	0
8. Atendentes de consultório dentário	1	2	3	4	5	0
9. Nutricionistas	1	2	3	4	5	0
10. Farmacêuticos	1	2	3	4	5	0
11. Fisioterapeutas	1	2	3	4	5	0
12. Psicólogos	1	2	3	4	5	0

Abaixo, responda de acordo com sua área de atuação.

Marque com um círculo sua resposta utilizando a escala a seguir.

1	2	3	4	5	0
<u>Não concordo fortemente</u>	<u>Não concordo levemente</u>	<u>Neutro</u>	<u>Concordo levemente</u>	<u>Concordo fortemente</u>	<u>Não se aplica</u>

1. Sobrecarga de trabalho é comum nesta Unidade de Saúde.	1	2	3	4	5	0
2. Eu gosto do meu trabalho.	1	2	3	4	5	0
3. As ideias e colocações da Enfermagem são bem aceitas nesta Unidade de Saúde.	1	2	3	4	5	0
4. Eu me sentiria seguro recebendo tratamento nesta Unidade de Saúde como paciente.	1	2	3	4	5	0
5. Os erros são enfrentados de forma apropriada nesta Unidade de Saúde.	1	2	3	4	5	0
6. Esta Unidade de Saúde não é um bom local para treinar novos profissionais.	1	2	3	4	5	0
7. Todas as informações necessárias para a decisão diagnóstica e terapêutica estão rotineiramente disponíveis para mim.	1	2	3	4	5	0
8. Trabalhar nesta Unidade é como fazer parte de uma grande família.	1	2	3	4	5	0
9. A coordenação desta Unidade de Saúde está realizando um bom trabalho.	1	2	3	4	5	0
10. A coordenação desta Unidade de Saúde apoia meus esforços diários.	1	2	3	4	5	0
11. Eu recebo retorno adequado sobre o meu trabalho.	1	2	3	4	5	0
12. Nesta Unidade de Saúde, é difícil discutir os erros.	1	2	3	4	5	0
13. Orientações personalizadas antes de um procedimento são importantes para a segurança do paciente.	1	2	3	4	5	0
14. Orientações são comuns nesta Unidade de Saúde.	1	2	3	4	5	0
15. Esta Unidade de Saúde é um bom lugar para trabalhar.	1	2	3	4	5	0
16. É comum o atraso no desenvolvimento do cuidado devido a falha de comunicação.	1	2	3	4	5	0
17. A coordenação desta Unidade de Saúde não conhece o compromisso com a segurança do paciente.	1	2	3	4	5	0

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>0</u>
<u>Não concordo fortemente</u>	<u>Não concordo levemente</u>	<u>Neutro</u>	<u>Concordo levemente</u>	<u>Concordo fortemente</u>	<u>Não se aplica</u>

18. O número de profissionais desta Unidade de Saúde é suficiente para atender o número de pacientes.	1	2	3	4	5	0
19. Para a tomada de decisão utiliza-se as ideias e colocações de profissionais bem conceituados/de referência.	1	2	3	4	5	0
20. Eu estou encorajado pelos meus colegas a relatar meu interesse ou preocupação sobre a segurança do paciente.	1	2	3	4	5	0
21. A cultura sobre a segurança do paciente, nesta Unidade de Saúde, torna-se fácil aprender a partir dos erros dos outros.	1	2	3	4	5	0
22. Esta Unidade de Saúde trata-se construtivamente o problema dos funcionários.	1	2	3	4	5	0
23. O equipamento médico nesta Unidade de Saúde é adequado.	1	2	3	4	5	0
24. Nesta Unidade de Saúde, é difícil falar se eu perceber algum problema com o cuidado do paciente.	1	2	3	4	5	0
25. Quando meu trabalho torna-se excessivo, meu desenvolvimento é prejudicado.	1	2	3	4	5	0
26. Eu estou provido de adequada e atualizada informação sobre os eventos da Unidade de Saúde que podem afetar meu trabalho.	1	2	3	4	5	0
27. Eu tenho visto erros que tem potencial para prejudicar o paciente.	1	2	3	4	5	0
28. Eu conheço o caminho adequado para direcionar as questões relacionadas a segurança do paciente nesta Unidade de Saúde.	1	2	3	4	5	0
29. Eu tenho orgulho de trabalhar nesta Unidade de Saúde.	1	2	3	4	5	0
30. Desapontamentos nesta Unidade de Saúde são resolvidos de forma adequada (ex. não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).	1	2	3	4	5	0
31. Eu sou menos efetivo no trabalho quando estou cansado.	1	2	3	4	5	0
32. Eu estou mais sujeito a cometer erros em situações de tensão e hostilidade.	1	2	3	4	5	0
33. O estresse de problemas pessoais afeta desfavoravelmente o meu desenvolvimento.	1	2	3	4	5	0
34. Eu tenho o suporte que eu preciso de outros colegas para cuidar dos pacientes.	1	2	3	4	5	0
35. É fácil para os profissionais desta Unidade de Saúde questionar quando há alguma coisa que eles não entenderam.	1	2	3	4	5	0
36. A interrupção na continuidade do cuidado pode ser prejudicial à segurança do paciente.	1	2	3	4	5	0
37. Durante emergências, eu posso prever o que o outro profissional irá fazer em seguida.	1	2	3	4	5	0
38. Os médicos e enfermeiros aqui trabalham juntos como um time bem organizado.	1	2	3	4	5	0
39. Eu não consigo expressar as minhas discordâncias com a coordenação desta Unidade de Saúde.	1	2	3	4	5	0
40. A equipe de profissionais, realmente, pode deixar os problemas pessoais para trás quando estão trabalhando.	1	2	3	4	5	0
41. O moral (auto-estima) desta Unidade de Saúde é alta.	1	2	3	4	5	0
42. Treinamentos na minha área são adequadamente supervisionados.	1	2	3	4	5	0
43. Eu conheço o primeiro e o último nome das pessoas que eu trabalhei na minha última transferência.	1	2	3	4	5	0
44. Eu tenho realizado erros que tiveram potencial para prejudicar os pacientes.	1	2	3	4	5	0
45. Os médicos assistenciais/provedores dos cuidados básicos nesta Unidade de Saúde estão realizando um bom trabalho.	1	2	3	4	5	0
46. Todos os profissionais desta Unidade de Saúde possuem responsabilidade em relação à segurança do paciente.	1	2	3	4	5	0
47. Eu me sinto fatigada quando eu tenho que levantar de manhã e encarar outro dia de trabalho.	1	2	3	4	5	0
48. Segurança do paciente é constantemente reforçado como prioridade nesta Unidade de Saúde.	1	2	3	4	5	0

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>0</u>
<u>Não concordo fortemente</u>	<u>Não concordo levemente</u>	<u>Neutro</u>	<u>Concordo levemente</u>	<u>Concordo fortemente</u>	<u>Não se aplica</u>

49. Eu me sinto esgotado com o meu trabalho.	1	2	3	4	5	0
50. Doenças importantes são comunicadas entre os profissionais envolvidos no cuidado.	1	2	3	4	5	0
51. Há grande divulgação de trabalhos, protocolos de atendimento, normativas nesta Unidade de Saúde.	1	2	3	4	5	0
52. Eu me sinto frustrado com meu trabalho.	1	2	3	4	5	0
53. Eu sinto que eu estou trabalhando muito no meu trabalho.	1	2	3	4	5	0
54. A obtenção de informações através de relatórios de incidentes é utilizado para assegurar a segurança do paciente.	1	2	3	4	5	0
55. Frequentemente a equipe despreza as regras e guidelines (ex. protocolo de tratamento) que são estabelecidos por essa Unidade de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde.	1	2	3	4	5	0
56. A fadiga prejudica meu desempenho durante situações de emergência.	1	2	3	4	5	0
57. A fadiga prejudica meu desempenho durante a rotina do cuidado.	1	2	3	4	5	0
58. Eu estou satisfeito com o andamento do processo de decisão nesta Unidade de Saúde.	1	2	3	4	5	0
59. Há transferência adequada e em tempo sobre a informação do paciente entre o médico da atenção básica e o especialista.	1	2	3	4	5	0
60. As medicações são reabastecidas de maneira oportuna.	1	2	3	4	5	0
61. As medicações são reabastecidas corretamente.	1	2	3	4	5	0
62. Resultado de teste anormal são frequentemente esquecidos ou fecha-se os olhos para.	1	2	3	4	5	0
63. Você já preencheu este questionário antes? () Sim () Não () Não sei						

Comentários: Cite suas três principais recomendações para aperfeiçoar a segurança do paciente nesta Unidade de Saúde?

1. _____

2. _____

3. _____

Caso houver necessidade de mais comentários, favor acrescentar sua resposta no verso desta folha.

Obrigada por completar o questionário. Seu tempo e participação são grandemente apreciados.

Direito reservado à Universidade do Texas em Austin. Questionário traduzido e adaptado para o Português brasileiro por Fernanda Paese em Agosto de 2009 a partir da autorização recebida da Universidade do Texas.

APÊNDICES

APÊNDICE A - RESUMO EXPANDIDO: PUBLICADO NOS ANAIS DO III SEMINÁRIO INTERNACIONAL – TECENDO REDES NA ENFERMAGEM E NA SAÚDE – X SEMANA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA.

SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE AMBULATORY VERSION: REVISÃO NARRATIVA

SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE AMBULATORY VERSION: NARRATIVE REVIEW

SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE AMBULATORY VERSION: REVISIÓN NARRATIVA

SOUZA, Marina Mazzuco de²;
MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza³;
GRECO, Patrícia Bitencourt Toscani⁴;
DAL ONGARO, Juliana⁵;
LUZ, Emanuelli Mancio Ferreira da⁶;
KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat⁷.

Introdução: A cultura de segurança do paciente é fundamental para qualidade da assistência em saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde, Segurança do paciente é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, até um mínimo aceitável.⁽¹⁾ Na Atenção Primária à Saúde a segurança do paciente encontra-se em processo de desenvolvimento. Pesquisas relacionadas a segurança do paciente ainda estão sendo direcionadas para o âmbito hospitalar, apesar da atenção primária ser a coordenadora da rede de atenção.⁽²⁾ Destaca-se que muitos incidentes que são identificados nos hospitais podem ser oriundos de outros locais, como da Atenção Primária à Saúde. Sendo assim, a segurança do paciente é importante em todos os níveis de atenção à saúde, tendo em vista que o cuidado envolve a promoção e prevenção dos incidentes e eventos adversos.⁽³⁾ A cultura de segurança

² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. E-mail do relator: marina.mazzuco@yahoo.com.br.

³ Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: tmagnago@terra.com.br.

⁴ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSM. Docente do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus Santiago. E-mail: pbtoscani@hotmail.com.

⁵ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC. E-mail: dongaro.ju@gmail.com.

⁶ Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFSM. Enfermeira do Hospital de Guarnição de Santa Maria. E-mail: emanuelli_ferreira@hotmail.com.

⁷ Doutora. Docente do Departamento de Ciências da Vida da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. E-mail: adri.saudecoletiva@gmail.com.

deve ser o eixo norteador de uma equipe que presta cuidados de saúde, e é considerada eficaz a partir do comprometimento dos profissionais que atuam em uma instituição. Ainda é um desafio o movimento para uma cultura em que os erros sejam encarados como uma oportunidade de melhoria do sistema e da relação nos ambientes de trabalho em saúde.⁽³⁾ Segundo a RDC nº 36⁽⁴⁾ cultura de segurança é conceituada como: “O conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde”. Uma cultura de segurança depende como os líderes de todos os níveis de uma organização compartilham uma informação, como as equipes identificam o que precisa melhorar e aprimorar para se prestar um cuidado em saúde eficaz e seguro.⁽³⁾ Para isso, pode-se avaliar a cultura de segurança a partir da visão dos profissionais que são quem prestam cuidado e assistência aos pacientes. Dentre os instrumentos que avaliam a cultura de segurança do paciente, considera-se o *Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version* (Questionário de Atitudes de Segurança – Ambulatório Versão (SAQ-AV)), o primeiro questionário descrito para medir a cultura de segurança em cuidados primários, desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas a partir do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) original.⁽⁵⁾ Sendo assim a presente revisão da literatura tem como questão norteadora: “Quais as publicações científicas produzidas a partir do instrumento “*Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version*”? E como objetivo: Identificar as publicações que avaliaram a cultura de segurança no paciente na Atenção Primária à Saúde a partir do instrumento *Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version*. **Metodologia:** Estudo de revisão bibliográfica narrativa. Para construção desta revisão seguiu-se as seguintes etapas: definição do tema, da questão de pesquisa e do objetivo e estabeleceu-se os critérios de inclusão e exclusão. A busca bibliográfica ocorreu no mês de janeiro de 2017, desenvolvida nas seguintes bases de dados eletrônicas: Scopus, PubMed e LILACS. Utilizou-se a seguinte estratégia de busca: “*Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version*” como palavras, buscou-se somente a estratégia em inglês, tendo em vista que o instrumento em questão apresenta em sua forma de adaptação a língua inglesa. Para seleção dos estudos utilizou-se como critérios de inclusão: artigos originais de pesquisa em inglês, português ou espanhol. Como critérios de exclusão: temática não adequada ao tema proposto, artigo não disponível online na íntegra, utilizou-se recorte temporal com publicações até o mês de dezembro do ano de 2016. Ressalta-se que artigos duplicados nas bases de dados foram considerados apenas uma vez. Efetuou-se a leitura dos resumos para possível inclusão e após selecionou-se os estudos que se enquadravam nos critérios de inclusão e exclusão pré estabelecidos e então foi realizada a leitura do artigo na íntegra. Nesta busca foram encontrados 14 estudos na base de dados Scopus, 11 na PubMed, e zerou a busca na LILACS. **Resultados:** A partir das buscas nas bases de dados, utilizando-se “*Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version*” como palavras, obtiveram-se 14 artigos na base de dados Scopus, 11 na PubMed e zero na LILACS. Destes, 1 artigo foi excluído por não ser artigo de pesquisa, 5 não responderam a questão de pesquisa, 6 não estavam disponíveis online na íntegra, 5 estavam duplicados nas bases de dados e 4 foram excluídos pelo recorte temporal, haviam sido publicados no ano de 2017. Sendo assim, a presente revisão constituiu-se de 4 artigos no corpus para análise. Com relação aos anos das publicações 1 artigo foi publicado no ano de 2007, 2 em 2011 e 1 em 2014. No que se refere ao local de realização das pesquisas, assim foram distribuídas: 1 nos Estados Unidos da América, 1 na Alemanha, 1 na Arábia Saudita e 1 na Noruega. As populações participantes foram profissionais atuantes em unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família, sendo que em todos os estudos houve participação de médicos e enfermeiros. Dentre os objetivos dos estudos, relacionaram-se a traduções, adaptações, validações, bem como avaliação da consistência interna dos fatores do *Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version* nas diferentes populações e países em que

foi aplicado. Os resultados e considerações apresentados nos artigos demonstraram que o instrumento tem boa confiabilidade interna e que pode ser usado para medir o clima de segurança ou a cultura de segurança nas práticas ambulatoriais. Verificou-se ainda que este questionário pode evidenciar resultados das comparações da percepção do clima de segurança na Atenção Primária à Saúde entre os diferentes profissionais atuantes neste cenário.

Conclusões: A busca na literatura científica para construção dessa revisão proporcionou uma visão ampliada sobre a avaliação da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde, bem como seus avanços. A leitura dos artigos na íntegra possibilitou a transcrição dos resultados e a busca por evidências científicas, evidenciando que o *Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version* é um bom instrumento para se avaliar a cultura de segurança do paciente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Desta forma destaca-se como limitações que muitos estudos ainda não se encontram disponíveis para acesso na íntegra, em contra partida percebe-se que o tema apresenta avanços no meio científico e está sendo explorado no ambiente ambulatorial. Como justificativa pode-se considerar as publicações que utilizaram o instrumento mas não foram analisadas devido a exclusão pelo recorte temporal. Acredita-se que muito ainda tem de ser investido em estudos que possam contribuir para equipes de Atenção Primária à Saúde sobre a cultura de segurança do paciente.

Eixo temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem.

Descritores: Segurança do Paciente; Atenção Primária à Saúde; Gestão da Segurança.

Descriptors: Patient Safety; Primary Health Care; Safety Management.

Descriptores: Seguridad del Paciente; Atención Primaria de Salud; Gestión de la Seguridad.

Referências:

1. World Health Organization. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Informe técnico definitivo. Geneva. 2009;1(1):1-160.
2. Mesquita KO, Silva LCC, Lira RCM, Freitas CASL, Lira GV. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* 2016 Abr/jun; 21(2):01-8.
3. Paese F, Dal Sasso GTM. Cultura da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2013 Abr/jun;22(2):302-10.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. 2013.
5. Modak I, Sexton JB, Lux TR, Helmreich RL, Thomas EJ. Measuring Safety Culture in the Ambulatory Setting: The Safety Attitudes Questionnaire – Ambulatory Version. *JGIM.* 2007; 1-5.

APÊNDICE B - RELATO DE EXPERIÊNCIA INTITULADO “SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA”, APRESENTADO NA XXXI JORNADA ACADÊMICA INTEGRADA DA UFSM



XXXI Jornada Acadêmica



**SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Souza, Marina M.¹(PG); Ongaro, Juliana Dal.²(IC); Lanes, Tais C.³(C); Magnago, Tânia S. B. de S.²(O); Kolankiewicz, Adriane C. B.³(CO)

¹Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); ²Departamento de Enfermagem, UFSM; ³Departamento de Enfermagem, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

Introdução: Na atualidade, a segurança do paciente é um assunto evidente na área da saúde, é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, até um mínimo aceitável. A principal forma de acesso ao Sistema Único de Saúde brasileiro é na Atenção Primária à Saúde (APS), a qual é responsável por promover o cuidado e a comunicação eficiente entre as Redes de Atenção à Saúde. Embora grande parte da assistência seja prestada na APS, as investigações relacionadas à segurança do paciente tem sido pouco exploradas neste âmbito. Nesse sentido, faz-se necessário estabelecer uma cultura de segurança e torna-la o eixo norteador da organização com o envolvimento e comprometimento de todos os profissionais que atuam nas instituições. **Objetivo:** Relatar a coleta de dados de um projeto de pesquisa, na perspectiva da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde de um município da Região Centro-Oeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de bolsistas de iniciação científica e mestranda acerca da coleta de dados realizada com as equipes de saúde atuantes em Unidade Básica de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) de uma cidade da região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul, no período de março a maio de 2016. A coleta de dados aconteceu por meio de um questionário em que todos os profissionais da equipe de saúde atuantes nas devidas UBS e ESF foram convidados a participar. Até o presente momento 132 profissionais já participaram da pesquisa. O instrumento de pesquisa é um questionário com dados sociodemográficos e laborais e o *Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version*, traduzido e adaptado para língua brasileira. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM, CAAE n. 52157115.0.0000.5346. **Resultados:** Os coletadores previamente capacitados pela coordenadora do projeto, foram a campo, conforme cronograma a partir do contato prévio com a enfermeira responsável pela da unidade correspondente. Destaca-se que fase da coleta de dados de uma pesquisa, constitui-se em uma tarefa cansativa, exigindo espera e paciência, normalmente toma mais tempo que o planejado, o que faz-se necessário um maior esforço pessoal e perseverança para atingir a meta. Nesta experiência pontuamos como pontos positivos a recepção da equipe na maioria das unidades de saúde, o que motiva a continuidade desse processo pouco abordado nesse cenário. Profissionais que se mostraram importados no compromisso com a segurança do paciente e ajudavam a expandir esse assunto com sua equipe. Em relação aos pontos frágeis da coleta, esses referem-se à disponibilidade que os profissionais não tinham de responder no mesmo dia, a demanda de pacientes era intensa e houve a necessidade de entregar o questionário e agendar horário posterior para recolhê-lo, o que levou a algumas perdas, extravios e maior demanda para os coletadores. Durante o período da coleta ocorreram encontros entre os acadêmicos envolvidos e a coordenadora da pesquisa para um controle do desenvolvimento da coleta. **Conclusão:** A participação na de coleta de dados proporcionou um maior conhecimento quanto ao funcionamento da APS do município, bem como, a importância em se criar uma cultura de segurança nessas unidades de saúde, a qual deve estar presente em todos os níveis de atenção. Contudo, foi uma oportunidade para falar da segurança do paciente as diferentes categorias profissionais da saúde.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UFSM / CCS/ PPGEnf Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Pesquisador responsável: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago
 Pesquisador Mestrando: Marina Mazzuco de Souza
 Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria^{1/} Enfermagem - Fone: (55) 32208263
 Local da coleta de dados: UBS e ESF do Município de Santa Maria/RS.

Eu _____ informo que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção que aceito participar da pesquisa “Cultura da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde” de autoria de Marina M. de Souza que tem como objetivo “Avaliar a cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde de um município da Região Centro-Oeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil”. Esta pesquisa não envolve nenhum tipo de benefício direto (financeiro) ao informante, exceto a possibilidade de melhoria na assistência. Ressalta-se que a sua participação nesta pesquisa poderá resultar em risco mínimo, como desconforto e insegurança ao responder as questões. Caso ocorra, você poderá interromper a participação e optar por retomá-la em outro momento ou desistir, sem que haja prejuízo ou penalização a sua pessoa.

A coleta de dados será por meio de um questionário, preenchido pelo profissional participante da pesquisa. As questões abordadas serão sobre satisfação do trabalho, condições de trabalho, cultura do trabalho em equipe, comunicação, gerência do centro de saúde, segurança do paciente, reconhecimento do estresse, educação permanente e erro. Estas informações serão agrupadas com outras fornecidas por outros profissionais, desta e outras unidades que participarão do estudo, de modo que não será identificado. Os resultados serão utilizados nesta pesquisa e farão parte de um banco de dados. Todos os dados coletados, depois de organizados e analisados pelos pesquisadores, poderão ser divulgados e publicados, ficando estes (os pesquisadores) comprometidos em apresentarem o relatório final nesta instituição, para que possamos, efetivamente, conhecer a nossa realidade. A sua participação é voluntária e a qualquer momento você pode recusar-se responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Fui igualmente informado de que tenho assegurado o direito de: receber resposta a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento desta pesquisa; a qualquer momento, retirar meu consentimento, e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália; não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa; os pesquisadores desta investigação se comprometem a seguir o que consta na Resolução nº 466/12 sobre pesquisas em seres humanos²; minha participação é isenta de despesas e minha assinatura representa o aceite em participar voluntariamente do estudo.

Concordo que os dados formem um banco de dados () Sim () Não

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, concordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria, ____ de _____ de 2016.

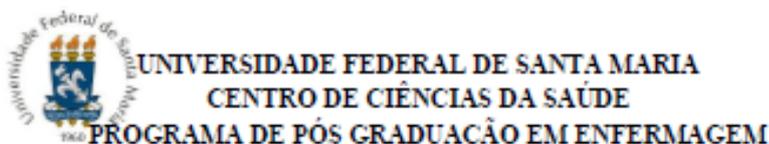
Participante do estudo

Profa Tânia Magnago - Orientadora

¹ Endereço do pesquisador responsável: Avenida Roraima, 1000, sala 1339,prédio 26/CCS, Bairro Camobi, Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220 8263, E-mail do Pesquisador Principal tmagnago@terra.com.br

² Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

APÊNDICE D – TERMO DE PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS



Título do projeto: “Cultura da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde”
Pesquisador responsável: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago¹
Pesquisador mestrando: Marina Mazzuco de Souza
Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ PPG em Enfermagem
Telefone para contato: (55) 3220 8263
Local da coleta de dados: Unidades Básicas de Saúde e Unidades da Estratégia e Saúde da Família do Município de Santa Maria/RS.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos profissionais cujos dados serão coletados por meio de preenchimento de um questionário, com o objetivo de avaliar a cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde de um município da Região Centro-Oeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Salientam que estas informações serão utilizadas nesta pesquisa e poderão compor um banco de dados para o Grupo de Pesquisa “Trabalho Saúde e Educação em enfermagem”, Linha de pesquisa “Saúde, Segurança e Meio Ambiente”. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Profª Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, na sala 1339, do prédio 26, do Departamento de Enfermagem/CCS/UFSM. Após este período, os dados serão destruídos. Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa² da UFSM, sob o número....., em ____/____/_____.

Santa Maria, 23 de dezembro de 2015.


Tânia Solange Bosi de Souza Magnago
Pesquisadora responsável/orientadora

¹ Endereço do pesquisador responsável: Avenida Roraima, 1000, prédio 26/CCS, Bairro Camobi, Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220 8263, E-mail do Pesquisador Principal tmagnago@terra.com.br

² Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

APÊNDICE E - ANÁLISES DESCRITIVAS POR QUESTÕES DO SAQ-AV

Item SAQ	Satisfação do Trabalho													
	Não concordo fortemente (1)		Não concordo levemente (2)		Neutro (3)		Concordo Levemente (4)		Concordo Fortemente (5)		NA (0)		Não respondeu (9)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2. Eu gosto do meu trabalho	6(2,4)	2,4	8	3,1	9	3,5	33	13,0	197	77,6	0	0	1	0,4
8. Trabalhar nesta Unidade é como fazer parte de uma grande família	18	7,1	14	5,5	32	12,6	76	29,9	111	43,7	2	0,8	1	0,4
15. Esta Unidade de Saúde é um bom lugar para trabalhar	8	3,1	6	2,4	16	6,3	63	24,8	160	63,0	0	0	1	0,4
29. Eu tenho orgulho de trabalhar nesta Unidade de Saúde	12	4,7	3	1,2	34	13,4	57	22,4	145	57,1	3	1,2	0	0
41. O moral (auto-estima) desta Unidade Saúde é alta	20	7,9	25	9,8	55	21,7	75	29,5	77	30,3	2	8	0	0
45. Os médicos assistenciais/provedores dos cuidados básicos nesta Unidade de Saúde estão realizando um bom trabalho	3	1,2	1	0,4	41	16,1	55	21,7	133	52,4	7	2,8	1	0,4
47. Eu me sinto fatigada quando eu tenho que levantar de manhã e encarar outro dia de trabalho	85	33,5	51	20,1	21	8,3	45	17,7	32	12,6	20	7,9	0	0
52. Eu me sinto frustrado com meu trabalho	107	42,1	32	12,6	23	9,1	48	18,9	13	5,1	30	11,8	1	0,4
58. Eu estou satisfeito com o andamento do processo de decisão nesta Unidade de Saúde	18	7,1	29	11,4	46	18,1	63	24,8	95	37,4	2	0,8	1	0,4

Cultura do Trabalho em Equipe														
Item SAQ	Não concordo fortemente (1)		Não concordo levemente (2)		Neutro (3)		Concordo Levemente (4)		Concordo Fortemente (5)		NA (0)		Não respondeu (9)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
24 (R) Nesta Unidade de Saúde, é difícil falar se eu perceber algum problema com o cuidado do paciente	97	38,2	62	24,4	43	16,9	27	10,6	14	5,5	11	4,3	0	0
34 Eu tenho o suporte que eu preciso de outros colegas para cuidar dos pacientes	9	3,5	15	5,9	31	12,2	87	34,3	103	40,6	9	3,5	0	0
36 (R) A interrupção na continuidade do cuidado pode ser prejudicial à segurança do paciente	9	3,5	5	2,0	20	7,9	29	11,4	185	72,8	6	2,4	0	0
37 Durante emergências, eu posso prever o que o outro profissional irá fazer em seguida	18	7,1	20	7,9	85	33,5	36	14,2	55	21,7	39	15,4	1	0,4
38 Os médicos e enfermeiros aqui trabalham juntos como um time bem organizado	7	2,8	19	7,5	38	15,0	70	27,6	111	43,7	8	3,1	1	0,4
43 Eu conheço o primeiro e o último nome das pessoas que eu trabalhei na minha última transferência	20	7,9	21	8,3	47	18,5	38	15,0	83	32,7	45	17,7	0	0

Condições do Trabalho														
Item SAQ	Não concordo fortemente (1)		Não concordo levemente (2)		Neutro (3)		Concordo Levemente (4)		Concordo Forte (5)		NA (0)		Não respondeu (9)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1(R) Sobrecarga de trabalho é comum nesta Unidade de Saúde	24	9,4	28	11,0	31	12,2	59	23,2	103	40,6	8	3,1	1	0,4
6 Esta Unidade de Saúde não é um bom local para treinar novos profissionais	124	48,8	41	16,1	30	11,8	16	6,3	28	11,0	11	4,3	4	1,6
18 O número de profissionais desta Unidade de Saúde é suficiente para atender o número de pacientes	141	55,5	48	18,9	12	4,7	28	11,0	22	8,7	3	1,2	0	0
23 O equipamento médico nesta Unidade de Saúde é adequado	55	21,7	48	18,9	41	16,1	67	26,4	29	11,4	9	3,5	5	2,0
30 Desapontamentos nesta Unidade de Saúde são resolvidos de forma adequada (ex. não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	17	6,7	15	5,9	48	18,9	69	27,2	99	39,0	6	2,4	0	0
60 As medicações são reabastecidas de maneira oportuna	84	33,1	26	10,2	36	14,2	29	11,4	14	5,5	64	25,2	1	0,4
61 As medicações são reabastecidas corretamente	70	27,6	35	13,8	41	16,1	24	9,4	22	8,7	60	23,6	2	0,8

Item SAQ	Comunicação															
	Não concordo fortemente (1)		Não concordo levemente (2)		Neutro (3)		Concordo Levemente (4)		Concordo Fortemente (5)		NA (0)		Não respondeu (9)			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
3. As ideias e colocações da Enfermagem são bem aceitas nesta Unidade de Saúde	6	2,4	14	5,5	38	15,0	67	26,4	124	48,8	3	1,2	2	0,8		
5. Os erros são enfrentados de forma apropriada nesta Unidade de Saúde	11	4,3	17	6,7	47	18,5	58	22,8	114	44,9	7	2,8	0	0		
7. Todas as informações necessárias para a decisão diagnóstica e terapêutica estão rotineiramente disponíveis para mim	26	10,2	47	18,5	42	16,5	60	23,2	57	22,4	22	8,7	0	0		
11. Eu recebo retorno adequado sobre o meu trabalho	26	10,2	27	10,6	35	13,8	81	31,9	84	33,1	1	0,4	0	0		
12 (R) Nesta Unidade de Saúde, é difícil discutir os erros	74	29,1	68	26,8	37	14,6	34	13,4	31	12,2	9	3,5	1	0,4		
13. Orientações personalizadas antes de um procedimento são importantes para a segurança do paciente	6	2,4	4	1,6	14	5,5	20	7,9	203	79,9	6	2,4	1	0,4		
14. Orientações são comuns nesta Unidade de Saúde	5	2,0	8	3,1	16	6,3	41	16,1	179	70,5	4	1,6	1	0,4		
16. É comum o atraso no desenvolvimento do cuidado devido a falha de comunicação	87	34,3	41	16,1	38	15,0	47	18,5	22	8,7	18	7,1	1	0,4		
20. Eu estou encorajado pelos meus colegas a relatar meu interesse ou preocupação sobre a segurança do paciente	10	3,9	17	6,7	49	19,3	58	22,8	113	44,5	7	2,8	0	0		
22. Esta Unidade de Saúde trata-se construtivamente o problema dos funcionários	26	10,2	30	11,8	58	22,8	69	27,2	68	26,8	3	1,2	0	0		
26. Eu estou provido de adequada e atualizada informação sobre os eventos da Unidade de Saúde que podem afetar meu trabalho	20	7,9	24	9,4	48	18,9	67	26,4	83	32,7	9	3,5	3	1,2		
28. Eu conheço o caminho adequado para direcionar as questões relacionadas a segurança do paciente nesta Unidade de Saúde	11	4,3	23	9,1	53	20,9	73	28,7	82	32,3	12	4,7	0	0		
35. É fácil para os profissionais desta Unidade de Saúde questionar quando há alguma coisa que eles não entenderam	8	3,1	13	5,1	39	15,4	58	22,8	134	52,8	2	0,8	0	0		
50. Doenças importantes são comunicadas entre os	3	1,2	12	4,7	27	10,6	55	21,7	150	59,1	5	2,0	2	0,8		

profissionais envolvidos no cuidado														
54. A obtenção de informações através de relatórios de incidentes é utilizado para assegurar a segurança do paciente	21	8,3	19	7,5	90	35,4	36	14,2	53	20,9	34	13,4	1	0,4
55(R) Frequentemente a equipe despreza as regras e guidelines (ex. protocolo de tratamento) que são estabelecidos por essa Unidade de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde	106	41,7	34	13,4	61	24,0	11	4,3	8	3,1	33	13,0	1	0,4
59 Há transferência adequada e em tempo sobre a informação do paciente entre o médico da atenção básica e o especialista	86	33,9	35	13,8	49	19,3	33	13,0	32	12,6	16	6,3	3	1,2

Item SAQ	Segurança do Paciente													
	Não concordo fortemente (1)		Não concordo levemente (2)		Neutro (3)		Concordo Levemente (4)		Concordo Fortemente (5)		NA (0)		Não respondeu (9)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
4. Eu me sentiria seguro recebendo tratamento nesta Unidade de Saúde como paciente	5	2,0	5	2,0	23	9,1	52	20,5	161	63,4	8	3,1	0	0
46. Todos os profissionais desta Unidade de Saúde possuem responsabilidade em relação à segurança do paciente	5	2,0	12	4,7	28	11,0	54	21,3	149	58,7	6	2,4	0	0
48. Segurança do paciente é constantemente reforçado como prioridade nesta Unidade de Saúde	11	4,3	32	12,6	46	18,1	55	21,7	105	41,3	5	2,0	0	0

Educação Permanente														
Item SAQ	Não concordo fortemente (1)		Não concordo levemente (2)		Neutro (3)		Concordo Levemente (4)		Concordo Fortemente (5)		NA (0)		Não respondeu (9)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
19. Para a tomada de decisão utiliza-se as ideias e colocações de profissionais bem conceituados/de referência	14	5,5	25	9,8	68	26,8	59	23,2	82	32,3	6	2,4	0	0
42. Treinamentos na minha área são adequadamente supervisionados	36	14,2	27	10,6	54	21,3	56	22,0	55	21,7	23	9,1	3	1,2
51. Há grande divulgação de trabalhos, protocolos de atendimento, normativas nesta Unidade de Saúde	24	9,4	43	16,9	46	18,1	64	25,2	65	25,6	11	4,3	1	0,4

Gerência da Unidade														
Item SAQ	Não concordo fortemente (1)		Não concordo levemente (2)		Neutro (3)		Concordo Levemente (4)		Concordo Fortemente (5)		NA (0)		Não respondeu (9)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
9. A coordenação desta Unidade de Saúde está realizando um bom trabalho	8	3,1	15	5,9	47	18,5	45	17,7	130	51,2	8	3,1	1	0,4
10. A coordenação desta Unidade de Saúde apoia meus esforços diários	10	3,9	15	5,9	40	15,7	55	21,7	123	48,4	9	3,5	2	0,8
17(R) A coordenação desta Unidade de Saúde não conhece o compromisso com a segurança do paciente	137	53,9	29	11,4	35	13,8	20	7,9	10	3,9	23	9,1	0	0
39(R) Eu não consigo expressar as minhas discordâncias com a coordenação desta Unidade de Saúde	89	35,0	34	13,4	54	21,3	33	13,0	20	7,9	24	9,4	0	0

Item SAQ	Reconhecimento do Estresse													
	Não concordo fortemente (1)		Não concordo levemente (2)		Neutro (3)		Concordo Levemente (4)		Concordo Fortemente (5)		NA (0)		Não respondeu (9)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
25. Quando meu trabalho torna-se excessivo, meu desenvolvimento é prejudicado	27	10,6	10	3,9	13	5,1	44	17,3	154	60,6	6	2,4	0	0
31. Eu sou menos efetivo no trabalho quando estou cansado	21	8,3	11	4,3	21	8,3	67	26,4	126	49,6	8	3,1	0	0
32. Eu estou mais sujeito a cometer erros em situações de tensão e hostilidade	20	7,9	15	5,9	27	10,6	67	26,4	118	46,5	7	2,8	0	0
33(R) O estresse de problemas pessoais afeta desfavoravelmente o meu desenvolvimento	37	14,6	34	13,4	36	14,2	75	29,5	58	22,8	12	4,7	2	0,8
40. A equipe de profissionais, realmente, pode deixar os problemas pessoais para trás quando estão trabalhando	22	8,7	40	15,7	48	18,9	78	30,7	59	23,2	7	2,8	0	0
49. Eu me sinto esgotado com o meu trabalho	55	21,7	68	26,8	25	9,8	66	26,0	26	10,2	13	5,1	1	0,4
53. Eu sinto que eu estou trabalhando muito no meu trabalho	29	11,4	55	21,7	43	16,9	66	26,0	46	18,1	9	3,5	6	2,4
56 (R) A fadiga prejudica meu desempenho durante situações de emergência	38	15,0	27	10,6	35	13,8	61	24,0	38	15,0	53	20,9	2	0,8
57 (R) A fadiga prejudica meu desempenho durante a rotina do cuidado	43	16,9	34	13,4	25	9,8	84	33,1	44	17,3	22	8,7	2	0,8

Item SAQ	Erro													
	Não concordo fortemente (1)		Não concordo levemente (2)		Neutro (3)		Concordo Levemente (4)		Concordo Fortemente (5)		NA (0)		Não respondeu (9)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
21. A cultura sobre a segurança do paciente, nesta Unidade de Saúde, torna-se fácil aprender a partir dos erros dos outros	33	13,0	27	10,6	81	31,9	50	19,7	44	17,3	18	7,1	1	0,4
27. Eu tenho visto erros que tem potencial para prejudicar o paciente	77	30,3	37	14,6	58	22,8	32	12,6	20	7,9	30	11,8	0	0
44. Eu tenho realizado erros que tiveram potencial para prejudicar os pacientes	144	56,7	24	9,4	28	11,0	4	1,6	5	2,0	49	19,3	0	0
62 (R) Resultado de teste anormal são frequentemente esquecidos ou fecha-se os olhos para	141	55,5	19	7,5	43	16,9	8	3,1	7	2,8	35	13,8	1	0,4